

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE
LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. ÁNGEL LARRALDE” DESDE FEBRERO A ABRIL 2022**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE
LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. ÁNGEL LARRALDE” DESDE FEBRERO A ABRIL 2022**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para obtener el título de Especialista
en Medicina Interna

**Autora:
Med. Diana Calderón
Tutor clínico:
Dra. María Pimentel
Tutor metodológico:
Dra. Liliana Mayorga**

Bárbula, septiembre 2022



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE"**



**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE
LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ÁNGEL LARRALDE" DESDE FEBRERO A ABRIL 2022**

Autora: Med. Diana Calderón
Tutora Clínica: Med. María Pimentel
Tutora Metodológica: Dra. Liliana Mayorga

Bárbula, septiembre 2022

ÍNDICE GENERAL

	Pp.
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

	Pp.
TABLA N° 1. Distribución de las pacientes posmenopáusicas de acuerdo a la edad.....	15
TABLA N° 2. Edad de aparición de la menopausia.....	16
TABLA N° 3. Grado de depresión en pacientes.....	17
TABLA N° 4. Distribución de pacientes de acuerdo a la severidad de la depresión y la edad.....	18
TABLA N° 5. Factores de riesgo socio-demográficos.....	19
TABLA N° 6. Factores de riesgo biológicos.....	20



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”



**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE
LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. ÁNGEL LARRALDE” DESDE FEBRERO A ABRIL 2022**

Autora: Med. Diana Calderón

Tutora Clínica: Med. María Pimentel

Tutora Metodológica: Dra. Liliana Mayorga

RESUMEN

La menopausia es un proceso biológico natural de la vida de una mujer entre los 40 y 60 años de edad, pero la mayor frecuencia ocurre después de los 45 años; este se produce cuando los ovarios dejan de producir las hormonas de estrógeno y progesterona, lo cual da origen a presencia de síntomas vasomotores, padecimiento de enfermedad crónica subyacente, síntomas genitourinarios, o algún tipo de depresión. Este último síntoma, para esta investigación se tomó en cuenta la Escala de Hamilton para la Depresión; indicando esto el tipo de depresión: normal, leve, moderada, severa y muy severa. Es por ello, se buscó dar respuesta al objetivo general, centrado en determinar la prevalencia de la depresión en mujeres posmenopáusicas que asistieron a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” desde febrero a abril del 2022. Esta investigación se realizó bajo un estudio prospectivo, cuyo enfoque fue de carácter cuantitativo, con un nivel descriptivo de campo, observacional transversal que incluyó una muestra intencional, no probabilística de 40 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Se concluyó, el promedio de edad de las mujeres entrevistadas fue de 52,5 años; encontrándose que la depresión leve estaba presente en los grupos de edades comprendidas entre 46-50, 51-55 y 56-60 años. En el grupo de edad de 51 a 55 años, sólo una paciente refirió sufrir de depresión moderada; asimismo en el grupo de edad de 46 a 50 años, el 2,5 % presentaba depresión muy severa; y en las edades entre 41 a 45 años, sólo un paciente afirmó encontrarse en total normalidad, ninguna presentó depresión severa.

Palabras clave: Depresión, prevalencia, mujeres posmenopáusicas, Escala Hamilton.

Línea de Investigación: Menopausia.



UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
POSTGRADUATE ADDRESS
SPECIALIZATION PROGRAM IN INTERNAL MEDICINE
UNIVERSITY HOSPITAL "DR. ANGEL LARRALDE



**PREVALENCE OF DEPRESSION IN POSTMENOPAUSAL WOMEN FROM THE
INTERNAL MEDICINE OFFICE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL
"DR. ÁNGEL LARRALDE" FROM FEBRUARY TO APRIL 2022**

Author: Med. Diana Calderón
Clinical Tutor: Med. María Pimentel
Methodological Tutor: Dra. Liliana Mayorga

ABSTRACT

Menopause is a natural biological process in a woman's life between 40 and 60 years of age, but the greatest frequency occurs after 45 years; This occurs when the ovaries stop producing the hormones estrogen and progesterone, which gives rise to the presence of vasomotor symptoms, suffering from an underlying chronic disease, genitourinary symptoms, or some type of depression. For this last symptom, the Hamilton Scale for Depression was taken into account for this investigation; This indicates the type of depression: normal, mild, moderate, severe and very severe. For this reason, we sought to respond to the general objective, focused on determining the prevalence of depression in postmenopausal women who attended the internal medicine clinic of the "Dr. Ángel Larralde" from February to April 2022. This research was carried out under a prospective study, whose approach was quantitative, with a descriptive field level, cross-sectional observational that included an intentional, non-probabilistic sample of 40 patients who met the inclusion criteria. It was concluded that the average age of the interviewed women was 52.5 years; It was found that mild depression was present in the age groups between 46-50, 51-55 and 56-60 years. In the age group of 51 to 55 years, only one patient reported suffering from moderate depression; also, in the age group of 46 to 50 years, 2.5% had very severe depression; and in the ages between 41 and 45 years, only one patient stated that they were totally normal, none presented severe depression.

Keywords: Depression, prevalence, postmenopausal women, Hamilton Scale.
Line of Investigation: Menopause.

INTRODUCCIÓN

La menopausia es un proceso biológico natural de la vida de una mujer, la cual se diagnostica después de que transcurren doce meses sin que tenga un período menstrual. Suele ocurrir naturalmente, entre los 40 y 50 años de edad, pero la mayor frecuencia ocurre después de los 45 años. La menopausia se produce porque los ovarios de la mujer dejan de producir las hormonas de estrógeno y progesterona. El incremento de la expectativa de vida, especialmente en la mujer, trae como consecuencia que casi un tercio de la vida femenina transcurra después de la menopausia, así lo refiere Hernández.¹

Por esta razón investigar entorno a las patologías que desarrollan las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida ha sido un tema de constante revisión y discusión en el ámbito científico, específicamente el caso de la menopausia; la cual está definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS): es el cese permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica.²

Dadas las condiciones que anteceden, los síntomas físicos más frecuentes durante la menopausia suelen ser los sofocos, además de sufrir de alteraciones en el sueño, disminución de la energía o afectaciones de la salud emocional de la mujer. Según Peacock y Ketvertis la menopausia es un estado fisiológico que representa el fin de la vida reproductiva de la mujer, ocurre como consecuencia de la deficiencia de estrógenos y no está asociada a una patología; sin embargo, la mayoría de las mujeres experimentan síntomas vasomotores, además de afectación de otras áreas: las urogenitales, psicógenas y cardiovasculares.³ Cada mujer vive la transición menopáusica de forma diferente. En relación a esto, algunas mujeres solo son conscientes de la menopausia por la finalización de la menstruación; para otras, los cambios hormonales pueden generar alteraciones y cambios a nivel físico y emocional que afectan su calidad de vida, por lo cual es necesario conocer en qué consiste este periodo de la vida.

Ante la situación planteada se puede decir, la menopausia es una etapa de cambios hormonales dadas por una disminución de la producción de estrógenos, donde se produce el fin de la vida reproductiva, donde se deben conocer los síntomas y signos que se presentan durante la transición a la misma y posterior a ella, todo con el fin de establecer un plan y

tratamiento, el cual ayude a mejorar la calidad de vida de estas mujeres; así como determinar los factores que puedan influir en la aparición de patologías inherentes a esta etapa, pues pueden afectar diversos aparatos y sistemas incluyendo la esfera mental.

El Consenso Venezolano de Menopausia define a la misma como un diagnóstico clínico retrospectivo, debido a que la última menstruación sólo se puede determinarse luego de 12 meses de amenorrea, pues el periodo siguiente a la última menstruación es definido posmenopausia, así lo asevera Pizzi.⁴ La fase de la vida posmenopausia comienza con la menopausia, un año después del último periodo menstrual. En esta fase aparecen las complicaciones y los síntomas por la falta de hormonas (estrógenos) que irán instaurándose de forma lenta y progresiva con el paso de los años.

Se describe en el trabajo publicado por Patrino, que el cese de la menstruación se establece entre la quinta y sexta décadas de la vida, la mayoría la presenta entre los 47 y los 52 años con alrededor de 1 % antes de los 40 años, según se describe en la literatura internacional. Por otra parte en Venezuela, la edad promedio de aparición de la menopausia toma lugar a los 48,7 años con un rango previo y posterior calculado en 4,6 años para la menopausia espontánea, y de 43 años con un rango previo y posterior calculado en 3,2 años para la menopausia quirúrgica. Su diagnóstico, se establece clínicamente de manera retrospectiva doce meses posteriores a la última menstruación, o paraclínicamente con valores séricos de hormona folículo estimulante (FSH) superiores a las 20 mUI/L.⁵

Por lo tanto, el diagnóstico de menopausia si bien clínicamente es retrospectivo puede también confirmarse objetivamente con pruebas de laboratorio, determinando niveles de hormona folículo estimulante (FSH) siendo esta última una manera de determinar la menopausia, incluso antes de completar los 12 meses de amenorrea. En referencia a lo antes planteado, Gujski et al. estiman que para el año 2030, un 1.200 millón de mujeres serán posmenopáusicas, esto representa hasta 47 millones de mujeres por cada año.⁶

En Venezuela, la población femenina mayor de 45 años representaba el 17,05%, específicamente en el año 1995 y su proyección es de 35,76% para el año 2035. La esperanza de vida, durante al año 1960 era de 57 años, en la actualidad es de 74,73 años; estimándose para el año 2035, una mujer de cada tres será climatérica o posmenopáusica.¹

La expectativa de vida de las mujeres venezolanas ha ido en ascenso al igual que en el mundo; en este sentido, se espera un aumento en el número de mujeres posmenopáusicas.

La transición a la menopausia marca un período de cambios fisiológicos a medida que las mujeres se acercan a la senescencia reproductiva. En este sentido, la evidencia respalda la importancia clínica de la transición para muchas mujeres como un período de cambios temporales en la salud y la calidad de vida, al presentar síntomas vasomotores, trastornos del sueño, depresión; además de cambios a largo plazo, a modo de síntomas urogenitales, trastornos óseos y del metabolismo de los lípidos que pueden influir en la calidad de vida de las mujeres y la probabilidad de un envejecimiento saludables; así lo cita Harlow et al.⁷

La etapa de transición a la menopausia es donde ocurre principalmente la perimenopausia. Cabe agregar entonces, más temprano en esta etapa, el ciclo menstrual sufre una variabilidad en su duración, de modo que el tiempo entre menstruaciones difiere en 7 o más días cada ciclo; pues al avanzar esta etapa, las mujeres suelen experimentar amenorrea durante un período de 60 días o más. Una vez que esto ocurre, las mujeres se encuentran en la transición menopáusica tardía, la cual puede durar de 1 a 3 años. Los resultados de las pruebas de laboratorio logran mostrar un nivel elevado variable de FSH más temprano en la etapa de transición a la menopausia y un nivel elevado de FSH superior a 25 UI / L más adelante. La FSH superior a 25 UI/L se debe a la disminución de estrógenos. En esta etapa, es probable que las mujeres experimenten síntomas vasomotores.³

El 60-80% de las mujeres experimentan síntomas vasomotores; estos síntomas incluyen sofocos, sudores nocturnos, palpitaciones y migrañas. Sobre la base de las consideraciones anteriores se puede decir, los sofocos suelen durar aproximadamente de tres a cuatro minutos a intervalos impredecibles; los cuales pueden empeorar con consumo del alcohol, la comida, el estrés emocional y el esfuerzo físico; donde las migrañas consiguen cambiar en intensidad y severidad.⁴ Dentro de los síntomas característicos de esta etapa se muestra una mayor prevalencia de los síntomas vasomotores (sofocos, sudores nocturnos, palpitaciones), estos afectan la calidad de vida de la mujer.

Según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer (ISSWSH) y la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS), las mujeres experimentan el síndrome genitourinario de la menopausia; definido como un conjunto de síntomas y signos asociados con una disminución de estrógenos y otros esteroides sexuales que implican cambios en labios mayores/menores, clítoris, vestíbulo/introito, vagina, uretra y vejiga. Sobre la base de las consideraciones anteriores se vale decir, el síndrome puede incluir síntomas genitales de sequedad, ardor e irritación.; además, se incluyen los síntomas sexuales de falta de lubricación, molestia o dolor, y alteración de la función sexual, así como los síntomas urinarios de urgencia, disuria, e infecciones recurrentes del tracto urinario (ITU); éstos síntomas pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida que se puede extender en las actividades diarias, el ejercicio, la función sexual, y las relaciones interpersonales; así lo menciona Pizzi en su publicación.⁴

Ciertos estudios elaborados en relación a esta temática indican que aproximadamente el 45% de las mujeres experimentan síntomas psicógenos; los cuales incluyen irritabilidad, ansiedad/tensión, depresión, trastornos del sueño, pérdida de concentración y pérdida de la autoestima/confianza.³ De igual forma, muchos de los síntomas de la depresión se ocultan y se mezclan con los síntomas de la menopausia, pues muchas mujeres desconocen que necesitan cierta atención para manejar su salud emocional y sufren innecesariamente porque piensan que estas molestias y problemas son parte natural del envejecimiento, y no recurren a un tratamiento médico en búsqueda de solucionar muchos de estos malestares.

En este orden de ideas se puede mencionar a Bromberger, el mismo señala, la depresión se ha definido de diversas formas a lo largo de un espectro, pues va desde un nivel relativamente breve (estado de ánimo negativo que incluye sentirse triste o estar “triste”) a un síndrome médico definido, denominado trastorno depresivo mayor/o “depresión clínica”. En relación a estos señalamientos, los criterios para la depresión clínica incluyen la duración de los síntomas por un mínimo de 2 semanas y síntomas que causan angustia significativa o deterioro en el funcionamiento. Las escalas de síntomas depresivos son útiles, estas permiten estimar el nivel o la gravedad de los síntomas, y, en algunos casos, como despistaje para la depresión clínica.⁸

Por otra parte, según la onceava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. A manera de resumen se puede decir, el individuo también debe experimentar al menos cuatro síntomas adicionales procedentes de una lista; estos incluyen, cambios en el apetito o el peso, el sueño y la actividad psicomotora, la energía disminuye, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones, o pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, planes o intentos.⁹

En el marco de las consideraciones anteriores, para contar un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de aparición reciente o debe haber empeorado en comparación con un episodio existente. Cabe agregar, los síntomas deben persistir durante la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe ir acompañado de malestar clínicamente significativo o deterioro en importantes áreas sociales, ocupacionales o de otro tipo de funcionamiento; así lo establece la onceava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).⁹

Ciertamente a partir de la adolescencia, las mujeres presentan un riesgo 1,5 a 3 veces mayor que los hombres de padecer un trastorno depresivo; este riesgo aumenta en el periodo de transición hacia la menopausia o perimenopausia, cuando la vulnerabilidad depresiva se hace especialmente intensa. Se han postulado mecanismos hormonales, psicológicos y socioculturales para entender la etiopatogenia de estos cuadros, citado por Sesma Pardo en su estudio.¹⁰

Por lo tanto, Soares señala, la depresión es una condición incapacitante que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y, a menudo, genera importantes costos personales, sociales y económicos; pues afecta 1 de cada 5 adultos en América del Norte, y las mujeres se ven desproporcionadamente más afectadas que los hombres. En consecuencia, tal aumento del riesgo (dos veces en promedio) ha sido objeto de debate e investigación a lo largo de los años.¹¹

En relación a lo antes planteado se puede decir, existen diversas escalas para evaluar la depresión, una de ellas es la escala de depresión de Hamilton, que evalúa cuantitativamente la severidad de los síntomas en la persona deprimida, clasificando los grados de depresión en: leve, moderada, severa y muy severa; como lo explica Carranza en su investigación.¹²

Significa entonces, los trastornos depresivos son un problema de salud común en el período posmenopáusico, con síntomas típicos como tristeza, llanto, irritabilidad, responsabilidad emocional y falta de concentración. A los efectos de este, la susceptibilidad a la depresión durante este período se asocia con aumento de la sensibilidad de algunas mujeres a los cambios en el estado hormonal; donde los factores no relacionados a la transición menopáusica, incluyendo comorbilidades, problemas de sueño y eventos estresantes, también juegan un papel importante. Por otra parte, variables como la etnia, la cultura, tradición, historia previa de depresión, índice de masa corporal, nivel de educación y estado civil también están asociados con la depresión posmenopáusica.⁶

Varios investigadores han sido fundamentales en la propuesta de un paradigma para examinar por qué algunas (pero no todas) mujeres serían más propensas a experimentar una mayor vulnerabilidad para la depresión en ciertas etapas (o ventanas) a lo largo de la vida. Basado en este paradigma, la noción de ventanas de vulnerabilidad para la depresión, también conocida como episodios depresivos relacionados con la reproducción, se postuló con el propósito de describir un aumento de la sensibilidad experimentada por algunas mujeres a los cambios en el entorno hormonal que se producen durante la fase lútea de sus ciclos, en el puerperio y/o en la transición de la menopausia.¹¹

En efecto, los estudios transversales y prospectivos han investigado una posible asociación entre la etapa de la menopausia y los riesgos de síntomas depresivos o MDD (nuevo inicio o recurrente). En general, los datos de estudios transversales indican que los síntomas depresivos pueden ser presentados por hasta el 70% de las mujeres durante la perimenopausia en comparación con alrededor del 30% en los años premenopáusicos. En este sentido, estudios longitudinales, han sugerido un aumento del riesgo de 1,5 veces a 3,0 veces para la aparición de síntomas depresivos durante la transición a la menopausia. Por último, los estudios de cohortes han documentado un mayor riesgo para la depresión clínica

(MDD, riesgo aumentado de 2 a 4 veces) durante la transición a la menopausia y los primeros años de la postmenopausia.¹¹

Soares establece, los factores de riesgo de depresión asociados con los años de la menopausia se pueden agrupar en dos categorías:

- *Continuo de factores de riesgo:* estos constituyen un riesgo para la depresión y muy probablemente actúan como factores moderadores; los cuales podrían caracterizarse: demográficos o socioeconómicos (desempleo, baja educación, ser negro o hispano), relacionados con la salud (mayor índice de masa corporal, ser fumador, reportar mala salud y deterioro de la función debido a condiciones médicas crónicas) y psicosocial (pobre apoyo social, historial de ansiedad, 1 o más eventos de vida estresantes). Con estos señalamientos se puede constatar, un episodio depresivo previo es el predictor más fuerte para la depresión durante los años de la mediana edad, mientras que un historial de síntomas del estado de ánimo con un contexto relacionado con las hormonas (antecedentes del síndrome premenstrual o depresión posparto) se han relacionado moderadamente con síntomas depresivos durante la transición a la menopausia y principios de años posmenopáusicos.¹¹
- *Ventana de factores relacionados con el riesgo:* los investigadores también han investigado el papel de factores relacionados con el tiempo y el contexto. Una vez más, los datos de corte transversal y los estudios longitudinales fueron fuentes valiosas y ayudaron a identificar los factores mediadores o precipitantes asociados con la depresión relacionada con la menopausia. Estos factores incluyen variaciones hormonales (es decir, la experiencia de fluctuaciones más amplias en los niveles de la hormona foliculoestimulante [FSH] y estradiol [E2] a lo largo del tiempo), síntomas relacionados con la menopausia (por ejemplo: la presencia y gravedad de síntomas vasomotores, problemas del sueño), salud en general (mala salud actual, bajo funcionamiento debido a condiciones médicas crónicas) y factores estresantes psicosociales (incluyendo apoyo social deficiente y acontecimientos estresantes de la vida). Este último se caracteriza no solo por la magnitud y el número de eventos, sino también por la proximidad temporal (es

decir, el momento de su ocurrencia en relación con la transición a la menopausia per se).¹¹

En efecto, la depresión es un trastorno afectivo de origen multifactorial que se presenta con mayor frecuencia en la mujer; por lo tanto, las causas de esta diferencia se atribuyen tanto a factores sociales como biológicos. La coincidencia entre los periodos de fluctuaciones hormonales y la presencia de síntomas afectivos han dado fuerza a la teoría de que los factores hormonales pueden ser una causa de la mayor prevalencia de depresión en la mujer. En síntesis, la depresión, además de tener un impacto negativo en el bienestar psicosocial, las relaciones interpersonales y familiares, el funcionamiento social, profesional y sexual, afecta la salud física de la mujer.

Previamente, se ha demostrado que la depresión en mujeres posmenopáusicas se asocia positivamente con otras enfermedades, entre ellas: enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, osteoporosis y fracturas; en este sentido, comportamientos saludables, como una dieta balanceada, buena higiene, ejercicio, sueño adecuado, evitar consumo de alcohol y cigarrillos, modulación del estrés y exámenes médicos regulares, no solo reducen el riesgo de desarrollar la enfermedad, sino que también tienen un efecto positivo sobre el bienestar mental.¹³

En un estudio realizado por Ahlawat, el cual describe la investigación ejecutada por Vijayalakshmi en Amritsar, donde se involucraron a 30 mujeres rurales de 40 a 55 años de edad, la depresión era uno de los síntomas prevalentes comunes (37,3 %). Posteriormente, se evidenció en la indagación elaborada por Timur y Sahin, la prevalencia de los síntomas de depresión entre las mujeres peri y posmenopáusicas fue del 41,8%. De todas las mujeres, el 23,2% eran premenopáusicas y el 56,9% eran posmenopáusicas. Asimismo, los ejecutados por Singh y Pradhan en Nueva Delhi, 32,1% de las mujeres posmenopáusicas sufría de depresión. Por lo tanto, es importante estudiar la prevalencia y los factores que influyen en la depresión en mujeres posmenopáusicas para mejorar su calidad de vida.¹⁴

En lo que respecta a factores psicosociales y culturales, se debe tomar cuenta la llegada de la menopausia en una época de la vida, la cual conlleva a una serie de connotaciones culturales, sociales y personales; pues esta puede influir en el estado anímico

de la mujer. La teoría psicosocial defiende que la presencia de síntomas afectivos durante la perimenopausia puede explicarse por los problemas maritales, las enfermedades físicas y los problemas económicos.

Por otra parte, en la menopausia es un tiempo donde se dan una serie de factores estresantes, como por ejemplo el síndrome del nido vacío, tener que cuidar de los padres ancianos e incluso aceptar su pérdida, los cuales pueden influir en el humor y en estados depresivos. Algunos trabajos encontraron que independientemente de la presencia de sofocos, las mujeres perimenopáusicas deprimidas referían con frecuencia significativamente mayor la presencia de eventos vitales negativos y una menor autoestima cuando se las comparaba a un grupo de mujeres perimenopáusicas no deprimidas. No obstante, un buen soporte sociofamiliar, la satisfacción laboral y la existencia de una pareja positiva y solidaria podría servir a modo de factor de protección, particularmente en las mujeres vulnerables.¹⁰

La perimenopausia y la posmenopausia se han asociado con un grado mayor de depresión que la premenopausia y se asocian significativamente y de manera independiente con los síntomas depresivos, se ha encontrado un incremento de 14 veces en la tasa de depresión 12 meses antes y después del último periodo menstrual, tiempo en el cual las concentraciones de estradiol disminuyen en forma importante. Asimismo, los síntomas vasomotores son más frecuentes en la perimenopausia tardía y la posmenopausia temprana, y tienen asociados los síntomas depresivos.

En el estudio realizado por Alhawat, se encontró que la depresión estaba más presente en mujeres pertenecientes al grupo de edad más joven. En el grupo de edad de 41 a 45 años, el 76,9% de las mujeres tenían depresión leve y el 19,2% depresión moderada. En el grupo de edad de 46 a 50 años, el 60,6 % presentaba depresión leve y el 4,2 % presentaba depresión moderada; mientras que, en el grupo de edad de 51 a 55 años, el 21,8% y el 1,9% de mujeres presentaban depresión leve y moderada respectivamente y en el grupo de edad grupo de 56 a 60 años el 18,4% presentaba depresión leve y ninguno presentaba depresión moderada.¹⁴

En la Universidad Central de Venezuela, Área de Obstetricia y Ginecología en el año 2016 el estudio realizado por Patrino tenía el objetivo de evaluar la depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia, en donde se reclutaron 212 mujeres peri o posmenopáusicas del Servicio de Ginecología. Los resultados demostraron que la frecuencia de depresión en las perimenopáusicas fue de 43,8%, en las posmenopáusicas la frecuencia fue de 27,3%. Entre las primeras, 65,6% fueron catalogadas como depresión moderada. Los factores de riesgo para depresión en este grupo, fueron la historia de un evento negativo, el grado de educación y los síntomas vasomotores. En las postmenopáusicas, hubo 47,4% de depresión moderada. Asimismo, los factores de riesgo significativos fueron el estatus marital, la historia de un evento negativo y la actividad sexual. En el concluyeron, la frecuencia de depresión es mayor en las mujeres perimenopáusicas que en las postmenopáusicas; siendo más que todo moderada. La historia de un evento negativo es un factor de riesgo para presentar depresión durante la perimenopausia y posmenopausia.⁵

Entonces se puede considerar, una de las principales problemáticas en las pacientes femeninas menopáusicas es la depresión, la cual llega a afectar a más del 20% de todas las mujeres en esa edad. Sin embargo, no se conoce cuál es la prevalencia de esta patología entre las mujeres que llegan a la consulta médica, como cimienta donde permitiría sensibilizar a los profesionales de la salud, pues hacen esta consulta al indagar sobre la problemática de los trastornos del afecto entre las mujeres que acuden a ellos, facilitando el manejo interdisciplinario.

Todo lo anteriormente descrito, dio motivo a la presente investigación, en donde se establece como trayectoria metodológica para esta indagatoria, el recorrido de varios escenarios y dadas las diferencias genéticas, sociales y culturales de la población; por lo antes expuesto, emergen las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de depresión en las mujeres posmenopáusicas que acuden a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” entre febrero a abril del 2022?; ¿Qué características epidemiológicas presentan? ¿Cómo clasificar el grado de depresión en las mujeres posmenopáusicas?; ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo socio-demográficos con los diferentes grados de depresión en las pacientes

mencionadas?; y por último ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo biológicos con los diferentes grados de depresión en las mujeres posmenopáusicas?

Para dar respuestas a las interrogantes antes planteadas se estableció el objetivo general centrado en: Determinar la prevalencia de la depresión en mujeres posmenopáusicas que asistente a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” entre febrero a abril del 2022.

Para lo cual se establecieron como objetivos específicos: Describir las características epidemiológicas de las pacientes posmenopáusicas según la edad. Seguidamente clasificar a las participantes estudiadas de acuerdo al grado de severidad de depresión según la escala de Hamilton; para así precisar la asociación de la depresión con diferentes factores de riesgo socio-demográficos en las mujeres posmenopáusicas que acuden a la consulta de medicina interna; e identificar la asociación de la depresión con diferentes factores de riesgo biológicos en estas pacientes.

Teniendo en consideración, la depresión en mujeres posmenopáusicas es un evento que se muestra con alta frecuencia es preciso su estudio; de tal forma, el presente estudio se hace relevante, en primer lugar, de acuerdo al ámbito científico, para conocer estadísticamente la situación en nuestro medio y tener una referencia de dicho fenómeno, con la finalidad de brindar una atención integral a las pacientes que cursen con depresión, pues las investigaciones sobre este tipo de pacientes con esta patología son muy escasas, por cuanto existe poco material que contribuya con el aprendizaje práctico en las universidades, es esa la razón de esta indagatoria, y así poder brindar un punto de partida para futuras investigaciones. De igual forma, se justifica desde el ámbito social, puesto que el sexo femenino es naturalmente el más vulnerable a sufrir depresión; ya sea por situaciones culturales propias, discriminación social, económica, entre otros. Siendo importante estudiar situaciones que a ellas respectan. Se pretende aportar a la comunidad los datos obtenidos en esta investigación para que sirvan de evidencia y de esa manera mejorar el aporte al desarrollo saludable de la mujer procurando mejorar su calidad de vida.¹²

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, cuyo enfoque fue de carácter cuantitativo, con un nivel descriptivo, observacional transversal que incluyó una muestra intencional, no probabilística, la cual permitió evaluar diversos aspectos, características, propiedades o perfiles de las pacientes posmenopáusicas. Por lo que este proceso se realizó a través de una serie de pasos, permitiendo una certeza en la información o conocimiento del hecho, pues contribuyó en la búsqueda de respuestas eficaces al problema, donde el principal interés de la investigación fue determinar la prevalencia de la depresión en mujeres posmenopáusicas que asistieron a la consulta de medicina interna de dicho centro médico.

La población estuvo constituida por los pacientes del sexo femenino con menopausia que acudían a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo entre febrero a abril del año 2022, previa aceptación de participación en el estudio, mediante el llenado y firmado del consentimiento informado y; cumpliendo con las normas de las buenas prácticas clínicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para los trabajos de investigación en los seres humanos y la Declaración de Helsinki ratificada en la 64ª Asamblea General de Brasil en el año 2011. (Ver Anexo 1)

La muestra estuvo conformada por 40 pacientes, la cual se obtuvo considerando un estudio de prevalencia, con intervalo de confianza de 90% de los pacientes que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: mujeres entre 40 a 60 años, con ausencia de la menstruación en los últimos 12 meses que asistieron a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, durante el periodo entre febrero a abril del año 2022; los cuales aceptaron participar en la investigación; siendo considerados no aptos para el estudio quienes cumplieron con los siguientes criterios de exclusión: pacientes que aún presenten ciclos regulares de menstruación, presenten una causa no fisiológica de menopausia siendo esta menopausia postquirúrgica o farmacológica como el uso de quimioterapia; además de pacientes consumidores de alcohol, pacientes que no desearon colaborar en el estudio y con diagnóstico de depresión crónica, además de algunos que luego de firmar el consentimiento informado desistieron.

El método utilizado para el desarrollo de la investigación fue el método científico observacional. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos la Escala de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols)¹⁵, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la severidad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido, estos son:

1. Sentimientos de culpa
2. Suicidio
3. Insomnio precoz
4. Insomnio intermedio
5. Insomnio tardío
6. Trabajo y actividades
7. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje)
8. Facultad de concentración disminuida
9. Disminución de la actividad motora
10. Agitación psicomotora
11. Ansiedad psíquica
12. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad. gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefalea; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)
13. Síntomas somáticos gastrointestinales
14. Síntomas somáticos generales
15. Síntomas genitales (tales como disminución de la libido y trastornos menstruales)
Hipocondría
16. Pérdida de peso
17. Introspección. (Anexo 3).

Cada uno de estos se les colocó una puntuación entre 0 y 4, al sumarlos se obtuvo la calificación final. Una calificación de 0 a 7 se interpretó como normalidad; depresión leve, cuando estuvo de 8 a 13; depresión moderada de 14 a 18; depresión severa de 19 a 22 y; depresión muy severa ≥ 23 . En este estudio las categorías de calificación fueron agrupadas

de la siguiente manera: sanas; compatible con depresión leve, moderada, severa y muy severa. Asimismo, se aplicó un instrumento realizado por la autora, compuesto por 10 elementos, con el objetivo de describir las características epidemiológicas de las pacientes como la edad y grupo étnico; presencia o no de factores de riesgo sociodemográficos y biológicos para la depresión, el cual fue validado por tres expertos en el área de medicina interna, donde se solicitó la siguiente información:

1. Edad (de 40 a 44 años; de 45 a 49 años, de 50 a 54 años; de 55 a 60 años).
2. Estado civil (soltera, concubina, viuda o divorciada).
3. Nivel de educación (analfabeta, básica, bachiller, superior).
4. Empleo (empleada, desempleada).
5. Evento negativo en los últimos 5 años (pérdida de un ser querido, pérdida de trabajo, dificultad en conseguir empleo, divorcio o separación, circunstancias socioeconómicas negativas, violencia doméstica, mala relación con la pareja, estrés)
6. Presencia de síntomas vasomotores (palpitaciones, sudoraciones, cefaleas)
7. Padecimiento de enfermedad crónica subyacente (diabetes, hipertensión arterial, cáncer, EPOC, Enfermedad Cerebrovascular, Síndrome Post-COVID 19)
8. Síntomas Genitourinarios (Dolor vulvar, ardor o prurito, sequedad vaginal, dispareunia, disuria, urgencia miccional, infecciones recurrentes del tracto urinario).
9. Hábitos de tabaquismo
10. Actividad sexual (Anexo 4).

La información obtenida se mantendrá en estricta confidencialidad y los datos sólo fueron utilizados única y exclusivamente para el presente estudio facultando así a quienes se crea conveniente para la verificación de la información. Previo a la aplicación de formulario y Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols)¹⁵ las participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado (Anexo 2). Por otra parte, se realizaron los cálculos con el paquete estadístico IBM SPSS Statistic versión 20, mientras que el nivel de significancia estadística empleado fue $P < 0,05$. En cuanto al análisis de los datos se examinó mediante la estadística inferencial a través del análisis paramétrico; utilizando el método de Chi cuadrado, debido a que su valor depende de los grados de libertad y el nivel de significación¹⁶

RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo constituida por 40 pacientes femeninas que acudieron al servicio de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el período de febrero a abril del 2022; con el propósito de determinar la prevalencia de la depresión en mujeres posmenopáusicas que asistieron a la consulta de medicina interna de dicho centro desde febrero a abril del 2022, destacándose que el primer requisito para ser incluido en la muestra fue ser pacientes del sexo femenino con menopausia, cuyas edades se encontraron entre 45 a 60 años, con ausencia de la menstruación en los últimos 12 meses, a continuación se presenta en la tabla N.º 1, con el número de pacientes según la edad con menopausia:

TABLA N.º 1. Distribución de las pacientes posmenopáusicas de acuerdo a la edad

Edad	Cantidad	%
41-45	1	2,5
46-50	12	30
51-55	10	25
56-60	17	42,5

Fuente: Datos propios de la investigación (Calderón, 2022)

La muestra total estuvo conformada por 40 mujeres entrevistadas, donde se registró, el número de pacientes evaluados con menopausia, observándose que el 42,5% de las mismas se encontraban entre 56 a 60 años de edad; 30% tenían de 46 a 50 años y un 25% poseían de 51 a 55 años; y sólo un paciente de 45 años asistió siendo ya menopáusica a esta edad de forma natural, para este estudio el promedio de edad de las mujeres para ser menopáusicas fue de 53,5 años con una edad mínima de 45 años y máxima de 60 años; con una desviación estándar (DE) de 4,267; teniendo un coeficiente de variación de 7,97%; lo cual indica que la distribución de los datos es homogénea (ver tabla N.º 2); corroborando así que la edad promedio de aparición de la menopausia en pacientes venezolanas toma lugar a los 48,7 años con un rango previo y posterior calculado en 4,6 años para la menopausia espontánea.⁵

TABLA N° 2. Edad de pacientes menopaúsicas

VARIABLE	$\bar{X} \pm Es$	MIN	MÁX
EDAD DE PACIENTES MENOPAÚSICAS	53,5±0,675	45	60

Fuente: Datos propios de la investigación (Calderón, 2022)

Lo antes puntualizado permitió dar respuesta al primer objetivo específico al describir las características epidemiológicas de las pacientes posmenopáusicas según la edad; estimándose en comparaciones con otros trabajos que para el año 2035, una mujer de cada tres será climatérica o posmenopáusica.¹

Posteriormente se dio respuesta al segundo objetivo al clasificar a las participantes estudiadas de acuerdo al grado de severidad de depresión según la escala de Hamilton; para cada uno de los síntomas se les colocó una puntuación entre 0 y 4; los síntomas tomados en cuenta fueron: sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, insomnio intermedio, insomnio tardío, trabajo y actividades, inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje), facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora, agitación psicomotora, ansiedad psíquica, ansiedad somática (signos físicos de ansiedad. gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefalea; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración); síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas genitales (tales como disminución de la libido y trastornos menstruales); hipocondría, pérdida de peso y, por último: introspección.

Seguidamente se realizó una sumatoria para conseguir la apreciación final; la cual permitió obtener una calificación de 0 a 7 se interpretó como normalidad los no deprimidos (N); depresión leve (DL), cuando estuvo de 8 a 13; depresión moderada (DM) de 14 a 18; depresión severa (DS) de 19 a 22 y; depresión muy severa (MS) ≥ 23 ; lo antes descrito se presenta en la siguiente tabla:

TABLA N° 3. Grado de depresión en pacientes

GRADO DE DEPRESIÓN	f	%
No deprimido	24	60
Leve	14	35
Moderada	1	2,5
Severa	0	0
Muy severa	1	2,5
TOTAL	40	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Calderón, 2022)

Por lo que se puede observar según los datos recolectados en este trabajo de investigación, se evidencia en la sumatoria final que 24 de 40 de las mujeres entrevistadas afirmaron no estar depresivas, lo cual corresponde al 60%, de la muestra, donde se encontraban en el renglón 0 a 7 interpretándose como estar en la normalidad (N). Por otra parte, se encontró que el 35% de las pacientes menopaúsicas presentan depresión leve (DL). Sin embargo, una de ellas presenta depresión moderada (DM), cuya puntuación estuvo entre 14 a 18, cuyo porcentaje establece que sólo 2,5%. Finalmente, una de las pacientes menopaúsicas presentó depresión muy severa (MS) ≥ 23 ; específicamente 29 puntos; lo cual refleja el 2,5% de la muestra.

Los resultados obtenidos permiten corroborar las diferentes afirmaciones de ciertos estudios, donde aproximadamente el 45% de las mujeres experimentan síntomas psicógenos; los cuales incluyen irritabilidad, ansiedad/tensión, depresión, trastornos del sueño, pérdida de concentración y pérdida de la autoestima/confianza.³

Para el estudio del nivel de depresión, se decidió tomar en cuenta los datos mostrados en la tabla N° 4, donde en forma detallada se logra visualizar los niveles de depresión según las edades de las mujeres menopaúsicas.

TABLA N° 4. Distribución de pacientes de acuerdo a la severidad de la depresión y la edad

GRADO DE DEPRESIÓN	RANGO DE EDAD							
	41-45		46-50		51-55		56-60	
	f	%	f	%	f	%	f	%
No deprimido	1	2,5	4	10	7	17,5	12	30
Leve	0	0	5	12,5	5	12,5	4	10
Moderada	0	0	0	0	1	2,5	0	0
Severa	0	0	0	0	0	0	0	0
Muy severa	0	0	1	2,5	0	0	0	0
TOTAL	1	2,5	10	25	13	32,5	16	40

Fuente: Datos propios de la investigación (Calderón, 2022)

En esta distribución se puede apreciar que el rango donde se concentraron los pacientes de acuerdo a la severidad de la depresión fue entre los 46-50 años y 51-55 años con un 12,5% en ambos posicionados en el grado de depresión leve.

Seguidamente se presenta la tabla N° 5, donde se muestran los factores de riesgo socio-demográfico; donde después del análisis realizado se tiene que entre los factores de riesgos socio- demográfico más relevantes de las pacientes deprimidas, evidenciando una mayor concentración en aquellas mujeres que están casadas con 17,5%, con nivel de educación superior (20%) y actualmente laborando (22,5%). Mientras, en el factor relacionado con un evento negativo en los últimos 5 años, se evidenció una mayor concentración incidencia en las pacientes deprimidas debido al estrés (27,5%), pérdida de un ser querido (17,5%) y circunstancias económicas negativas (10%).

Con respecto a los factores de riesgo-demográficos en las mujeres menopaúsicas encuestadas, el estado civil y el nivel de educación se asoció con el grado de depresión, pues $P < 0,05$ en estos factores. Sin embargo, no se encontró asociación entre la depresión y el empleo, además de eventos negativos en los últimos 5 años.

TABLA N° 5. Factores de riesgo socio-demográficos

Sociodemográficos	DEPRIMIDAS		NO DEPRIMIDAS		TOTAL	P
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Estado civil	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Soltera	5	12,5	10	25	15	0,002
Concubina	2	5	4	10	6	
Casada	7	17,5	6	15	13	
Divorciada	0	0	4	10	4	
Viuda	1	2,5	1	2,5	2	
Nivel de educación	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Analfabeta	0	0	0	0	0	0,047
Básica	4	10	2	5	6	
Bachiller	3	7,5	9	22,5	12	
Superior	8	20	14	35	22	
Empleo	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Empleada	9	22,5	19	47,5	28	0,781
Desempleada	5	12,5	7	17,5	12	
Evento negativo en los últimos 5 años	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Pérdida de ser querido	7	17,5	12	30	19	0,572
Pérdida de trabajo	0	0	3	7,5	3	0,539
Dificultad en conseguir empleo	3	7,5	2	5	5	0,640
Divorcio o separación	2	5	3	7,5	5	0,955
Circunstancias socioeconómicas negativas	4	10	8	20	12	0,337
Violencia doméstica	0	0	0	0	0	0
Mala relación con pareja	1	2,5	2	5	3	0,979
Estrés	11	27,5	12	30	23	0,270
TOTAL	<u>16</u>	40	24	60	-	

Fuente: Datos propios de la investigación (Calderón, 2022)

En este sentido, para poder identificar la asociación de la depresión con diferentes factores de riesgo biológicos en las pacientes encuestadas se muestra la tabla N° 6, donde los factores de riesgo biológicos en las pacientes menopaúsicas, existe una mayor frecuencia de depresión con los síntomas genitourinarios, específicamente cuando las mujeres han tenido dolor al tener relaciones sexuales, o sea dispareunia; el cual suele ser persistente o recurrente, justo antes, durante o después de tener relaciones sexuales con su pareja.

TABLA N° 6. Factores de riesgo biológicos

Biológicos	DEPRIMIDAS		NO DEPRIMIDAS		TOTAL	P
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Síntomas vasomotores	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Sofocos	8	20	12	30	20	0,331
Palpitaciones	8	20	9	22,5	17	0,278
Sudoraciones	8	20	9	22,5	17	0,246
Cefaleas	5	12,5	8	20	13	0,455
Padecimiento de enfermedad crónica subyacente	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Diabetes	1	2,5	2	5	3	0,979
HTA	3	7,5	10	25	13	0,721
Cáncer	0	0	0	0	0	0
EPOC	0	0	0	0	0	0
ECV	1	2,5	2	5	3	0,979
Sx postCOVID-19	2	5	8	20	10	0,220
Síntomas genitourinarios	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Dolor, ardor o prurito vulvar	2	5	4	10	6	0,938
Sequedad vaginal	8	20	6	15	14	0,184
Dispareunia	3	7,5	2	5	5	0,046
Urgencia miccional	3	7,5	2	5	5	0,640
ITU recurrente	1	2,5	2	5	3	0,979
Disuria	0	0	0	0	0	0
Tabaquismo	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Si	1	2,5	2	5	3	0,979
No	15	37,5	22	55	37	
Actividad sexual						
Si	11	27,5	14	35	25	0,404
No	5	12,5	10	25	15	
TOTAL	16	40	24	60	40	

Fuente: Datos propios de la investigación (Calderón, 2022)

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar: de las pacientes que presentaron depresión, tienen asociados síntomas vasodepresores tales como sofocos (20%), sudoraciones (20%), palpitaciones (20%) y cefaleas (12,5%). Solo 7,5 % refirió padecimiento de enfermedad crónica subyacente como la hipertensión arterial. Por otra parte, se pudo evidenciar como factor de riesgo biológico asociados a la depresión son los síntomas genitourinarios tales como sequedad vaginal, dispareunia y urgencia miccional.

Con respecto al tabaquismo, éste no es un factor de riesgo, pues sólo 1 de las pacientes deprimidas manifestó este factor. Finalmente, para el caso de la actividad sexual,

se puede evidenciar que, de las pacientes deprimidas, el 27,5% se encuentran activas mientras un 12,5% no.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, se determinó la prevalencia de la depresión en mujeres posmenopáusicas que asistieron a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” entre febrero a abril del 2022, a partir de la Escala de Hamilton para la depresión, además de los factores socio-biológicos y de riesgo biológicos.

Según los datos recolectados en este trabajo de investigación, se evidencia en la sumatoria final según la Escala de Hamilton para la depresión por cada uno de los 40 pacientes, que 24 de 40 de las mujeres entrevistadas afirmaron no estar depresivas, lo cual corresponde al 60%, de la muestra, donde se encontraban en el renglón 0 a 7, interpretándose como estar en la normalidad (N). Por otra parte, se encontró que el 35% de las pacientes menopáusicas presentan depresión leve (DL). Sin embargo, una de ellas presenta depresión moderada (DM), cuya puntuación estuvo entre 14 a 18, cuyo porcentaje establece que sólo 2,5%. Finalmente, una de las pacientes menopáusicas presentó depresión muy severa (MS) ≥ 23 ; específicamente 29 punto; lo cual refleja el 2,5% de la muestra. Los resultados obtenidos permiten corroborar las diferentes afirmaciones de ciertos estudios, donde aproximadamente el 45% de las mujeres experimentan síntomas psicógenos; los cuales incluyen irritabilidad, ansiedad/tensión, depresión, trastornos del sueño, pérdida de concentración y pérdida de la autoestima/confianza.³

En esta indagación se encontró que la depresión leve estaba presente en las mujeres pertenecientes a los grupos de edades comprendidas entre 46-50, 51-55 y 56-60 años, lo cual indica que un 35% de las mismas presentan este tipo de depresión. En el grupo de edad de 51 a 55 años, sólo una paciente menopáusica refirió sufrir de depresión moderada. En el grupo de edad de 46 a 50 años, el 2,5 % presentaba depresión muy severa; asimismo, en el grupo de edad de 41 a 45 años, sólo una paciente afirmó encontrarse en total normalidad, donde 24 de estas mujeres de todas las edades estudiadas, respondieron no sufrir de ningún tipo de depresión; además, ninguna presentaba depresión severa, en contraposición a los datos reflejados en el estudio realizado por Ahlawat, Singh, Garg & Mala (2019); donde la depresión estaba más presente en mujeres pertenecientes al grupo de edad más joven.¹⁴

Por otra parte, con la finalidad de precisar la asociación de la depresión con diferentes factores de riesgo socio-demográficos en las mujeres posmenopáusicas que acuden a la consulta de medicina interna; se decidió analizar los casos puntuales donde afirmaron tener depresión muy severa, tal es el caso de una paciente con 50 años de edad, quien enviudo, sufriendo la pérdida de un ser querido, la cual sólo llegó a estudiar a nivel de básica, indicando que nunca logró ser bachiller de la república a pesar de tener empleo, ha tenido diversas circunstancias socioeconómicas negativas, las cuales la han llevado a tener estrés, sofocos, palpitaciones, sudoraciones y cefaleas; quizás estas circunstancias acompañadas de los síntomas posmenopáusicos son las que le han originado la depresión muy severa que presenta.

Así mismo, se encontró una sola paciente con depresión moderada, esta posee 60 años de edad, tenía una relación como concubina con su pareja actual, solo logró estudiar hasta la primaria, posee empleo, es menopaúsica desde hace algunos años, lo cual le ha originado estrés, palpitaciones, y aún presenta algunos síntomas del Síndrome Post-COVID 19. Por otro parte, los factores de riesgo-demográficos en las mujeres menopaúscas encuestadas, el estado civil y el nivel de educación se asoció con el grado de depresión. No obstante, en relación a los factores de riesgo biológico, existe una mayor frecuencia de depresión con los síntomas genitourinarios, específicamente al presentar dispareunia durante su actividad sexual. Sin embargo, al referirse al tabaquismo, éste no es un factor de riesgo, para ninguna de estas pacientes. Finalmente, para el caso de la actividad sexual, se puede evidenciar que, de las pacientes deprimidas, el 27,5% se encuentran activas mientras un 12,5% no.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Posterior a la aplicación del instrumento cuya finalidad fue determinar la prevalencia de la depresión en mujeres posmenopáusicas que asistente a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” entre febrero a abril del 2022., se procedió al análisis y discusión de los datos recopilados, pudiendo concluir que el promedio de edad de las mujeres entrevistadas fue de 52,5 años; encontrándose que la depresión leve estaba presente en los grupos de edades comprendidas entre 46-50, 51-55 y 56-60 años. En el grupo de edad de 51 a 55 años, sólo una paciente refirió sufrir de

depresión moderada; asimismo en el grupo de edad de 46 a 50 años, el 2,5 % presentaba depresión muy severa; y en las edades entre 41 a 45 años, sólo un paciente afirmó encontrarse en total normalidad, ninguna presentó depresión severa.

En cuanto a la clasificación de las participantes estudiadas de acuerdo al grado de severidad de depresión según la Escala de Hamilton para la depresión, se ultimó en la sumatoria final, que 24 de 40 de las mujeres entrevistadas afirmaron no estar depresivas, lo cual corresponde al 60%, donde se encontraban en el renglón 0 a 7 interpretándose como estar en la normalidad (N). Por otra parte, el 35% de las pacientes menopáusicas aseveraron encontrarse con depresión leve (DL); a pesar que, una de ellas respondió presentar depresión moderada (DM), con un porcentaje de 2,5. En conclusión, una de las pacientes menopáusicas presentó depresión muy severa con 29 puntos; lo cual refleja el 2,5% de la muestra.

Por otra parte se logró evidenciar, la asociación de la depresión con diferentes factores de riesgo socio-demográficos en las mujeres menopáusicas que acudieron a la consulta de medicina interna; se decidió analizar los casos específicos donde afirmaron tener depresión muy severa, tal es el caso de una paciente con 50 años de edad, quien enviudo, por lo cual sufrió la pérdida de un ser querido, la cual sólo llegó a estudiar a nivel de básica, indicando que nunca logró ser bachiller de la república a pesar de tener empleo, ha tenido diversas circunstancias socioeconómicas negativas, las cuales la han llevado a tener estrés, sofocos, palpitaciones, sudoraciones y cefaleas; quizás estas circunstancias acompañadas de los síntomas posmenopáusicos son las que le han originado la depresión muy severa que esta presenta.

Existen otros factores biológicos relacionados estrechamente con la depresión en mujeres posmenopáusicas, específicamente en el ámbito hormonal como lo son variaciones en los niveles de cortisol, estrógeno; por lo que se recomienda emplear en estudios posteriores la realización de estos marcadores bioquímicos para determinar el grado de relación de la afectación hormonal con la prevalencia de alteraciones psicológicas así como ampliar la muestra para abarcar más mujeres no solo las que acuden a consulta sino también mujeres sin patologías de base que puedan influir o condicionar el desarrollo de depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández-Guillama G, Romero-Leal N. Caracterización del climaterio y menopausia en la mujer venezolana. Medimay [Internet]. 2011 [citado 20 Ene 2022]; 17 (1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/507>
2. World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990s; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1996; Volume 866, pp. 1–107. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>
3. Peacock K, Ketvertis KM. Menopause. [Updated 2021 Jun 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507826/>
4. Pizzi R, Parilli MF. Consenso Venezolano De Menopausia. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2018 oct [citado 20 Ene 2022]; 78 (Supl 1): 4–12. Disponible en: <http://www.sogvzla.org.ve/sogvzla20186/saciverrevista.php?txtcodava=0000000090&na=DbihLifhmj>
5. Patruno DH, Manzo Z, González M. Depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2016 jun [citado 20 Ene 2022]; 76(Supl 1):176-181. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000300005&lng=es
6. Gujski M, Raczkiwicz D, Humeniuk E, Sarecka-Hujar B, Wdowiak A, Bojar I. Depressive Symptoms and Healthy Behavior Frequency in Polish Postmenopausal Women from Urban and Rural Areas. Int J Environ Res and Public Health [Internet]. 2021 Mar 14;18(6):2967. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18062967>
7. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, Sluss PM, De Villiers TJ, & STRAW + 10 Collaborative Group (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. The Journal of clinical endocrinology and metabolism, 97(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362>
8. Bromberger, J. T., & Kravitz, H. M. (2011). Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 38(3), 609–625. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.011>
9. World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

10. Sesma-Pardo E, Finkle J, González-Torres MA, Gaviria M. Depresión perimenopáusica: una revisión. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2013 dic [citado 21 Ene 2022]; 33(120): 681-691. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000400002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000400002>.
11. Soares CN. Depression and Menopause: An update on current Knowledge and Clinical Management for this Critical Window. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 2019; 103:651–667. doi: 10.1016/j.mcna.2019.03.001. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025712519300148>
12. Carranza-Lira S, Palacios-Ramírez M. Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 56(6):533-6.
13. Ensan A, Babazadeh R, Aghamohammadian H, Afzal AM. (2018). Effect of Training Based on Choice Theory on Health-Promoting Lifestyle Behaviors among Menopausal Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(2), 1253-1263. doi: 10.22038/jmrh.2018.10469
14. Ahlawat P, Singh MM, Garg S, & Mala YM. (2019). Prevalence of Depression and its Association with Sociodemographic Factors in Postmenopausal Women in an Urban Resettlement Colony of Delhi. *Journal of mid-life health*, 10(1), 33–36. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_66_18.
15. Ramos-Brieva, J., A A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988(22): p. 21-28
16. Sabino C. *El proceso de investigación*. Editorial Panapo, Caracas, 1.992.



[ANEXO N° 1]



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**

CARTA INSTITUCIONAL

Naguanagua, 15 de enero de 2022

Ciudadano:

Dr. Francisco Torres

Jefe del Departamento de Medicina Interna del HUAL

Presente. -

Ante todo, reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente solicito de su autorización para aplicar un instrumento de recolección de datos a los médicos residentes de la especialización de Medicina Interna, el cual fue elaborado con el fin de obtener información necesaria para el logro de los objetivos propuestos de la investigación titulada: **PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” DESDE FEBRERO A ABRIL 2022.** La cual es realizada como requisito fundamental para optar al título de Especialista en Medicina Interna.

Esperando su valiosa colaboración y sin otro particular a que hacer referencia, queda de Usted,

Atentamente,

Dra. Diana Calderón
CM: 12420 MPPS: 145239
C.I. V- 21.018615

Aprobado

No Aprobado

[ANEXO N° 2]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

Yo, _____ he leído la información proporcionada y/o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por parte de la Dra. Diana Calderón, Residente del Tercer Nivel del Postgrado de Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, decido de forma consciente voluntaria participar en este estudio titulado:

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” DESDE FEBRERO A ABRIL 2022.

No teniendo este hecho ningún beneficio económico ni riesgo potencial para mi salud, sin implicar complicaciones o costos personales que puedan desprenderse de dicho acto. Teniendo conocimiento de que la información que sea recogida en esta investigación se mantendrá confidencial, y que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y como participante entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento in que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

En caso del participante no saber leer ni escribir. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre y Apellido del Testigo: _____

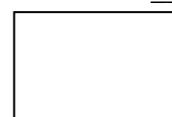
Cédula de Identidad: _____

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ____



Huella dactilar de la participante



Huella dactilar del testigo

[ANEXO Nº 3]

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños

Servizo de Epidemioloxía, Dirección Xeral de Saúde Pública, Servizo Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
 - No deprimido: 0-7
 - Depresión ligera/menor: 8-13
 - Depresión moderada: 14-18
 - Depresión severa: 19-22
 - Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o se denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuación)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Ansiedad psíquica	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
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)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2
Síntomas somáticos generales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	0 1 2
Hipocondría	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
Pérdida de peso	
<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 	0 1 2
Introspección (insight)	
<ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que esta deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2

[ANEXO N° 4]

FICHA DE REGISTRO

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Edad (años)

40-44 _____

45-50 _____

51-54 _____

55-60 _____

2) Estado civil

Soltera _____

Concubina _____

Casada _____

Divorciada _____

Viuda _____

3) Nivel de educación

Analfabeta _____

Básica _____

Bachiller _____

Superior _____

4) Empleo

Empleada _____

Desempleada _____

5)Evento negativo en los últimos 5 años

Pérdida de un ser querido	_____
Pérdida de trabajo	_____
Dificultad en conseguir empleo	_____
Divorcio o separación	_____
Circunstancias socioeconómicas negativas	_____
Violencia doméstica	_____
Mala relación con la pareja	_____
Estrés	_____

FACTORES BIOLÓGICOS

1)Síntomas Vasomotores

Presencia o padecimiento de sofocos	Sí _____	No _____
Presencia palpitaciones	Sí _____	No _____
Manifestación de sudoraciones	Sí _____	No _____
Presencia de cefaleas	Sí _____	No _____

2)Padecimiento de enfermedad crónica subyacente

Diabetes	Sí _____	No _____
Hipertensión Arterial	Sí _____	No _____
Cáncer	Sí _____	No _____
EPOC	Sí _____	No _____
Enfermedad Cerebrovascular	Sí _____	No _____
Síndrome Post-COVID 19	Sí _____	No _____

3)Síntomas Genitourinarios

Dolor vulvar, ardor o prurito Sí ____ No ____

Sequedad vaginal Sí ____ No ____

Dispareunia Sí ____ No ____

Disuria Sí ____ No ____

Urgencia miccional Sí ____ No ____

Infecciones recurrentes del tracto urinario Sí ____ No ____

4) Hábitos de Tabaquismo

Fuma Sí ____ No ____

5) Actividad Sexual

Activa sexualmente Sí ____ No ____