PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TITULO: GRADOS DE DEPRESION EN MUJERES EN TRANSICION PERIMENOPAUSICA Y EN MENOPAUSIA EN EL HOSPITAL QUITO N-1 DE LA POLICIA NACIONAL EN JULIO Y AGOSTO DE 2017

AUTOR: DR. ALEX XAVIER FONSECA ORTEGA

TUTOR: DR JOSE GALLEGOS ACOSTA

TUTOR METODOLOGICO: DRA PAMELA CABEZAS

QUITO 2017

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Gallegos, por recordarme cada día lo básico de la vida: ciencia, conciencia, paciencia y humildad.

A la Dra. Pamela Cabezas, por la entrega y orientación metodológica en este estudio

DEDICATORIA

A Susy, Pepe, Jonathan, Ricky, Mire y mis enanos que siempre han creído en mí en este largo camino.

A Nathy mi amor, mi apoyo, mi ayuda, mi compañera y quien me dio el empujoncito para seguir mis sueños.

EL SECRETO DE MI FELICIDAD ESTA EN NO ESFORZARME POR EL PLACER, SINO EN ENCONTRAR EL PLACER EN EL ESFUERZO.

ANDRE GIDE

INDICE

RESUMEN 10

1. CAPITULO 1: INTRODUCCION 12

2. CAPUTULO 2: MARCO TEORICO

    2.1. CONCEPTO 13

    2.2. FISIOLOGIA DE LA MENOPAUSIA 14

    2.3. IMPORTANCIA SOCIAL 18

    2.4. DEPRESION 19

        2.4.1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS 19

        2.4.2. TIPOS DE DEPRESION 21

    2.5. DEPRESION Y MENOPAUSIA 22

        2.5.1. ESTROGENOS Y DEPRESION 23

    2.6. TEORIA DE DEPRESION DE BECK 25

3. CAPITULO 3: MATERIALES Y METODOS

    3.1. JUSTIFICACION 29

    3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACION 30

    3.3. OBJETIVOS GENERALES 30

    3.4. ONJETIVOS ESPECIFICOS 31

3.5. HIPOTESIS 31

3.6. TIPO DE ESTUDIO 31

3.7. CRITERIOS DE INCLUSION 31

3.8. CRITERIOS DE EXCLUSION 32

3.9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES 33

3.10. CALCULO DE LA MUESTRA 36

3.11. RECOLECCION 36

3.12. PLAN DE ANALISIS 36

3.13. ASPECTOS BIOETICOS 37

4. CAPITULO 4: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS 38

5. CAPITULO 5: DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN 49

6. CAPITULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES 53

6.2. RECOMENDACIONES 57

7. ANEXOS

7.1. TEST DE BECK 59

7.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO 63

8. BIBLIOGRAFIA 65

INDICE DE TABLAS

1. TABLA N-1 17
2. TABLA N-2 27
3. TABLA N-3 27
4. TABLA N-4 33
5. TABLA N-5 39
6. TABLA N- 6 40
7. TABLA N-7 41
8. TABLA N-8 42
9. TABLA N-9 43
10. TABLA N-10 44
11. TABLA N-11 45
12. TABLA N-12 46
13. TABLA N-13 47
14. TABLA N-14 48

INDICE DE GRAFICOS

1. GRAFICO N-1 16

2. GRAFICO N-2 38

RESUMEN

Introducción: La menopausia se define como el cese permanente por más de doce meses de la menstruación, secundaria a la pérdida de la actividad hormonal en el ovario. Se estima una prevalencia del 9% de mujeres que presenta depresión en esta etapa. Por otro lado la transición a la menopausia se define como el periodo previo al cese de las menstruaciones el cual conlleva tanto cambios hormonales como de estado de ánimo. **Objetivos:** Determinar el estado depresivo en pacientes en transición a la menopausia y en menopáusicas, según la escala de depresión de Beck, y su relación con la autopercepción y el trabajo. **Métodos:** Estudio de corte transversal en pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital N-1 de la Policía Nacional en Julio y Agosto del 2017. **Muestreo**: Se tomó todo el universo de las pacientes que acuden a la consulta externa del hospital, las cuales se encuentran en transición a la menopausia y en menopausia, se utilizó la escala de depresión de Beck a través de un consentimiento informado y se determinó en cuál de los dos grupos se evidencio mayor estado de depresión.

ABSTRACT

Introduction: Menopause is defined as the permanent cessation for more than twelve months of menstruation, secondary to the loss of hormonal activity in the ovary, an estimated prevalence of 9% of women present depression at this stage, In other form the menopause transition is defined as the period before the menstruation ends and it can take hormonal changes such as mood. **Objectives:** To determine depressive status in menopausal and menopause transition patients, according to the Beck depression scale and if they have relation with self-perception and work. **Methods:** Cross-sectional study of patients attending in Gynecology Department of the National Police Hospital in July and August 2017. **Sample:** the universe of patients was taken to the outpatient clinic of the hospital who are in menopause and menopause transition by definition, I used the Beck depression scale whit informed consent to determinate in which of the two groups is evidence of a greater state of depression

CAPITULO 1: INTRODUCCION

El descenso de los estrógenos y el reajuste central en los mecanismos hormonales, para la correcta regularización de estos, muestran una relación con las manifestaciones propias de los cambios hormonales, por lo que climaterio y envejecimiento no se pueden delimitar con claridad (13)

Antiguamente se creía que la adaptación a la menopausia, era un proceso activo en relación a los acontecimientos que suceden en ese momento, y a la transformación biológica que se ejerce sobre la psiquis y la situación social de la mujer, la cual esta modificada por varios factores que engloban este periodo de adaptaciones. Bajo esta situación en el Consenso Sobre la Investigación de la Menopausia (1977) se estudió los efectos del envejecimiento y de la menopausia con la ayuda del Inventario de Personalidad Multifasica de Minnesota. Los perfiles individuales fueron constantes durante más de 5 años, por lo que ellos sugieren que el impacto del climaterio en la personalidad de la mujer no es de ningún modo, “dramático” (Kruskemper). (14)

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1. CONCEPTO

La *menopausia* es el último periodo que marca el cese espontaneo o artificial de la función normal y cíclica del ovario (2), este término deriva de los términos griegos *men* (mes) *y pausis* (cese) (1).

La *posmenopausia* describe los años posteriores a ese momento, la cual se divide en temprana, con mayor disminución de la función ovárica, y tardía, con mayor repercusión en la salud urogenital. (24)

La *transición menopáusica* es un periodo endocrinológico progresivo que lleva a la mujer de la menstruación regular, cíclica y predecible característica de los ciclos ovulatórios a la última menstruación, acompañada de senectud ovárica (5), con concentraciones elevadas, pero variables de FSH en la fase folicular temprana. (24) (1)

La *perimenopausia* “es el periodo inmediatamente anterior a la menopausia (cuando comienzan las modificaciones endocrinas, biológicas y clínicas de aproximación a la menopausia) y el primer año después de la menopausia”. (Organización Mundial de la Salud OMS 2017).

La *premenopausia* comprende la etapa previa a la menopausia con ciclos ovulatórios, lo que se considera edad fértil de la mujer. (35)

El Climaterio periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación (24)

Estado de ánimo, es el estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se presentan en un momento determinado, se diferencia de las emociones en que el estado de ánimo es más duradero y menos especifico de una situación concreta. (35)

Para efectos del estudio se tomó a pacientes menopáusicas hasta 5 años después de su última menstruación y pacientes en transición menopáusica.

Recientemente se ha propuesto redefinir a la perimenopáusica como el inicio de la disfunción endócrina del ovario, cuando se inician los sistemas biológicos, endocrinos y clínicos de aproximación a la menopausia, lo que por los conocimientos que existen al respecto se inicia a partir de los 35 años. (15)

2.2 FISIOLOGIA DE LA MENOPAUSIA

En el estudio *Women´s Health Across the Nations (SWAN),* en Estados Unidos, en una cohorte longitudinal de mujeres de distintas etnias que incluyeron en el estudio de 3302 mujeres en 7 centros clínicos; al momento del ingreso al estudio las pacientes eran premenopáusicas, no recibían hormonas, y fueron evaluadas anualmente los primeros 10 años y luego cada 2 años, describiéndose los cambios endocrinos. Este mostro que

mientras las concentraciones plasmáticas de estradiol (E2) disminuyen con la edad, las de FSH aumentan, cambio que es más acentuado a edades mayores. La FSH comienza a aumentar, aproximadamente seis años antes de la menstruación final, acelera su incremento dos años antes de esta y algunos meses previos a la última desacelera, terminando su estabilización dos años después de la última menstruación. (24)

En la quinta década de la vida los ciclos vuelven a alargarse de nuevo, la anovulación se torna más habitual y antes de la anovulación aumenta la duración del ciclo menstrual, lo que se inicia en promedio 2 a 8 años antes de la menopausia. El año anterior a la menopausia predominan ciclos de más de 40 días de duración. Este periodo de ciclos más prolongados precede de forma uniforme a la menopausia, con independencia de la edad en que cesa la menstruación, ya sea precoz o tardía. (1)

La variación del ciclo menstrual antes de la menopausia se caracteriza por una elevación de la folitropina (FSH) y una disminución de la inhibina, pero con cifras normales de lutropina (LH), y ligeramente elevadas de estriol. A esta edad el 25% de los ciclos pueden ser ovulatorios a pesar de que sean largos por lo que en la fase perimenopáusica se corre el riesgo de embarazo.

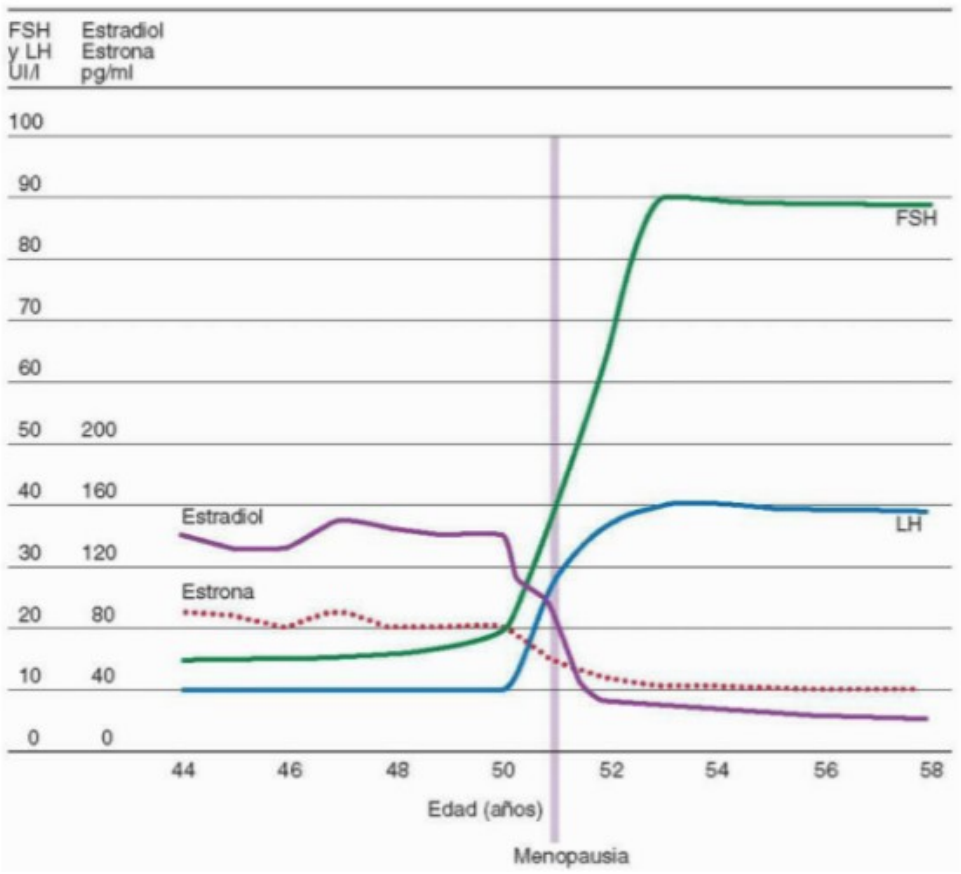


Grafico 1: Evolución hormonal en la transición a la menopausia y en menopausia (ORTIZ 2016)

Poco después de la menopausia puede afirmarse con seguridad que ya no quedan folículos ováricos, esto se refleja en el incremento de la FSH de 10-20 veces y de la LH de 1-3 veces con cifra máxima al cabo de 1-3 años de la menopausia, luego de lo cual presentan un descenso ligero.

La concentración de estradiol circulante después de la menopausia procede la mayor parte de la conversión periférica de estrona. La tasa de producción postmenopáusica de estrógenos es de 45ug/24h, procedentes de la

conversión periférica de andrógenos y ya no de los folículos ováricos, esta podría ser determinada por el peso corporal.

HORMONA	PREMENOPAUSIA	MENOPAUSIA	POSTMENOPAUSIA
FSH (UI/L)	10-15	40	50-60
LH (UI/L)	10	25	35
ESTRADIOL (pg/ml)	40-400	< 25	10-20
ESTRONA (pg/ml)	30-200	< 15	30-70

Tabla 1: Niveles hormonales según etapa presente (Fonseca 2017)

Con la edad avanzada la contribución suprarrenal resulta insuficiente y la disponibilidad de estrógenos no son suficientes para mantener los tejidos sexuales secundarios, por lo que se evidencia los cambios anormales en la textura y anatomía de los órganos sexuales.

Durante los años de la menopausia algunas mujeres manifiestan diversos síntomas intensos, en tanto que otras muestran reacciones nulas, los sofocos vasomotores se consideran los sellos distintivos del climaterio femenino, y la mayoría (50%-59%) de las pacientes menopáusicas las sufren en cierto grado.

En conclusión, la mujer en esta etapa refiere síntomas como los bochornos, sudoraciones, disminución del deseo sexual o cambios de humor los cuales pueden o no afectar su bienestar, la capacidad de trabajar, relacionarse con los demás o vivir plenamente. Por el contrario, el médico, como consecuencias del hipoestrogenismo, durante el climaterio puede identificar

ciertos trastornos como sofocos, sudoraciones, anhedonia, angustia, depresión, disfunción sexual o ansiedad, acorde a lo planteado por cada paciente y a la reserva hormonal que presente la cual se reflejara en los síntomas descritos (16) (21)

2.3 IMPORTANCIA SOCIAL

Es posible que factores culturales y socioeconómicos influyan en la gravedad de los síntomas menopáusicos. En los países de menor nivel socioeconómico se consultan menos por molestias menopaúsicas, por la actitud de la mujer frente al climaterio la cual es completamente diferente a los cambios objetivos atribuibles a la función gonadal.

La calidad de vida de esta población que envejece es un asunto importante, no solo en el plano individual, sino también en relación con la provisión de recursos médicos para nuestra sociedad e conjunto.

A pesar de los avances en el conocimiento de los beneficios y riesgos de la terapia estrogénica existe un pequeño porcentaje de mujeres que la reciben y hay varias razones para ello:

- Falta de información publica
- Desconocimiento de aumento del riesgo de ciertos trastornos
- Contraindicaciones absolutas para la terapia con estrógenos

En conclusión, la mujer actual que llega a la menopausia debe llevar una vida libre de patologías asociadas y un menor compromiso psicológico para que la adaptación y la calidad de vida sea la más placentera. (19)

2.4 DEPRESION

La depresión “se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. (OMS 2017) (25) Este trastorno psiquiátrico afecta al 12% de la población mundial, siendo las mujeres quienes más la padecen (6)

2.4.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Según el DSM-IV la depresión debe cumplir:

A. 5 o más de los siguientes síntomas que estén presentes durante un periodo de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés por las actividades.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. sentirse triste o vacío) u observado por otros

(ej. Apariencia llorosa). Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable

2. Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)

3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños considere no alcanzar la ganancia de peso esperada

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (combinado con otro trastorno psiquiátrico).

C. Los síntomas deben provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo)

E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor. (31)

2.4.2 TIPOS DE DEPRESIÓN

Según su intensidad, los trastornos depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

Depresión leve: Se define como la presencia de entre 5 a 6 síntomas leves, además de experimentar sólo un leve deterioro en su funcionamiento, se caracterizada porque el paciente obtiene puntuaciones más bajas en las escalas estandarizadas de depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios mínimos para la depresión. (31)

Depresión moderada: Se caracteriza por la combinación de los criterios generales con la presencia de al menos dos de los síntomas nucleares, en este estado se puede llegar a presentar dificultad importante para continuar con sus actividades.

Depresión grave: Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. (32)

2.5 DEPRESION Y MENOPAUSIA

Existe un riesgo incrementado de presentar síntomas depresivos durante la transición a la menopausia. Los síntomas más frecuentes durante la transición a la menopausia como el insomnio y los síntomas vasomotores pueden contribuir en forma importante a que las condiciones anímicas bajen. (30)

La transición hacia la menopausia se asocia en las mujeres a un riesgo dos a cuatro veces mayor de presentar un trastorno depresivo o bien un aumento de los síntomas depresivos iniciados con anterioridad, si se le compara con lo que sucede en otros periodos del ciclo vital femenino. (4)

2.5.1 ESTROGENOS Y DEPRESION

La evidencia clínica sugiere que las fluctuaciones hormonales drásticas que se presentan a lo largo de la vida, como la etapa premenstrual, el puerperio y la perimenopausia, se asocian a una mayor vulnerabilidad en la aparición de alteraciones psiquiátricas, como la depresión. (34)

En los que respecta a las alteraciones hormonales, debemos tener en cuenta que los estrógenos aumentan los niveles de serotonina y la actividad de la noradrenalina en el sistema nervioso central y que los receptores estrogénicos se encuentran distribuidos por todo el cerebro, teniendo los estrógenos un papel regulador del humor. (11)

Los estrógenos pueden modular la neurotransmisión noradrenérgica a nivel del sistema nervioso central. La modulación de este sistema se lleva a cabo a través de la liberación de noradrenalina, la regulación de sus receptores, así como en los procesos de síntesis y de eliminación del neurotransmisor.

Los efectos de estradiol son producto de su interacción con los receptores, los cuales son de corta duración y se han descrito como un aumento de la excitabilidad neuronal y una disminución del umbral convulsivo. Estos

efectos de excitación de los estrógenos en algunas áreas cerebrales ocurren por dos mecanismos: al reducir la glutámico decarboxilasa del ARNm se disminuye la inhibición neuronal mediada por GABA (ácido γ-amino butírico); y, por otro lado, los estrógenos pueden actuar como agonistas del receptor NMDA (Nmetil-D-aspartato). (7)

El estradiol (E2), el dietiletilbestrol (DES) y el mestranol reducen la densidad de receptores α-adrenérgicos en estructuras como el hipotálamo, la corteza frontal y el núcleo del tracto solitario. De igual forma, el E2 aumenta la actividad de los receptores α1 en neuronas del área preóptica, además de que disminuye la expresión del RNAm para el receptor α2. Finalmente, también se ha reportado que el tratamiento crónico con E2, reduce la respuesta de los receptores β-adrenérgicos. Todos estos cambios en sinergia producen una inhibición de la recaptación de noradrenalina en la corteza cerebral y en el hipotálamo, por lo que aumenta los niveles de noradrenalina en el espacio sináptico (34)

Se ha observado que la eliminación de la terapia de reemplazo hormonal, en mujeres postmenopáusicas, parece estar asociada con la presentación de cuadros depresivos, por lo que, la participación de los estrógenos en la depresión, han determinado que los episodios de esta patología durante la menopausia se acompañan con la caída de los niveles de estradiol. Además, se ha demostrado que el estradiol es de utilidad en el tratamiento de los síntomas de la depresión postparto (8)

El 20% de las mujeres premenopáusicas, es decir, en edad fértil, informan de síntomas depresivos, en la transición a la menopausia el estado de ánimo depresivo aumenta significativamente al 30-40%, este es el periodo de mayor vulnerabilidad depresiva y en la postmenopausia la prevalencia desciende de nuevo al 20%. (11). “Se identificó depresión en 34.5% mujeres en transición a la menopausia, y 43.5% en postmenopausia, el índice psicológico que evaluó la intensidad de estos síntomas fue menor entre mujeres con nivel universitario, trabajadoras fuera del hogar, las más jóvenes entre aquellas en etapa premenopáusicas.” *Navarro 1997.* (17)

Durante la etapa climatérica se refieren alteraciones psicológicas que, si bien no siempre conducen al deterioro de la salud mental, con frecuencia se traducen en una disminución de la satisfacción personal. El efecto se traduce en reducción de la autoestima como expresión de autovaloración negativa respecto a los estándares en que se ha desenvuelto la vida de la mujer y que sirven de referencia. (17)

2.6 TEORIA DE DEPRESION DE BECK

“La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales herramientas representativas para las explicaciones cognitivas de la depresión” (Lakdawalla, Hankin & Mermelstein, 2007). Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el

individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. (10)

En resumen, la teoría cognitiva de Beck (1979) refiere que la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. (33)

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos:

1.- La cognición

2.- El contenido cognitivo

3.- Los esquemas.

La Cognición: Se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales.

El Contenido Cognitivo: Es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los Esquemas: son creencias centrales que se constituyen en los principios que sirven para procesar la información procedente del medio, un esquema erróneo podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores que no son agradables para la persona (33)

A partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos. El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. (9)

El test de depresión de Beck se interpreta con la siguiente valoración acorde a la suma de los puntos obtenidos en la encuesta. (18)

Puntaje	***Calificación***
0-9	No depresión u altibajos que se consideran normales
10-18	Depresión Leve
19-29	Depresión Moderada
30-63	Depresión Severa

Tabla 2: Calificación de la Escala de Depresión de Beck

Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

Grado de depresión	***Puntuación media***
Depresión ausente o mínima	10,9 puntos.
Depresión leve:	18,7 puntos
Depresión moderada	25,4 puntos
Depresión grave	30 puntos.

Tabla 3: Puntuación media de los diferentes grados de depresión

Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas. (12) con la correspondiente indivualización de los ítems y la mayor parte de esferas que son evaluadas con el test

CAPITULO 3: MATERIALES Y METODOS

3.1. JUSTIFICACION

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030 más de un billón de mujeres en todo el mundo tendrán más de 50 años. (23)

Según *MATURITAS* (The European Menopause Journal) en América Latina el promedio de edad de la menopausia es de 49.4 +/- 5.5 años, en Ecuador es de 48.5 en Quito y 48.9 Guayaquil cabe recalcar que en la altura mayor de 2000 metros sobre el nivel del mar aumenta el riesgo de empezar la menopausia en 2.3 veces más que las ciudades de menor altura (OR = 2.3, 95% CI: 1.6 – 3.3 P < 0.0001) (20)

La prevalencia a nivel mundial de depresión en transición a la menopausia se evidencia en 54% y con 1.71 veces más de probabilidad de tener depresión que una persona en edad fértil, por el contrario, la menopausia presenta una prevalencia de 11% según el estudio SWAN. El 20% de las mujeres premenopáusicas, es decir, en edad fértil, informan de síntomas depresivos; en la transición a la menopausia el estado de ánimo depresivo aumenta significativamente al 30-40%, este es el periodo de mayor vulnerabilidad depresiva y en la postmenopausia la prevalencia desciende de nuevo al 20%.

¿Es el periodo de transición a la menopausia un estado de riesgo más que la menopausia para depresión? Este estudio nos ayudó a determinar en qué grupo de intervención se puede evidenciar un cierto grado de depresión, correlacionando que en la transición a la menopausia se evidencia más esta situación y no es tratada ampliamente.

En el Hospital Quito N-1 de la Policía Nacional no se tienen datos certeros del número de pacientes que presentan depresión en esta etapa, lo cual es importante porque no se tiene un manejo adecuado multidisciplinario y biopsicosocial a pesar de ser un trastorno netamente orgánico, y para lo cual no existen estrategias de intervención.

De acorde a los resultados se puede protocolizar estrategias de intervención y prevención para evitar esta patología en ciertas pacientes que no toleren los cambios normales de la edad.

3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Se encuentra mayor depresión y peor autopercepción en mujeres en transición a la menopáusica que en menopáusicas de la consulta externa en el Hospital de Quito N-1 de la Policía en el periodo de julio a agosto de 2017?

3.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado depresivo en pacientes en transición a la menopausia y en menopáusicas, según la escala de depresión de Beck

3.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Valorar la autopercepción de cada paciente en transición a la menopausia y en menopáusica.

Identificar el impacto de la depresión en el trabajo de la paciente en transición a la menopausia y menopáusica

Derivar a las pacientes con depresión a valoración psicológica para la adaptación de la menopausia.

3.5. HIPOTESIS

La transición a la menopausia es un estado propenso a la depresión más que la menopausia y tiene implicaciones directas sobre el trabajo y la autopercepción de la persona

3.6. TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio de corte transversal, descriptivo.

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres en periodo de transición a la menopausia por definición o menopausia y hasta 5 años posteriores.

Mujeres que acuden a control ginecológico sin otra morbimortalidad o con morbilidad controlada.

3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres con patología crónica no transmisible existente mal controlada

Mujeres con diagnóstico y tratamiento de depresión preexistente o con otra patología psiquiátrica

3.9. OPERACIONALIZACIÒN DE VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición	Tipo de variable	Como medir	Codificación	Indicador
Edad	Número de años de la persona	Cuantitativa	Encuesta	-	Moda, mediana, promedio
Transición a la menopausia	Años previos a la menopausia con irregularidad menstrual	Cualitativa ordinal	Encuesta	Si = 1 No = 2	Frecuencia. Porcentaje, moda
Menopausia	Cese permanente de la menstruación tras la	Cualitativa	Encuesta	Si = 1	Frecuencia. Porcentaje,

	desaparición de la actividad ovárica	Ordinal		No = 2	moda
Depresión	pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas	Cualitativa Ordinal	Escala de Beck	Ausencia = 0 Leve = 1 Moderada= 2 Severa = 3	Frecuencia. Porcentaje, moda
Autopercepción	Percepción propia de la persona frente a su	Cualitativa ordinal	Escala de Beck	Buena = 1 Mala = 2	Frecuencia. Porcentaje,

	imagen corporal				moda
Trabajo	Percepción de su relación laboral	Cualitativa	Escala de Beck	Buena = 1 Mala = 2	Frecuencia. Porcentaje, moda

3.10. MUESTRA

Se tomó todo el universo de las pacientes que acudieron a la consulta externa del hospital y las cuales se encuentren en transición a la menopausia por definición y en menopausia.

3.11. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION

La información fue recolectada a través del test de Beck IDB II validado y estandarizada por Jurado en 1998 en México con un alfa de Cronbach = 0.83, (11) determinando que se relaciona con depresión y con estabilidad temporal (Anexo 1). El cual se realizó a las pacientes que se encuentren en transición a la menopausia y en menopausia por definición, y que cumplan con los criterios de inclusión luego de haberse realizado el respectivo consentimiento informado.

3.12. PLAN DE ANALISIS

Para el efecto de ingreso de datos, análisis de datos y correlación de variables, se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 (hoja de cálculo) y programa estadístico PSPP versión 0.10.5 para el análisis de los datos del estudio descriptivo transversal.

Las proporciones se compararon mediante la prueba de chi cuadrado y el valor de p, y las variables cualitativas de cruce de 2 x 2 se analizaron con Odds Ratio.

3.13. ASPECTOS BIOETICOS.

Este estudio no tiene fines de lucro y se realizó a pacientes que deseen participar en el mismo

CAPITULO 4: RESULTADOS

Se incluyeron 166 pacientes en el estudio, que representan el universo y que acudieron a consulta externa del Hospital Quito N-1 de la Policía. La media de la edad para este grupo fue 50 años, el mayor porcentaje (10.24%) presento la edad de 50 años, siendo la edad mínima de los sujetos estudiados 42 años y 60 años la edad máxima.

Del total de mujeres se determinó por definición a las pacientes que se encontraban en transición a la menopausia y menopausia.

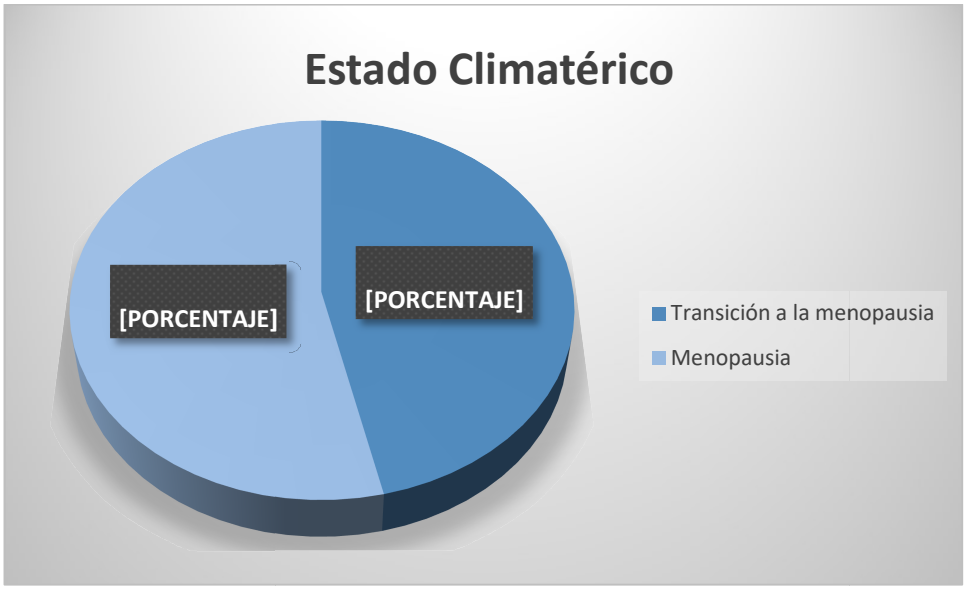


Grafico 2: *Porcentaje de pacientes y su estado climatérico (Fonseca 2017)*

En la tabla 5 se identifica en cada estado climatérico la presencia o no de depresión de las pacientes según la escala de Depresión de Beck (anexo1), como se explicó anteriormente. Se evidencio un total de 81 pacientes con

depresión que representan 48.8% de la muestra. Según la hipótesis de nuestro estudio se observa que las pacientes en transición a la menopausia son más propensas a desarrollar en cierto momento depresión. Se identificó que 27,7% del total de pacientes y 59.5% del total de pacientes en transición que presentan depresión, en relación a las menopáusicas con una *p 0.009* siendo esta relación estadísticamente significativa.

Tabla 5: Presencia de depresión según el estado climatérico.

	Depresión				
	No		Si		Chi cuadrado
Estado Climatérico	FA	%	FA	%	(p)
Transición a la menopausia	31	18.67	46	27.71	6.89
Menopausia	54	32.53	35	21.09	(0.009)
Total	85	51.20	81	48.80	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 6 se observa los grados de depresión según el estado climatérico de la paciente, se evidencio que la mayoría de pacientes presentan depresión leve tanto en transición a la menopausia como menopáusicas en 18.07% y 15.06% respectivamente del total de la muestra. En todos los casos se evidencia mayor presencia de depresión en transición a la menopausia, y llama la atención que 6 pacientes presentaron depresión severa, las cuales fueron derivadas al servicio de psicología del hospital. La

relación entre el estado climatérico y los grados de depresión es estadísticamente significativa con una p de 0.041, y con un RR: 0.44 (IC 0.23-0.81).

Tabla 6: Grados de depresión según estado climatérico

Estado Climatérico

	Transición a la menopausia		*Menopausia*		*Chi cuadrado*
Grados de depresión	FA	%	FA	%	(p)
Leve	30	18.07	25	15.06	(0.041)
Moderada	10	6.02	10	6.02	
Severa	5	3.01	1	0.60	
Total	45	27.1	36	21.6	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 7 se puede evidenciar que en las pacientes en transición a la menopausia es más impactante el cambio de físico que en la menopáusicas en un 15.66% del total de pacientes encuestadas, lo cual se puede correlacionar con el cambio hormonal que están teniendo en ese momento, por el contrario, las pacientes menopáusicas no tienen muchos problemas con los cambios físicos que las hacen ver menos atractivas, pero si les preocupa el hecho de parecer mayor en un 18.07% de todas las pacientes encuestadas. Cabe recalcar que la gran mayoría de pacientes a las que les

preocupa el hecho de parecer mayor, atribuyen este sentimiento al aumento de peso y la dificultad para tener una figura esbelta por los cambios que las pacientes atribuyen a la transición y a la menopausia

Tabla 7: Relación del estado climatérico con la autopercepción

	Estado Climatérico				
	Transición a la menopausia		*Menopausia*		*Chi cuadrado*
Autopercepción	FA	%	FA	%	(p)
Normal	32	19.28	50	30.12	15.42
Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo	18	10.84	30	18.07	0.001
Hay cambios que me hacen parecer menos atractivo	26	15.66	9	5.42	
Me veo feo	1	0.60	0	0	
Total	77	46,39	89	53.61	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 8 se evidencia el impacto de la depresión en la autopercepción de las personas y su propia valoración en el físico. Se puede evidenciar que las pacientes con depresión presentan una mayor distorsión en la autopercepción de su físico y problemas dirigidos a la adaptación de los cambios provocados por la menopausia. Se evidencia que las pacientes que presentan depresión el 17.47% del total de la muestra le preocupa el hecho

de parecer vieja o menos atractiva y el 18.67% del total de la muestra presentan cambios en su físico que los hacen parecer menos atractivos que el resto de las personas; las pacientes que no presentan depresión, el 11.4% del total de las encuestadas, tienen una preocupación por su físico o por parecer mayor sin que esta sea una característica definitiva para presentar depresión en ellas. Siendo la alteración de la autopercepción una característica de la depresión, se evidencio que el 75% del total de pacientes que presentan depresión poseen alteración de su propia percepción, con 60.7% en transición a la menopausia y 39.3% en menopáusicas.

Tabla 8: Relación de la depresión con la autopercepción de la persona

	Depresión				
	Si		*No*		*Chi cuadrado*
Autopercepción	FA	%	FA	%	(p)
Normal	20	12.05	62	37.35	43.35
Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo	29	17.47	19	11.45	0.000
Hay cambios que me hacen parecer menos atractivo	31	18.67	4	2.41	
Me veo feo	1	0.60	0	0	
Total	81	48.8	85	51.2	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 9 se evidencia que el estado climatérico, a pesar de no tener una relación estadísticamente significativa, está influyendo directamente en la relación laboral en relación a que les cuesta esfuerzo empezar a hacer algo, las pacientes menopáusicas presentan un 20.48% del total, con relación a las pacientes en transición quienes presentan la mitad (10.84%); se evidencia que las pacientes acuden a sus labores cotidianas independientemente del estado climatérico, porque se considera una obligación, ya sea las labores de trabajo o los trabajos domésticos.

Tabla 9: Relación del estado climatérico con la relación laboral de la persona

	Estado Climatérico				
	Transición a la menopausia		*Menopausia*		*Chi cuadrado*
Relación laboral	FA	%	FA	%	(p)
Normal	51	30.72	49	29.52	5.82
Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo	18	10.84	34	20.48	0.121
Tengo que obligarme a hacer algo	8	4.82	5	3.01	
No puedo trabajar en absoluto	0	0	1	0.60	
Total	77	46,39	89	53.61	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 10 se evidencia las consecuencias de la depresión en relación al trabajo, siendo que el 20.48% del total de pacientes encuestadas les cuesta esfuerzo empezar a hacer algo, el 7.23% tiene que obligarse a hacer algo, por otro lado solo el 10.84% del total de pacientes que no tienen depresión les cuesta esfuerzo empezar a hacer algo, pero lo realizan al igual que el resto de pacientes ya que todas aducen que a pesar de tener los cambios de la menopausia o estar en transición a la menopausia ellas deben realizar sus actividades. De las personas que presentan problemas en el trabajo, representan el 50.6% del total de pacientes con depresión de las cuales 51.1% se encuentran en transición a la menopausia y 48.9% son menopáusicas.

Tabla 10: Relación de la depresión con la relación laboral de la persona

	Depresión				
	Si		*No*		Chi cuadrado
Relación laboral	FA	%	FA	%	(p)
Normal	34	20.48	66	39.76	25.39
Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo	34	20.48	18	10.84	0.000
Tengo que obligarme a hacer algo	12	7.23	1	0.60	
No puedo trabajar en absoluto	1	0.60	0	0	
Total	81	48.8	85	51.2	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

Adicionalmente, aunque no está propuesto en el estudio se analizó la relación del interés de las pacientes por las y el sueño con la depresión y el estado climatérico.

En la tabla 11 se evidencia que la relación del estado climatérico con el interés por las actividades cotidianas, no tiene una relación estadísticamente significativa con p: 0.55; se puede determinar que las pacientes menopáusicas ya no disfrutan las cosas como antes más que las pacientes en transición a la menopausia en un 25.30% del total de las pacientes, por otro lado las pacientes en transición a la menopausia y menopáusicas las cosas les satisfacen como antes en 22.29% y 25.90% respectivamente del total de la muestra.

Tabla 11: Relación del estado climatérico con el interés con las actividades

Estado Climatérico

	Transición a la menopausia		*Menopausia*		*chi cuadrado*
Interés por las actividades	FA	%	FA	%	(p)
Me satisfacen las cosas como antes	37	22.29	43	25.90	2.07 (0.55)
No disfruto como antes	33	19.88	42	25.30	
Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada	6	3.61	4	2.41	

Estoy insatisfecho o aburrido con todo	1	0.60	0	0	
Total	77	46,39	89	53.61	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 12 se evidencia la relación de la depresión con el interés por las actividades en el cual se identifica que del total de pacientes que tienen depresión el 56.7% de ellas ya no disfrutan las cosas que antes le producían placer y 12.34% ya no tienen una verdadera satisfacción de nada, lo que corresponde al 27.71% y al 6.02% del total de entrevistadas. Por el contrario, del total de personas que no tienen depresión el 34% de ellas que corresponde a 17.47% del total de pacientes entrevistadas, no disfrutan las cosas como antes lo cual es una escasa cantidad de pacientes, en relación a las pacientes que tienen depresión, presentándose este resultado estadísticamente significativo con una p: 0.000. Se evidencia que el 70.3% de pacientes con depresión presentan disminución del interés por las actividades presentándose en 60% de las pacientes en transición a la menopausia y 40% en pacientes con menopausia.

Tabla 12: Relación de depresión con el interés por las actividades

	Depresión				
	Si		*No*		*Chi cuadrado*
Interés por las actividades	FA	%	FA	%	(p)
Me satisfacen las cosas como antes	24	14.46	56	33.73	27.57
No disfruto como antes	46	27.71	29	17.47	0.000

Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada	10	6.02	0	0	
Estoy insatisfecho o aburrido con todo	1	0.60	0	0	
Total	81	48.8	85	51.2	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 13 se evidencia la relación del estado climatérico con los problemas del sueño el cual no tiene una relación estadísticamente significativa con p: 0.141 por lo que se evidencia que tanto en pacientes en transición a la menopausia como menopáusicas tienen alteraciones del sueño en porcentajes similares, y no se evidencia una gran diferencia en relación a las pacientes que no tienen problemas para dormir.

Tabla 13: Relación del estado climatérico con los problemas del sueño

	Estado Climatérico				
	Transición a la menopausia		*Menopausia*		*chi cuadrado*
Problemas con el sueño	FA	%	FA	%	(p)
Puedo dormir como siempre	41	24.7	36	21.69	5.46
No duermo tan bien como solía hacerlo	19	11.45	33	19.88	(0.141)
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual	10	6.02	16	9.64	
Me despierto más de dos horas antes de lo habitual	7	4.22	4	2.41	
Total	77	46,39	89	53.61	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

En la tabla 14 se evidencia la relación de la depresión con los problemas de sueño que presentan las pacientes evidenciándose que las pacientes que tienen depresión presentan una mayor alteración significativa del sueño en 70,3 % (p:0,000) y el 29,7% restante de pacientes con depresión cumple con otros criterios para depresión diferentes del sueño; la mayoría de estas pacientes no duermen tan bien como solían hacerlo o se despiertan cansadas en un 17.47% del total. Del total de pacientes con depresión, el 70.3% presentan alteración del sueño siendo un 50.9% en transición a la menopausia y 49.1% en menopáusicas

Tabla 14: Relación de depresión con los problemas del sueño

	Depresión				
	Si		*No*		*Chi cuadrado*
Problemas con el sueño	FA	%	FA	%	(p)
Puedo dormir como siempre	24	14.46	53	31.93	27.57
No duermo tan bien como solía hacerlo	29	17.47	23	13.86	(0.000)
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual	18	10.84	8	4.82	
Me despierto más de dos horas antes de lo habitual	10	6.02	1	0.60	
Total	81	48.8	85	51.2	

FA: frecuencia absoluta, %: porcentaje, p: valor de p.

CAPITULO 5: DISCUSION

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar los grados de depresión en pacientes en transición a la menopausia y menopausia con el antecedente que se puede establecer un cuadro de depresión mayoritariamente en pacientes en transición, es por esta razón que se han realizado estudios cada vez más específicos para determinar las causas exactas por las que las mujeres en transición a la menopausia y menopausia tienen alteraciones emocionales. Según el Dr. Enrique Jadresic, Medico-Psiquiatra de la Clínica Los Condes de Chile, en su estudio Climaterio: Depresión y Alteraciones del Animo concuerda con la descripción en el que se señala a la mujer que se encuentra en transición a la menopausia está en mayor riesgo de presentar deterioro del estado de ánimo y este viene a ser el síntoma que más a menudo lleva a las mujeres a consulta en el climaterio, según Jadresic del total de mujeres consultantes durante el climaterio, casi la mitad están deprimidas clínicamente y más de un tercio desarrolla su primer episodio depresivo de su vida durante la perimenopausia.

Según los resultados descritos en este estudio concuerdan con la relación obtenida al tener la mitad del total de las pacientes algún grado de depresión 48.85% y un tercio de estas se encuentra en transición a la menopausia con el 27.7%.

A su vez, según se puede determinar que el riesgo de depresión mayor en pacientes en transición a la menopausia es de 0.4 veces más que las menopáusicas, por lo que se correlaciona con investigaciones descritas por Cohen y cols en el cual el riesgo es de 2.5 veces mayor. (26)

Según el estudio “La asociación del estado depresivo con los síntomas menopáusicos entre mujeres de edad media en China”, evaluaron la asociación de depresión con el estado menopáusico y algunos síntomas de la menopausia, con 743 pacientes evidenciaron que la prevalencia de depresión fue 11.4%, esta fue encontrada mayoritariamente en pacientes con alteraciones del sueño (OR 6.02), y en pacientes en transición a la menopausia asociadas más a síntomas vasomotores, mas no así en pacientes netamente menopáusicas sin otros síntomas acompañantes en la cual la depresión no está relacionada, según SWAN se ha mostrado que el riesgo de depresión es alto en Africa, América pero bajo en poblaciones Asiáticas. (27); por el contrario, como muestra nuestro estudio la prevalencia de esta patología aumenta en casi la mitad de la población, incluso pacientes que no presentan otra patología psicológica o alguna comorbilidad mal controlada que pueda aumentar el riesgo de depresión.

En el estudio “Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation” (SWAN), se identificaron 3302 pacientes africanas, americanas, chinas, latinas, japonesas y blancas entre 42-52 años, evaluadas en 7 años, en el cual se determinó la depresión con la escala CES-D, se identificó que las africanas americanas, chinas, hispanas y japonesas tienen 1.06, 0.51, 1.39 y 1.42 veces más riesgo respectivamente en relación a las blancas americanas de presentar depresión, y en este estudio se identificó que las pacientes con transición a la menopausia tienen 1.73 veces más riesgo de depresión más que las premenopáusicas. (28) En comparación con este estudio se corrobora el mayor riesgo de depresión en transición a la menopausia, pero en relación con menopáusicas y por ser una población latina está dentro del rango de riesgo para depresión con 0.4 veces más, lo cual se podría determinar por el número de la muestra que fue de 166 pacientes.

En “Major Depression During and After the Menopausal Transition: Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN)” otra división del estudio SWAN se identificó que la depresión fue mayor cuando las mujeres estaban en transición a la menopausia y en postmenopausia, comparado con la premenopáusicas, en este se identificó a 221 pacientes Africanos americanos y caucásicos en edades entre 42 y 52 años, con la entrevista clínica estructurada del DSM-IV y se obtuvo que de 146 pacientes que tenían depresión el 48% estaba en transición a la menopausia y acudieron 535 veces a consulta por este estado; además se concluyó que las

pacientes que se encontraban en transición a la menopausia tenían 2.2 veces más riesgo que las premenopáusicas de presentar depresión.(29) Comparado con nuestro estudio se identifica que la transición a la menopausia es un factor de riesgo neto para desarrollar depresión, en el que están envueltos varias connotaciones propias de los cambios de la edad como el aumento de peso, los síntomas vasomotores, los problemas de sueño y por último la etnia también es un factor adicional que aumenta el riesgo como se ha explicado anteriormente.

CAPITULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Se determinó que el mayor porcentaje de mujeres (56%), a las que se les aplico la encuesta se encontraban en menopausia, ya que estas pacientes tienen un mayor rango de edad, en este estudio se tomó a pacientes en menopausia hasta 5 años después de iniciada esta etapa.

Del total de pacientes encuestadas se evidencio que 81 pacientes (48.79%) presentaban depresión, de estas 46 (56.7%) están en transición a la menopausia, lo cual comprueba la hipótesis, de que se presenta mayor depresión en pacientes en transición a la menopausia que en menopáusicas (p: 0.009)

El perfil de paciente en transición a la menopausia sumado a los cambios hormonales y que sean de gran intensidad son suficientes para llegar a desarrollar depresión en este grupo de pacientes.

Los casos analizados que corresponden a depresión se han clasificado de acuerdo a su gravedad en leve, moderada, severa, con una importante diferencia entre transición a la menopausia y menopáusicas en la depresión leve, y de las cuales la gran mayoría no saben que presentan un tipo de depresión, y piensan que solo es un estado de ánimo pasajero. Por el contrario la relación de las pacientes con depresión moderada se presentan en el mismo número de pacientes, tanto en transición como en menopáusicas, lo cual se evidencio que las pacientes en transición a la menopausia culpaban a los cambios de la edad y las menopáusicas a otros factores como familia, trabajo, etc. En relación a las pacientes con depresión severa se notó claramente que son exclusivamente por los cambios producidos por la transición a la menopausia las cuales fueron derivadas inmediatamente a psicología para su manejo exclusivo y en consulta externa de ginecología se dio tratamiento para este pequeño grupo de pacientes, con posterior control.

Una vez desarrollada la depresión se determina que, en las pacientes en transición a la menopausia, tienen mayor dificultad de adaptarse a los cambios físicos de la edad y de aceptar estos cambios más que las menopáusicas 27.1% y 23.49% respectivamente del total de pacientes encuestadas (p:0.001). Estos cambios son lógicos y entendibles ya que en la paciente en transición a la menopausia luego de tener un pico de estrógenos empieza su decaimiento produciendo todos los cambios descritos incluidos los de la piel, y en el periodo de menopausia las pacientes ya logran una

adaptación y aceptación a estos cambios los cuales pueden seguir, pero se estabilizan al igual que los niveles de estrógenos hasta que finalice la etapa climatérica.

Lo que respecta al trabajo, la mayoría de pacientes no tienen problemas con ir a trabajar o empezar a hacer alguna actividad (60.24%) ya que varias de las pacientes son sustento del hogar, no son jubiladas o simplemente el hecho de trabajar es parte de su diario vivir y no estarían dispuestas a dejar de hacerlo, por lo que los cambios a nivel profesional no son significativos en relación a si la persona está en transición a la menopausia o en menopausia. Se evidenció que al grupo de menopáusicas les cuesta trabajo empezar a hacer algo, más que a las que se encuentran en transición a la menopausia (p:0.121). Al contrario, con pacientes en estado depresivo como es lógico y esperado les cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo en relación a las que no tienen depresión (20.48%).

En el momento de la recolección de la muestra se evidencio que las pacientes que presentaban depresión tenían una importante alteración del sueño y una disminución importante en el interés de las cosas que antes le producían satisfacción por lo que se decidió valorar estas variables adicionalmente.

Se encontró en las pacientes que tienen depresión que un importante porcentaje no tienen una satisfacción de las cosas y esto se caracteriza por ser uno de los síntomas principales de la depresión con una p: 0.000 lo cual nos indica la significancia y la importancia de este síntoma en el diagnóstico

de depresión. Mas no así con los resultados de la etapa climatérica en relación al interés por las cosas ya que en este no se encontró una significancia p: 0.55, y se puede atribuir a que las pacientes a esta edad y por su condición física ya no están en la capacidad de realizar las actividades físicas como las hacían antes, y presentan más labores de casa y familiares que las premenopáusicas.

El estado climatérico relacionado con los problemas del sueño no tiene una diferencia estadísticamente significativa p: 0.141 ya que la mayoría de pacientes en transición a la menopausia y menopausia pueden dormir placenteramente 24.7 y 21.69% respectivamente. Por otro lado, se evidencia que las pacientes menopáusicas presentan mayor problema con el sueño más que las que se encuentran en transición a la menopausia ya que se ha demostrado que las pacientes en menopausia y más cerca de la tercera edad presentan una disminución significativa en las horas del sueño por su actividad física y por las siestas que este grupo etario toma durante el día, lo que se evidencia en una disminución de horas de sueño en la noche.

Según los criterios diagnósticos de los trastornos del sueño, el insomnio puede estar relacionado con otro trastorno, en este caso con depresión, y se detectó que las pacientes en estado depresivo tienen un mayor problema con el sueño que las que no presentan depresión en un 70%, con p: 0.000 lo que se contribuye a que las pacientes en estado depresivo tienen una menor actividad neuronal, esto acompañado de la disminución de estrógenos

producen en su estado menopáusico una importante alteración del sueño y sin contar con posibles problemas o preocupaciones personales.

Finalmente, la utilización del Test de Beck para el estudio es una herramienta de fácil llenado, dada su característica de encuesta estructurada de selección múltiple, lo cual permite solo una respuesta, si bien se evidencian pacientes que las pueden llenar solas, un alto grupo de ellas solicitan se les guie incluso en la escritura de la encuesta.

El Test de Beck tiene una alta fiabilidad para las variables determinadas en este caso para determinar a las pacientes con o sin depresión. (0.80 alfa de Cronbach). Cabe recalcar que en la encuesta en la pregunta 19 acerca del peso; es una pregunta directamente enfocada en la baja de peso, y está demostrado que las pacientes que presentan depresión también pueden presentar aumento de peso, por lo que la pregunta en la escala pudiera estar mejor estructurada. Esta opción no ha presentado cambios significativos en el resultado de las encuestas ya que las pacientes con depresión severa si presenta disminución del peso considerable.

6.2 RECOMENDACIONES

1.- El Test de Beck es una herramienta fácil y sencilla de usar la cual se puede implementar en la consulta externa para ser realizada a pacientes que tengan factores de riesgo o se identifique síntomas de depresión, para ser derivadas a psicología.

2.- Se debería desarrollar en el Hospital Quito N-1 de la Policía una consulta externa adjunta de Ginecología donde se priorice a pacientes en transición a la menopausia o menopausia, ya que la mayoría de pacientes no pueden adquirir un turno a la consulta externa o estos ya están copados por pacientes obstétricas, por lo que las pacientes dejan pasar tiempo y se mantienen con su sintomatología y sin tratamiento.

3.- Instalar un sistema de referencia interna en la consulta externa del hospital en el cual, la paciente no necesite turno para psicología si es identificada por ginecología y viceversa.

4.- Pacientes identificadas o con factores de riesgo deben ser realizadas seguimiento periódico hasta la adecuada superación del cuadro, a través de citas subsecuentes, sin coger turno convencionalmente.

5.- Realizar la respectiva psicoterapia a pacientes que se han identificad con depresión leve para evitar una complicación del cuadro.

6.- Establecer un programa de intervención y tratamiento a las pacientes que se encuentren en este grupo de edad y con el diagnostico de depresión para su mayor facilidad en la atención y adquisición de la medicación necesaria para su tratamiento al diagnosticarse la depresión moderada y severa.

7.- Implementar un protocolo de intervención multidisciplinario en la consulta externa del hospital a pacientes que se identifiquen con problemas por su estado climatérico para evitar los síntomas del mismo y que se desarrolle depresión en estas pacientes.

8.- Potencializar la prevención y la información que se da a las pacientes de este grupo de edad en ferias de salud o casa abierta no solo del hospital si no en general.

7. ANEXOS

7.1 Anexo 1: Encuesta

TEST DE BECK

FECHA:

EDAD: MENOPAUSIA…. PERIMENOPAUSIA….

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 como se ha sentido en las dos últimas semanas. (Se puntuará 0-1-2-3).

Pregunta 1: TRISTEZA

- 0 puntos – No me siento triste.
- 1 punto – Me siento triste.
- 2 puntos – Me siento triste siempre.
- 3 puntos – Estoy tan triste que no puedo soportarlo.

Pregunta 2: VISION DEL FUTURO

- 0 puntos – No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 punto – Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2 puntos – Siento que no tengo nada que esperar.
- 3 puntos – En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar.

Pregunta 3: FRACASO

- 0 puntos – No creo que sea un fracaso.
- 1 punto – He fracasado más que una persona normal.
- 2 puntos – Al recordar mi vida, todo son fracasos.
- 3 puntos – Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

Pregunta 4: SATISFACCION

- 0 puntos – Me satisfacen las cosas como antes.
- 1 punto – No disfruto como antes.
- 2 puntos – Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
- 3 puntos – Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

Pregunta 5: CULPABILIDAD

- 0 puntos – No me siento especialmente culpable.
- 1 punto – Me siento culpable una buena parte del tiempo.
- 2 puntos – Me siento culpable casi siempre.
- 3 puntos – Me siento culpable siempre.

Pregunta 6: CASTIGO

- 0 puntos – No creo que esté siendo castigado.
- 1 punto – Creo que puedo ser castigado.
- 2 puntos – Espero ser castigado.
- 3 puntos – Creo que estoy siendo castigado.

Pregunta 7: DECEPCION

- 0 puntos – No me siento decepcionado de mí mismo.
- 1 punto – Me siento decepcionado de mí mismo.
- 2 puntos – Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3 puntos – Me odio.

Pregunta 8: CULPABILIDAD

- 0 puntos – No creo ser peor que los demás.
- 1 punto – Me critico por mis errores.
- 2 puntos – Me culpo siempre de mis errores.
- 3 puntos – Me culpo de todo lo malo que me sucede

Pregunta 9: SUICIDIO

- 0 puntos – No pienso en matarme.
- 1 punto – Pienso en matarme, pero no lo haré.
- 2 puntos – Me gustaría matarme.
- 3 puntos – Me mataría si tuviera una oportunidad.

Pregunta 10: LLANTO

- 0 puntos – No lloro más que de costumbre.
- 1 punto – Lloro más de lo que solía hacer.
- 2 puntos – Ahora lloro todo el tiempo.
- 3 puntos – Ahora no puedo llorar, aunque quiera.

Pregunta 11: ENOJO

- 0 puntos – No me irrito más que antes.
- 1 punto – Me irrito un poco más que antes.
- 2 puntos – Estoy bastante irritado una buena parte del tiempo.
- 3 puntos – Ahora me siento irritado todo el tiempo.

Pregunta 12: INTERES

- 0 puntos – No he perdido el interés por otras personas.
- 1 punto – Estoy menos interesado que de costumbre.
- 2 puntos – He perdido casi todo mi interés por otras personas.
- 3 puntos – He perdido mi interés por otras personas.

Pregunta 13: TOMAR DECISIONES

- 0 puntos – Tomo decisiones como casi siempre.
- 1 punto – Postergo la toma de decisiones.
- 2 puntos – Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 puntos – Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta 14: AUTOPERCEPCION

- 0 puntos – No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- 1 punto – Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.
- 2 puntos – Me parece que ha habido cambios que me hacen menos atractivo.
- 3 puntos – Me veo feo.

Pregunta 15: TRABAJO

- 0 puntos – Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 punto – Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2 puntos – Tengo que obligarme para hacer algo.
- 3 puntos – No puedo trabajar en absoluto.

Pregunta 16: SUEÑO

- 0 puntos – Puedo dormir como siempre.
- 1 punto – No duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2 puntos – Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.
- 3 puntos – Me despierto más de dos horas antes de lo habitual.

Pregunta 17: CANSANCIO

- 0 puntos – No me canso más de lo habitual.
- 1 punto – Me canso más fácilmente que habitualmente.
- 2 puntos – Me canso sin hacer nada.
- 3 puntos – Estoy demasiado cansado para hacer algo.

Pregunta 18: APETITO

- 0 puntos – Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1 punto – Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2 puntos – Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
- 3 puntos – Ya no tengo apetito.

Pregunta 19: PESO

- 0 puntos – No he perdido peso.
- 1 punto – He perdido más de dos kilos y medio.
- 2 puntos – He perdido más de cinco kilos.
- 3 puntos – He perdido más de siete Kilos.

Pregunta 20: PREOCUPACION

- 0 puntos – No me preocupa mi salud más de lo habitual.
- 1 punto – Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias de estómago…
- 2 puntos – Estoy muy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3 puntos – Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa.

Pregunta 21: SEXO

- 0 puntos – No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 punto – Estoy menos interesado de lo que solía estar.
- 2 puntos – Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 puntos – He perdido por completo el interés por el sexo.

TOTAL:

7.2 Anexo 2: Consentimiento informado

Hoja informativa

Señora mi nombre es Alex Fonseca, egresado del postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Faculta de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y para la obtención del título de médico Ginecólogo requiero realizar una tesis de grado, cuyo tema es: “GRADOS DE DEPRESION EN MUJERES EN TRANSICION PERIMENOPAUSICA Y EN MENOPAUSIA EN EL HOSPITAL QUITO N-1 DE LA POLICIA NACIONAL EN JULIO Y AGOSTO DE 2017”

Para lo cual pido su colaboración para obtener datos para la realización del estudio

El objetivo de este estudio es determinar los grados de depresión en menopausia y perimenopausia y compararlos entre sí para establecer estrategias de prevención

El cuestionario es anónimo por lo tanto es totalmente confidencial, los datos obtenidos serán guardados y no se los mencionara a nadie y serán utilizados únicamente por el investigador, la participación no significa ningún riesgo para la salud, solamente requiere del tiempo que brinde para obtener los datos

Si usted voluntariamente como acepta participar en este estudio se solicita llenar los siguientes datos.

Formulario:

Yo,……

He leído la hoja de información que me ha entregado ……..

He podido hacer preguntas sobre el estudio ……

He recibido suficiente información sobre el estudio ……

Comprendo que la participación es voluntaria ……

ESTOY DISPUESTO A PARTICIPAR

Fecha

Firma del participante

8. - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. - SPEROF LEON, 2011, E*NDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA CLINICA Y ESTERILIDAD,* Editorial: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH, pag 646

2 JORGE SALVADOR M.D., 2008, CLIMATERIO Y MENOPAUSIA: EPIDEMIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia,* pág.: 71. Recuperado de: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/1092/pdf_115

3.- CASTELLO BRANCO. 2006 EDAD DE LA MENOPAUSIA EN AMÉRICA LATINA. Pubmed.gov Jul-Aug, recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16837893

4.- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ, *INFORMACION CLINICA ESTROGENOS Y DEPRESION*, Vol. 25, Número 11, noviembre 2014 pg. 103-104. Recuperado de http://bic.edilaser.net/es/pdf/2511/11_BIC_Noviembre_2014_p103-104.pdf

5.- SCHORGE JOHN, 2013, *WILLIAMS GINECOLOGIA*, México D.F.- México Editorial: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO, cap. 21

6 NELLY MARITZA VEGA-RIVERA. 2013. INTERACCIÓN ESTRÓGENOS-NORADRENALINA EN LA DEPRESIÓN. *Salud Mental* vol.36 no.4 México jul./ago. Recuperado de: Scielo.org.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400008

7 ALEJANDRO CORREA P. 2007. DEPRESIÓN Y ESTRÓGENOS: ¿SON LOS ESTRÓGENOS UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA?, Medjaveriana.edu. UNIVERSITAS MÉDICA VOL. 48 Nº 3 recuperado de: http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/9DEPRESION%20ESTROGENOS.pdf

8.- EVA SESMA PARDO, 2013, DEPRESIÓN PERIMENOPÁUSICA: UNA REVISIÓN PERIMENOPAUSAL DEPRESSION: A REVIEW, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. vol.33 no.120 Madrid oct./dic. Scielo.org, recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021173520130004000002

9.- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICOLOGOS, EVALUACION DEL INVENTARIO BDI II, Madrid España, recuperado de: http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf

10.- MARÍA DEL CARMEN BELTRÁN MIGUEL-ÁNGEL FREYRE, EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SU VALIDEZ EN POBLACIÓN ADOLESCENTE, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Hospital Psiquiátrico Infantil Scielo.cl “Dr. Juan N. Navarro”, México recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf

11. PÉREZ MÓNICA NAVA 2012 TEST DEL INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK (BDI) recuperado de: https://psicologiaensalud.wordpress.com/2012/11/08/test-del-inventario-de-la-depresion-de-beck-bdi/

12. JESÚS SANZ Y CARMELO VÁZQUEZ FIABILIDAD, 1998, VALIDEZ Y DATOS NORMATIVOS DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK *PSICOTHEMA*. Vol. 10, nº 2, pp. 303-318 Universidad Complutense de Madrid recuperado de. http://www.psicothema.com/pdf/167.pdf

13. LAURITZEN, CHRISTIAN, 1983. *EL CLIMATERIO DE LA MUJER*. Primera edición. Paris-Francia Pág.: 7

14. VAM KEEP P.A., GREENBLANTT R.B.,2001*, CONSENSO SOBRE INVESTIGACIÓN DE LA MENOPAUSIA UN RESUMEN DE LA OPINIÓN INTERNACIONAL*, Facultad de Medicina de la Universidad de Montpellier. Pág. 5-6

15. DR AGUIRRE WELLINGTON. 2002*, I CONSENSO ECUATORIANO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA*, Quito Ecuador. 1ra Edición, pág. 4-5 capítulo 1-2

16. DR AGUIRRE WELLINGTON. 2002, *I CONSENSO ECUATORIANO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA*, Quito Ecuador. 1ra Edición, pág. 10-11 capítulo 2

17. DR GONZALEZ OSCAR, DR ARTEAG EUGENIO, 1998, *MENOPAUSIA Y LONGEVIDAD*, Santiago de Chile, Ediciones Sociedad Chilena del Climaterio, pág. 31-32capitulo 2

18. JESÚS SANZ* ANTONIO LUIS PERDIGÓN CARMELO VÁZQUEZ, 2003, *ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II): 2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN POBLACIÓN GENERAL. CLÍNICA Y SALUD,* vol. 14 n°. 3 - Págs. 249-280

19. DR SANTIAGO PALACIOS, 1993, *CLIMATERIO Y MENOPAUSIA.* Madrid – Español Fascículo 1. Noviembre, Grefol, pág. 14-15

20. JUAN E. BLUMEL MD, PETER CHEDRAUI MD, 2006, AGE AT MENOPAUSE IN LATIN AMERICA. *Menopause: the journal of The North American Menopause Society* Vol 13 N_4., pag: 706-712.

21. INGRID ALICEA BERRÍOS M.D., 2011, LA DEPRESION EN LA MENOPAUSIA, *Revista Galenus,* Pág. 41-42. Recuperado de: https://www.galenusrevista.com/IMG/pdf/depresion-2.pdf

22. JORGE SALVADOR M.D., 2008, CLIMATERIO Y MENOPAUSIA: EPIDEMIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia,* pág.: 71. Recuperado de: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/1092/pdf_115

23.- DR. SANTIAGO PALACIOS. 2011 *MENOPAUSIA 2011 QUE DICEN LOS EXPERTOS*, pág. 1, recuperado de:

http://institutopalacios.com/menopausia-en-el-2011-que-dicen-los-expertos

24.- EDGAR IVAN ORTIZ LIZCANO M.D., JOSE DE JESUS MONTOYA ROMERO M.D., 2016 *FLASOG CLIMATERIO Y MENOPAUSIA*, Ciudad de México, Edición y Farmacia, pág.: 4

25.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2017. *DEPRESION*, Recuperado de: http://www.who.int/topics/depression/es/

26.- DR. ENRIEU JADRESIC M. 2009, *CLIMATERIO: DEPRESION Y ALTERACIONES DEL ANIMO,* REVISTA MEDICA CLINICA LOS CONDES 2009, pág.: 61-62 Recuperado de: file:///C:/Users/Personal/Downloads/Climaterio%20Depresion%20y%20Alteraciones%20del%20A-nimo.pdf

27.- HONGYAN ZANG, LIANPING H, 2016, *LA ASOCIACION DEL ESTADO DEPRESIVO CON LOS SINTOMAS DE LA MENOPAUSIA ENTRE MUJERES DE EDAD MEDIA EN CHINA,* African Health Sciences Makerere Medical School, pág.: 97-104 Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4915426/

28.- JOYCE BROMBERGER Ph.D., KAREN A. MATTHEWS Ph.D., LAURA L. SCHOTT, MA, 2007, *DEPRESSIVE SYMPTOMS DURING THE MENOPAUSAL TRANSITION: THE STUDY OF WOMEN'S HEALTH ACROSS THE NATION (SWAN),* National Institutes Of Health, pag: 103, recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048765/pdf/nihms-32249.pdf

29.- JOYCE BROMBERGER Ph.D., KAREN A. MATTHEWS Ph.D., HOWARD M. KRAVITS, DO, MPH, 2011, *MAJOR DEPRESSION DURING AND AFTER THE MENOPAUSAL TRANSITION: STUDY OF WOMEN'S HEALTH ACROSS THE NATION (SWAN),* National Institutes Of Health, pag: 41, recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584692/pdf/nihms441190.pdf

30.- ELLEN W. FREEMAN, PHD; MARY D. SAMMEL, SCD; HUI LIN, MS; DEBORAH B. NELSON, PHD, 2006, *ASSOCIATIONS OF HORMONES AND MENOPAUSAL STATUS WITH DEPRESSED MOOD IN WOMEN WITH NO HISTORY OF DEPRESSION,* Arch Gen Psychiatry/vol 63, pag: 375 recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585466

31.- MINSAL 2013, *GUIA CLINICA AUGE DEPRESION EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS,* Gobierno de Chile, pág.: 18

32.- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL, 2009, *DEPRESION,* Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, pág.: 3

33.- FERNANDO L. VASQUEZ, RICARDO F. MUÑOZ, 2000, *DEPRESION: SIAGNOSTICO, MODELOS TEORICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX,* Revista Psicología Continua, Vol 8, pág.: 11, recuperado de: http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf

34.- NELLY MARITZA VEGA RIVERA, CAROLINA LOPEZ RUBALCAVA, 2013, *INTERACCION ESTROGENOS-NORADRENALINA EN LA*

DEPRESION, Revista Salud Mental, pág.: 331-336, recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam134h.pdf

35.- ENCICLOPEDIA DE LA SALUD, 2016, recuperado de: http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/estado-de-animo