

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ETAPA DEL
CLIMATERIO



JHOSELIN YANETH LÓPEZ SAGASTUME

CHIQUMULA, GUATEMALA, JULIO 2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ETAPA DEL
CLIMATERIO

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

JHOSELIN YANETH LÓPEZ SAGASTUME

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, JULIO 2021

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR EN FUNCIONES
M.A. PABLO ERNESTO OLIVA SOTO**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Graduados:	Ing.Agr. Henry Estuardo Velásquez Guzmán
Representante de Estudiantes:	A.T. Zoila Lucrecia Argueta Ramos
Representante de Estudiantes:	Br. Juan Carlos Lemus López
Secretaria:	M.Sc. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	M. A. Edwin Rolando Rivera Roque
Coordinador de Carrera:	M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albánes

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente:	Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Secretario:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé
Vocal:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

Chiquimula, julio del 2021

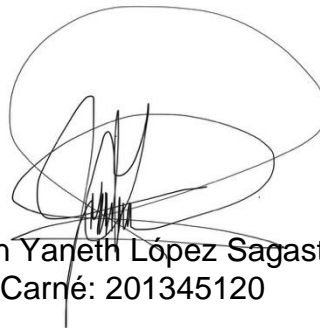
Señores:
Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo titulado **“CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ETAPA DEL CLIMATERIO”**, como requisito previo a optar el título profesional de Médica y Cirujana, en el grado académico de Licenciada.

Atentamente:

“Id y Enseñad a Todos”



Jhosselin Yaneth López Sagastume
Carné: 201345120

Chiquimula, junio del 2021

Ing. Agr. Edwin Filberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la maestra de educación primaria, JHOSELIN YANETH LÓPEZ SAGASTUME, con carné universitario No. 201345120, en el trabajo de graduación titulado "CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ETAPA DEL CLIMATERIO" me dirijo a usted, para informarle que he procedido a revisar y orientar a la sustentante sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea describir la calidad de vida, ansiedad y depresión en etapa del climaterio, para crear una base teórica con el objetivo de adquirir competencia que permita la identificación temprana, diagnóstico y tratamiento a través de la recopilación de diversos datos e información sobre el tema; por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por el método científico y las normas permitentes; razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión con el Examen General Público previo a optar el título de Médica y Cirujana en el grado académico de Licenciada.

Atentamente:

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Carlos Eduardo Gándara Matheu
MSc Ginecología y Obstetricia
Col. 17063

(f).

Dr. Carlos Eduardo Gándara Matheu
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Colegiado: 17063



Chiquimula, 27 de mayo del 2021
Ref. MYC-04-2021

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

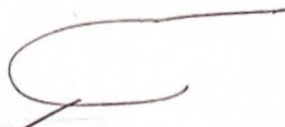
Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante **JHOSELIN YANETH LÓPEZ SAGASTUME** identificada con el número de carné 201345120 quien ha finalizado la Monografía de Compilación del Trabajo de Graduación denominado “**Calidad de vida, ansiedad y depresión en etapa del climaterio**”, el estudio fue asesorado por el Dr. Carlos Eduardo Gándara Matheu, colegiado 17,063 quien avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

“Id y Enseñad a Todos”



Ph.D. Rory René Vides Alonzo
-Presidente del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación-
Carrera de Médico y Cirujano -CUNORI-

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 14 de junio del 2021
Ref. MYC-44-2021

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante **JHOSSELIN YANETH LÓPEZ SAGASTUME** identificada con el número de carné 201345120 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación denominado **“CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ETAPA DE CLIMATERIO”**, estudio asesorado por el Especialista en Ginecología y Obstetricia, Dr. Carlos Eduardo Gándara Matheu, colegiado 17,063 dictamina y avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

“Id y Enseñad a Todos”



MSc. Ronaldo Armando Retana Albanés
-Coordinador-
Carrera de Médico y Cirujano-CUNORI-

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/ Archivo-mdo.

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **JHOSSELIN YANETH LÓPEZ SAGASTUME** titulado “**CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ETAPA DEL CLIMATERIO**”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el treinta de junio de dos mil veintiuno.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
DIRECTOR
CUNORI - USAC



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES Y ABUELA

A MIS HERMANOS Y FAMILIARES

A MI ASESOR

M.Sc. Carlos Eduardo Gándara Matheu

Por orientarme y apoyarme en la realización de mi trabajo.

A MIS CATEDRÁTICOS

A todos los docentes que me han ayudado a llegar a este punto de finalización de preparación académica.

AL COMITÉ DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

Por ser una ventana abierta a la excelencia académica y permitirme realizar uno de tantos sueños.

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

Por haber sido mi segundo hogar, donde fue posible formarme.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por darme otra oportunidad más para celebrar y compartir con mi familia. Por ser el sostén en cada etapa de mi carrera y vida. Por la realización de este sueño, que hoy se torna realidad.

A MIS PADRES: Uno de los mejores regalos que Dios me ha dado, no me alcanzarían las palabras para agradecerles, son mi motivación e inspiración, me enseñan todos los días con su ejemplo que los caminos difíciles no son imposibles de conquistar, que con trabajo duro, disciplina y amor se alcanzan los objetivos y que la humildad nos hace ser mejores personas. Gracias por ayudarme cada día a superarme y mostrarme que no debo darme por vencida ante cualquier adversidad. Gracias por creer en mí siempre. Gracias por su amor, paciencia, comprensión y apoyo incondicional, con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional, siendo para mí la mejor herencia. Para ustedes y de ustedes todo lo que alcancé. Los amo.

A MI ABUELA: Mi segunda madre, mi razón de ser, sentir y amar, las palabras se evaporan... gracias por tu paciencia, dedicación y amor incondicional, por todos los esfuerzos, desvelos, por tus muestras apoyo y cariño en todo momento de mi vida. Este triunfo también es tuyo. Eres y serás uno de mis motivos para seguir adelante.

A MIS HERMANOS: Son mi mano derecha, cada uno con cualidades extraordinarias, que mi logro sea el suyo. Siempre vean firmes hacia sus objetivos, luchen por sus sueños porque yo desde donde quiera que esté los apoyare siempre. Gracias por estar a mi lado, por ser mis cómplices, amigos, por el cariño y apoyo que siempre he recibido de ustedes. Se que juntos lograremos grandes cosas.

A MI FAMILIA: A cada uno que siempre ha estado ahí, gracias por su apoyo y cariño. En especial a Miguel Ángel, Mariela y Angie por ser parte del proceso y recibir su apoyo incondicional.

Y a los que ya no están; los llevo en mi mente y corazón. Su lucha será mi motivación para seguir adelante y no darme por vencida.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: Odalis Salazar, Erick Cuéllar, Brandon Morales, Nohemí Agustín, Victor Portillo, Miguel Ángel Nufio y Melissa Estrada no se recuerdan los días, sino los momentos. Gracias por todos esos momentos llenos de anécdota, son recuerdos que se guardan para toda la vida. Gracias por su valiosa compañía y su sincera amistad. Mahobeny Méndez cuando no creía, me enseñaste que se puede confiar y apoyar, tus logros serán parte de los míos.

Gracias a aquellos que han crecido a mi lado y a los que he encontrado en el camino, de nuestros errores y éxitos hemos aprendido todos.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera formaron parte de mi aprendizaje. El camino es largo, faltan muchas metas por cumplir, más sueños por realizar y que no quepa duda alguna que lo haré.

Jhosselin Yaneth López Sagastume

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ETAPA DEL CLIMATERIO

Jhosselin Y. López Sagastume¹, M.Sc. Carlos E. Gándara M.², M.Sc. Ronaldo A. Retana³, Dr. Edvin D. Mazariegos⁴,
Ph.D. Rory R. Vides⁴, M.Sc. Carlos I. Arriola⁴, M.Sc. Christian E. Sosa⁴.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5
Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027

Introducción: la calidad de vida es el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. Esta varía entre distintos grupos poblacionales, en el climaterio los cambios biológicos que se producen, no sólo provocan irregularidades del ciclo menstrual, sino también otras manifestaciones; como síntomas vasomotores, psicológicos y genitourinarios, que intervienen en la calidad de vida de las mujeres.

Objetivo: describir la calidad de vida, ansiedad y depresión en etapa del climaterio.

Método: se procedió con un estudio monográfico, mediante el cual se recurrió a la revisión de literatura sobre el tema e investigaciones aplicadas. **Conclusión:** las mujeres

en etapa del climaterio tienen mayor deterioro de la calidad de vida, tienden a la mejora a medida que avanza la edad; presentan mayor pérdida de calidad de vida cuando incrementa el deterioro en áreas psicosociales y físicas, como el bienestar con la pareja y su sexualidad. Existe clara relación entre la severidad de los síntomas menopáusicos y la depresión, asimismo, la prevalencia de depresión es notoriamente más importante y significativa en quienes refieren sintomatología menopáusica severa; además, el entorno sociocultural en que se desenvuelven es determinante en su bienestar y salud, ya que manifiestan un alto nivel de ansiedad debido a causas fisiológicas, como ataques de pánico derivados de cambios hormonales. **Recomendación:** desarrollar estudios en la región para caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento en los estados de la menopausia que permitan dirigir medidas de prevención e intervención en la calidad de vida de mujeres en etapa del climaterio.

Palabras clave: calidad de vida, ansiedad, depresión, climaterio.

¹Investigadora ²Asesor de tesis ³Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI ⁴Revisores de tesis.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION IN THE CLIMATE STAGE

Jhosselin Y. López Sagastume¹, M.Sc. Carlos E. Gándara M², M.Sc. Ronaldo A. Retana³, Dr. Edvin D. Mazariegos⁴,
Ph.D. Rory R. Vides⁴, M.Sc. Carlos I. Arriola⁴, M.Sc. Christian E. Sosa⁴.
University of San Carlos of Guatemala; Eastern University Center, CUNORI.
The Zapotillo farm, zone 5, Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Introduction: Life quality is the set of conditions that contribute to make life pleasant and valuable. This varies between different population groups, in the climacteric, the biological changes that occur not only cause irregularities in the menstrual cycle but also other demonstrations; such as vasomotor, psychological, and genitourinary symptoms, which intervene in women's life quality. **Objective:** describe life quality, anxiety, and depression in climacteric stage. **Method:** a monographic study was carried out, through which a review of the literature was made about the topic and some applied research was used. **Conclusion:** women in the climacteric stage have a higher deterioration in their life's quality, they tend to get better as age advances; they present a higher loss of life quality when the deterioration in psychosocial and physical areas increases, such as well-being with their partner and their sexuality. There is a clear relationship between the severity of menopausal symptoms and depression; as well, the prevalence of depression is notably more important and significant in those who report severe menopausal symptoms; in addition, the sociocultural environment in which they develop is decisive in their well-being and health, since they manifest a high level of anxiety due to physiological reasons, such as panic attacks derived from hormonal changes. **Recommendation:** develop tests in the region to distinguish climacteric symptoms and their behavior in menopausal conditions that allow directing prevention and intervention measures in women's life quality in the climacteric stage.

Key words: quality of life, anxiety, depression, climacteric.

¹Researcher ²Thesis Adviser ³Coordinator of the Career of Physician and Surgeon, CUNORI ⁴Thesis Advisors.

ÍNDICE

Contenido	Página
I. INTRODUCCIÓN	i
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. OBJETIVOS	4
IV. PLAN DE CONTENIDO	5
CAPÍTULO I	5
1.1 Calidad de vida	5
1.2 Menopausia	7
1.2.1 <i>Perimenopausia</i>	9
1.2.2 <i>Menopausia</i>	9
1.2.3 <i>Menopausia prematura</i>	9
1.2.4 <i>Postmenopausia</i>	9
1.3 Ciclo menstrual	10
1.4 Fisiología de la menopausia	10
CAPÍTULO II	12
2.1 Climaterio	12
2.1.1 <i>El síndrome climatérico</i>	12
2.2 Fisiología	13
2.3 Manifestaciones clínicas	14
2.3.1 <i>Síntomas vasomotores</i>	14
2.3.2 <i>Síndrome genitourinario de la menopausia</i>	15
2.3.3 <i>Síntomas cardiovasculares</i>	15
2.3.4 <i>Síntomas osteomusculares</i>	16
2.3.5 <i>Síntomas neuropsiquiátricos</i>	16
2.3.6 <i>Modificaciones en la piel</i>	17
2.4 Diagnóstico	17
2.5 Tratamiento	19
2.5.1 <i>Terapia de reemplazo hormonal</i>	20

2.5.2	<i>Tratamiento Hormonal Sustitutivo -THS-</i>	20
2.5.3	<i>Terapia sistémica de estrógenos</i>	21
2.5.4	<i>Terapia de estrógenos conjugados (estrógenos más progestágenos) y bazedoxifeno</i>	21
2.5.5	<i>Terapia de estrógenos vaginales a baja dosis</i>	22
CAPÍTULO III		23
3.1	Escala Cervantes	23
3.2	Salud mental	24
3.3	Ansiedad	29
3.4	Síntomas	32
3.5	Depresión	32
3.6	Factores contribuyentes y prevención	34
3.7	Diagnóstico y tratamiento	34
CAPÍTULO IV		36
4.1	Hallazgos	36
V.	CONCLUSIONES	41
VI.	RECOMENDACIONES	42
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
VIII.	ANEXOS	52

LISTA DE ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck
CV	Calidad de Vida
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
E2	17 beta estradiol
EC	Escala Cervantes
FSH	Hormona Folículo Estimulante
GNRH	Hormona Liberadora de Gonadotropinas
HDL	Colesterol de Densidad Alta
ICPE	Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
LDL	Colesterol de Densidad Baja
LH	Hormona Luteinizante
OMS	Organización Mundial de la Salud
SERMs	Moduladores selectivos del receptor de estrógeno
THR	Terapia de Reemplazo Hormonal
THS	Tratamiento Hormonal Sustitutivo

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida, es decir, el grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente con relación a la salud y sus dominios. Esta varía entre distintos grupos poblacionales; en el climaterio, los cambios biológicos que se producen no sólo provocan irregularidades del ciclo menstrual, sino también otras manifestaciones, como síntomas vasomotores, psicológicos y genitourinarios, que intervienen en la calidad de vida de las féminas.

Durante la etapa del climaterio surgen inconvenientes que pueden conllevar a que la paciente desarrolle problemas psicológicos, como ansiedad y depresión, que pueden ser el resultado de procesos hormonales y situaciones del entorno.

Se procedió a la realización de un estudio monográfico, mediante el cual se recurrió a la revisión de literatura científica y académica, anotaciones de conocedores en el tema e investigaciones aplicadas, con el objetivo de describir la calidad de vida, ansiedad y depresión en etapa del climaterio.

Entre las anotaciones más importantes se encontró que el síndrome del climaterio inicia principalmente en el decenio de los 35 a 45 años, las mujeres premenopáusicas son quienes tienen mayor deterioro y severidad de los síntomas y, de estas, las que presentaban amenorrea menor de 12 meses. Además, las mujeres postmenopáusicas tienden a la mejora de calidad de vida en el climaterio a medida que avanza la edad, asimismo, las mujeres en etapa de climaterio presentan mayor pérdida de calidad de vida cuando incrementa el deterioro en áreas psicosociales y físicas, como el bienestar con la pareja y su sexualidad. Existe clara relación entre la severidad de los síntomas menopáusicos y la depresión; asimismo la prevalencia de depresión es notoriamente más importante y significativa en quienes refieren sintomatología menopáusica severa; asociado a ello, más de la mitad (56.81%) demuestran una actitud negativa respecto a esta etapa, principalmente debido a los síntomas molestos y a la falta de apoyo de sus

allegados. Complementariamente, el entorno sociocultural en que se desenvuelven es determinante en su bienestar y salud, ya que manifiestan un alto nivel de ansiedad debido a causas fisiológicas, como ataques de pánico derivados de cambios hormonales.

Los hallazgos denotan la necesidad de establecer campañas informativas sobre los procesos del climaterio en su abordaje médico y psicológico, para prevenir la disminución de la calidad de vida de las mujeres, aumento de ansiedad y depresión, así como desarrollar estudios en la región con el objeto de caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento en los estados de la menopausia que permitan dirigir medidas de prevención e intervención en la calidad de vida de mujeres en etapa del climaterio.

II. JUSTIFICACIÓN

En Guatemala nueve de cada diez médicos de atención primaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, no tienen la competencia clínica necesaria para la atención adecuada de las mujeres de 35 a 64 años (Cabrera-Pivaral *et al.*, 2015), quienes se encuentran en vulnerabilidad ante el desarrollo de síntomas depresivos y de ansiedad. Un 80% de mujeres experimentan síntomas, los cuales comienzan durante la transición a la menopausia y casi un tercio de las mujeres continúan teniéndolos hasta 10 años después de su última menstruación (Capote *et al.*, 2011), conllevando a costos elevados en el área de salud. Según el análisis de información de salud mental, las mujeres muestran 53% más casos de padecimientos mentales y la etapa donde se presenta mayor riesgo es en la comprendida entre 40 a 49 años (Ruiz, 2015).

Actualmente existen numerosos cuestionarios para medir la calidad de vida de los cuales muy pocos son específicos para la menopausia. La Escala Cervantes es la integración de un conjunto de escalas disponibles, incluyendo datos sociodemográficos y clínicos, diseñado específicamente para la mujer durante la perimenopausia y menopausia. En los servicios sociales y los servicios en salud no están preparados para absorber las necesidades y requerimientos de este grupo de población, debido a que existe desconocimiento sobre la menopausia a todos sus niveles.

Este estudio tiene como principal objetivo describir la calidad de vida, ansiedad y depresión para crear una base teórica con enfoque en la mujer menopáusica y adquirir una competencia clínica en la identificación temprana, diagnóstico y tratamiento; además de instar a realizar futuros estudios, dirigidos hacia las diferentes etnias de Guatemala.

III. OBJETIVOS

3.1 General

Describir la calidad de vida, ansiedad y depresión en etapa del climaterio.

3.2 Específicos

3.2.1 Identificar la etapa del climaterio en la que presenta ansiedad y depresión con mayor intensidad.

3.2.2 Describir las causas que intervienen en la calidad de vida, ansiedad y depresión de mujeres climatéricas.

3.2.3 Determinar los principales síntomas de ansiedad y depresión que se presentan en etapa del climaterio.

IV. PLAN DE CONTENIDO

CAPÍTULO I

1.1 Calidad de vida

Calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. También se refiere al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios (Fernández-López *et al.*, 2010).

Es un concepto multidimensional y multifactorial; incluye la situación económica, estilos de vida, salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social influido de modo complejo por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los elementos esenciales del entorno del individuo (Mercado-Lara *et al.*, 2018).

Durante el climaterio, algunas mujeres experimentan un conjunto de síntomas relacionados con la menopausia que afectan negativamente la CV (Mercado-Lara *et al.*, 2018). Por ello, se describe de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar (Cardona y Agudelo, 2005), un concepto ligado al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida (Benítez, 2009). Así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

Es un concepto multidimensional y multifactorial cuyo rol como indicador ha emergido con importancia en el área de la salud, su evaluación debe centrarse, principalmente, en la percepción de la paciente sobre su estado de salud, siendo ella quien participe activamente en este proceso (Muñoz *et al.*, 2014).

Las tendencias metodológicas para valorar la calidad de vida se han dado desde los enfoques cuantitativos y cualitativos; ambos paradigmas hacen esfuerzos por construir instrumentos, indicadores y escalas con el fin de abarcar la mayor cantidad de dimensiones por su mismo carácter multidimensional; por ello, para investigarla y evaluarla se debe tener especial cuidado con el concepto o significado de la calidad de vida que orienta el trabajo, las razones para escoger los instrumentos de medición, la utilización de medidas que abarquen diferentes aspectos de las personas y la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas que abarquen la mayor cantidad de información (Cardona y Agudelo, 2005).

Toda enfermedad tiene un coste psíquico y somático para el sujeto que la padece, y repercusiones para los miembros de su unidad convivencial, de manera que una de las primeras consecuencias de toda enfermedad es su efecto pernicioso sobre la calidad de vida. Tal efecto va a depender fundamentalmente de la naturaleza de la enfermedad, de su pronóstico, de las características personales del sujeto y del tipo de intervención y relación terapéutica que se establezca con el paciente y sus familiares (Benítez, 2009).

El conocimiento de la calidad de vida es fundamental pues permitirá diseñar estrategias tendientes a mantener o mejorar la situación actual de las mujeres, en especial del grupo que se encuentra en climaterio (Larrea, 2020). El impacto que tiene el climaterio puede ser tan intenso que ocasiona cambios en la calidad de vida de las mujeres menopáusicas sobre las mujeres ya que involucra cambios en lo emocional, físico, biológico y psicosocial, con ello tiene repercusiones en el deterioro en su funcionamiento diario y personal. De allí la importancia de medir la calidad de vida de las mujeres en esta etapa de la vida, sobre todo, cuando en la actualidad el promedio de vida de las personas se ha incrementado (Cruz *et al.*, 2012). A pesar del peso demográfico de las mujeres no hay demasiados datos y estudios relacionados con el envejecimiento femenino y las fases de sus cambios fisiológicos (Larrea, 2020).

La calidad de vida relacionada a la salud -CVRS- y su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que más se ha

utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término CV. Frecuentemente la CVRS es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades (Urzúa, 2010).

La calidad de vida es un indicador que permite la valoración de las consecuencias de las enfermedades sobre la percepción de salud y su impacto sobre la vida diaria. La valoración de la CVRS en las mujeres durante esta etapa representa un desafío y para ello se han diseñado instrumentos de medición (Larrea, 2020). Los propósitos específicos de las mediciones en CVRS son monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento (COP y EFPA, 2013).

1.2 Menopausia

En América Latina, en el año 2012 se realizó un estudio que involucró a 8,373 mujeres para evaluar la presencia de síntomas asociados a la menopausia; este estudio reveló la existencia de al menos un síntoma menopáusico en 90% de las participantes, destacando la prevalencia mayor al 60%, tanto de dolores osteomusculares como fatigabilidad, irritabilidad y trastornos del ánimo. Menopausia es un suceso determinado por la disminución de la producción hormonal consecuencia del agotamiento folicular ovárico, siendo los 50 años la edad promedio para que ocurra, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años (Monsalve *et al.*, 2018). En México se ha visto que se presenta en mujeres entre los 45 y 55 años, en promedio aparece a los 48 años (Torres y Torres, 2018).

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define a la menopausia natural o fisiológica como el “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas (Monsalve *et al.*, 2018), esta etapa no solo conlleva cambios que se expresan como síntomas somáticos sino también compromete la esfera psíquica y social (SOGIBA, 2018). Se

caracteriza por: disminución de la actividad ovárica con agotamiento folicular, disminución de los niveles de inhibina B, incremento de la hormona foliculoestimulante y disminución del estradiol, sintomatología relacionada a la carencia estrogénica, influenciada asimismo por factores socioculturales y personales, disminución de la masa ósea, incremento del riesgo cardiovascular (Monsalve *et al.*, 2018).

La postmenopausia es el período posterior al período menstrual final y abarca un período de diez años de duración (Vázquez *et al.*, 2010). En el año 2013, se determinó que la percepción de la salud de la mujer durante la postmenopausia es regular 55.9%, la mujer postmenopáusicas percibe que tiene una pérdida moderada de la calidad de vida en: menopausia y salud 53.2%, sintomatología vasomotora 48.4%, envejecimiento 50.4%, dominio psíquico 61.9%, sexualidad 88.9%, relación de pareja de la mujer 65.1%. Quedando en evidencia que la pérdida moderada de la calidad de vida se relaciona con la regular percepción de salud en la mujer durante la postmenopausia (Quevedo, 2013).

En este período los niveles de estradiol son muy bajos, se produce un gran aumento de la Hormona Folículo Estimulante -FSH-, en menor medida de la Hormona Luteinizante -LH-, de tal forma que el cociente FSH/LH se invierte y es > 1 . Los valores de FSH por encima de 40 UI/L son compatibles con la interrupción completa de la función ovárica (Salvador, 2008).

Los estrógenos secretados por los ovarios después de la menopausia son insignificantes, sin embargo, todas las mujeres siguen teniendo concentraciones perceptibles de estradiol y estrona. La estrona es el estrógeno más importante en la postmenopausia, se produce por la conversión periférica de la androstenediona (producida en la corteza suprarrenal y en el ovario), el cual se aromatiza en estrógenos, principalmente en el tejido adiposo. La estrona puede ser capaz de mantener la vagina, la piel, el hueso y en algunos casos reducir la incidencia de bochornos. Si bien el estrógeno de cierto modo puede ser beneficioso al no existir oposición de progestágenos (por la falta de ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo), puede aumentar la incidencia de hiperplasia y cáncer de endometrio (Salvador, 2008).

Las mujeres con obesidad suelen tener una alta concentración de estrógenos circulantes, por tal motivo, están en peligro de sufrir cáncer de endometrio; en contraste, las mujeres delgadas experimentan disminución de los estrógenos circulantes, estando más expuestas a la osteoporosis. En cuanto a los andrógenos, antes de la menopausia el ovario produce cerca de 50% de la androstediona y 25% de la testosterona circulante. Después de la menopausia disminuye la producción total de andrógenos, sobre todo por la caída de la producción ovárica, sin embargo, también disminuye la producción en la suprarrenal (Salvador, 2008).

1.2.1 Perimenopausia

Período de transición a la menopausia, cuando comienzan los cambios endocrinos, biológicos y clínicos, que anteceden a la menopausia, y el primer año posterior a la misma. También se podría llamar “transición menopaúsica”, período que se caracteriza por un aumento de la variabilidad en la duración de los ciclos menstruales, disminución de la fertilidad antes de la menopausia (AGCYM, 2009).

1.2.2 Menopausia

Cese permanente de la menstruación que resulta como consecuencia de la pérdida de la actividad folicular ovárica, período que se reconoce después de doce meses sin menstruar sin causa patológica y fisiológica que lo provoque (AGCYM, 2009).

1.2.3 Menopausia prematura

Cese de la menstruación antes de los 40 años, que puede ocurrir de forma natural o inducida (por procedimientos quirúrgicos, radioterapia, quimioterapia o por medicación) (AGCYM, 2009).

1.2.4 Postmenopausia

Período establecido a partir de un año después de la última menstruación (AGCYM, 2009).

1.3 Ciclo menstrual

Los órganos reproductores femeninos (ovarios, trompas uterinas, útero) sufren cambios dependientes de hormonas a lo largo de la vida de la mujer, siendo los ovarios los encargados de la ovogénesis y síntesis de hormonas. Las células germinales primordiales, que son aproximadamente 5 millones, tienen un origen extragonadal que durante la embriogénesis migran a la gónada, donde se forman los folículos ováricos que estarán en diferentes estadios de maduración. Al nacimiento habrá unos 600,000 ovocitos detenidos en la primera división meiótica, que al alcanzar la adolescencia por influencia hormonal irán aumentando de tamaño, es decir, irán alcanzando grados de maduración diferente, y este proceso se volverá cíclico y continuo a lo largo de unos años iniciada la menarca, que es la primera menstruación; a esta secuencia cíclica se le conoce como ciclo menstrual (Torres y Torres, 2018).

Todo este proceso inicia en el órgano maestro: el hipotálamo, que en la adolescencia enviará la señal Hormona Liberadora de Gonadotropina -GNRH- para que la porción anterior de la hipófisis comience a liberar al torrente sanguíneo Hormona Folículo Estimulante -FSH- y Hormona Luteinizante -LH-, para que lleguen al órgano blanco, en el caso de la mujer los ovarios. Ahí los folículos irán aumentando de tamaño y por consiguiente tomarán la forma de un folículo maduro, o de Graaf. La FSH actuará en las células de la granulosa para aumentar su espesor y en las células de la teca interna se encontrarán receptores para LH, que en respuesta al estímulo de la hormona secretarán andrógenos, los que por acción de la enzima aromatasa serán convertidos en estrógenos. El ciclo menstrual está dividido en 2 fases: folicular o estrogénica y lútea o progestacional que, en un ciclo regular de 28 días, el día 14 estará generando el pico de LH que favorecerá la ovulación del folículo de Graaf (folículo terciario) (Torres y Torres, 2018).

1.4 Fisiología de la menopausia

El principal cambio hormonal en la etapa de transición (perimenopausia) es el aumento progresivo de la FSH. Estos niveles elevados de FSH obedecen a una considerable

disminución en la producción de inhibina por las células de la granulosa de los folículos ováricos y también a una respuesta inadecuada de los folículos a la hormona hipofisiaria, la cual aumenta compensatoriamente su producción y da lugar a lo que se ha denominado hiperestimulación ovárica endógena de la perimenopausia (Gutiérrez, 2011).

Estos primeros cambios hormonales dan lugar a un acortamiento de la fase folicular dependiente de estrógenos, por ende, a ciclos menstruales de menor duración. Los niveles séricos de FSH empiezan a aumentar debido a la atresia de folículos ováricos y por esto descende la producción de estrógenos. Es una retroalimentación negativa, ya que al encontrarse disminuida la cantidad de estrógenos en el torrente sanguíneo (principalmente estradiol), el hipotálamo libera más GNRH para que la adenohipófisis reciba la señal de liberar más FSH, pero el problema radica en que ya no hay folículos suficientes para la producción (Larrea, 2020).

En una mujer en edad reproductiva el estrógeno predominante es el 17 beta estradiol - E2-, y en la menopausia el predominante es la estrona, esto se debe a la deficiencia de células de la granulosa con capacidad para producir aromatasa para transformar la testosterona en estradiol y al aumento de conversión periférica (adipocitos) de la androstenediona (producida por la capa reticular de la corteza suprarrenal), para su transformación en estrona. El descenso de los niveles de estradiol produce una maduración folicular irregular con ciclos ovulatorios y anovulatorios. Cuando se presenten ciclos anovulatorios no se producirá progesterona, por lo que existe un estado de hiperestrogenismo relativo que puede ocasionar hipermenorrea (Larrea, 2020).

CAPÍTULO II

2.1 Climaterio

El climaterio es la transición a la menopausia. Es un período de tiempo que antecede a la menopausia y que puede durar hasta 4 años (SOGIBA, 2018). El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer que demanda una preocupación especial en su salud, ya sea para mantener o mejorar su calidad de vida y no ser una simple espectadora de la vida, razón por la que en los últimos años ha aumentado el interés en el estudio del síndrome climatérico y en la detección oportuna de padecimientos que pueden deteriorar la calidad de vida (FLASOG, 2016). El llamado síndrome climatérico es muy frecuente pues ocurre en 2 de cada 3 mujeres (Gutiérrez, 2011).

Es una etapa muy importante en la vida de las mujeres, la OMS distingue dentro de este período distintas etapas, por un lado, hace referencia a la premenopausia, término que define todo el período reproductivo hasta el período menstrual final o menopausia, dentro del cual se incluiría el período de transición menopáusica el cual se caracteriza por el aumento de la variabilidad del ciclo menstrual (Martínez, 2015), es el inicio de las irregularidades menstruales, generalmente acompañado de síntomas vasomotores, síndrome genitourinario de la menopausia, así como trastornos del sueño y del humor en los últimos años de la vida reproductiva (Grupo de la OMS sobre la calidad de vida, 1996). Durante el climaterio sucede el último sangrado menstrual, al cual médicamente se le llama menopausia (Capote *et al.*, 2011).

2.1.1 El síndrome climatérico

Es un conjunto de signos y síntomas que anteceden y siguen a la menopausia, el tiempo promedio entre el inicio de las alteraciones menstruales del climaterio y la menopausia es de cuatro años (FLASOG, 2016). Proviene del griego *climater*, que significa peldaños o escalones, lo que hace referencia a un período de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva. Se puede dividir de la siguiente manera: los primeros diez años (35 a 45) el climaterio temprano, los segundos diez años (45 a 55) el climaterio perimenopáusico, y los últimos diez (55 a 65) el climaterio tardío (Torres y

Torres, 2018), es un período fisiológico en la vida de la mujer en el cual ocurre un descenso progresivo de la función ovárica que se manifiesta con pérdida de la capacidad reproductiva y síntomas físicos, psicológicos, sexuales y emocionales, con impacto desfavorable en el ámbito productivo, familiar y social de la CV (Mercado-Lara *et al.*, 2018).

2.2 Fisiología

Poco después de los 35 años el ovario disminuye de tamaño y peso, contiene una menor cantidad de ovocitos y estructuras foliculares, todos los tejidos pélvicos sufren cambios atróficos. El patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y aumento de los niveles de gonadotropinas (Alonzo, 2000).

Los principales acontecimientos que condicionan el climaterio son (Alonzo, 2000):

- Agotamiento de los folículos primordiales de los ovarios o ausencia de folículos primordiales capaces de responder a estímulos de las FSH y LH.
- Como consecuencia de lo anterior la secreción ovárica de estrógenos se vuelve insignificante. El E2 (el más importante estrógeno ovárico) desciende unas 7-8 veces menos que lo normal. Aunque todas las mujeres siguen teniendo concentraciones perceptibles de estradiol pues un 5% procede de la conversión periférica de testosterona y estrona.
- Los ovarios de mujeres posmenopáusicas continúan secretando andrógenos (androstenediona y testosterona), producida en el estroma ovárico y en los restos de la teca. La suprarrenal también aporta andrógenos para la conversión periférica de androstenediona a estrona, la cual pasa a ser el estrógeno más importante en esta etapa.
- Disminuye la producción de progesterona, lo cual afecta a los órganos como el endometrio y la mama.
- Se elevan las hormonas gonadotropas hipofisarias, este incremento está condicionado por la pérdida de retroalimentación negativa, que los estrógenos y la progesterona ejercen sobre la liberación de estas dos hormonas. La hormona Inhibina, secretada simultáneamente con las hormonas sexuales

esteroideas por las células del cuerpo lúteo reduce la secreción de FSH por la hipófisis anterior y también, menor grado la de LH.

2.3 Manifestaciones clínicas

Los síntomas del síndrome climatérico implican la expresión de cambios neuroendocrinos (hipoestrogenismo y aumento de las gonadotropinas) secundarios al cese de la función ovárica, las manifestaciones pueden permanecer latentes o ser muy sintomáticas. Los trastornos menstruales del climaterio se deben a la producción alterada de progesterona, como resultado de una fase lútea inadecuada, lo que ocasiona crecimiento y cambios en el endometrio con descamación anormal. Al acentuarse la insuficiencia ovárica e iniciarse la anovulación se produce una fase de estrogenismo persistente con efectos en el endometrio. La alteración del equilibrio hormonal entre estrógenos y progestágenos se manifiesta clínicamente con mastalgia, retención hídrica, cefalea y cambios en el humor (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

2.3.1 Síntomas vasomotores

En esta división se encuentran incluidos los sofocos y sudores tanto diurnos como nocturnos, son característicos de la transición a la menopausia y pueden afectar significativamente la CV (SOGIBA, 2018). Los bochornos son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos y afectan al 75% de las mujeres. Aunque la mayoría los experimenta durante 6 meses a 2 años, algunas mujeres pueden sufrir bochornos molestos durante 10 años o más. Estos síntomas pueden ser intensos y frecuentes y afectar la calidad de vida de la mujer, pues provocan alteraciones en el sueño, fatiga e irritabilidad (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002). Se les describe como períodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que pueden extenderse al cuello, a los hombros y a la parte superior del tórax, asociados a sudoración y sensación de calor (que puede ser con elevación de temperatura de 1 a 2 grados), que se acompañan a menudo de palpitations y sensación de ansiedad, que en ocasiones van seguidos de escalofríos; cuando ocurren de noche, pueden perturbar el sueño. Ocurre en promedio

de 5 a 10 episodios por día. Después de la menopausia quirúrgica, los episodios suelen ser más frecuentes e intensos (Salvador, 2008).

2.3.2 Síndrome genitourinario de la menopausia

Más del 50% de las mujeres durante el climaterio tienen alteraciones menstruales (polimenorrea, hipomenorrea, hipermenorrea, oligomenorrea) (Salvador, 2008). La vejiga y la vagina son órganos muy sensibles a los estrógenos; su deficiencia produce atrofia en ambos tejidos. El síndrome no se limita a los genitales, puede haber síntomas de resequedad, ardor e irritación; síntomas sexuales como: falta de lubricación, molestia o dolor y deterioro de la función sexual, y síntomas urinarios de urgencia, disuria e infección urinaria recurrente (FLASOG, 2016). La hemorragia puede llegar a ser irregular, intensa y/o prolongada, siendo necesario el descarte de patología orgánica, para el tratamiento adecuado. De especial importancia, es el sangrado posmenopáusico, en el cual siempre debe descartarse patología endometrial, sobre todo cáncer de endometrio. La atrofia vaginal es un trastorno tardío de la deficiencia de estrógenos, el 33% de las pacientes sufre de atrofia sintomática a los cinco años de iniciada la menopausia, la pérdida de elasticidad de los tejidos del piso pélvico se traduce en distopia genital (histerocele, cistocele, enterocele y rectocele). Otros cambios en el aparato genital son la reducción del tamaño del útero, del endometrio y de los ovarios (Salvador, 2008).

2.3.3 Síntomas cardiovasculares

La arteriopatía coronaria y la enfermedad vascular cerebral son un problema de salud pública, hoy en día producen más del 50% de todas las defunciones en Estados Unidos en las mujeres mayores de 50 años (Salvador, 2008).

El hipoestrogenismo aumenta el riesgo coronario, es uno de los factores de riesgos cardiovasculares más reconocidos después de la menopausia que contribuye a la enfermedad cardiovascular en la mujer. Al caer los estrógenos, se eleva el Colesterol de Densidad Baja -LDL- y disminuye el Colesterol de Densidad Alta -HDL-; esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria,

con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial; otros riesgos modificables, como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, el hipercolesterolemia, el sedentarismo, pueden tener la misma importancia que las enfermedades cardiovasculares (Salvador, 2008).

2.3.4 Síntomas osteomusculares

Se conoce mucho de la asociación entre el climaterio, la menopausia y la aparición de síntomas osteomusculares, como dolor, cansancio y agotamiento muscular, sin embargo, su relación no está claramente explicada. Lo que sí es claro, es que antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo total por año es menor al 1%; sin embargo, después de ella, esta tasa se incrementa hasta 5% por año. Este cambio está francamente relacionado a la deficiencia de estrógeno, si bien la osteoporosis es de causa multifactorial, la falta de estrógenos es un condicionante muy importante (Salvador, 2008).

2.3.5 Síntomas neuropsiquiátricos

Los síntomas depresivos “amplifican” la experiencia del climaterio y los síntomas vasomotores intensos los aumentan. El antecedente de síndrome premenstrual o la depresión posparto son factores de riesgo importantes para manifestar los síntomas del estado de ánimo en la mujer de mediana edad (FLASOG, 2016).

Los niveles de serotonina disminuyen en la menopausia. La disminución de este neurotransmisor se asocia con cambios en el estado de ánimo, labilidad emocional, alteración del ciclo sueño vigilia y disminución de la libido (Torres y Torres, 2018). Sin embargo, se reconoce también que aquí intervienen mucho otros factores, como los culturales, sociales, ambientales y psicológicos, que van a hacer que todas las manifestaciones del climaterio y la menopausia se vuelvan complejas y variadas. Si bien se reconoce que todos los cambios relacionados a la falla ovárica primaria van a ser productos de procesos naturales, esto afecta mucho a las mujeres, ya que algunas lo relacionan con la pérdida de su juventud, de su feminidad, contribuyendo a causar ansiedad e incertidumbre (Salvador, 2008).

2.3.6 Modificaciones en la piel

Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza. La epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos, todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos (Salvador, 2008).

2.4 Diagnóstico

El diagnóstico se establece por clínica y se fundamenta con: trastornos menstruales, síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones), manifestaciones genitourinarias (síndrome genitourinario menopaúsico) y trastornos psicológicos (depresión, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, alteraciones del patrón del sueño). Cada caso debe individualizarse y considerar: historia clínica orientada hacia los antecedentes personales y familiares, hallazgos del examen físico y estilo de vida (Sosa *et al.*, *s.f.*).

La evaluación integral de la mujer en etapa climatérica debe incluir los siguientes estudios (Sosa *et al.*, *s.f.*):

- Citología cervicovaginal
- Perfil de lípidos
- Glucosa sérica
- Mastografía basal por lo menos un año antes del diagnóstico
- Ultrasonido pélvico
- Examen general de orina
- Determinación de TSH sérica
- Densitometría en pacientes mayores de 60 años

Las determinaciones séricas de FSH y de hormona antimulleriana son útiles en mujeres con sospecha de menopausia prematura o en quienes reciben tratamiento con anticonceptivos hormonales y desean saber si los pueden suspender, o en mujeres con

histerectomía. La concentración > 25 UI/L de FSH se observa en mujeres en transición a la menopausia y postmenopausia, y la amenorrea por más de 12 meses es el criterio más importante de menopausia. Por su parte, el estradiol disminuye a 50 pg/mL o más (FLASOG, 2016).

El metabolismo de lípidos y glucosa, y la distribución de grasa en el centro del cuerpo se alteran en pacientes en transición a la menopausia o durante ella, con incremento del riesgo cardiovascular y síndrome metabólico. Las pruebas para infecciones de transmisión sexual deben realizarse con base en la historia y el grado de riesgo. El sangrado anormal durante el climaterio o la postmenopausia requieren evaluarse, el paso inicial es la estimación del grosor endometrial por ecografía transvaginal. La biopsia de endometrio está indicada en caso de engrosamiento o sangrado persistente, la medición del grosor endometrial debe ser menor de 5 mm. La calidad de vida de las mujeres en climaterio no está determinada únicamente por su salud general ni por los síntomas relacionados con la menopausia, también incluye la percepción de la mujer dentro de su cultura y sistema de valores, y está influida por sus metas, expectativas y preocupaciones. Las escalas de calidad de vida pueden clasificarse como generales. La evaluación de la calidad de vida percibida por la mujer ayuda a valorar el resultado y apego al tratamiento (FLASOG, 2016).

Los cuestionarios genéricos de calidad de vida exploran la capacidad del individuo en diferentes áreas denominadas dominios. Aunque los dominios varían de una escala a otra, de una manera general, todos los cuestionarios contienen 3 grandes bloques: dominio físico, emocional o afectivo y dominio social. En el dominio físico, se evalúa la presencia de trastornos orgánicos, limitaciones ocasionadas por alguna enfermedad; en el área emocional, se investiga la calidad de vida en el campo psicológico: presencia de tristeza, irritabilidad, ansiedad, entre otras; en el dominio social se explora su integración en la sociedad y su capacidad para el trabajo y la vida diaria. En ocasiones algunos cuestionarios incluyen otro dominio denominado genéricamente “vitalidad”, donde se explora este aspecto del psiquismo. La utilidad de la valoración de la calidad de vida en el climaterio en la actualidad es imprescindible para el conocimiento y evaluación de

medidas preventivas y terapéuticas; así como, para comparar situaciones geográficas y su seguimiento en el tiempo. Entre las escalas más importantes de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud -CVRS- se encuentran: Índice de Blatt-Kupperman, *Women Health Questionnaire* -WHQ-, cuestionario MENCAV, *Menopause Rating Scale* -MRS-, *Menopause Quality of Life* -MENQOL-, *Utian Quality of Life Score* -UQOL-, Escala climatórica de Greene y Escala Cervantes (FLASOG, 2016).

La utilidad clínica radica en que una escala permite conocer y evaluar la calidad de vida durante el climaterio, dando a conocer la realidad en un momento dado, en una situación geográfica o en una población determinada. Además, pueden compararse entre sí, con otras razas o etnias, situaciones económicas diferentes, con la misma población en un tiempo diferente, etc. Es decir, en la clínica diaria es útil para evaluar: mejoría del diagnóstico clínico; individualización y priorización de los tratamientos; mejorar la relación médico-paciente; monitorización del tratamiento; y mejoría del cumplimiento de las terapias (FLASOG, 2016).

Otro parámetro interesante de evaluar es el impacto de un determinado tratamiento, dosis, pautas, entre otras, sobre la calidad de vida. Hoy en día estas escalas de calidad de vida se han convertido en una necesidad que permiten monitorizar la mantención o mejoría en lo posible de la calidad de vida del paciente. Por ello, la utilidad de la valoración de la calidad de vida en investigación clínica incluyen: en el entorno del climaterio la consideración del climaterio con una perspectiva global; evaluación del impacto de una determinada terapéutica, efecto dosis o efectividad de las combinaciones terapéuticas; desarrollo de nuevas moléculas y la calidad de vida como análisis obligado (FLASOG, 2016).

2.5 Tratamiento

Durante el climaterio, incluso antes de esta etapa, se recomienda realizar mejoras en el estilo de vida (FLASOG, 2016):

- Dieta saludable: consumo de verduras, frutas, productos lácteos bajos en grasa, granos enteros, pollo, pescado y frutos secos.

- Patrón de alimentación saludable de acuerdo con la edad, el peso y la actividad física. Debe incluir: frutas, verduras, granos enteros, alimentos con alto contenido en fibra, pescado, grasas saturadas < 10% de la energía y consumo de sodio menor a una cucharada diaria.
- Evitar o eliminar el tabaquismo.
- Realizar actividades físicas con regularidad. El ejercicio puede evitar el aumento de peso en las mujeres peri y posmenopáusicas.
- Tratamiento de la dispareunia. Pueden prescribirse lubricantes vaginales o gel de polícarbofilo.

Parte del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo implica el control de peso, ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico, aplicación de conos vaginales, pesarios intravaginales o estimulación eléctrica funcional. La terapia de reemplazo hormonal no está indicada en el tratamiento de la incontinencia. Sin embargo, puede prescribirse antes de la cirugía o en pacientes con urgencia miccional y para los síntomas de irritación miccional y prevención de infecciones urinarias recurrentes en mujeres postmenopáusicas (Sosa *et al.*, s.f.).

2.5.1 Terapia de reemplazo hormonal

La Terapia de Reemplazo Hormonal -TRH- proporciona evidentes beneficios en cuanto al alivio de los síntomas durante el climaterio, además se produce una mayor esperanza de calidad de vida, también se ha reportado que constituye una profilaxis contra la osteoporosis y contra enfermedades cardiovasculares (Alonzo, 2000). El tratamiento debe ser individualizado para las condiciones de cada paciente.

2.5.2 Tratamiento Hormonal Sustitutivo -THS-

Se deberá iniciar cuando se considere la mejor opción terapéutica para los síntomas dentro de los primeros 10 años de la menopausia o en mujeres menores de 60 años que no tengan contraindicaciones. En la actualidad, se recomienda iniciar con dosis bajas de THS e ir aumentando en caso de que los síntomas persistan. Las vías de

administración de estrógenos disponibles son oral, transdérmica, tópica (gel, cremas o tabletas) y se deberá ajustar a las necesidades de la paciente. La posología es variable de acuerdo con la vía de administración seleccionada, el tipo de estrógeno y progesterona y los esquemas terapéuticos utilizados (FLASOG, 2016).

Una vez determinada la necesidad de iniciar terapia hormonal, en ausencia de contraindicaciones se debe determinar el tratamiento más adecuado para realizarla. Para ello, se requiere al menos dos disquisiciones mayores: distinguir las mujeres que tienen contraindicaciones de terapia oral; y aquellas que tienen útero, de las que no (Monsalve *et al.*, 2018).

2.5.3 Terapia sistémica de estrógenos

Consiste en formulaciones orales, transdérmicas y vaginales de dosis alta; indicado para el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia, mejora las alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, calidad de vida, tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia (anteriormente conocido como atrofia vaginal y vulvar), prevención de la osteoporosis en las mujeres con alto riesgo de fractura osteoporótica que no pueden tolerar los medicamentos preventivos estándar. Las indicaciones aprobadas por la FDA para los progestágenos incluyen (SOGIBA, 2018):

- Amenorrea, ya sea primaria o secundaria
- Tratamiento de fertilización reproductiva asistida
- Hiperplasia endometrial
- Sangrado uterino disfuncional

2.5.4 Terapia de estrógenos conjugados (estrógenos más progestágenos) y bazedoxifeno

La adición de progestágenos en la terapia hormonal con estrógenos tiene como finalidad evitar la hiperestimulación del endometrio. En mujeres con predominio de los efectos androgénicos (hirsutismo, vello facial, voz grave, redistribución androgénica de la grasa

corporal) se utilizan progestágenos con actividad antiandrogénica. (Monsalve *et al.*, 2018).

Indicaciones aprobadas por la FDA (SOGIBA, 2018).

- Amenorrea, ya sea primaria o secundaria
- Tratamiento de fertilización reproductiva asistida
- Hiperplasia endometrial
- Sangrado uterino disfuncional

Adicionando; para mujeres con problemas de sensibilidad en las mamas, densidad mamaria, o sangrado uterino con terapia convencional (SOGIBA, 2018).

2.5.5 Terapia de estrógenos vaginales a baja dosis

Tratamiento de síntomas genitourinarios de la menopausia, incluyendo sequedad vaginal y dispareunia (SOGIBA, 2018).

Los moduladores selectivos del receptor de estrógeno -SERMs-, medicamentos no hormonales, imitan de manera selectiva o antagonizan el efecto de estrógenos en diversos sitios del órgano diana con efectos favorables sobre el metabolismo óseo y colesterol, son una alternativa a la TH tradicional en la prevención y tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. La terapia con testosterona se administra en mujeres postmenopáusicas. Los niveles de testosterona disminuyen con la edad a través de los años reproductivos, mantiene la masa ósea y muscular, mejora la función sexual y en mujeres con menopausia quirúrgica se utiliza la vía oral o transdérmica con estrógenos. La aplicación vaginal de testosterona alivia la dispareunia en mujeres con cáncer de mama sin elevar sus niveles (Vargas-Hernández *et al.*, 2013).

CAPÍTULO III

3.1 Escala Cervantes

La Escala Cervantes -EC- evalúa el deterioro de la calidad de vida y la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia, se ha desarrollado a partir de 83 ítems que, tras un proceso de reducción y selección, ha quedado definitivamente en 31 ítems estructurados en las 4 dimensiones de menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. La dimensión de menopausia y salud incluye las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento. Este instrumento, es capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y, en especial, su repercusión en el bienestar general permite su uso generalizado en la población femenina de 45 a 64 años (Palacios *et al.*, 2004).

Es un cuestionario validado que mide la percepción de la mujer, manifestaciones o condiciones de salud en la menopausia, en las últimas cuatro semanas (Mercado-Lara *et al.*, 2018).

Cada pregunta es tipo Likert: 0 [no presente], 1-2-3-4 [intermedios] y 5 [mucho], siendo de mejor a peor en las preguntas negativas [1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31] y lo contrario en las positivas [4, 8, 13, 15, 20, 22, 26, 30]. Las sumas crean el puntaje de los dominios y entre estos el global, que va de 0 a 155. A mayor puntuación, mayor deterioro de los dominios y de la CV. No se ha propuesto punto de corte para establecer deterioro de la CV. De acuerdo con la puntuación del dominio y la edad de las participantes, se les clasifica en cuatro niveles de severidad: sin problema, problema medio/bajo, alto y severo. Se definió como “peor grado de severidad” a las mujeres que tuvieron grados de severidad alto/severo en el puntaje de los dominios de la escala utilizada (Mercado-Lara *et al.*, 2018).

3.2 Salud mental

La OMS estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por Años de Vida Ajustados por Discapacidad -AVAD-, representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3% (OPS, *s.f.*).

En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales. El impacto de la depresión sobre los AVAD representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones auto infringidas con 16%. El estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica -ICPE- presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40% para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20% en México y a 12% en Turquía. Sugiere que los trastornos mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad (OPS, *s.f.*).

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales. Aproximadamente 1 de cada 5 niños y adolescentes tienen un trastorno mental. Cerca de la mitad de los trastornos mentales aparecen antes de los 14 años. Cada año se suicidan cerca de 800,000 personas; esto es, cada 40 segundos una persona se quita la vida. El suicidio es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años. En entornos afectados por conflictos, aproximadamente 1 de cada 9 personas presentan un

trastorno mental moderado o grave. Las personas con trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población general. Las tasas de profesionales de la salud mental oscilan entre menos del 2 % por cada 100,000 habitantes en países de ingresos bajos y más del 70 % por cada 100,000 habitantes en países de ingresos altos. Menos de la mitad de los 139 países que disponen de políticas y planes de salud mental afirman que estos se ajustan a las convenciones de derechos humanos. La economía mundial pierde cerca de US\$ 1 billón al año en productividad debido a la depresión y ansiedad (OMS, 2019a).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales; como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Otros factores que pueden causar trastornos mentales son el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales (OMS, 2019b).

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes en los pacientes que acuden a los centros de atención primaria. Resulta útil evaluar su magnitud y sus características por la posibilidad de identificar a los individuos que presentan esos problemas y dispensarle la asistencia necesaria a ese nivel. Los diagnósticos más frecuentes en los servicios de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad, así como los relacionados con el consumo y abuso de sustancias (Rodríguez, 2009).

En la población indígena, es muy escasa la investigación realizada sobre el estado de salud mental y se conoce muy poco sobre la prevalencia, la incidencia, los factores de riesgo y los factores protectores de los trastornos mentales (Rodríguez, 2009).

En el estudio de Rodríguez (2009), la ansiedad se relaciona con antecedentes de violación o abuso sexual, tortura, desaparición de personas y el haber presenciado una

masacre, siendo este último el único factor que mantuvo una asociación significativa con la ansiedad en el análisis multivariante. La depresión fue mayor en las mujeres, especialmente en casos relacionados con la desaparición de personas, la tortura y las mutilaciones. Sin embargo, solo el hecho de ser mujer y el de haber presenciado la desaparición de personas conservaron significación estadística en el análisis corregido.

A pesar de ser el país de Centroamérica con mayor población, Guatemala tiene el menor número de profesionales en el campo de la salud mental (0.57 psiquiatras por 100,000 habitantes, en comparación con 3.06 en Costa Rica y 3.46 en Panamá) (Rodríguez, 2009). Nueve de cada diez médicos de atención primaria del IGSS no tienen la competencia clínica necesaria para la atención adecuada de las mujeres de 35 a 64 años de edad que presentan signos y síntomas del climaterio (Cabrera-Pivaral *et al.*, 2015).

En muchos países, no hay, o existe muy poco apoyo disponible para las personas con trastornos de salud mental. Incluso en los países de ingresos altos, casi el 50% de las personas con depresión no reciben tratamiento. En promedio, sólo el 3% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental, variando de menos del 1% en los países de bajos ingresos al 5% en los países de altos ingresos. En las Américas, casi 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan (OPS, 2017).

El concepto de bienestar juega un papel primordial en las teorías sobre la personalidad, proporcionan una línea como base desde la que abordar los trastornos psicopatológicos por parte de los especialistas se refiere a que las actitudes y el comportamiento que mejoran la calidad de vida ayudan a llegar a un estado de salud óptima (Donatell, 2009, citado en Gómez, 2018), por lo tanto, esto conlleva una dimensión básica y general que es subjetiva y estaría compuesta por varias dimensiones, la que va centrada en los aspectos afectivos emocionales (estados de ánimo del sujeto) y la que va en cuanto a los aspectos (Gómez, 2018).

El conocimiento de las condiciones de vida de los pacientes depresivos resulta necesario para evaluar de forma integral los resultados terapéuticos, ya que la información sobre su nivel de integración personal y social permite conocer los recursos psicosociales necesarios para mejorar su situación existencial. En dicha evaluación, hay que contar siempre con la información de los familiares, puesto que constituyen el pilar fundamental sobre el que se asienta el resultado de las intervenciones y son un elemento altamente vulnerable por la carga que representa el proceso de reestructuración y adaptación que han de recorrer al que se debe atender de forma especial al cuidar al cuidador. Cualquier llamado a la acción demanda la existencia de indicadores que permitan medir el progreso a nivel de los países (Rodríguez, 2009).

Según datos de la OMS del 2005, 31.7% de todos los años vividos con discapacidad se atribuyen a condiciones neuropsiquiátricas; las cinco mayores contribuciones fueron depresión unipolar (11.8%), trastornos relacionados con el uso de alcohol (3.3%), esquizofrenia (2.8%), depresión bipolar (2.4%) y demencia (1.6%). Sin embargo, *The Lancet* señala que la interacción entre los trastornos mentales y la discapacidad es más compleja y extensa que lo que el Informe de la OMS sugiere. Los trastornos mentales también contribuyen a la mortalidad. Las estimaciones de la OMS del 2005 muestran que los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de 1.2 millones de muertes cada año y de 1.4% de todos los años de vida perdidos (la mayoría por demencia, enfermedad de Parkinson y epilepsia). Cuatrocientas mil muertes fueron atribuidas a los trastornos mentales propiamente dichos y 182,000 a problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas, aunque estas cifras pueden estar ciertamente subestimadas (Rodríguez, 2009).

El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos. La depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6.46 % y 8.48%. Las

proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años. Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73.5% en la Región de las Américas, 47.2% en América del Norte y 77.9% en América Latina y el Caribe. La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56.9%, para la depresión es de 73.9% y para el alcohol es de 85.1%. El gasto público mediano en salud mental en toda la región es apenas un 2.0% del presupuesto de salud, y más del 60% de este dinero se destina a hospitales psiquiátricos (OPS, *s.f.*).

La mediana del gasto en los servicios de salud mental está a nivel mundial en 2.8% del gasto total destinado a la salud. Los países de ingresos bajos gastan alrededor de 0.5% de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental, y los países de ingresos altos, 5.1%. En la región de las Américas, el gasto oscila entre el 0.2% en Bolivia y el 8.6% notificado por Surinam. Existe una significativa correlación lineal directa entre los ingresos nacionales y el gasto público destinado a la salud mental como proporción del presupuesto total destinado a la salud. La OMS recomienda que la asignación del gasto de salud esté en proporción a la carga de enfermedad, y que haya paridad entre los aspectos físicos y mentales de la atención de salud. En términos prácticos, esto significa que los servicios de atención de salud física y mental deben prestarse de forma integrada, y que el porcentaje de gasto asignado a los servicios de salud mental debe ser proporcional al porcentaje de su carga atribuible (OPS, *s.f.*).

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad (OMS, 2016).

El Programa de Salud Mental promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, reducir la carga que significan las enfermedades psíquicas, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación. Actualmente la mayoría o casi totalidad de los países de América Latina y el Caribe están recibiendo alguna modalidad de cooperación técnica en salud mental por parte de la OPS/OMS, ya sea en proyectos específicos y de manera sistemática, o de una forma puntual ante requerimientos concretos de los gobiernos (OPS, *s.f.*).

El estudio “Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio en una unidad del primer nivel de atención de salud Manchay” realizado en Lima, Perú en el año 2016, concluyó que la calidad de vida de las mujeres muestra una pérdida moderada en la dimensión somática, psíquica y urogenital (Peña, 2016). Se ha observado que la perimenopausia es una etapa en que la mujer presenta más síntomas psicológicos, incluyendo alteraciones del estado del ánimo e irritabilidad, y que en este período de la vida se incrementa el riesgo de sufrir algunos trastornos psiquiátricos, como depresión mayor. Otros trastornos para considerar en esta etapa de la vida son los de ansiedad (Carvajal-Lohr *et al.*, 2016).

3.3 Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son tan frecuentes en atención primaria que se calcula que uno de cada diez pacientes que se atienden diariamente lo presentan. Ansiedad se deriva del latín "*anxietas*", que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. El término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad) (Reyes-Ticas, *s.f.*).

La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futura que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. Es un estado emocional

normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. La ansiedad podría llegar a ser deseable para sobrellevar las exigencias del día a día. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea por un estímulo ausente, por una intensidad excesiva con relación al estímulo o si la duración es prolongada y recurre sin motivo, interfiriendo con la capacidad de análisis y ocasionando grave disfuncionalidad en el paciente (Carvajal-Lohr *et al.*, 2016).

Se presenta en diferentes circunstancias de la vida como cuando se enfrentan problemas laborales, en la presentación de un examen o en la toma de decisiones cotidianas. Para una persona con un trastorno de ansiedad, el sentimiento se convierte en algo que no le permite seguir con su vida normal y que empeora a través del tiempo, puede interferir con sus actividades diarias como el desempeño laboral, el trabajo escolar y las relaciones interpersonales. Existe una variedad de trastornos de ansiedad y como grupo constituyen los trastornos mentales más comunes; en México son considerados la primera causa de consulta psiquiátrica (Reyes-Ticas, *s.f.*). Los trastornos de ansiedad son enfermedades psiquiátricas frecuentes e incapacitantes que se caracterizan por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable, o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (Carvajal-Lohr *et al.*, 2016).

Existen criterios universales para los TA, los cuales se encuentran recogidos en las 2 clasificaciones de trastornos mentales más importantes: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada -DSM-IV-TR- de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión -CIE-10- de la OMS. El DSM-IV-TR enumera 12 TA y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan en los trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (Navas y Vargas, 2012).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición -DSM-5-, los trastornos de ansiedad se dividen en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo,

fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), Trastorno de Pánico -TP-, agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada -TAG-, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado, de tal manera que es importante identificar en los estudios realizados si se evalúan “síntomas de ansiedad” o “trastornos de ansiedad” en pacientes específicos (Carvajal-Lohr *et al.*, 2016).

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres. En la actualidad se desconoce si el riesgo de sufrir ansiedad como síntoma o algún trastorno de ansiedad específico se incrementa durante la perimenopausia. Durante el período de menopausia en el cual la mujer experimenta diversos cambios biológicos es común la presencia de diversos síntomas relacionados con la ansiedad (Castillo, 2015).

En un estudio se encontró que durante la perimenopausia temprana se observaba incremento en la irritabilidad y nerviosismo. En un estudio de cohorte con una muestra de 2,956 mujeres llevado a cabo por la misma autora durante 10 años se observó que mujeres que presentaban síntomas leves de ansiedad antes de la menopausia incrementaron sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia y mujeres que presentaban síntomas elevados de ansiedad antes de la menopausia se mantuvieron constantes durante la transición a la menopausia. Lo encontrado en el estudio hace pensar que las mujeres que presentan poca ansiedad basal antes de la menopausia tienen mayor riesgo de aumentar sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia o en la posmenopausia, y en mujeres que tienen altos niveles de ansiedad antes de la menopausia, el riesgo de desarrollar ansiedad durante la transición de la misma permanece alto (Carvajal-Lohr *et al.*, 2016).

3.4 Síntomas

Las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas (Reyes-Ticas, s.f.):

- Dolor de cabeza de predominio occipital, dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia
- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales
- Dificultad para conciliar el sueño
- Mareos
- Sudoración

También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas (Reyes-Ticas, s.f.):

- Preocupación excesiva
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos
- Irritabilidad
- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control)
- Nerviosismo y sobresaltos

3.5 Depresión

Se estima que cerca de 50 millones de personas en la Región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005 (OPS, 2017). La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Incrementó más del 18% entre 2005 y 2015. Cada año se suicidan cerca de 800,000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Afecta más a la mujer que al hombre. En promedio, sólo el 3% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental, variando de menos del 1% en los países de bajos ingresos al 5% en los países de altos ingresos

(OMS, 2020). Conforme avanza la edad los trastornos depresivos siguen siendo más frecuentes en mujeres y estas diferencias se ha relacionado estrechamente con los niveles circulantes de estrógenos, particularmente con las fluctuaciones de dichos niveles. Las alteraciones del estado de ánimo se presentan en el 75% de las mujeres perimenopáusicas y la depresión afecta al 16.6% de estas mujeres (Sordia, 2009).

Entre los obstáculos para una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea (OMS, 2020). La depresión también es conocida como melancolía, desánimo, tristeza, desilusión, desmotivación o bien cambios en el estado de ánimo, se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz o miserable. Es normal que la mayoría de las personas se sientan de esta manera una que otra vez durante períodos cortos en su vida y es muy importante diferenciarla de la depresión clínica. La verdadera depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado (Sordia, 2009).

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más. Además, las personas con depresión normalmente padecen varios de los siguientes: pérdida de energía, cambio en el apetito, dormir más o menos, ansiedad, concentración reducida, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza, y pensamientos de automutilación o suicidio (OPS, 2017).

La depresión aumenta el riesgo de trastornos por uso de sustancias y enfermedades como la diabetes y las enfermedades del corazón; lo que significa que las personas con estas condiciones tienen un mayor riesgo de depresión. Es un factor de riesgo importante para el suicidio, que reclama cientos de miles de vidas cada año (OMS, 2020).

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones (OMS, 2020).

3.6 Factores contribuyentes y prevención

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (OMS, 2020).

La sintomatología climatérica debida a la depleción de estrógenos especialmente a nivel de tufaradas y compromiso del sueño lleva a mayores despertares nocturnos y agravamiento de la depresión (Castillo, 2015).

3.7 Diagnóstico y tratamiento

Existe un gran número de cuestionarios para poder diagnosticar depresión. Dichos cuestionarios son instrumentos de autoevaluación y la gran mayoría se llenan en un tiempo máximo de 10 minutos (Sordia, 2009).

Es muy importante determinar la severidad de la depresión pues de esto depende en gran medida el plan terapéutico a instituir (Sordia, 2009).

Entre los cuestionarios más empleados resalta el Inventario de Ansiedad de Beck -BAI-, que se ha convertido en el cuestionario auto aplicado para evaluar la gravedad de la

ansiedad más utilizado en los países con mayor producción científica en psicología (Sanz, 2014). Fue construido con la intención de disponer de una medida breve (21 ítems) de ansiedad clínica que permitiera discriminar la ansiedad de la depresión (Sanz *et al.*, 2012).

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal o medicamentos antidepressivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepressivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepressivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos para tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas supervisados (OMS, 2020).

CAPÍTULO IV

4.1 Hallazgos

Martínez (2015), en España, describió la calidad de vida de un grupo de mujeres en período climatérico y sus factores asociados con un estudio descriptivo transversal, en muestra no aleatorizada de 17 mujeres entre 45-59 años, pertenecientes al área de Salud de Valladolid. La recogida de la información se realizó a través de cuestionarios individuales registrándose las siguientes variables de estudio: sociodemográficas y calidad de vida. En la recogida de datos se utilizó cuestionario específico para recogida de variables sociodemográficas y la Escala Cervantes para la calidad de vida. Los principales resultados fueron que las mujeres estudiadas mostraron una calidad de vida media. Dentro del estatus climatérico reportaron una peor calidad de vida las mujeres premenopáusicas, y dentro de las mismas, las que presentaban en el momento del estudio una amenorrea menor de 12 meses. El dominio más afectado en el que se mostraron puntuaciones más elevadas fue el correspondiente a menopausia y salud. No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida. Concluyendo que, el climaterio es en sí mismo una situación influyente por sus características en la percepción de la calidad de vida. Las mujeres premenopáusicas presentan peor calidad de vida que las mujeres postmenopáusicas, existiendo una tendencia en la mejora de calidad de vida en mujeres climatéricas a medida que avanza la edad.

Sordia (2009), realizó un estudio en México para determinar si existía relación entre la severidad de los síntomas presentados por mujeres menopáusicas y la incidencia de depresión entre las pacientes. Para ello, recurrió a un estudio prospectivo, comparativo y transversal con aplicación de un cuestionario a un grupo de 865 pacientes con, por lo menos, un año de menopausia, que acudieron a un programa de detección oportuna de osteoporosis, llevado a cabo en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey. De su estudio concluyó que, existe una clara relación entre la severidad de los síntomas menopáusicos y la depresión; asimismo, la prevalencia de

depresión fue notoriamente más importante y estadísticamente significativa en mujeres que referían sintomatología menopáusica severa.

Cruz y Cols (2012), en México, determinaron la calidad de vida que presenta una población femenina en etapa de climaterio que asistió a consulta externa de atención primaria en Tapachula Chiapas, con un estudio descriptivo transversal, prospectivo de 499 mujeres con sintomatología climatérica de 45-59 años, aplicando el índice de Kupperman para evaluar la gravedad de los síntomas menopáusicos y climatéricos y el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia -MENQOL-. Entre los resultados hallaron que la media de edad fue 50.3 años, de acuerdo con el índice de Kupperman los reactivos con media mayor fueron sofocaciones-sudoraciones, irritabilidad-nerviosismo, insomnio, parestesias y melancolía. La gravedad de la sintomatología climatérica fue 71.15% con síntomas leves, el 24.85% síntomas moderados y 4% síntomas graves. En el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia las dimensiones de calidad de vida más afectadas fueron vasomotor y físico.

Quevedo (2013), en Perú, investigó la percepción de la calidad de vida y su relación con percepción de la salud en la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012, con un estudio de diseño descriptivo de corte transversal con una muestra de 126 mujeres postmenopáusicas mayores a los 56 años. Obtuvo como resultados que la calidad de vida en sus respectivos dominios tiene una pérdida moderada en: menopausia y salud (53,2%), sintomatología vasomotora (48,4%), envejecimiento (50,4%), dominio psíquico (61,9%), sexualidad (88,9%), relación de pareja (65,1%). Concluyó que la pérdida moderada de la calidad de vida se relaciona con la regular percepción de salud en la mujer durante la postmenopausia.

Escobar (2015), en Ecuador, llevó a cabo una investigación con el objetivo de establecer los factores sociodemográficos y calidad de vida según la Escala de Puntuación Menopáusica -MRS- en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico, cantón Ambato, período octubre 2014 a enero del 2015, con

un estudio de diseño transversal, en una muestra de 129 mujeres. Encontró que 40.3% de las mujeres presentan problemas sexuales severos, 37.2% bochornos, 41.1% palpitaciones leves, 36.4% trastornos del sueño y 31.8% molestias osteoarticulares leves.

Dorador-González y Orozco-Calderón (2018), en Chile, realizaron una investigación para conocer los síntomas en la transición menopáusica, mediante el autoinforme de la mujer, clasificado en tres grupos: 1er. temprana de la transición menopáusica (etapa -2), 2do. tardía de la transición menopáusica y temprana de postmenopausia (etapas -1 y +1a) y 3er. grupo temprana de postmenopausia con tardía de postmenopausia (etapas +1b, +1c y +2), analizando síntomas psicológicos, con un estudio no experimental transversal y de muestreo no probabilístico para 116 mujeres en un rango de edad entre 40 y 60 años, con alto nivel de escolaridad, mediante la Escala de Clasificación en la Menopausia - MRS-, el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Obtuvo como resultados que 100 mujeres mostraron al menos un síntoma, 36 mujeres correspondían al 1er. grupo, 16 al 2do. grupo y 48 al 3er. grupo. Concluyó que los síntomas psicológicos están presentes como un continuo a lo largo de la transición menopáusica, posiblemente debido a la disminución de concentración de estrógenos, lo que conlleva en algunos casos al diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Leve.

Larrea (2020), en Ecuador, desarrolló una investigación para determinar la calidad de vida durante el climaterio en la población del centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues durante el período de enero a julio 2020, con un estudio descriptivo de corte transversal con análisis, en un universo conformado por 2,658 mujeres de 45 a 55 años; con una muestra de 369 participantes seleccionadas por conveniencia a quienes se aplicó el cuestionario específico de calidad de vida en la menopausia MENQOL, y el MRS. Entre los resultados destaca que, el 64.8% corresponde al grupo etario de mujeres entre los 45 a 49 años, con nivel de instrucción secundaria incompleta (26.3%), el 39.3% presentó diagnóstico de perimenopausia, el 37.7% en postmenopausia y el 23% estaban en premenopausia. La población estudiada presentó mayor pérdida de la calidad de vida cuando se incrementó el deterioro en las áreas psicosociales y físicas. Por lo que

concluyó que, caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento a lo largo de los estados menopáusicos permite establecer medidas de prevención y de intervención que mejoren la calidad de vida de la mujer en esta etapa.

Alonzo (2000), en Guatemala, realizó una investigación para determinar qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre el climaterio y menopausia tienen las pacientes que se encuentran en dicho período de su vida y que asistieron a la consulta externa de ginecología de la clínica periférica El Amparo, con un estudio descriptivo-transversal, con aplicación de una encuesta en 190 pacientes. Concluyó que más de la mitad de las mujeres (56.81%) tiene una actitud negativa respecto al climaterio y menopausia, principalmente debido a los síntomas molestos y a la falta de apoyo del esposo o de la familia. Los síntomas principales que afectan a las pacientes en edad de climaterio y menopausia son los bochornos, la irregularidad menstrual, sequedad vaginal y los cambios de carácter. Los síntomas del síndrome climatérico inician principalmente en el decenio de los 35 a 45 años, lo que se conoce como la fase del climaterio temprano. La edad en que se presentó la menopausia en las pacientes que han cruzado por ella fue de 46 a 55 años período por esto conocido como perimenopausia. El entorno sociocultural en que se desenvuelven las pacientes con climaterio y menopausia es determinante en el bienestar y la salud de ellas.

Castillo (2015), en Guatemala, realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad que presentan las mujeres menopáusicas, con un estudio descriptivo, en un grupo de 60 mujeres entre las edades de 40 a 59 años, todas asistentes del IGSS de Santa Cruz del Quiché. Encontró que las mujeres menopáusicas manifiestan un alto nivel de ansiedad debido a causas fisiológicas que deben ser tratadas, especialmente enfocadas a los síntomas de la menopausia que generan ansiedad y pánico debido a los cambios hormonales. La edad promedio de un período de doce meses de amenorrea fue de cincuenta años.

Gómez (2018), en Guatemala, realizó un estudio descriptivo cuantitativo en 30 mujeres entre 50 y 54 años, con el objetivo de establecer el nivel de bienestar psicológico que

manifiestan las maestras en la etapa de la menopausia. Concluyó que las pacientes no muestran ningún conflicto en esta etapa de su vida. En el bienestar psicológico, el bienestar con la pareja se encuentra insatisfactorio, lo que indica que es en esta área donde la mujer presenta mayores dificultades y en el aspecto material y laboral no presentan dificultades.

V. CONCLUSIONES

1. El climaterio sucede en 2 de cada 3 mujeres, las cuales experimentan un conjunto de síntomas que afectan negativamente la calidad de vida. Los cambios propios de esta etapa incrementan el riesgo de sufrir algunos trastornos psiquiátricos, como depresión y ansiedad.
2. El 80% de las mujeres que se encuentran en la etapa climaterio perimenopáusico (45 a 55 años), son quienes tienen mayor severidad de los síntomas, ocasionando deterioro de la calidad de vida. Aproximadamente el 75% de las mujeres presentan alteración del estado del ánimo, el 20-40% cursan con depresión y un alto riesgo de desarrollar ansiedad durante la misma.
3. Las mujeres en etapa de climaterio presentan mayor pérdida de calidad de vida cuando incrementa el deterioro en áreas psicosociales y físicas, como el bienestar con la pareja y su sexualidad. La prevalencia de depresión es notoriamente más importante en quienes refieren sintomatología menopáusica severa; asociado a ello, más de la mitad (56.81%) demuestran una actitud negativa respecto a esta etapa, principalmente debido a los síntomas molestos y a la falta de apoyo de sus allegados. Además, el entorno sociocultural en que se desenvuelven es determinante en su bienestar y salud, ya que manifiestan un alto nivel de ansiedad debido a causas fisiológicas, como ataques de pánico derivados de cambios hormonales.
4. Los principales síntomas de ansiedad que presentan las mujeres en etapa del climaterio son: preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos, irritabilidad, nerviosismo, miedo, temor.

Los principales síntomas de depresión son: presencia persistente de tristeza, pérdida de interés las personas, pérdida de energía, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza y pensamientos de automutilación o suicidio.

VI. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, establecer campañas informativas sobre los procesos del climaterio en su abordaje médico y psicológico, para prevenir la disminución de la calidad de vida de las mujeres, aumento de ansiedad y depresión.
2. A mujeres entre 45 y 56 años, solicitar asesoría e intervención médica para reducir y controlar los síntomas que se generan durante el síndrome del climaterio. Solicitar apoyo emocional al entorno familiar y buscar asesoría psicológica para contribuir a que no disminuya su calidad de vida durante la etapa del climaterio.
3. A la carrera de Médico y Cirujano, instar a sus estudiantes desarrollar estudios en la región con el objeto de caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento en los estados de la menopausia que permitan dirigir medidas de prevención e intervención en la calidad de vida de mujeres en etapa del climaterio.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGCYM (Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia). 2009. Guía práctica de manejo de la mujer climatérica (en línea). Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 14(1):24-31. Consultado 06 abr. 2021. Disponible en http://www.fecasog.com/sites/default/files/2016-12/Guia_de_Manejo_de_la_Mujer-4.pdf

Alonzo Pérez, EJ. 2000. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el síndrome climaterio y menopausia (en línea). Tesis Lic. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas. 59 p. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8221.pdf

Benítez Moreno, JM. 2009. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión (en línea). Revista SEMERGEN 35(Supl. 1):50-56. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=X1138359309908990&r=40>



Cabrera-Pivaral, CE; González-Pérez, GJ; Vega-López, MG; Recinos-Girón, JJ; Zavala-González, MA. 2015. Competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de ciudad de Guatemala, Guatemala (en línea). Revista Archivos de Medicina 11(2:5). Consultado 09 abr. 2021. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/280939567_Competencia_clinica_para_la_atencion_del_climaterio_en_medicos_de_atencion_primaria_a_la_salud_de_Ciudad_de_Guatemala_Guatemala

Capote Bueno, MI; Segredo Pérez, AM; Gómez Zayas, O. 2011. Climaterio y menopausia (en línea). Revista Cubana de Medicina General Integral 27(4):543-557. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013

Cardona A, D; Agudelo G, HB. 2005. Construcción cultural del concepto calidad de vida (en línea). Revista Facultad Nacional de Salud Pública 23(1):79-90. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>

Carvajal-Lohr, C; Flores-Ramos, M; Marin Montejó, SI; Morales Vidal, CG. 2016. Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia (en línea). Revista Perinatología y Reproducción Humana 30(Issue 1):39-45. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018753371600011X?via%3Dihub>

Castillo López, NG. 2015. Nivel de ansiedad en mujeres menopáusicas (en línea). Tesis Lic. Quetzaltenango, Guatemala, URL, Facultad de Humanidades. 95 p. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/22/Castillo-Nattie.pdf>



COP (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos); EFPA (European Federation of Psychologists' Associations). 2013. Evaluación del inventario BDI-II (en línea). Madrid, España, COP/EFPA. 15 p. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Cruz Martínez, EA; Cruz Anguiano, V; Martínez Torres, J; Boo Vera, D. 2012. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio (en línea). Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 55(4):10-15. Consultado 07 abr. 2021. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un124c.pdf>

Dorador-González, ML; Orozco-Calderón, G. 2018. Síntomas psicológicos en la transición menopáusica (en línea). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 83(3):228-239. Consultado 13 abr. 2021. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n3/0048-766X-rchog-83-03-0228.pdf>

Escobar Acosta, LF. 2015. Factores sociodemográficos y calidad de vida según la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo octubre 2014 a enero del 2015 (en línea). Tesis Lic. Ambato, Ecuador, UTA, Facultad de Ciencias de la Salud. 150 p. Consultado 14 abr. 2021. Disponible en <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9449/1/TESIS%20MEDICINA%20LILIAN%20FERNANDA%20ESCOBAR%20ACOSTA.pdf>

Fernández-López, JA; Fernández-Fidalgo, M; Cieza, A. 2010. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) (en línea). Revista Española de Salud Pública 84(2):169-184. Consultado 07 abr. 2021. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005



FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología). 2016. Climaterio y menopausia (en línea). México, Edición y Farmacia. 158 p. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <https://www.flasog.org/static/libros/.Libro-Climaterio-y-Menopausia-FLASOG.pdf>

Gómez Gómez, ST. 2018. Bienestar psicológico y menopausia (en línea). Tesis Lic. Quetzaltenango, Guatemala, URL, Facultad de Humanidades. 51 p. Consultado 09 abr. 2021. Disponible en <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/05/22/Gomez-Sandra.pdf>

Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. 1996. La gente y la salud: ¿qué calidad de vida? (en línea). Foro Mundial de la Salud 17:385-387. Consultado 07 abr. 2021. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1

Gutiérrez Crespo, HF. 2011. Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010 (en línea). Tesis M.Sc. Lima, Perú, UNMSM, Facultad de Medicina Humana. 97 p. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2085/Gutierrez_ch.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Larrea Romero, JE. 2020. Calidad de vida durante el climaterio en la población del centro de salud no. 1, Azogues 2020 (en línea). Tesis Lic. Cuenca, Ecuador, UCUENCA, Facultad de Ciencias Médicas. 63 p. Consultado 08 abr. 2020. Disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34763/1/proyecto%20de%20investigacion.pdf>



Martínez Raposo, P. 2015. Calidad de vida de las mujeres durante el período climatérico (en línea). Tesis M.Sc. De León, España, UNILEON. 29 p. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5103/2015.%20Paula%20Mart%EDnez%20Raposo.pdf;jsessionid=B64AA5C193695B7A440BF66E22A8FF8E?sequence=1>

Mercado-Lara, MF; Monterrosa-Castro, A; Duran-Méndez, LC. 2018. Evaluación de la calidad de vida en climatéricas con la Escala Cervantes: influencia de la etnia (en línea). Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 64(1):13-25. Consultado 09 abr. 2021. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100003

Monsalve, C; Reyes, V; Parram J; Chea, R. 2018. Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica (en línea). Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 64(1):43-50. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n1/a07v64n1.pdf>

Muñoz Martín, R; García Padilla, RM; Oyola Saavedra, MP; Sánchez Barroso, N. 2014. Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa (en línea). Revista Nure Investigación 11(70):1-15. Consultado 05 abr. 2021. Disponible en <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/56/47>

Navas Orozco, W; Vargas Baldares, MJ. 2012. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria (en línea). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 69(604):497-507. Consultado 06 abr. 2021. Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>



OMS (Organización Mundial de la Salud). 2016. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% (en línea, sitio web). Washington, Estados Unidos de América. Consultado 11 abr. 2021. Disponible en <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2019a. Salud mental (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza. Consultado 09 abr. 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2019b. Trastornos mentales (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza, OMS. Consultado 09 abr. 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. Depresión (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza, OMS. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2017. Depresión: hablemos, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad (en línea, sitio web). Washington, Estados Unidos de América, OPS. Consultado 12 abr. 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

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2017. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% (en línea, sitio web). México, OPS. Consultado 09 abr. 2021. Disponible en https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1247:la-depresion-y-otros-trastornos-y-enfermedades-no-transmisibles&Itemid=499



OPS (Organización Panamericana de la Salud). *s.f.* Salud mental (en línea, sitio web). Washington, Estados Unidos de América, OPS. Consultado 09 abr. 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Palacios, S; Ferrer-Barriendos, J; Parrilla, JJ; Castelo-Branco, C; Manubens, M; Alberich, X; Martí, A. 2004. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia: desarrollo y validación de la Escala Cervantes (en línea). *Revista Medicina Clínica* 122(6):205-211. Consultado 9 abr. 2021. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-13058170>

Peña Guerra, C. 2016. Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio en una unidad del primer nivel de atención de salud Manchay (en línea). Tesis Lic. Lima, Perú, URP, Escuela de Enfermería padre Luis Tezza. 99 p. Consultado 11 abr. 2021. Disponible en http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/759/pe%c3%b1a_gc.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Quevedo Porras, PAR. 2013. Calidad de vida y su relación con la salud en la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa – 2012 (en línea). Tesis Lic. Tacna, Perú, UNJBG, Facultad de Ciencias Médicas. 169 p. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2376/44_2012_quevedo_porras_par_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Reyes-Ticas, J. s.f. Trastornos de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento (en línea). Honduras, BVS. 134 p. Consultado 11 abr. 2021. Disponible en <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>



Rodríguez, JJ. 2009. Introducción (en línea). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Rodríguez, JJ; Kohn, R; Aguilar-Gaxiola, S (eds.). Washington, Estados Unidos de América, OPS. p. xi-xvi. (Publicación Científica y Técnica no. 632). Consultado 09 abr. 2021. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>

Ruiz, M. 2015. Análisis de información de salud mental, enero a diciembre, Guatemala 2015 (en línea). Guatemala, MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología. 6 p. Consultado 07 abr. 2021. Disponible en <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Analisis%20Salud%20Mental%20%202015.pdf>

Salvador, J. 2008. Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología (en línea). Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 54(2):71-78. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428188003.pdf>

Sanz, J. 2014. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica (en línea). Revista Clínica y Salud 25(1):39-48. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>

Sanz, J; Paz García-Vera, M; Fortún, M. 2012. El “inventario de ansiedad de Beck” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos (en línea). Revista Psicología Conductual 20(3):563-583. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-30a.pdf



SOGIBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires). 2018. Rol actual de la THM y estrategias de prevención en la medicina del climaterio (en línea). Argentina, Consenso de Ginecología SOGIBA. 30 p. Consultado 09 abr. 2021. Disponible en <https://docplayer.es/84622203-Consenso-de-ginecologia-sogiba-consenso-de-climaterio-rol-actual-de-la-thm-y-estrategias-de-prevencion-en-la-medicina-del-climaterio.html>

Sordia Hernández, LH. 2009. Menopausia: la severidad de su sintomatología y depresión (en línea). Tesis Dr. Barcelona, España, UAB, Facultad de Medicina. 127 p. Consultado 12 abr. 2021. Disponible en <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4654/lhsh1de1.pdf>

Sosa, L; Corrales, F; Díaz, K. *s.f.* Síndrome climatérico (en línea). México, FLASOG. 18 p. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <https://www.flasog.org/static/academica/Sindrome-Climaterico.pdf>

Torres Jiménez, AP; Torres Rincón, JM. 2018. Climaterio y menopausia (en línea). Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 61(2):51-58. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n2/2448-4865-facmed-61-02-51.pdf>

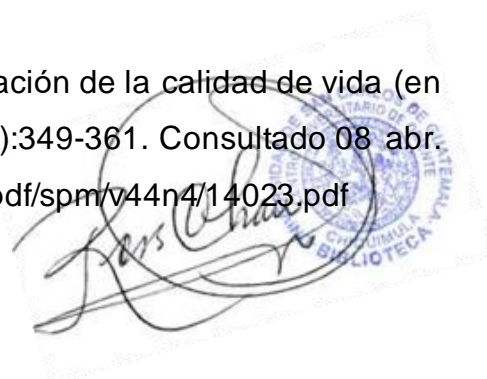
Urzúa M, A. 2010. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales (en línea). Revista Médica de Chile 138(3):358-365. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>

Vargas-Hernández, VM; Acosta-Altamirano, G; Moreno-Eutimio, MA; Vargas-Aguilar, VM; Flores-Barrios, K; Tovar-Rodríguez, JM. 2013. Terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia: del riesgo al beneficio (en línea). Revista del Hospital Juárez de México 80(4):251-261. Consultado 05 may. 2021. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134h.pdf>



Vázquez Martínez de Velasco, JE; Morfin Martín, J; Motta Martínez, E. 2010. Estudio del climaterio y la menopausia (en línea). México, COMEGO. p. 235-256. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/10-Estudio%20del%20climaterio%20y%20la%20menopausia.pdf

Velarde-Jurado, E; Avila-Figueroa, C. 2002. Evaluación de la calidad de vida (en línea). Revista Salud Pública de México 44(4):349-361. Consultado 08 abr. 2021. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>



VIII. ANEXOS

Anexo 1. Escala Cervantes

Escala Cervantes de calidad de vida relacionada con la salud								
Nombre y apellido (iniciales):								
Nivel de estudios:	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios				
Fecha de nacimiento:								
Fecha actual:								
<p>Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación. Comprobará que al lado del 0 y el 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias. No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad. Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.</p>								
1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más	Nunca	0	1	2	3	4	5	Todos los días
2. No puedo más de lo nerviosa que estoy	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
3. Noto mucho calor de repente	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
5. No consigo dormir las horas necesarias	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
6. Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	No es cierto	0	1	2	3	4	5	Cierto
7. Noto hormigueos en las manos y/o los pies	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Insoportable
8. Me considero feliz en mi relación de pareja	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
10. He perdido la capacidad de relajarme	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Completamente
11. Aunque duermo, no consigo descansar	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
12. Noto como si las cosas me dieran vueltas	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
13. Mi papel como esposa o pareja es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante
14. Creo que retengo líquido, porque estoy hinchada	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, mucho más
15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Dolor insoportable
17. Creo que los demás estarían mejor sin mí	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Cierto
18. Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Mucho
19. Desde que me levanto me encuentro cansada	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
20. Tengo tan buena salud como cualquier persona a mi edad	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Igual o mejor
21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
23. Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
24. A veces pienso que no me importaría estar muerta	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	En absoluto	0	1	2	3	4	5	Constantemente
26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
27. Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
28. Me siento vacía	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
29. Noto sofocaciones	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
30. En mi vida el sexo es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Extremadamente importante
31. He notado que tengo más sequedad de piel	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, mucho más
<p>Puntuación global: 40 + respuestas negativas (1 + 2 + 3 + 5 + 6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 14 + 16 + 17 + 18 + 19 + 21 + 23 + 24 + 25 + 27 + 28 + 29 + 31) – respuestas positivas (4 + 8 + 13 + 15 + 20 + 22 + 26 + 30). Menopausia y salud: 5 + respuestas (1 + 3 + 5 + 7 + 9 + 11 + 14 + 16 + 18 + 23 + 25 + 27 + 29 + 31) – respuesta 20. Dominio psíquico: suma de las respuestas (2 + 6 + 10 + 12 + 17 + 19 + 21 + 24 + 18). Sexualidad: 20 – suma de las respuestas (4 + 15 + 22 + 30). Relación de pareja: 15 – suma de las respuestas (8 + 13 + 26). Sintomatología vasomotora: suma de (3 + 9 + 29); salud: suma de (1 + 5 + 11 + 14 + 23); envejecimiento: 5 + respuestas (7 + 16 + 18 + 25 + 27 + 31) – respuesta 20. Cuestionario inválido: 3 o más ítems en blanco. Factor de corrección especificado en el manual: 1 o 2 ítems en blanco.</p>								

Anexo 2. Autor Dr. Santiago Palacios; autorización para utilizar Escala Cervantes

Re: Información sobre Escala Cervantes

Estimada Dra. López,
Para poder utilizarla basta con pedirme autorización.
Con este email te autorizo a utilizarla.
Un cordial saludo,

Dr. Santiago Palacios
Director
Instituto Palacios, Salud y Medicina de la Mujer
C/ Antonio Acuña, 9 - 28009 Madrid
Teléfono: +34 91 578 05 17
Fax: +34 91 431 99 51
www.institutopalacios.com

Este correo electrónico puede contener información confidencial y/o privilegiada de INSTITUTO PALACIOS.
Si usted no es el receptor previsto (o ha recibido este correo electrónico por equivocación), por favor notifíquelo al remitente inmediatamente y elimine este correo electrónico y cualquier documentación que se haya podido adjuntar.
Cualquier copia, revelación o distribución no autorizada de la información contenida en este correo electrónico está estrictamente prohibida y puede generar responsabilidades. En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, le informamos que su email y, en su caso, datos personales asociados son tratados por INSTITUTO PALACIOS, pudiendo ejercitar los derechos que le son reconocidos en la legislación vigente, que podrá hacer efectivos a través de dpo@institutopalacios.com.

Anexo 3. Tasa de profesionales de salud mental, Centroamérica y la República Dominicana

CUADRO 7. Tasa de profesionales de salud mental, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Psiquiatras	Psicólogos	Personal de enfermería
Costa Rica	3,06	1,88	4,13
El Salvador	1,39	1,68	2,11
Guatemala	0,57	0,35	1,28
Honduras	0,81	0,77	2,58
Nicaragua	0,90	2,11	1,7
Panamá	3,46	2,99	4,38
República Dominicana	2,07	3,17	1,61

Nota: tasas por 100.000 habitantes.

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

Fuente: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y del Caribe