



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS Y
POSMENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR N°13 DEL IMSS DE TUXTLA GUTIÉRREZ,
CHIAPAS”.**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

FAVIOLA ROBLERO RINCON

DIRECTOR:

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON

ASESOR:

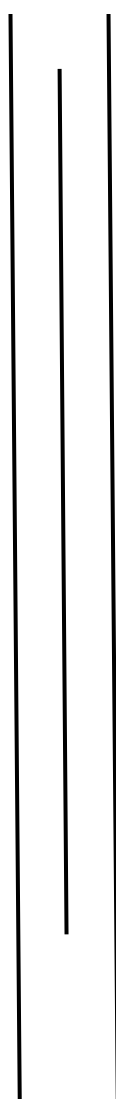
DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA



H. PUEBLA DE ZARAGOZA, FEBRERO 2024.



BUAP



FACULTAD DE MEDICINA

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS Y
POSTMENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR N°13 DEL IMSS DE TUXTLA GUTIÉRREZ,
CHIAPAS”.**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

FAVIOLA ROBLERO RINCON
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 13
CORREO ELECTRONICO: faviolaroblerorincon@gmail.com
TELEFONO 961 102 2189
MATRICULA: 97070915

DIRECTOR:

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON
MEDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N 2
CORREO ELECTRONICO: umqbalcazar@gmail.com
TELEFONO 921 658 1984
MATRICULA: 99332495

ASESOR:

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA
MEDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 13
CORREO ELECTRONICO: yunisra@hotmail.com
TELEFONO 961 658 2278
MATRICULA: 99074447

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, FEBRERO 2024



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS Y
POSMENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR N°13 DEL IMSS DE TUXTLA GUTIÉRREZ,
CHIAPAS”.**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

FAVIOLA ROBLERO RINCON

DIRECTOR:

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON

ASESOR:

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA

AUTORIZACIONES:

DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE
EDUCACION EN SALUD, OOAD CHIAPAS

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE
INVESTIGACION EN SALUD, OOAD
CHIAPAS

DEDICATORIA

A mi madre Felicita Rincón, porque sin su esfuerzo, dedicación y amor para educarme no habría llegado a ser la mujer que soy, porque aún en la distancia me bendice todos los días y las noches en las que yo me desvelaba estudiando o realizando guardias eran las mismas en las que ella se desvelaba pidiéndole a dios fuerzas para mí, para que no me rindiera, por todo esto le dedico mi trabajo con todo mi amor.

En memoria de mi hermana Rocío, quien, aunque no puede leer mis palabras, sé que su luz me acompaña día con día y también se alegra conmigo porque fue ella quien me inspiró y motivó a tomar este camino

AGRADECIMIENTOS

Al llegar a la etapa final de esta valiosa experiencia extendo mis agradecimientos a quienes me apoyaron, caminaron junto a mi e hicieron posible este sueño. En esta mención agradezco de forma especial a Dios hacer realidad mi mayor deseo, por prestarme la vida y fortalecerme todos los días, a mi familia por todo su apoyo y amor a la distancia, a mis amigos residentes Ruddier, Manuel, Linda y Rubén a quienes conocí en este camino, y han sido lo más bello de este trayecto mostrándome que la familia no es solo sanguínea sino también por elección, agradezco a mi mejor amiga Roxana por ser mi compañera, cómplice y confidente en esta aventura, porque su compañía hizo más amena mi experiencia.

Mi gratitud, también a mis asesores de tesis, Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón y Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara, por regalarme parte de su tiempo durante el desarrollo de este trabajo, gracias por brindarme su apoyo y compartirme sus conocimientos para llevar a cabo este proyecto.

INDICE

Resumen-----	9
I.- Marco teórico-----	10
II.- Justificación-----	26
III.- Planteamiento del problema-----	27
IV .-Objetivos-----	28
V.-Hipótesis-----	29
VI.- Material y métodos-----	30
Tipo del estudio y diseño del estudio-----	30
Límites de tiempo y espacio del estudio-----	30
Universo-----	30
Muestra-----	30
Criterios de selección de la muestra-----	31
Características del instrumento-----	32
Análisis estadístico-----	33
VII.- Procedimiento-----	33
VIII.- Operacionalización y de variables y definición conceptual-----	35
IX.- Consideraciones éticas-----	37
X.- Recursos para el estudio-----	39
XI.- Cronograma de actividades-----	40
XII.- Resultados-----	41
XIII.- Discusión-----	49
XIV.- Conclusión-----	51
XV.-Recomendaciones-----	52
XVI.- Bibliografía-----	53
XVII.- Anexos-----	56

Resumen

Título: Prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad médica familiar N°13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: A nivel mundial, alrededor 350 millones de personas, padece de depresión. La depresión es un trastorno mental que pertenece al apartado denominado trastornos afectivos. La perimenopausia, es un periodo de vulnerabilidad depresiva aumentando su prevalencia hasta en un 40%.

Objetivo General: Identificar la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad médica familiar N°13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Material y Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Se realizó en 365 mujeres de a 45 a 55 años de edad, que acudieron a la consulta externa de la UMF 13, con diagnóstico de premenopausia, posmenopausia, menopausia o climaterio, se utilizó la escala de depresión de Hamilton. Con un alfa de Cronbach entre 0,81 y 0,82. Se empleó estadística descriptiva para el análisis estadístico, con medidas de dispersión y de tendencia central para variables numéricas, las cualitativas se describieron con frecuencias simples y porcentajes.

Resultados: Se evidenció que 42% de las mujeres padece depresión, 35.6% padece depresión menor y 10.4% depresión mayor. Se demostró asociación con la escolaridad $P 0.002$, el estado civil también tuvo asociación $P 0.006$, se encontró asociación entre cuadros depresivos y ocupación $P 0.008$, el número de hijos también tuvo asociación $P 0.000$

Conclusión: Existe una alta prevalencia de depresión en las mujeres en periodos de premenopausia y posmenopausia. Existen factores sociodemográficos que pueden influir en su aparición o exacerbación de los síntomas.

Palabras Clave: Depresión, mujeres, perimenopausia, posmenopausia, premenopausia, climaterio, escala de Hamilton

I. MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos

A nivel mundial, alrededor 350 millones de personas, padece de depresión. ¹

Antiguamente se consideraba que las causas de los trastornos mentales estaban relacionadas por la influencia de fenómenos sobrenaturales, para ser más específicos por influencia de los espíritus.

La depresión es una de las enfermedades mentales descritas con claridad en la literatura tanto poética como médica, desde los tiempos antiguos hasta nuestra actualidad. Personajes como Hipócrates, Plutarco y Homero, la describieron y resaltaron sus características sugiriendo así esquemas de tratamiento de acuerdo a su época.

Aproximadamente en el año 450 A. de C. Hipócrates denominó a la depresión el término Melancolía o Bilis negra, siendo ésta la primera mención científica y realizando las primeras conceptualizaciones clínicas de este trastorno.

Muchos autores en los años posteriores continuaron tratando de descubrir la naturaleza de este trastorno, sin embargo, aún las causas de las enfermedades mentales eran atribuidas a la confluencia de las cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, sequedad y humedad) que daban como resultado la interacción de los cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema). ²

Definiciones

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. ³

De acuerdo a su presentación y duración de los síntomas puede clasificarse en:

- Depresión grave o mayor: se caracteriza por presentar síntomas de depresión la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 15 días y estos interfieren con su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana como dormir, estudiar, trabajar, comer o incluso realizar actividades placenteras. Es frecuente que se tenga varios episodios de depresión a lo largo de la vida, aunque también puede ocurrir que se presente solo un episodio en toda la vida.

Depresión menor: trastorno con síntomas cognitivos y afectivos, donde predominan los subjetivos como pesimismo, tristeza e irritabilidad, por encima de los síntomas vegetativos. Conlleva también a una alteración leve -a moderada- pero significativa en la capacidad funcional sin llegar a constituirse en un cuadro de depresión mayor, la diferencia principal es la intensidad de los síntomas ²⁶

- Distimia o trastorno depresivo persistente: cuando los síntomas de depresión tienen una duración de por lo menos dos años en adultos y un año y medio en niños. Quien ha sido diagnosticado con este tipo de depresión puede cursar con periodos de síntomas menos graves y también episodios de depresión mayor.

Existen tipos de depresión que varían ligeramente o se presentan en circunstancias especiales, como las siguientes:

- Depresión perinatal: Las mujeres que cursan con este tipo de depresión son aquellas quienes sufren de depresión mayor durante el embarazo o incluso en el puerperio (también llamado depresión posparto).

- Trastorno afectivo estacional: Es un tipo de depresión que se relaciona con las estaciones del año, regularmente los síntomas inician a finales del otoño o principios del invierno, y desaparecen al inicio de la primavera o en el verano.

- Depresión psicótica: Este tipo de depresión se da cuando una persona con depresión grave presenta además alguna forma de psicosis, como, por ejemplo: delirio (creencias perturbadoras o falsas) o alucinaciones visuales, auditivas o táctiles (escuchar, ver o sentir cosas inquietantes que nadie más puede corroborar).

La depresión puede llegar a convertirse en recurrente o crónica a tal grado de dificultar el desempeño escolar o laboral, así como la capacidad para afrontar las circunstancias de la vida diaria. En su forma más grave, puede ser el factor principal que conduzca al suicidio. Los casos leves, se pueden tratar sin necesidad de utilizar fármacos, sin embargo, cuando se tiene carácter moderado o grave es necesario utilizar fármacos y terapia psicológica profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.⁵

Epidemiología de depresión

La depresión representa un problema de salud pública muy importante. Constituye la cuarta causa de discapacidad si se refiere a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad en las mujeres y el noveno para los hombres. Existe una alta co-ocurrencia de la depresión con otros trastornos como el consumo de sustancias psicotrópicas, la ansiedad, las enfermedades cardíacas y la diabetes. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada.⁶

A escala mundial, se calcula que casi 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4,4% de la población mundial.⁷

Las tasas de prevalencia varían según avanza la edad, alcanzando su máxima plenitud con la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años y por encima de 5.5% en hombres).⁷

El número total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente más grandes de esas dos regiones (que incluyen India y China, por ejemplo).⁷

Ginebra/Washington, 30 de marzo de 2017 (OMS/OPS)- La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. De acuerdo a las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, lo que representa un aumento de más del 18% entre los años 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas.¹

Se calcula que alrededor de 50 millones de personas en la Región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005. ¹

Para México las estimaciones presentadas por el Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012a), estimaron que el 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres tuvieron síntomas de depresión como baja autoestima, tristeza profunda, dificultad para la concentración, y pensamientos recurrentes relacionados con la muerte.

Bajo este concepto, la depresión mayor constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta morbimortalidad en contextos como el mexicano (OMS, 2006). ⁸

En México, la tasa de prevalencia anual de depresión entre la población general de 18 a 65 años fue de 4.8% (IC 95%=4.0-5.6), superada solamente por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9).

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI, estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). ⁹

En Chiapas, las tasas de incidencia de depresión también fueron en ascenso, aunque en niveles mucho menores: 27.4 en el 2014; 22.5 en el 2015, 24.44 en el 2016 y de 32.59 en el 2017 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019a), lo que parece sugerir que este estado del sureste de México, la depresión no sería un problema prioritario. ¹⁰

En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, fue realizado un estudio que identificó una prevalencia de depresión de 33.6%; similar a la cifra para las mujeres en Chiapas de acuerdo con la base de datos “Integrantes del hogar de 7 años y más por Entidad Federativa, Período, Sexo y Condición de sentimiento de depresión” (INEGI, 2018).¹⁰

Factores de riesgo: Existen varios factores de riesgo que están implicados en el desarrollo de la depresión, a continuación, se mencionarán algunos de estos:

El factor genético juega un papel importante puesto que se considera que el antecedente familiar de integrantes con trastorno depresivo representa alrededor del 39% de la varianza de depresión tanto en hombre como en mujeres.

Existen enfermedades de origen endocrinológico que incrementan el riesgo de padecer depresión como el hipotiroidismo, tirotoxicosis, enfermedad de Cushing, diabetes, hiperprolactinemia y enfermedades de las glándulas suprarrenales.

Las personas con rasgo de la personalidad con neuroticismos son más propensas a padecer depresión cuando se enfrentan a acontecimientos de la vida estresantes.

Factores Sociofamiliares: experiencias traumáticas en la infancia como la mala relación entre padres e hijos, conflictos dentro del matrimonio, divorcio, maltrato familiar, abandono, abuso sexual, maltrato físico y psicológico, aumentan la probabilidad de desarrollar depresión en etapas posteriores.

Las circunstancias sociales que incrementan la depresión incluyen la falta de vivienda, la pobreza y el desempleo. La carencia de una relación de apoyo parece ser un factor de riesgo.¹¹

Otros factores de riesgo son: ser mujer, antecedente personal de depresión, insatisfacción con el trabajo no remunerado, percepción de deterioro de la salud física y mental, problemas considerados graves en familiares o personas cercanas, trastornos del sueño, demencias, enfermedad de Parkinson, enfermedad crónica, enfermedad terminal, convivencia insatisfactoria en el hogar y experiencia de discriminación.

Prevención: En los últimos años la prevención de la depresión ha ocasionado un enorme interés, que se ha convertido en tema frecuente de investigación, especialmente en el campo de la evaluación y desarrollo de programas de prevención. En el informe del Instituto de Medicina de EEUU se definió esta forma de prevención como aquella que tiene como objetivo a la población que ya ha desarrollado sintomatología, que sin embargo aún no cumplen con los criterios diagnósticos para considerarse un trastorno. Por lo anterior, en los programas de prevención indicada la meta para la depresión es llegar a mantener en el límite la sintomatología depresiva de tal forma que no crucen la línea y se desarrolle un episodio depresivo mayor, para esto es importante poder identificar a tiempo dicho síntomas para abordarlos. El éxito de dicha intervención, se define por la reducción en los síntomas depresivos, ya que en cuanto se identifican los síntomas de puede implementar un plan para evitar que éstos se intensifiquen o se agreguen otros más, así se logra también la disminución en el inicio de nuevos episodios depresivos (incidencia). ¹²⁻²⁵

Cuadro clínico: Se pueden presentar múltiples síntomas en la depresión, síntomas que sólo afectan el área emocional, otros el aspecto físico y también hay síntomas cognitivos.

Síntomas emocionales: anhedonia parcial o total, que es la incapacidad de disfrutar las actividades de la vida cotidiana que antes causaban placer, sentimientos de culpa, inutilidad falta de ilusión, desesperanza, pérdida la confianza en sí mismo y baja autoestima.

Síntomas físicos y conductuales: irritabilidad, llanto fácil, aumento de dolores preexistentes, otros síntomas que son secundarios a la tensión muscular constante, disminución de la lívido, sensación de cansancio, disminución de la actividad física, inquietud y ansiedad marcada. Con frecuencia puede haber hiporexia, insomnio. ¹¹

Síntomas cognitivos: dificultad para la concentración, reducción de la atención, pensamientos negativos recurrentes sobre su persona, pesimismo, enlentecimiento mental y pensamientos repetitivos respecto a una sola temática. ¹¹

Tratamiento: En general las pautas para el tratamiento de la depresión se pueden resumir en 4 puntos:

- a) Proporcionarle apoyo activo: que consiste en promover una adecuada relación médico-paciente, acordar objetivos y tareas con el paciente, empoderar al paciente en cuanto al tratamiento manteniendo siempre un enfoque directivo.
- b) Educación del paciente y autocuidado: proporcionar información al paciente sobre la enfermedad, aclarar al paciente que la depresión no es un defecto sino una enfermedad, que la recuperación es una regla, el objetivo es la completa remisión, el riesgo de recurrencia es importante, el paciente y los familiares deben estar alerta ante los primeros síntomas de recurrencia, proporcionar temas de contenido educativo respecto a la enfermedad, controlar síntomas y efectos secundarios de los medicamentos, comunicación activa con el cuidador primario, manejo del estrés, control de los factores estresantes, actividad física, higiene del sueño, evitar consumo de alcohol y de drogas, además de promover la realización que sean placenteras para el paciente.
- c) Higiene del sueño: asignar horarios para acostarse y levantarse, hacer actividades de relajación antes de dormir, crear ambiente adecuado para dormir con condiciones óptimas, no realizar siestas durante el día, no utilizar el dormitorio para trabajar, evitar ingesta excesiva de alimentos antes de dormir.
- d) Derivar a otros servicios de apoyo: utilizar recursos psicosociales de la comunidad, grupos de autoayuda, orientación laboral etc.

Farmacológicos: El tratamiento farmacológico de la depresión se basa en la combinar estrategias neurobiológicas como la terapia electroconvulsiva y los fármacos y terapia psicológica profesional; en todos los casos de depresión leve a grave está indicado el tratamiento farmacológico. Sin embargo, después de lograr el control se debe continuar el tratamiento al menos por 6 meses con la misma dosis.

Los fármacos antidepresivos son un grupo heterogéneo de fármacos que tienen en común que actúan sobre el sistema nervioso central y que incrementan la neurotransmisión monoaminérgica (serotoninérgica y noradrenérgica) a través de diferentes mecanismos. Es necesario de 4 a 6 semanas para alcanzar su efecto máximo, dentro de este grupo de medicamentos encontramos los siguientes:

- Inhibidores de la recaptación no selectivos que actúan inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina con efectos secundarios anticolinérgicos.
- Inhibidores de la MAO que se dividen en clásicos y modernos. Degradan los neurotransmisores monoaminérgicos. Tienen muchos efectos adversos.
- Antidepresivos atípicos como la venlafaxina y duloxetina

Los siguientes aspectos suelen obligar al ingreso hospitalario: síntomas psicóticos o de alteraciones psicomotoras como la agitación o la inhibición extremas, resistencia al tratamiento antidepresivo ambulatorio y riesgo importante de suicidio.

Respuestas al tratamiento: se considera respuesta favorable al tratamiento cuando se logra la reducción de los síntomas o mejoría clínica del 50%, en una escala de gravedad como la escala de Hamilton o PHQ-9.

Remisión es cuando hay ausencia de los síntomas depresivos, o la puntuación en la escala de PHQ-9 es de 4, o la de la escala de Hamilton es menor a 7. Remisión total cuando estos cambios duran por 2 meses, y remisión parcial cuando aún no han transcurrido 2 meses, sin embargo, ya no cumple con criterios de depresión mayor.

Hablaremos de recuperación en los casos que la remisión se mantenga durante 4 a 6 meses con recuperación de la calidad de vida y funcionamiento normal del paciente.

Menopausia

Se define como menopausia a la detención de los ciclos menstruales de una mujer, diagnóstico que se hace en forma retrospectiva, después de transcurrir 12 meses consecutivos de amenorrea, debido a la atresia de los folículos del ovario y su capacidad para productora de estrógenos al recibir el estímulo de las hormonas luteinizante y folículo-estimulante. A la sintomatología que se presentan en este periodo de cambio se les llama climaterio o síndrome climatérico y los más característicos son las alteraciones del ánimo, aumento del riesgo cardiovascular, bochornos, osteoporosis y alteraciones genitourinarias. ¹²

En México, la menopausia se presenta en una edad promedio de 47.6 años con un rango entre 41 a 55 años. ¹³

Perimenopausia: periodo que comprende desde el principio de las alteraciones menstruales que por lo regular preceden a la menopausia, hasta que termina el primer año posterior a la misma. Para fines operacionales se consideran los cinco años anteriores y un años después de la menopausia. Durante este periodo se presenta con mayor frecuencia la patología endometrial y la sintomatología climatérica.¹⁴

Premenopausia: tiempo que precede al último periodo menstrual. ¹⁴

Postmenopausia: este periodo inicia a partir del año de la ausencia del ciclo menstrual hasta el final de la vida. ¹⁴⁻¹⁵

Posmenopausia temprana: Lapso de tiempo que incluye los primeros 5 años posteriores de la última menstruación ya sea en forma natural o inducida.¹⁴⁻¹⁵

Climaterio o Síndrome climatérico: se le llama así al conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y posmenopausia, que comprende síntomas vasomotores, alteraciones psicológicas, alteraciones del sueño, y atrofia genital.¹⁵

Entre poblaciones, la edad de la menopausia puede variar dependiendo de los hábitos alimenticios, factores genéticos y biológicos, así como el estilo de vida. En

México desde 1990 se ha encontrado que se presenta en un promedio de edad entre los 48.2 y 48.5 años. ¹⁶

Las mujeres mayores de 45 años que presentan o presentarán algún grado de déficit estrogénico en corto plazo comprenden un gran grupo poblacional. Según el censo nacional del año 2005 (en Perú), la población nacional fue de 27 millones de habitantes, las mujeres mayores de 45 años representaron más de 2 700 000. ¹⁷

En los EE UU, más de 30% de la población femenina es posmenopáusica; este porcentaje deberá incrementarse con el paso del tiempo. En Europa, se estima que 12,3% de habitantes tiene más de 64 años. ¹⁷

Depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas

En la antigüedad Hipócrates fue el primero en describir la menopausia en sus manuscritos, caracterizándola como la ausencia del flujo o sangrado menstrual y haciendo énfasis en el útero era el lugar donde se originaban todos los males que sufrían las mujeres, recordando la filosofía de Hipócrates sobre los cuatro humores (sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra), las mujeres eran definidas por su útero, y pertenecían a nivel inferior del universo, siendo susceptibles de padecer enfermedades de la mente, histeria y melancolía.

Así mismo, Freud (1912) en su obra “Sobre los tipos de contracción de neurosis” asocia a la menopausia con la presencia de la neurosis de angustia haciendo énfasis que la libido incrementada y no satisfecha en la adolescencia y también en la menopausia puede producir la neurosis en las mujeres que estén cursando en esta etapa. ¹⁸

La depresión mayor tiene una prevalencia de por vida de 17%¹ y es 1.5 a 1.7 veces más común en la mujer que en el hombre. ⁴

Se han considerado como factores de riesgo los síntomas vasomotores y el antecedente de haber presentado un episodio depresivo asociado a eventos hormonales como el ciclo menstrual o el embarazo. ³ Se conoce que los estrógenos juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión en la mujer, puesto que

se encargan de modular la actividad del sistema serotoninérgico el cual se relaciona con la depresión⁴ además de que incrementan la densidad de los receptores de serotonina en el hipotálamo, el área preóptica y la amígdala. ¹⁹

La tasa de sintomatología depresiva en mujeres que se encuentra en la edad media de la vida se sitúa entre el 8 y 40 %; uno de los hallazgos mejor documentados de la epidemiología psiquiátrica es la mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres, de acuerdo a algunos estudios, es para la depresión mayor, la depresión breve recurrente, la distimia y la depresión menor de 1,5 a 3 veces mayor en mujeres que en hombres. Generalmente, se asume que la perimenopausia o transición a la menopausia, es una etapa con más vulnerabilidad, que al parecer se asocia a la aparición tanto de síntomas como de trastornos depresivos, especialmente si existen antecedentes familiares o personales. Se considera de un periodo en el que factores hormonales, culturales y sociofamiliares podrían ejercer una influencia “depresógena”. ²⁰

La depresión es una enfermedad frecuente, particularmente en mujeres, quienes presentan un riesgo de hasta tres veces más que los hombres de sufrir un episodio de depresión mayor en el transcurso de su vida. A medida que avanza la edad también incrementa la frecuencia de sintomatología depresiva y la perimenopausia, es acompañada de un riesgo aún más elevado de clínica depresiva, quizá relacionado a los cambios biológicos, sociales y psicológicos que acompañan este proceso. ²⁰

El diagnóstico clínico de trastorno depresivo es 2.5 veces más probable en la transición a la menopausia⁵, existen revisiones sistémicas de estudios que no han encontrado ninguna relación entre el trastorno depresivo mayor y la transición menopáusica, otros estudios han encontrado un riesgo mayor al inicio o durante la transición menopáusica y sólo uno reportó mejoría del estado de ánimo. ¹⁹

Tanto la perimenopausia como la posmenopausia se asocian a mayor clínica depresiva que en la premenopausia¹⁰ y se relacionan importantemente y de forma independiente con la sintomatología depresiva, se ha reportado un aumento de 14

veces más en la tasa de trastorno depresivo 12 meses anteriores y posteriores al último periodo menstrual, periodo en el que las concentraciones de estradiol disminuyen significativamente.^{11,12} De igual manera, los síntomas vasomotores son más frecuentes en la perimenopausia tardía y la posmenopausia temprana, y están relacionados con los síntomas depresivos.¹⁹

Durante la perimenopausia, la mujer puede presentar alteraciones del sueño síntomas vasomotores, sintomatología depresiva, pérdida de la densidad ósea, disminución de las funciones cognitivas y alteraciones en la esfera sexual. Todas estas manifestaciones se han estudiado en relación con los cambios hormonales propios de esta etapa; sin embargo, la fisiopatología base de estos síntomas no se conoce del todo.¹⁹

El estado de ánimo depresivo aumenta de manera importante durante la perimenopausia, al parecer es una etapa de mayor vulnerabilidad depresiva; el 20% de las mujeres durante la perimenopausia refieren síntomas depresivos, durante este periodo la prevalencia se eleva al 30-40% y desciende de nuevo al 20% en la postmenopausia. Algunos de los factores de riesgo que se han asociado a la presencia depresión en la perimenopausia o de síntomas depresivos son tener historia de síntomas depresivos o inestabilidad afectiva, un menor nivel educativo y económico, historia de síndrome premenstrual, una mayor duración de la perimenopausia y menopausia quirúrgica, lo cual pudiera ser causado por la exposición prolongada a las fluctuaciones hormonales. También se ha asociado con la aparición de síntomas típicos de la perimenopausia como el insomnio, los sofocos, los problemas sexuales, urogenitales y la ansiedad.¹⁹

La teoría psicosocial defiende que la aparición de síntomas afectivos durante la perimenopausia se puede explicar por los problemas en el matrimonio, los problemas económicos y las enfermedades físicas. Por otro lado, es un periodo en el que se presentan una serie de factores estresantes, por ejemplo, tener que cuidar de padres ancianos e incluso aceptar su pérdida y el síndrome del nido vacío, situaciones que pueden influir en el humor y en síntomas depresivos. Por otra parte, una buena red de apoyo familiar, la existencia de una pareja positiva y solidaria, así

como la satisfacción laboral podrían contribuir como factores de protección, especialmente en mujeres vulnerables.

Un factor crítico que ha sido pobremente estudiado es la personalidad previa y los estilos adaptativos de las mujeres perimenopáusicas. ¹⁹

Evaluación de la depresión: para la evaluación de los trastornos depresivos se utilizan escalas y cuestionarios con distintos grados de estructuración como instrumentos para medir el nivel de gravedad de la depresión, así como su respuesta al tratamiento establecido. El objetivo es graduar los síntomas del paciente en un lapso de tiempo estipulado, asignando un valor a cada ítem para así una puntuación final. Aunque por el momento existen diferentes estudios que manifiestan que en la práctica clínica no se utilizan escalas de forma sistemática, existe un consenso creciente sobre la necesidad de su incorporación rutinaria en la práctica clínica sobre todo para valorar la evolución de la depresión y la respuesta al tratamiento. ²¹

Brief Patient Health Questionnaire y preguntas de Whooley (PHQ-9)

Es la versión autoaplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure). Compuesto de 9 ítems que evalúan la presencia de sintomatología depresiva durante las 2 últimas semanas. El diagnóstico de depresión mayor es sugerente cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes más de la mitad de los días y uno de los síntomas está asociado con la anhedonia o el estado de ánimo. Se considera positivo para el diagnóstico el ítem de ideación suicida independientemente de su duración. El rango de puntuación es de 0-27 y cada uno de los ítems oscila de 0 (nunca) a 3 (más de la mitad de los días).

Las preguntas de Whooley son de los ítems referidos a la anhedonia y estado de ánimo del PHQ-9 (“durante el pasado mes: ¿Ha tenido poco interés o ha disfrutado poco haciendo cosas?”) y (“durante el pasado mes: ¿se ha sentido desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza?”) la respuesta tiene un punto de corte de 1 y es

dicotómica (Si/No). Han sido recomendadas para la identificación de la depresión en pacientes con factores de riesgo debido a sus propiedades psicométricas. ²¹

Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MDRS)

Es una escala heteroaplicada mediante entrevista se compone de 10 ítems que evalúan el nivel de gravedad de los síntomas de depresión. Aunque existen versiones autoaplicadas que han demostrado una buena correlación con la versión heteroaplicada, la versión heteroaplicada debe ser administrada por personal clínico.

Los ítems incluyen tensión interna tristeza aparente, disminución del sueño, tristeza referida, pensamientos suicidas, pensamientos pesimistas, incapacidad para sentir, laxitud, dificultades de concentración y disminución del apetito. La puntuación de cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos. El periodo de tiempo a evaluar corresponde a los últimos 3 días o a la última semana. La puntuación total es obtenida de la suma de la puntuación que se le asigna a cada uno de los ítems, y oscila entre 0-60. Los puntos de corte van de 0-6 (No depresión, 7-19 (Leve), 20-34 (moderada) y 35-60 (grave). ²¹

Beck Depression Inventory (BDI-II)

Es uno de los cuestionarios más utilizados y cuenta con traducciones en castellano validadas en España. Su objetivo es identificar la presencia de sintomatología depresiva y cuantificar la gravedad.

Es un cuestionario autoaplicado que consta de 21 ítems y en cada uno se tiene que elegir entre 4 posibles respuestas ordenadas de menor a mayor gravedad aquella frase que describa mejor el estado en las 2 últimas semanas. Se valora de 0-3 puntos y después de sumar la puntuación de cada ítem se obtiene la puntuación total que oscila de 0-63. Clasificando de acuerdo a las puntuaciones de corte en mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) y grave (>29).

Zung Self-Rating Depression Scale

Este cuestionario autoaplicado que cuantifica la frecuencia de los síntomas depresivos en 20 ítems, donde los síntomas cognitivos y somáticos tienen un gran valor, ocupando 16 ítems de los 20.

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD o HAM-D)

La escala de Hamilton, califica de forma cuantitativa la severidad de los síntomas depresivos, clasificando los grados de depresión en: leve, moderada, severa y muy severa. ¹⁹

Fue diseñada para evaluar la gravedad o intensidad de la depresión por clínicos, siendo una de las escalas más utilizadas para monitorizar la evolución de los síntomas depresivos. ²¹

La escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, que fue construida para ser utilizada en pacientes previamente diagnosticados con depresión, su objetivo es evaluar de forma cuantitativa la gravedad de los síntomas y valorar la evolución de la persona deprimida. Se valora según los datos obtenidos durante la entrevista clínica y acepta datos que complementan la información proveniente de fuentes secundarias. ²²

Es la primera escala diseñada para la evaluación de la intensidad de la depresión. Es la escala usada más ampliamente en la actualidad para la depresión. Hay versiones de 17, 21 y 24 ítems. La información se obtiene directamente del paciente a través de una entrevista, pero se puede obtener información adicional de familiares o enfermeros, la duración es de aproximadamente de 30 minutos, proporciona una puntuación total de la gravedad del cuadro.

Validada la versión española de 1986. El alfa de Cronbach de la escala de Hamilton oscila entre 0,81 y 0,82. ²³

La puntuación global oscila de 0 a 52. Cada ítem tiene entre 3 y 5 alternativas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 de forma respectiva. Pueden utilizarse diferentes puntos de corte al momento de clasificar el cuadro de depresión. ²²

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE , guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda que se utilicen los puntos de corte siguientes:

No deprimido (0-7), depresión leve/menor (8-13), depresión moderada (14-18), depresión severa (19-22), depresión muy severa (>23).

II. JUSTIFICACION

De acuerdo a la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), en México, la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con diferencias importantes entre ambos sexos, lugar de residencia y grupos de edad. El porcentaje de mujeres en el país, que refieren síntomas compatibles con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5).²³ Lo que ha posicionado a la depresión como un problema importante de salud pública en México, puesto que se relaciona con una elevada morbilidad y mortalidad, esto genera costos elevado en los sistemas de salud. Por tradición, se considera que el proceso fisiológico que lleva hacia la menopausia, o perimenopausia, es un periodo que predispone a la vulnerabilidad, que parece relacionarse con la presencia de síntomas depresivos, especialmente si existen antecedentes heredofamiliares predisponentes. Se trata de una etapa en la que factores hormonales, familiares, sociales y culturales podrían ejercer un efecto potencializador de los síntomas depresivos.

La importancia de diferenciar el trastorno depresivo del síndrome climatérico, su diagnóstico oportuno y el establecimiento del tratamiento adecuado de forma temprana o su referencia, genera la necesidad de construir una estrategia, fácil y accesible para los profesionales de la salud y de todos los niveles de atención para mejorar la calidad de la atención y el pronóstico de las pacientes.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, alrededor de 350 millones de personas, sufre de depresión, y aproximadamente el 60% de estas personas no reciben la atención adecuada y oportuna, pese a que el tratamiento puede disminuir la sintomatología incluso hasta en el 50% de los pacientes. De acuerdo a las estadísticas, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en diferentes regiones, encontrándose porcentajes muy diferentes en diferentes países, ejemplo en Japón 3%, en los Estados Unidos de América hasta el 16.9%. Para el resto de países, la depresión tiene una prevalencia que oscila entre 8 a 12%.²⁴. Este trastorno por lo general afecta al doble de mujeres con respecto a los hombres aproximadamente. Sin embargo, los síntomas pueden enmascarse cuando son leves y no afecta el funcionamiento de los pacientes, además que se puede adjudicar a otros padecimientos pasando así de forma desapercibida. En las mujeres que cursan la etapa de postmenopausia o perimenopausia los síntomas pueden atribuirse más al cuadro del climaterio que al trastorno afectivo en esencia, incluso es muy frecuente que no se le tome suficiente importancia puesto que por lo general los síntomas depresivos se consideran normales y esperados durante el climaterio, y no se realiza un tamizaje que nos puedan orientar o crear una sospecha de estar frente a un trastorno depresivo, y las mujeres afectadas continúan manifestando los síntomas con frecuencia que puede ir en aumento e incluso causar complicaciones, cabe mencionar también que eso implica que acudan con mayor frecuencia consultas médicas y mayor consumo de los recursos de salud, sin olvidar que la depresión puede conducir al suicidio, una causa de muerte considerada trágica que se asocia a la pérdida de aproximadamente 850.000 vidas por año. En nuestro país, más del 50% de los suicidios son cometidos por personas con trastorno depresivo.

Por lo anterior nos planteamos la pregunta de investigación siguiente:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas y postmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad de medicina familiar N°13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad médica familiar N° 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Objetivos específicos:

- Relacionar las variables sociodemográficas de las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas (edad, estado civil, ocupación, número de hijos) con la presencia de episodios depresivos.
- Describir los síntomas más frecuentes de la depresión que se presentan en las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas.
- Relacionar las etapas de la menopausia con los episodios depresivos más frecuentes.
- Identificar en qué etapa de la menopausia se presenta más la depresión mayor

V. HIPOTESIS

Hipótesis general

- La prevalencia de depresión de las pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a consulta a la unidad médica familiar N° 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas es del 40%.

Hipótesis específicas

- Los síntomas más frecuentes que se presentan en las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas son los síntomas funcionales
- El cuadro de depresión más frecuente en la etapa de premenopausia es el de depresión menor.
- El grupo de mujeres más síntomas depresivos son las que cursan con premenopausia.
- Las mujeres que no tiene una pareja afectiva cursan con mayor número de síntomas depresivos,
- Las mujeres que no tienen hijos cursan con depresión mayor en un 40%

VI.- Material y métodos

Diseño del estudio:

Se realizará un estudio tipo transversal, cuantitativo prospectivo y analítico.

Periodo de estudio:

Periodo de estudio: del 01 de marzo 2021 a 31 de diciembre de 2022.

Periodo de recolección de datos: 01 de octubre 2021 al 30 de junio del 2022.

Lugar de estudio:

Se llevará a cabo en la unidad de medicina familiar N°13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Universo de trabajo:

7060 mujeres de 40 a 55 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar N°13 del IMSS, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

Tamaño de muestra: 365 pacientes

FORMULA

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

Donde:

n = tamaño de muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Conocido también como nivel de confianza.

S² = varianza de la población en estudio (que el cuadrado de la desviación estándar y se puede obtener de pruebas piloto o de estudios similares)

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio

Criterios de Selección de la muestra

A). - Criterios de inclusión:

- Mujeres de 40 a 55 años de edad, que cuenten con diagnóstico de premenopausia, posmenopausia o climaterio, que acudan a la consulta externa la unidad de Medicina Familiar N°13, del IMSS, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Sepan leer y escribir.

B). - Criterios de exclusión.

- Que tengan algún trastorno mental que afecte la capacidad cognitiva
- Que hayan sido diagnosticadas antes de los 40 años con algún trastorno del estado del ánimo

C). - Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos.

Características Del Instrumento

La escala de depresión de Hamilton, evalúa de forma cuantitativa la severidad de la sintomatología en la persona con depresión y lo clasifica en los siguientes grados: leve, moderada, severa y muy severa. ¹⁹

Fue construida para examinar la gravedad o intensidad, del cuadro depresivo por personal clínico, siendo una de las empleadas para monitorizar la evolución de la sintomatología depresiva. ²¹ La escala de Hamilton para la evaluación de depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, construida para ser utilizada en personas previamente diagnosticados con depresión, su objetivo es examinar de forma cuantitativa la gravedad de los síntomas y valorar la evolución de la persona deprimida. Se valora según los datos obtenidos durante la entrevista clínica y acepta datos complementarios proveniente de fuentes secundarias. ²²

Es la primera escala diseñada para la evaluación de la intensidad de la depresión. Es la escala más ampliamente utilizada en la actualidad para la depresión. Hay versiones de 17, 21 y 24 ítems. La información se obtiene a través de una entrevista con el paciente, pero se puede obtener información adicional de familiares o enfermeros, la duración es de aproximadamente de 30, minutos, proporciona una puntuación total de la gravedad del cuadro.

Validada la versión española de 1986. El alfa de Cronbach de la escala de Hamilton oscila entre 0,81 y 0,82. ²³

Cada ítems tiene entre 3 y 5 posibles respuestas, la puntuación global oscila entre 0 y 52, con una puntuación para cada ítem de 0-2 o de 0-4 respectivamente. Pueden utilizarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. ²²

La guía de práctica clínica elaborada por el NICE, recomienda utilizar siguientes puntos de corte:

No deprimido (0-7), depresión leve/menor (8-13), depresión moderada (14-18), depresión severa (19-22), depresión muy severa (>23).

Análisis Estadístico

Para la captura de los datos de empleará el programa SPSS, versión 21 en español para Windows, para el análisis de usarán estadísticas descriptivas como: porcentajes y frecuencias, para las variables cuantitativas medidas de tendencia central. Se presentarán en tablas de frecuencia y gráficas.

VII. Procedimiento

El presente estudio será sometido a revisión por el comité Local de Investigación en Salud Número 703 y por el comité local de ética en Investigación en Salud Número 7038 de la Unidad Médica familiar No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. En el caso de ser aceptado se registrará en el Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación, (SIRELCIS). Previa la autorización y registro en el SIRELCIS se solicitará autorización a través de un documento al director de la Unidad Médica familiar N° 13, del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, para poder aplicar los cuestionarios a las pacientes afiliadas al IMSS a quienes se les dará informes ampliamente respecto a los motivos y objetivos del estudio, otorgándoles el consentimiento informado y asentamiento para su autorización a través de su firma. En el caso de que acepten participar en el estudio, el investigador procederá a realizar la encuesta y responderlas según las respuestas que haya dado la participante, en caso de tener alguna duda respecto a las preguntas en el cuestionario se le informará ampliamente. Es de importancia mencionar que al término de la aplicación de la encuesta el investigador dará a conocer el resultado y el nivel de depresión, en los que se incluyen las siguientes variables: escolaridad, edad, ocupación, estado civil, número de hijos y síntomas. Aplicando el cuestionario HRSD o escala de Hamilton, de los resultados que se obtengan podremos identificar la prevalencia de depresión en la población estudiada y de esta forma informar a la Unidad de Medicina Familiar N°13 del IMSS y esta se encargue de impartir platicas o implementar programas de intervención para la prevención o abordaje de mujeres con factores de riesgo para presentar depresión.

El estudio se hará de forma confidencial, por lo que no solicitaremos nombre, número de seguridad social, dirección, para asegurar el anonimato de cada participante. Para realizar la interpretación y análisis de las encuestas, se realizará la captura de los datos en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), a través de los resultados obtenidos se podrá realizar un análisis y otorgar propuestas para mejora y beneficio de los derechohabientes.

VIII: Operacionalización de variables y definición conceptual.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Depresión	Conjunto de signos y síntomas que se manifiestan por la pérdida del interés y la incapacidad de satisfacción por las experiencias y las actividades de la vida diaria. Que incluye alteraciones emocionales, físicas, cognitivas, conductuales y desmotivación.	Clasificación de acuerdo a la Cuantificación global de los Síntomas referidos por la entrevistada en el momento de la encuesta de según la escala de Hamilton	Dependiente Cualitativa Nominal	No deprimida Depresión ligera/menor Depresión moderada Depresión severa Depresión muy severa
Edad	Es el tiempo de existencia de una persona o de cualquier otro ser animado o inanimado, desde su nacimiento o creación hasta la actualidad.	Número de años cumplidos que refiera la entrevistada al momento de la aplicación del cuestionario.	Cuantitativa Discreta	Edad en años
Escolaridad	Tiempo en el que se asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza o educativo.	Último grado de estudio aprobado al momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa Ordinaria	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado

Ocupación	Función o tarea que desempeña un adulto joven.	Actividad que realiza en la sociedad como medio de subsistencia	Cualitativa Nominal	Estudiante Empleado Hogar Otros
Estado civil	Situación jurídica que posee una persona con respecto a la situación de matrimonio.	Estado jurídico actual de la relación al momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada En proceso de divorcio
Número de hijos	Descendiente directo de una persona. Pueden ser biológicos o fruto de la adopción.	Número de hijos que refiere la entrevistada al momento de la aplicación del cuestionario	Cuantitativa Discreta	Número de hijos
Síntomas depresivos mas frecuentes	Son las manifestaciones de pérdida del interés y la incapacidad de satisfacción por las experiencias y actividades de la vida diaria, incluye alteraciones emocionales, físicas, cognitivas, conductuales y desmotivación.	Síntomas referidos por la entrevistada en el momento de la encuesta según la escala de Hamilton	Cualitativa Nominal	Estado de ánimo deprimido Sentimientos de culpa Ideas suicidas Insomnio inicial Insomnio medio Insomnio tardío Incapacidad para realizar su trabajo Agitación Inhibición Ansiedad somática Ansiedad psíquica Síntomas somáticos generales Síntomas gastrointestinales Síntomas genitales Pérdida de la introspección Hipocondría Pérdida de peso

IX.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación será sometido a evaluación correspondiente por el comité 703 de investigación en salud y el comité 7038 de ética en investigación, ambos de la unidad de Medicina Familiar N°13 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Con apego a las buenas prácticas de investigación en salud de la International Conference on Harmonization (Conferencia Internacional de Armonización) y a la Ley General de Salud.

Según lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (secretaría de Salud 2014); en su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”.

La presente investigación es considerada sin riesgo de acuerdo a lo que se establece en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 párrafo 1.

Para proteger la confidencialidad y la privacidad de las participantes, el instrumento utilizado en la recolección de información no incluirá datos personales como dirección, NSS, nombre, apellidos, ni teléfono, además previa a su aplicación se les brindará un explicación de forma que pueda ser comprendida con claridad sobre los objetivos y la justificación de la investigación, con la libertad de realizar cualquier aclaración o pregunta sobre el procedimiento, los motivos, los beneficios y otros datos importantes relacionados con el proyecto de investigación, también podrán retirar su consentimiento en el momento que lo deseen y dejar de participar en el estudio sin que con esto tenga repercusiones para proseguir con su forma de trabajo de acuerdo a las fracciones I, VI, VII y VIII.

En cuanto al consentimiento informado, se establecerá lo estipulado en el artículo 23 de dicho reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este proyecto tendrá sus bases en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los

médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, 39 Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983, la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013.

X.- Recursos para el estudio

Recursos Humanos:

- Médico residente de medicina familiar
- 1 asesor metodológico
- 1 asesor de contenido

Recursos Materiales:

- Calculadora
- Memoria USB
- Impresora
- Computadora
- Clips plásticos o metálicos
- Grapas
- Engrapadora
- Sacapuntas
- Goma de borrar
- Corrector
- Lápiz
- Bolígrafo
- Hojas de papel blancas

Recursos Financieros:

Los gastos que sean generados durante la realización de este proyecto serán financiados con recursos provenientes del investigador.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No	ACTIVIDAD	2021												2022											
		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
		A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I		
		R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C	E	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C		
1	Planteamiento del problema																								
2	Elaboración de antecedentes																								
3	Revisión de bibliografía y protocolo																								
4	Revisión de protocolo por el comité local																								
5	Aplicación de prueba piloto																								
6	Recolección de datos																								
7	Tabulación de resultados																								
8	Análisis estadístico																								
9	Presentación de resultados																								

XII. Resultados

La muestra final del trabajo fue 365 mujeres entre 45 años y 55 años en premenopausia y posmenopausia, que acudieron a consulta a la unidad de medicina familiar N°13, mismas que cumplieron con los criterios de selección del estudio, a quienes se les aplicó la escala de Hamilton cuyo objetivo principal fue identificar la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. Características sociodemográficas:

En cuanto a la edad las pacientes presentaron una edad mínima de 45 años y una máxima de 55 años, una media correspondiente al 50.04 años, moda de 45 años con una desviación estándar de 3.56.

Ver tabla 1.

Tabla 1. Distribución por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
45	50	13.7
46	32	8.8
47	44	12.1
48	30	8.2
49	12	3.3
50	21	5.8
51	16	4.4
52	32	8.8
53	40	11
54	42	11.5
55	46	12.6
Total	365	100

La escolaridad de mayor frecuencia fue el nivel secundaria con 110 pacientes (30.1%), seguida de primaria con 28.8% y, la de menor frecuencia fue post grado con 2.5% **Ver tabla 2**

Tabla 2. Distribución por escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	25	6.8
Primaria	105	28.8
Secundaria	110	30.1
Preparatoria	69	18.9
Licenciatura	47	12.9
Postgrado	9	2.5
Total	365	100

De las 365 mujeres encuestadas la ocupación de mayor de predominio fue ama de casa con 44.7%, empleadas con 37.3 %, y 18.1% a autoempleo **Ver tabla 3.**

Tabla 3. Distribución por ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	136	37.3
Hogar	163	44.7
Autoempleo	66	18.1
Total	365	100

Se investigó el número de hijos por paciente, encontrándose que el máximo porcentaje fue 31% de mujeres que tenían 3 hijos, y el mínimo 5.8% no tenía hijos. **Ver tabla 4.**

Tabla 4. Distribución por número de hijos

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	21	5.8
1	43	11.8
2	111	30.4
3	113	31
4	49	13.4
5 o mas	28	7.7
Total	365	100

En lo que respecta al estado civil, tuvieron mayor predominio las mujeres casadas con 38.4% y el estado civil de menor frecuencia fue viudas con 9.0%. **Ver tabla 5**

Tabla 5. Distribución por estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	66	18.1
Casada	140	38.4
Divorciada	55	15.1
Viuda	33	9
Unión libre	71	19.5
Total	365	100

A todas las pacientes encuestadas se interrogó el patrón menstrual, y sintomatología asociada al climaterio, para identificar la etapa de menopausia en la que se encontraban, resultando que 50.1% estaban en la posmenopausia y 49.9% en premenopausia. **Ver tabla 6.**

Tabla 6. Distribución por etapa

Etapa	Frecuencia	Porcentaje
Premenopausia	182	49.9
Posmenopausia	183	50.1
Total	365	100

Prevalencia: Se reclasificó a las pacientes dependiendo de sus resultados en la escala de Hamilton, quedando dentro de la clasificación de depresión menor aquellas con resultados de depresión leve y moderada, y en la clasificación de depresión mayor aquellas que con resultados de depresión severa y muy severa. Con esto se evidenció que 46% (168) de las pacientes padecían depresión de ellas 130 se clasificaron en depresión menor y 38 en depresión mayor. Ver **tabla 7**.

Con estos resultados se aplicó la fórmula para calcular la prevalencia tomando en cuenta que nuestra población fue 7060 pacientes de 45-55 años de edad con diagnóstico de premenopausia, posmenopausia o climaterio, resultó que la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar N° 13 es de 42%.

Tabla 7. Clasificación de depresión

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	197	54
Depresión Menor	130	35.6
Depresión Mayor	38	10.4
Total	365	100

Se correlacionaron las variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación y número de hijos) de nuestra muestra con la presencia de episodios depresivos, encontrando las siguientes asociaciones.

Se relacionó la edad con la presencia de episodios depresivos, evidenciándose que a mayor edad mayor predominio de depresión. Siendo más afectadas las mujeres de 53, 54 y 55 años, P .000

Edad	Sin depresión	Depresión Menor	Depresión Mayor	Total
45	32	9	9	50
46	11	21	0	32
47	25	18	1	44
48	17	13	0	30
49	10	1	1	12
50	13	5	3	21
51	10	4	2	16
52	20	6	6	32
53	21	19	0	40
54	16	18	8	42
55	22	16	8	46
Total	197	130	38	365

Al relacionar la escolaridad de las pacientes encuestadas con la presencia de episodios depresivos se evidenció que a menor escolaridad mayor índice de depresión se presentó, siendo este resultado significativo con P de .002. **Ver tabla 8.**

Tabla 8. Relación de escolaridad con depresión

Escolaridad	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor	Total
Ninguno	14	7	4	25
Primaria	56	36	13	105
Secundaria	70	28	12	110
Preparatoria	40	23	6	69
Licenciatura	14	30	3	47
Postgrado	3	6	0	9
Total	197	130	38	365

En cuanto a la relación entre el estado civil con los episodios de depresión se encontró que las mujeres que no tenían una pareja sentimental tenían mayor sintomatología de depresión, siendo más afectadas las divorciadas, teniendo este resultado significancia P.006 **Ver tabla 9.**

Tabla 9. Estado civil y depresión

Estado civil	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor	Total
Soltera	36	29	1	66
Cansada	82	48	10	140
Divorciada	24	18	13	55
Viuda	15	14	4	33
Unión libre	40	21	10	71
Total	197	130	38	365

Se relacionó el número de hijos con la existencia de depresión, encontrándose que aquellas que no tenían hijos o tenían 4 hijos o más presentaban mayor sintomatología de depresión. Significancia P 0.000 Ver **tabla 10.**

Tabla 10. Número de hijo y depresión

Número de hijos	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor	Total
0	9	12	0	21
1	11	28	4	43
2	75	31	5	111
3	67	25	21	113
4	19	25	5	49
5 o mas	16	9	3	28
Total	197	130	38	365

Al relacionar la ocupación de nuestras encuestadas con la presencia de episodios depresivos encontramos que aquellas que eran las autoempleadas las que tenían mayores síntomas de depresión. Siendo este resultado significativo con P .008 **Ver tabla 11.**

Tabla 11. Ocupación y depresión

Ocupación	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor
Empleada	77	40	19
Hogar	89	56	18
Autoempleo	31	34	1
Total	197	130	38

En cuanto a la relación entre la etapa de la menopausia con la existencia de cuadros depresivos, resultó que las mujeres en la etapa de posmenopausia presentaban mayor sintomatología de depresión tanto de depresión menor con un 37.7% como de depresión mayor con 12%. P .317 **Ver tabla 12.**

Tabla 12. Depresión y menopausia.

Etapa	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor	Total
Premenopausia	105	61	16	182
Posmenopausia	92	69	22	183
Total	197	130	38	365

Se aplicó el cuestionario con la escala de Hamilton a las 365 pacientes incluidas en el estudio y se reportó que los síntomas más frecuentes fueron la ansiedad psíquica, síntomas generales y agitación psicomotriz, síntomas menos frecuentes fueron inhibición, pérdida de introspección y pérdida de peso. **Ver tabla 13.**

Tabla 13. Distribución por síntomas

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Ánimo deprimido	127	34.7
Sentimientos de culpa	147	40.2
Ideas suicidas	110	30.1
Insomnio precoz	121	33.1
Insomnio intermedio	128	35
Insomnio tardío	121	33.1
Dificultades en el trabajo	173	47.3
Inhibición	102	27.9
Agitación psicomotriz	190	52
Ansiedad psíquica	207	56.7
Ansiedad somática	140	38.3
Síntomas gastrointestinales	174	47.6
Síntomas generales	192	52.6
Síntomas genitales	156	42.7
hipocondría	160	43.8
Pérdida de peso	52	14.2
Pérdida de la introspección	85	23.2

XIII. Discusión

El propósito de este estudio fue identificar la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar N° 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

La depresión se caracteriza por el conjunto de síntomas y signos donde predomina la falta de interés y la incapacidad de sentir satisfacción por las experiencias y actividades de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban placenteras. Dentro de los síntomas se incluye la desmotivación, alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales y físicas.

Este trastorno puede hacerse recurrente o crónico e interferir de forma importante en el desempeño en el área laboral o escolar y la capacidad para afrontar los sucesos de la vida diaria. La frecuencia de la sintomatología depresiva aumenta con el avance de la edad y probablemente en asociación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales que acompañan el proceso que conlleva la menopausia, se considera que la etapa de la vida previa a la menopausia o también llamada perimenopausia se acompaña de riesgo aún más elevado de sintomatología depresiva.

Es frecuente que en las mujeres que se encuentran en la etapa de la perimenopausia o posmenopausia los síntomas depresivos se adjudiquen más al climaterio que a un trastorno afectivo, incluso es muy común que se le reste importancia puesto que en muchas veces la clínica depresiva se considera esperada o normal durante el climaterio por lo que no se realiza una investigación más profunda o una prueba de tamizaje que nos puedan dar una sospecha diagnóstica de un trastorno depresivo, es por esto que muchas mujeres continúan acudiendo a valoración médica manifestando la persistencia de los síntomas que comúnmente que puede ir en aumento y causar complicaciones.

La prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta de medicina familiar es de 42%, lo que se considera porcentaje

alto ya que significa que casi el 50% de las pacientes está en riesgo de padecer depresión en estas etapas y quizá no esté solo asociado a los síntomas del climaterio sino también a otros factores externos.

Un estudio realizado en el año 2017 puso de manifiesto que la sintomatología depresiva se presenta en mayor medida después de la menopausia, este resultado concuerda con nuestro estudio donde encontramos que las mujeres en posmenopausia tenían más clínica depresiva.

Al relacionar las variables sociodemográficas con la presencia de cuadros de depresión nos encontramos con que todos pueden estar ligados de alguna forma ya que se demostró que a mayor edad mayor índice de depresión, las más afectadas fueron las mujeres de 53 a 55 años, esto quizá esté relacionado con que a esa edad se viven varios cambios al mismo tiempo, muchas aparte de estar cursando con la sintomatología del climaterio, sienten que han envejecido, además de acompañarse de comorbilidades y complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas, sin embargo aún no contamos con evidencia suficiente para afirmarlo.

Este estudio evidenció que las mujeres que cuentan con menor escolaridad son más propensas a padecer de depresión, aquellas que solo tenían secundaria o primaria fueron las más afectadas, lo que nos hace suponer que esto se debe que menor escolaridad menor es la probabilidad de contar con trabajos bien remunerados que le permitan tener estabilidad económica o mayor independencia, lo que podría ser un factor que afecten indirectamente y aumenten la probabilidad de padecer depresión.

Es importante mencionar que en nuestro trabajo aquellas mujeres que no tenían una pareja sentimental presentaron niveles mayores de depresión, esto quizá esté relacionado a que durante la etapa de la perimenopausia se sientan más vulnerables y no cuenten con una red de apoyo adecuada, esto puede estar ligado además con el número de hijos, puesto que aquellas que no tienen hijos y tampoco una pareja sentimental su red de apoyo se reduce aún más y aumenta el sentimiento

de soledad, o la contraparte aquellas que no tienen pareja y tienen varios hijos tienen que lidiar también con la crisis económica, la educación y la atención de los hijos, factores que pueden exacerbar los síntomas depresivos al sentirse sobrepasadas por sus múltiples responsabilidades.

Las mujeres que son autoempleadas tienen mayor clínica de depresión, es probable que esto se encuentre relacionado con el hecho que, al no tener un trabajo estable, son ellas las que deben buscar el capital para invertir en su negocio, y muchas veces aun con síntomas depresivos tienen que trabajar ya que en su caso si no trabajan no hay ingreso económico y esto puede ocasionar frustración, cansancio o sensación de colapso.

Este trabajo puso en evidencia que los síntomas más frecuentes fueron la ansiedad psíquica, síntomas generales y agitación psicomotriz síntomas que de acuerdo al DSM-V se presentan más en la depresión menor y los síntomas menos frecuentes fueron inhibición, pérdida de peso y pérdida de introspección, éstos de acuerdo al DSM-v están presente en la depresión mayor.

XIV. Conclusión

Existe una alta prevalencia de depresión en las mujeres en periodo de premenopausia y posmenopausia que acuden a la consulta externa de medicina familiar. Es importante considerar que no solo los cambios hormonales están asociados a la presencia de síntomas depresivos ya existen factores sociodemográficos que pueden influir en su aparición o exacerbación por lo que es importante el diagnóstico oportuno para recibir tratamiento especializado y así evitar complicaciones.

XV. Recomendaciones

Para investigaciones futuras se sugiere utilizar la escala de Hamilton para detectar ansiedad y clasificar el grado de ésta, ya que además de ser sencilla de aplicar, es muy fácil de interpretar, y los resultados son confiables.

Realizar educación en salud y capacitación a la población abierta pero especialmente a familiares y mujeres en premenopausia y posmenopausia con el fin de que conozcan los síntomas relacionados con la depresión, a fin de identificar en qué momento acudir a valoración médica, para realizar diagnóstico temprano de depresión, evitar cuadros severos o muy severos que conlleven a complicaciones, como suicidio, ausentismo laboral o desintegración familiar.

Capacitación frecuente a los médicos familiares sobre las actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, a fin de unificar criterios para realizar pruebas de tamizaje a mujeres en pre y posmenopausia, identificar de forma temprana trastornos depresivos en ésta población, e iniciar el tratamiento en primer nivel evitando la generalización de los casos, estasis del tratamiento, así como detectar los casos con tratamiento fallido, recaídas o cuadros severos y realizar la referencia oportuna a los servicios de psicología y psiquiatría.

Fomentar los espacios de asistencia a los grupos de apoyo en las unidades de medicina familiar para personas con depresión, con el fin evitar el tabú y disminuir las concepciones erróneas que tiene las personas cuando son diagnosticadas con depresión, a fin de normalizar la atención de la salud mental como algo de suma importancia para la calidad de vida.

XVI. – BIBLIOGRAFÍA

1. Mitchell C. OPS/OMS [Internet]. Paho.org. 2017 [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
2. Binasss.sa.cr. [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>
3. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención [en línea]. México: Secretaría de Salud, 2011. [Citado: 2021 abril 22]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
4. Depresión. (s/f). Recuperado el 16 de agosto de 2021, de Nih.gov website: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/index.shtml>
5. OMS | Depresión. (2017). Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
6. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(1):74–80.
7. Mundiales ES. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. Paho.org. [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
8. De los Santos PV, Carmona Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Poblac Salud Mesoam* [Internet]. 2017;15(2). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
9. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment (Mex)*. 2012;35(1):3–11
10. Carrillo VHJ, Bocanegra MGR, García RMD, Balbuena FR. La depresión, un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas. *Rev Salud Publica Nutr.* 2020;19(2):19–25.
11. Tratamiento de depresión guía
12. Vázquez, Fernando L., Blanco, Vanessa, Torres, Ángela, Otero, Patricia, Hermida, Elisabet, La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. *Anales de Psicología*

- [Internet]. 2014; 30(1): 9-24. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16729452003>
13. Fecha de Elaboración: Marzo 2008 Fecha de Actualización: Marzo 2010 Institución Responsable: Colegio Mexicano de E en G y. O, A C. ESTUDIO DEL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA [Internet]. Org.mx. 2008 [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/10-Estudio%20del%20climaterio%20y%20la%20menopausia.pdf
 14. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013
 15. Cenetec-difusion.com. [citado el 17 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-019-08/ER.pdf>
 16. Gob.mx. [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/249651/SignificadosdeMenopausia_.pdf
 17. Salvador J. Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. Rev peru ginecol obstet. 2015;54(2):71–8.
 18. Eberlin H. Vélez P LF, editor. Historical importance of climacteric and menopause. Vol. 2. Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo; 2016.
 19. Carranza-Lira S, Palacios-Ramírez M. Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2019;56(6):533–6
 20. Sesma Pardo E, Finkle J, Gonzalez Torres MÁ, Gaviria M. Depresión perimenopáusica: una revisión. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2013;33(120):681–91.
 21. El Sns GDEPCEN. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. Guiasalud.es. [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc.pdf
 22. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet]. Meiga.info. [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
 23. Depresivo DELT. diagnóstico y tratamiento [Internet]. Gob.mx. [citado el 16 de agosto de 2021]. Disponible en:

<http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>

24. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed.* 2017;28(2):73–98
25. Torres J. Ana P. y Torres R. José M. Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [publicación periódica]*2018; Marzo-Abril(61)(2):51-58
26. Chomalí C, Espinosa C, Galdames M, Marín L. *REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA* [Internet]. Redalyc.org. [citado el 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281944843004.pdf>



XVII Anexos:

Instituto Mexicano del Seguro Social
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N°13

Este cuestionario tiene la finalidad de recolectar información sobre los síntomas depresivos más frecuentes presentados en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas, su información es confidencial y se utilizará con fines de investigación médica. Se le invita a que complete la siguiente información y posteriormente lea y subraye las preguntas del cuestionario.

Edad en años: _____ **Escolaridad:** _____ **Ocupación:** _____

Estado Civil: _____ **Número de hijos:** _____

Subraye la respuesta que describa con mayor sinceridad su estado durante las últimas 4 semanas.

<p>1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Estas sensaciones solo son expresadas si se le pregunta cómo se siente.- Estas sensaciones son relatadas de forma espontánea- Sensaciones que son comunicadas con expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto, pero no verbalmente- Manifiesta estas sensaciones de forma espontánea tanto en su comunicación verbal como en la no verbal.
<p>2. Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre sus errores o decisiones del pasado- Considera que la enfermedad actual es un castigo- Escucha voces que lo culpan y/o experimenta alucinaciones visuales amenazantes
<p>3. Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Siente que la vida no vale la pena ser vivida- Desearía estar muerto o tiene pensamientos relacionados con la muerte- Amenazas o ideas suicidas- Cualquier intento serio de suicidio
<p>4. Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none">- No tiene dificultad- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, más de media hora el conciliar el sueño.- Dificultad para dormir todas las noches
<p>5. Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto a evacuar u orinar)
<p>6. Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Se despierta en las primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir- Si se levanta de la cama no se puede volver a dormir
<p>7. Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Fatiga o debilidad, así como ideas y sentimientos de incapacidad para realizar su trabajo o pasatiempos- Pérdida de interés en sus actividades (inatención, vacilación e indecisión)- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

<p>8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Retraso ligero del habla - Retraso evidente en el habla - Se expresa con dificultad - Incapacidad para expresarse
<p>9. Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con su cabello, manos, lápiz, etc. - No puede permanecer sentado, permanece inquieto - Se muerde las uñas, retuerce las manos, se tira de los cabellos, se muerde los labios
<p>10. Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Se preocupa por cosas pequeñas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin necesidad de preguntarle
<p>11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante
<p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Come sin necesidad de ser estimulada, aunque manifiesta pérdida de apetito - Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le estimula. - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
<p>13. Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. - Pérdida de energía y fatigabilidad.
<p>14. Síntomas genitales (tales como: disminución del deseo sexual y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave
<p>15. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se preocupa por si mismo (por su cuerpo) - Se preocupa por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda
<p>16. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana
<p>17. Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su patología pero atribuye la causa al clima, al trabajo, al cansancio, virus o alimentación. - No se da cuenta de que está enfermo



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad médica familiar N°13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad médica familiar N°13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2021-2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad médica familiar N°13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas La identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado, genera la necesidad de construir una herramienta accesible para todos los profesionales de la salud y de todos los niveles de atención para mejorar la calidad de la atención a las pacientes.
Procedimientos:	Aplicación de escala de Hamilton a través de un cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Puede retirarse en cuanto lo desee
Privacidad y confidencialidad:	No se pedirá nombre, teléfono ni dirección

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____
Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: _____
Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Dra. Faviola Roblero Rincón
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



GOBIERNO DE
MÉXICO



OAD CHIAPAS
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Medicina Familiar No. 13
Dirección UMF 13



Oficio: 070104252110/0270/2021

Tuxtla Gutiérrez Chiapas A 19 Agosto De 2021.

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON.
MEDICO MEDICINA FAMILIAR HGZ. 2
PRESENTE

Por medio del presente y en relación a oficio sin número de fecha 18 de agosto 2021, me permito informar a usted que se **AUTORIZA** a usted realice la investigación titulada **"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS Y POSMENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD FAMILIAR NÚMERO 13 DE TUXTLA GUTIEREZ CHIAPAS"** en esta unidad a mi cargo, por lo que al concluir su investigación solicito a usted comparta los resultados obtenidos de dicha investigación ya que es aportación en beneficio de la Unidad.

Para su conocimiento y seguimiento correspondiente.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dr. Francisco Ricardo Escobar Díaz

NS3 Director de la Unidad UMF 13

Bvd. Art. 123 Esquina Presa Chicosen, Col. Las

Palmas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, CP. 29040

Teléfono (01987)-6141388

francisco.escobardi@imas.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Estatal en Chiapas

Unidad Médica Familiar No. 13

