



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

VALORACIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS CON ESCALA DASS-21 E
IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
EN MENOPÁUSICAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE UN
HOSPITAL NACIONAL – 2019

Línea de investigación:
Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autor:

Loayza Tejada, Yajaira Edith

Asesor:

Cortez Cuaresma, Gloria
(ORCID: 0000-0002-3941-2593)

Jurado:

Bello Vidal, Catalina Olimpia
Landauro Rojas, Isolina Gloria
Ramirez Julcarima, Melva Nancy

Lima - Perú

2021

Referencia:

Loayza Tejada, Y. (2021). Valoración de depresión, ansiedad y estrés con escala dass-21 e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología de un Hospital Nacional – 2019. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5403>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

**VALORACIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS CON ESCALA DASS-21 E
IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
EN MENOPÁUSICAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE UN
HOSPITAL NACIONAL – 2019**

Línea de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional en Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Loayza Tejada, Yajaira Edith

ASESORA:

Cortez Cuaresma, Gloria

JURADO:

Bello Vidal, Catalina Olimpia

Landauro Rojas, Isolina Gloria

Ramirez Julcarima, Melva Nancy

Lima – Perú

2021

Dedicatoria

A Dios, mi fortaleza para seguir adelante a pesar de los obstáculos que se presentan en el camino.

A mis padres Manuel José y Edith Jesús, mi motor y motivo para ser mejor cada día.

Agradecimiento

Agradezco en especial a Dios por bendecirme y acompañarme en este camino.

A mi familia por su apoyo constante y su ánimo para salir adelante a pesar de las adversidades.

A mi alma mater UNFV y docentes que me orientaron y brindaron conocimientos enseñándome a amar esta hermosa profesión y en especial Mg Gloria Cortez, por guiarme en la culminación de mi tesis, por su compromiso y dedicación como asesora.

TABLA DE CONTENIDO

CARATULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TABLA DE CONTENIDO	IV
INDICE DE TABLAS	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
I. Introducción	1
1.1. Descripción y formulación del problema	3
1.2. Antecedentes	8
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación	13
II. Marco Teórico	14
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	14
III. Método	32
3.1. Tipo de investigación	32
3.2. Ámbito temporal y espacial	32
3.3. Variables	32
3.4. Población y muestra	32
3.5. Instrumento	33
3.6. Procedimientos	34
3.7. Análisis de datos	34
3.8. Consideraciones éticas	34

	V
IV. Resultados	35
V. Discusión de resultados	40
VI. Conclusiones	47
VII. Recomendaciones	48
VIII. Referencias	49
IX. Anexos	58

Índice de Tablas

Tabla 1.....	35
<i>Datos sociodemográficos en mujeres menopaúsicas que acuden al servicio de ginecología de un Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</i>	
Tabla 2.....	36
<i>Niveles de depresión en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</i>	
Tabla 3.....	37
<i>Niveles de ansiedad en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</i>	
Tabla 4.....	38
<i>Niveles de estrés en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</i>	
Tabla 5.....	39
<i>Grupo de prevención primaria y secundaria en menopáusicas vulnerables a depresión, ansiedad y estrés, atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</i>	

Índice de Anexos

Anexo A	58
Matriz de consistencia	
Anexo B.....	60
Operacionalización de variables	
Anexo C.....	64
Instrumento Escala de DASS 21	
Anexo D.....	66
Validez del instrumento	
Anexo E.....	67
Confiabilidad del instrumento	
Anexo F.....	68
Hoja de consentimiento informado	

Resumen

Objetivo Determinar niveles de depresión, ansiedad y estrés detectado en la valoración con escala DASS-21, e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas, que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019. **Material y Métodos:** Descriptivo, cuantitativo y corte transversal. Muestra no probabilística por conveniencia conformada por 54 menopáusicas que acuden a consulta ginecológica, Instrumento sometido a validación prueba binomial Aikin y confiabilidad alfa de Crombach la escala DASS 21 evalúa el nivel de los tres estados psicoemocionales depresión, ansiedad y estrés. **Resultado:** Nivel de depresión leve 20.4%(11), 18.5% (10) moderada, 5,6% (3) severa y 7.4% (4) extremadamente severa; el 18.5% (10) nivel de ansiedad leve, 11.2% (6) moderada, 7.4% (4) severa y el 18.5% (10) ansiedad extremadamente severa. Nivel de estrés 16.7% (9) leve, 12.9% (7) moderado, 14.8% (8) severo y 1.9% (1) estrés extremadamente severo. Se identificaron grupos de prevención primaria 70,4%, representa mujeres sin alteraciones de depresión, ansiedad y estrés; mientras el grupo de prevención secundaria 29,6% representa menopáusicas que acuden a consulta externa con alteraciones de depresión, ansiedad y estrés. **Conclusiones:** depresión, ansiedad y estrés se presentan con un nivel leve, moderado, severo y extremadamente severo en menopáusicas que acuden a consulta de ginecología, la mayoría no presenta alteraciones psicoemocionales por screening o cribado con escala DASS-21 convirtiéndose en grupo vulnerable o de riesgo para enfermería, motivo para realizar estudios similares en otros grupos de demanda recuperativa; considerar en otros niveles de atención de salud estrategias de prevención primaria preferentemente.

Palabras claves: Valoración escala Dass 21, enfermería, prevención primaria, secundaria, menopausia.

Abstract

Objective: determine levels of depression, anxiety and stress detected in the assessment with the DASS-21 scale, and to identify groups of primary and secondary prevention in menopausal women, who attend the gynecology service of the Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Material and Methods: Descriptive, quantitative and cross-sectional. Non-probabilistic convenience sample made up of 54 menopausal women who attend gynecological consultation, Instrument subjected to validation binomial test Aikin and Crombach alpha reliability, the DASS 21 scale assesses the level of the three psycho-emotional states depression, anxiety and stress. **Result:** Level of mild depression 20.4% (11), 18.5% (10) moderate, 5.6% (3) severe and 7.4% (4) extremely severe; 18.5% (10) level of mild anxiety, 11.2% (6) moderate, 7.4% (4) severe and 18.5% (10) extremely severe anxiety. Stress level 16.7% (9) mild, 12.9% (7) moderate, 14.8% (8) severe and 1.9% (1) extremely severe stress. Primary prevention groups 70.4% were identified, representing women without alterations of depression, anxiety and stress; while the secondary prevention group 29.6% represents menopausal women who go to the outpatient clinic with alterations of depression, anxiety and stress. **Conclusions:** depression, anxiety and stress present with a mild, moderate, severe and extremely severe level in menopausal women who go to gynecology consultation, the majority do not present psycho-emotional alterations by screening or screening with the DASS-21 scale, becoming a vulnerable group or of risk for nursing, reason to carry out similar studies in other groups of recuperative demand; consider preferentially primary prevention strategies at other levels of health care.

Keywords: dass 21 scale assessment, nursing, primary, secondary prevention, menopause.

I. Introducción

El presente trabajo de investigación titulado “Valoración de depresión, ansiedad y estrés con escala DASS-21 e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología de un Hospital Nacional – 2019”, surgió ante la necesidad de detectar a menopáusicas susceptibles a: depresión, ansiedad y estrés aplicando la escala DASS-21, considerando que la menopausia es un proceso vital y biológico, de suma importancia que atraviesan las mujeres. Este proceso, trae consigo una serie de cambios físicos y emocionales, que en mayoría de veces tienen impacto negativo en la vida de la mujer.

A lo expuesto, se inició la realización de la tesis en mujeres que acudían al servicio de ginecología, ellas referían presentar molestias, incomodidades, cambios en su comportamiento, miedos, preocupaciones y temores, ello motivó a determinar la valoración de depresión, ansiedad y estrés con la escala DASS-21, asimismo identificar los grupos en prevención primaria (mujeres que no presentan ninguna de estas alteraciones) y secundaria (mujeres que presentan estas alteraciones), evidenciando grupos de riesgo y/o vulnerables, situación que es prioritaria y fundamental en los lineamientos de Salud pública. Sugiriendo orientar a los profesionales de enfermería abordar sus estrategias y/o actividades a medidas preventivas y de promoción a la salud que eviten el riesgo y desarrollo de estas alteraciones con la finalidad de promover la salud y el bienestar en la mujer durante esta etapa.

Expongo, que el presente trabajo de investigación está estructurado por capítulos, de tal manera que facilita una mayor comprensión y análisis de manera ordenada y sencilla.

En el primer capítulo: se abordó la descripción y formulación del problema, donde se plantea el problema que presentaban las mujeres en la etapa menopáusica por lo cual surgió el siguiente problema general: ¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y estrés detectado

en la valoración con escala DASS-21, e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019? Además se presentan los antecedentes, los objetivos y la justificación.

En el segundo capítulo: se mencionan las bases teóricas sobre el tema de investigación, se detalla los elementos teóricos, describiendo las variables y otros componentes, lo cual permite tener un panorama amplio del tema.

El tercer capítulo: se detalla la metodología de la investigación.

En el cuarto capítulo: se presentaron los resultados sociodemográficos y descriptivos, producto de la aplicación del instrumento.

En el quinto capítulo: se desarrolla la discusión de los resultados, confrontando con diversos estudios relacionados al tema de investigación.

En el sexto capítulo: se observa las conclusiones en base a los resultados obtenidos, según los objetivos desarrollados en el presente trabajo.

En el séptimo capítulo: se presenta las recomendaciones dirigidas a las autoridades del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

1.1. Descripción y formulación del problema

La menopausia, es una etapa natural que da inicio a una serie de cambios biológicos y físicos en la vida femenina. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define menopausia como cese permanente del periodo menstrual doce meses consecutivos debido a pérdida de actividad ovárica. Este período, que inicia en promedio a los 45 a 55 años, se caracteriza principalmente por pérdida de función ovárica y disminución en producción de estrógenos, por consiguiente, el fin de la capacidad reproductiva en la mujer. Se atribuyen diversos efectos que produce el organismo femenino conocido como síntomas físicos y psicológicos que afectan el estado psicoemocional, por ende la salud.

A nivel nacional, Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI, 2020) “esperanza de vida de la población peruana en últimas tres décadas aumentó cerca de 11 años, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad del periodo 2020, los peruanos vivirán, en promedio, 76,9 años (74,1 años los hombres y 79,5 las mujeres). En cuanto a la diferencia entre regiones, el INEI señala que la población de Lima y Callao ostenta la esperanza de vida más alta, con casi 81 años las mujeres y 75 los hombres”. Grupos de edad del sexo femenino están en incremento.

La menopausia acontece en un momento determinado de la vida de la mujer, otros cambios vitales importantes, sociales y familiares pueden provocar una valoración negativa de la experiencia. La menopausia: “no es un trastorno en sí mismo sino una etapa de la vida de la mujer, aunque debido al cese de la actividad hormonal pueden producirse una serie de alteraciones físicas y psicológicas” (Gutiérrez y Larroy, 2009,p.2).

Durante la menopausia las mujeres experimentan situaciones negativas. Algunos autores afirman:

La relación depresión con interés por actividades el 56.7% no disfrutaban las cosas que antes le producían placer y 12.34% no tienen satisfacción de nada, lo que corresponde al 27.71%. (Fonseca, 2017, p.46).

La depresión se evidencia en etapa menopáusica de la mujer, por consiguiente, este grupo etario es vulnerable a padecer este trastorno, afectando la manera óptima y plena de vivir.

Al transcurrir la menopausia, según Dorador y Orozco (2018) afirman que “los síntomas psicológicos se encuentran como un síntoma continuo a lo largo de esta etapa de vida de la mujer, con mayor intensidad referente a la disminución física y mental” (p, 5). Por lo tanto, es muy probable que los problemas que presentan las mujeres sean en respuesta a la disminución de concentración de estrógenos.

Por otro lado, otros autores como Monterrosa et al. (2016), afirman “que, existe la presencia de correlación positiva y significativa entre estrés psicológico percibido y síntomas menopáusicos, en un grupo de mujeres en etapa de climaterio” (p.37). En estas condiciones, el estrés se evidencia en esta etapa, como respuesta de defensa a un mecanismo fisiológico de la etapa vital, de tal manera que, cuando ocurra un exceso en la respuesta podría desencadenar problemas de salud mental.

La salud mental positiva actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades mentales. Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes involucrando actividades, la distinción que radica entre ellas, se encuentra en los resultados proyectados previa identificación de grupos vulnerables. La prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo la reducción de los síntomas y en última instancia, la reducción de los trastornos mentales. (OMS, 2004)

La prevención primaria considera medidas y actividades que anticipan la aparición de síntomas de diversos trastornos, en la menopausia: depresión, ansiedad y estrés ; en esta etapa la prevención primaria es elegida para evitar la evolución de trastornos o patologías; por tanto el personal de enfermería debe estar preparada y enfocada en una atención preventiva identificando precozmente por ejemplo menopáusicas sin molestias y en los casos

que refieran manifestaciones y/o síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés , se realizará como medida de prevención secundaria derivar oportunamente y/o precozmente al especialista. La prevención primaria y secundaria se fundamenta en la historia natural de la enfermedad, modelo establecido por Leavell y Clark en el año 1965 ampliamente utilizado hasta la actualidad, permite predecir el comportamiento de una enfermedad antes, durante y después de la presencia de síntomas o signos (Álvarez et al, 2020).

En la historia natural de la enfermedad Lira, P (2016) refiere:

Tradicionalmente se han descrito 3 niveles de prevención (Leavell y Clark), cada uno con estrategias de intervención propias: primario (asociado al período pre patogénico), secundario y terciario (correspondientes al período patogénico).

La historia natural de la enfermedad describe la evolución de la misma, sin intervención médica, desde antes de que ésta se inicie (interacción entre el individuo y su ambiente biopsicosocial), hasta su resolución en recuperación, cronicidad o muerte. En la historia natural se distinguen los períodos pre-patogénico (o período de riesgo) y patogénico; este último se inicia con una etapa preclínica (párr.7).

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, al servicio de ginecología consultorio externo, acuden pacientes para recibir atención por encontrarse en etapa menopáusica, algunas refieren presentar molestias, incomodidades, cambios en su comportamiento, miedos, preocupaciones y temores, contrastando esta observación con la literatura, y a la vez con opinión médica, confirman la problemática: depresión, ansiedad y estrés muy frecuente en este grupo etario ; además la referencia de los especialistas que manifiestan: “algunas pacientes en etapa menopáusica llegan a consulta con síntomas leves, otras con mayores molestias y también un buen grupo que todavía no presentan ninguna molestia , solo cambios en el ciclo menstrual”.

La aplicación de la escala DASS-21 como instrumento de valoración de ansiedad, depresión y estrés, permite identificar el nivel de estas tres manifestaciones en una sola persona en este caso menopáusica, logrando también detectar precozmente mujeres consideradas población vulnerable que requiere intervención oportuna, condición que el profesional de enfermería aborda en su trabajo cotidiano orientado a la prevención y protección, previa identificación de la problemática y/o necesidad. La aplicación de la escala de DASS-21 responde a ello.

La valoración es la primera etapa del proceso de Atención de Enfermería (PAE) definido como método científico aplicado a la práctica enfermera/o cuyo abordaje profesional está orientado a la calidad del cuidado, priorizando actividades eminentemente preventivas. Por otra parte, la valoración es definida como recolección de datos relevantes de la persona, familia o grupos. La valoración conduce al análisis e interpretación de la situación de salud del paciente, con ello el profesional elabora el plan de cuidado enfermero (PLACE) priorizando diagnósticos enfermeros (NANDA I) resultados (NOC) intervenciones y actividades (NIC) eminentemente preventivas y de protección. (Cortez, G. 2018)

La escala **DASS-21**, valora, los estados emocionales identificando niveles de depresión, ansiedad y estrés, estados que se presentan en mujeres menopáusicas casi como signos patognomónicos, recoger información del nivel de los tres estados (depresión, ansiedad, estrés) en la misma persona; así como las que no presentan ninguna manifestación de alteraciones mencionadas, implica para el profesional enfermero plantear diversos abordajes preventivos cuando este grupo vulnerable acude a servicios de consulta externa de ginecología enfatizando la prevención primaria, manejo de riesgos; y evitando la aparición de complicaciones. Todo ello no podrá ser posible si no se realiza la valoración utilizando el instrumento conocido como escala DASS-21 permitiendo precozmente la identificación de estos problemas. En la actualidad la tendencia a disminuir la saturación de los

establecimientos de salud recuperativos están orientados a la identificación de poblaciones vulnerables aplicando medidas de prevención primaria y secundaria dejando la prevención terciaria a los establecimientos especializados.

Contreras I., et al. (2020) concluye que las escalas DASS-21 cuentan con evidencias psicométricas para su aplicación como instrumento de cribado en adolescentes peruanos. Recomienda aplicar en otros grupos que presentan incremento de estos trastornos. Por lo mencionado se plantea la siguiente interrogante:

Formulación del problema

Problema General:

¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y estrés detectado en la valoración con escala DASS-21, e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?

Problemas Específicos:

¿Cuáles son los niveles de depresión detectados en la valoración con escala DASS 21 en menopáusicas que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad detectados en la valoración con escala DASS 21 en menopáusicas que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?

¿Cuáles son los niveles de estrés detectados en la valoración con escala DASS 21 en menopáusicas que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?

¿Cuáles son los grupos de menopáusicas identificadas en prevención primaria y secundaria vulnerables a depresión, ansiedad y estrés, que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?

1.2 Antecedentes

Internacionales

Montenegro y Yumiseva (2016) efectuaron una investigación denominada “Aplicación de la escala de Dass-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (HEEE) -Ecuador en los meses de julio-agosto del 2016”. La finalidad del estudio fue identificar la existencia de depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud. Muestra conformada por 93 médicos y 88 enfermeras Se aplicó una encuesta de 21 ítems. Acerca de los resultados, se identificó con la escala DASS-21, depresión en 55.2%, ansiedad 36.46% y estrés 9.94% en los profesionales de salud del HEEE con mayor prevalencia en sexo femenino. Los autores llegaron a la conclusión de que de los tres trastornos psicopatológicos, la depresión se presentó en mayor porcentaje, seguido de ansiedad y por último el estrés. En cuanto al nivel, el grado de depresión fue moderado, seguido por leve, severo y extremo en ambas profesiones.

Fonseca (2017) analizó los grados de depresión en mujeres en transición perimenopausia y en menopausia en el Hospital Quito n-1 de la policía nacional en julio y agosto de 2017, investigación descriptiva, de corte transversal. Valorar el estado depresivo en pacientes en transición a la menopausia y en menopáusicas, según la escala de depresión de Beck, y su relación con autopercepción fue el objetivo del estudio, utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento la escala de depresión de Beck, en un universo de pacientes que acuden a la consulta externa del hospital, como criterio de inclusión considero que las participantes se encuentren en transición a la menopausia y en menopausia así como el consentimiento informado. La presente investigación muestra la evidencia que existe de la

depresión en la etapa menopáusica así como en el periodo de transición a la menopausia en distintos niveles; ello permite fundamentar el planteamiento del problema del presente estudio en curso.

Dorador y Orozco (2018) analizaron los síntomas psicológicos en la transición menopáusica, fue un estudio no experimental transversal muestreo no probabilístico, empleo como instrumento la Escala de Clasificación en la Menopausia en inglés Menopause Rating Scale (MRS), el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Los síntomas psicológicos se encuentran como un síntoma continuo a lo largo de esta etapa de vida de la mujer, con mayor intensidad y frecuencia, evidenciándose la disminución física y mental, cansancio, problemas de memoria, disminución en concentración y olvidos frecuentes, que pueden llevar a detectar precozmente en forma temprana trastorno neurocognitivo leve.

Castillo (2015) “nivel de ansiedad en mujeres menopáusicas que asisten al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Santa Cruz del Quiché – 2015”, estudio de tipo descriptivo, objetivo valorar el nivel de ansiedad que presentan las mujeres en menopausia, valorando con el instrumento llamado test STAI-82, evalúa dos comportamientos de ansiedad: rasgo y estado, permitió determinar el nivel de ansiedad que manejan las mujeres en la menopausia, la población entre 40 y 59 años, se tuvo en cuenta lugar de procedencia, estatus social, trabajo y religión. Los síntomas asociados a la ansiedad se presentan en la vida de la mujer con menos intensidad y frecuencia, sin embargo, en la etapa menopáusica se manifiestan niveles más altos de ansiedad, debido a cambios hormonales.

Jimbo et al. (2017) Determinaron las manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en grupo de mujeres en etapa de climaterio y menopausia que asistieron a consulta externa privada en el periodo enero-julio. Ecuador -2016, estudio descriptivo, de corte transversal, objetivo identificar aspectos biológicos, sociales y clínicos relacionados con las características del climaterio y menopausia, utilizó como técnica la encuesta.

Concluye: En la menopausia los síntomas y manifestaciones que más predominan son:

ansiedad, mal carácter, depresión y disminución de capacidad para tomar decisiones. Existe relación directa entre la menopausia y síntomas psicológicos originados en esta etapa.

Monterrosa et al. (2016) analizaron la Correlación entre síntomas menopáusicos y percepción de estrés en mujeres del caribe colombiano, estudio descriptivo, de corte transversal. Estimar la relación entre síntomas menopáusicos y estrés psicológico percibido en mujeres fue el objetivo del estudio, utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento el formulario de características sociodemográficas y las escalas: Perceived Stress Scale (PSS-10) y Menopause Rating Scale (MRS), en un universo de pacientes residentes de dos comunidades del Caribe colombiano, como criterio de inclusión se consideró la edad entre 40- 59 años y el consentimiento informado. El estrés es uno de los estados psicológicos que se evidencia durante la menopáusica, existe una relación directa entre síntomas menopáusicos y estrés psicológico.

Carranza y Palacios (2017) objetivo valorar y determinar la diferencia en la frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. Se utilizó como instrumento la escala de depresión de Hamilton, universo de 371 mujeres sin tratamiento hormonal. Se realizó la comparación entre los grupos mediante las pruebas t de Student y Chi cuadrada.

Los resultados refieren que las mujeres premenopáusicas fueron predominantemente sanas (46.6%). Sin embargo, las perimenopáusicas predominó puntuaciones compatibles con depresión menor (21.4%) y en las posmenopáusicas las de depresión mayor (59.3%). Por lo tanto, los autores concluyeron que las mujeres posmenopáusicas presentan con mayor frecuencia síntomas compatibles con depresión que las premenopáusicas.

Voicu y Lasso (2020) estudio titulado: “Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería para mujeres en etapa posmenopáusica. Zaragoza 2020”. Objetivo diseñar un plan de cuidados de enfermería dirigido a mujeres en etapa posmenopáusica, para mejorar sus necesidades biopsicosociales. Desde el punto de vista psicosocial, las mujeres experimentan

numerosos cambios, como la independencia de los hijos y el retiro laboral. En esta etapa la mujer es el centro de la dinámica familiar, realizan roles de madre, esposa, hija y cuidadora; dejando su salud en segundo plano (Romera C, Prieto L, et. al 2015) Es por ello que Enfermería tiene como abordaje educar y orientar a la mujer que cursa esta etapa, en sus cuidados diarios, para satisfacer sus necesidades biopsicosociales. Se identificó principales déficits de autocuidado que suelen padecer las mujeres en etapa posmenopáusica, elaborándose plan de cuidados estandarizado. Concluyendo que la menopausia produce gran impacto en la vida de las mujeres. Enfermería ayuda a la paciente informando o en aumento de conocimientos sobre esta etapa. Se consideró en el plan como diagnósticos de enfermería: ansiedad, insomnio, conocimientos deficientes entre otros, como indicador NOC Calidad de sueño, Nivel de estrés. Nivel de ansiedad.

Nacionales

Villanueva (2018) realizó un estudio titulado “síntomas depresivos en mujeres en etapa de menopausia que concurren al consultorio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2018”. La finalidad de la investigación fue determinar los síntomas de depresión en mujeres durante esta etapa. El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento la escala de síntomas depresivos de Zung que consta de 20 preguntas. El instrumento fue sometido a prueba de validez y confiabilidad por el investigador, concluyendo que la depresión se presenta en todas sus dimensiones de manera moderada en la etapa de menopausia, siendo justificación para impulsar estrategias en beneficio de este grupo etario.

Nina (2019) analizó los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, los meses de mayo y junio del 2019”, estudio descriptivo de corte transversal y correlacional, de diseño observacional no experimental, utilizó como instrumento la Escala de Zung para determinar la relación entre

ansiedad y depresión, el instrumento fue sometido a prueba de validez y confiabilidad por el investigador Astocondor- 2001, cuenta con un universo de pacientes que concurren al servicio de emergencia del hospital. La presente investigación contribuye al estudio en curso a fundamentar el planteamiento del problema por la relación predominante de síntomas psicológicos de depresión, ansiedad y estrés en las mujeres menopáusicas.

Contreras I et al. (2020) realizaron el estudio denominado “Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos”, tuvo como fin determinar la validez, fiabilidad de la escala DASS-21. En el estudio, participaron 731 adolescentes con edades entre 14 y 17 años ($M = 15.46$; $DE = 1.00$, 54% hombres), provenientes de tres instituciones educativas públicas de la provincia constitucional del Callao, se estudió las evidencias de validez de contenido y se examinaron estadísticamente los 21 ítems del DASS-21. Los autores llegaron a la conclusión que la escala DASS-21 cuentan con evidencias psicométricas para su aplicación como instrumento de cribado en adolescentes peruanos asimismo, recomiendan que se aplique en otras poblaciones que presenten el aumento de estas alteraciones.

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar niveles de depresión, ansiedad y estrés detectado en la valoración con escala DASS-21 e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas, que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Objetivos específicos

Identificar niveles de depresión aplicando la escala DASS-21 en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Identificar niveles de ansiedad aplicando la escala DASS 21 en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Identificar niveles de estrés aplicando la escala DASS 21 en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Identificar grupos de menopáusicas en prevención primaria y secundaria vulnerables a depresión, ansiedad y estrés que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

1.4 Justificación

Se sabe que el ser humano atraviesa procesos evolutivos que llevan a cabo cambios internos y externos en su organismo. En este sentido, las mujeres cuando llegan a la menopausia pueden presentar alteraciones en el comportamiento debido al cese hormonal de la función ovárica. La importancia de realizar estudios sobre el tema es porque el estado psicoemocional de la mujer menopáusica afecta su salud y la relación con su entorno familiar y social. Por lo tanto, los profesionales de salud y dentro de ellos enfermería al detectar precozmente menopáusicas susceptibles a: depresión, ansiedad y estrés aplicando herramientas como la escala DASS-21 instrumento que permite obtener datos que ayuden a identificar dichos grupos llamados de riesgo o vulnerables, situación priorizada en los lineamientos de salud, y actividades orientada a medidas preventivas. Con esta información el estudio podría contribuir no solo a brindar una atención preventiva y oportuna; sino también a disminuir la demanda recuperativa en establecimientos de salud. Desarrollar intervenciones y/o estrategias, con enfoque sistémico para el manejo multidisciplinario como problema de salud pública. El estudio también podría contribuir en el desarrollo de investigaciones científicas similares.

II. Marco teórico

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Menopausia*

Vázquez, Morfin y Motta (2010) definen a la menopausia como cese permanente del ciclo menstrual, que puede ocurrir en forma natural o inducida quirúrgicamente, por quimioterapia o radiación. La menopausia natural se concibe como los 12 meses consecutivos sin periodos menstruales, no asociado con alteraciones fisiológicas o patológicas, se presenta en mujeres entre los 45 y 55 años. (p. 239)

La menopausia es una de las etapas evolutivas y significativas que atraviesa la mujer. Como muchos otros autores, según Torres y Torres (2018) refieren: Es el cese de los periodos menstruales de una mujer, diagnosticada en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, sucede por atresia de los folículos ováricos y su capacidad de producir estrógenos ante el estímulo de las hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH). (p.5)

La menopausia da lugar a una serie de cambios hormonales, Salvador (2008) señala que es consecuencia de la atresia folicular o del agotamiento folicular, de tal modo que no existen folículos ováricos que puedan responder a las gonadotropinas; por tal motivo, el ovario pierde su función cíclica, desaparece la ovulación y se termina la etapa reproductiva de la mujer. (p.74)

Fisiología de la menopausia

La menopausia constituye una etapa de declinación en la vida de la mujer. Inicialmente, da lugar a un proceso de cambios hormonales. Según Lopera et al. (2016) , se presenta como una etapa marcada por el inicio de la declinación de la función gonadal generada por la progresiva atresia folicular, lo que provoca una desaparición de la ovulación y

de folículos ováricos que responden al estímulo hormonal (estrógenos y progesterona), el cual a su vez también disminuye progresivamente.

Consecuentemente, durante el proceso de menopausia se da lugar a modificaciones, de tal modo que no existen folículos ováricos que puedan responder a la liberación de las hormonas gonadotrópicas. En definitiva, el ovario pierde la capacidad de la función cíclica, desaparece la ovulación y se termina la etapa reproductiva de la mujer.

Ayala (2020), la pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce en varios años, en promedio dura entre 4 a 6 años; en esta etapa, la función ovárica va fluctuando. En esta fase, los niveles de estradiol son mínimos, se produce un gran aumento de la FSH, en menor medida de la LH, dando lugar a la inversión del cociente FSH/LH. 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. (p. 54)

La producción de estrógenos depende de la liberación de hormonas gonadotrópicas secretadas en el hipotálamo. Según Torres y Torres (2018) explica: “Es una retroalimentación negativa, ya que al encontrarse disminuida la cantidad de estrógenos en el torrente sanguíneo (principalmente estradiol), el hipotálamo libera más hormona liberadora de gonadotropina (GnRh), de tal manera que la adenohipófisis reciba la alerta de liberar mayor FSH, pero el asunto se genera en que no hay folículos suficientes para la producción” (p. 54).

Según Lachapell (2019), el fenómeno de menopausia es debido a la disminución de estrógenos, en sangre; el cual produce una serie de modificaciones en todo el organismo, teniendo repercusiones a distintos niveles:

1. Receptores específicos de estrógenos en el sistema nervioso central, la ausencia o disminución puede provocar alteraciones nerviosas y comportamentales durante la menopausia. Se sabe que la falta de estrógenos provoca cambios en la regulación de la temperatura corporal (sofocos), pero con probabilidad que esté vinculado a acciones

hipotalámicas del estradiol. Es así que los estrógenos ocasionan efectos beneficiosos sobre el aparato circulatorio mediante mecanismos: sobre la musculatura cardíaca, los vasos sanguíneos y el mecanismo del colesterol.

2. El estradiol (un tipo de estrógeno) mejora la remodelación del esqueleto. El déficit estrogénico está relacionado con la reducción de la masa ósea calcificada pudiendo desembocar en uno de los trastornos más prevalentes en las mujeres tras la menopausia, la osteoporosis.

3. Los estrógenos estimulan la producción de colágeno a nivel de piel, mucosas y tejido conectivo. La falta de éstos contribuiría a una atrofia de los distintos órganos siendo especialmente importante a nivel de vulva y vagina.

2.1.2. Depresión

a) Definición

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. (OMS, 2019)

b) Fisiopatología de la menopausia y depresión: características / síntomas

Se debe considerar que la menopausia influye en todos los ámbitos de la vida de la mujer, evidenciándose problemas y/o alteraciones psicológicas. Al respecto Salvador (2008) explica:

Las hormonas producidas por el ovario, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona, tienen influencia en el cerebro, activando procesos complejos a través de los neurotransmisores, se plantea que la deficiencia de estrógenos va a alterar los niveles de catecolaminas (dopamina y norepinefrina), acetilcolina y monoamino oxidasa, a nivel del

sistema nervioso central, y con ello condicionar las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria, así como de la libido en la mujer, manifestaciones presentes en la menopausia. (p.77)

Muchos autores argumentan que la relación existente entre la menopausia y la depresión, entre estos Vega et al. (2013) explica que los estrógenos pueden modular la neurotransmisión noradrenérgica a nivel del Sistema Nervioso Central. Los estrógenos pueden facilitar la transmisión noradrenérgica al: 1. Incitar el aumento en la síntesis de NA; 2. reducir la recaptura de NA, mejorando así la disponibilidad de NA o 3, mediante un mecanismo que involucra los dos anteriores. (p. 4) De acuerdo con la información, por evidencia científica se sabe que durante la menopausia se produce la caída de los estrógenos, cabe resaltar que la función de los estrógenos no solo es el sistema reproductivo, sino que a la vez tiene funciones cerebrales relacionadas estados afectivos siendo estos los encargados de la modificación mediante la liberación de noradrenalina, neurotransmisor que domina el control de las emociones y estados de ánimo.

Carranza y Palacios (2017) subrayan que los estrógenos tienen un papel en el desarrollo de la depresión en la mujer, dado que emiten la actividad del sistema serotoninérgico el cual se ha relacionado con la depresión, además de que incrementan la densidad de los receptores de serotonina en el hipotálamo, el área pre óptica y la amígdala.

c) Factores de riesgo de depresión.

La depresión es un problema de salud pública que no tiene condición de edad, género ni de sexo pudiendo presentarse en las distintas etapas de la vida.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (ciclo vital, 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. Es así como esta enfermedad afecta el pensamiento y el comportamiento de una persona, manifestando sentimientos de tristeza, frustración, de pérdida de interés o placer y pesimismo impidiendo que la persona desarrolle su vida habitual. (OMS, 2020)

d) Características de la depresión.

La depresión se caracteriza principalmente por la manifestación de una secuencia de síntomas tanto físicos como psicológicos. Entre ellas se presentan:

Tristeza patológica: es el estado de ánimo triste que se acompaña de una sensación profunda de pérdida de placer, debido a un acontecimiento significativo el cual repercute de manera negativa en la vida habitual.

Desgano y anhedonia: Se manifiesta por sentimientos de pérdida de interés hacia la vida, por lo cual la persona se muestra apático, "sin ganas de vivir" y nada le procura placer.

Ansiedad: es la sensación de tensión o nerviosismo

Insomnio: Es la alteración del sueño que genera la dificultad para conciliar o permanecer dormido.

Alteraciones del pensamiento: surgen sentimientos de culpa, inutilidad, y desamparo que se acompañan de pensamientos o ideas de muerte.

Alteraciones somáticas: Surgen sensaciones profundas de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: Se presentan episodios de angustia y llanto por motivos insignificantes.

Modificaciones de apetito y peso: es uno de los principales síntomas ya que se pierde el deseo de ingerir alimentos el cual provoca la disminución del peso.

2.1.3. Ansiedad

a) Definición

“Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuya procedencia desconocido para el individuo), estado de aprensión originado por la anticipación de un peligro. Es un anticipo de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo” (NANDA ,2019).

Es el trastorno más común que causa discapacidad y sufrimiento. “La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futura que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión” (Carbajal et al, 2016, p. 40).

En cierto grado esta respuesta emocional es positiva porque logra la adaptación ante situaciones cotidianas estresantes y supera las exigencias que se presentan en la vida. Por otra parte, cuando la ansiedad se manifiesta con mayor intensidad es porque existe una respuesta inadaptativa con la realidad causando problemas en el entorno laboral, familiar, y personal.

b) Fisiopatología de la menopausia y ansiedad: características/síntomas

La ansiedad es un mecanismo de adaptación y/o supervivencia que surge ante la respuesta a los distintos estímulos que recibimos del exterior. La respuesta es concebida como patológica cuando los estímulos no están presentes de forma objetiva y se prolongan en el tiempo.

En este sentido, Carbajal et al. (2016) señala que es un síntoma normal ante determinadas situaciones cotidianas de estrés y cuando comienza a tener una presentación irracional por un estímulo ausente, por una intensidad excesiva con relación al estímulo, o cuando la duración es prolongada provocando la un deterioro en la funcionalidad del paciente (p.39).

Inicialmente, se explica que: la serotonina, el ácidoaminobutírico (GABA) y la norepinefrina juegan un papel importante en la ansiedad. La serotonina se encuentra libremente en el cerebro, y se halla particularmente en los núcleos medios y dorsal del rafe (áreas ligadas a la ansiedad). El GABA es el neurotransmisor que actúa como inhibidor en las actividades que se originan en el cerebro. Los receptores de benzodiazepinas se encuentran en relación con el receptor GABA. Se ha demostrado en estudios que se encuentra un menor número de sitios de unión de benzodiazepinas en las membranas plaquetarias y linfocitos en pacientes ansiosos. (Carbajal et al, 2016).

c) Factores de riesgo de ansiedad.

Existe mayor riesgo en las personas con las siguientes características: Historia o antecedente familiar de ansiedad u otros trastornos mentales iniciados en la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada. Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso sexual. Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente la depresión). Se afirma así que la ansiedad surge por la influencia de factores internos como externos que motivan a desencadenar las manifestaciones propias del trastorno.

d) Características de la ansiedad.

Sensaciones Somáticas

Aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia autónoma, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea.

Síntomas psíquicos

Intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.

La ansiedad afecta los procesos mentales tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.

2.1.4. Estrés

a) Definición

El estrés es una respuesta del organismo debido a estímulos estresores que podría desencadenar el desequilibrio dinámico en el organismo alterando la vida del ser humano. “El estrés se suele asociar a un estado patológico, sin embargo, el mismo alude a una reacción del ser humano ante situaciones amenazantes o de excesiva demanda, y pueden estar al servicio de la supervivencia del sujeto y de la especie” (Vales, 2012, p.179).

El estrés constituye un fenómeno complejo, según los distintos enfoques que han abordado su estudio, se plantean tres orientaciones principales:

El enfoque biológico que considera el estrés como una respuesta ante situaciones que exigen una fuerte demanda (estrés como respuesta), el enfoque psicosocial que se centra en las situaciones o elementos externos que exigen una fuerte demanda al individuo (estrés como estímulo) y el enfoque transaccional que estudia el estrés como un proceso entre la persona y el ambiente incluyendo tanto el estímulo como la respuesta (estrés como proceso o transacción) (Mesa, 2019, p.4).

De acuerdo, la definición de estrés se explica como el “conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo”.

b) Fisiopatología de la menopausia y estrés.

En la sociedad de hoy el estrés juega un papel importante en la vida del ser humano que, se manifiesta ante situaciones exigentes y amenazantes que se presentan en la vida habitual, se puede hablar de un estrés normal si existe una respuesta eficaz que logre mantener la adaptación a dichos acontecimientos; por el contrario, si no se logran resolver puede provocar complicaciones negativas para la salud.

Los mecanismos fisiopatológicos que logran dar una respuesta ante los estímulos estresantes se ubican en el “Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), que es el responsable de la liberación de glucocorticoides (GL) al torrente sanguíneo y la activación del eje simpático-médula-adrenal (SMA), este da lugar a la liberación de adrenalina y noradrenalina, denominados catecolaminas” (Rosales, 2014, p.12). El proceso se lleva a cabo en el centro hipotalámico- hipófisis- glándulas suprarrenales en donde hay ciertas neuronas que se encargan de dar respuesta a los estímulos estresores potencialmente peligrosos pueden ser internos o externos, los cuales desencadenan modificaciones fisiológicas, metabólicas y endocrinas en el organismo.

c) Factores de riesgo del estrés

Sucesos vitales intensos. Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo causando un reajuste sustancial en la conducta de éste.

Sucesos de estrés diario. Los acontecimientos estresantes diarios producen más respuestas de estrés y efectos negativos, psicológicos y biológicos más importantes de lo que puedan generar acontecimientos extraordinarios poco frecuentes. Pertenecen a este tipo de sucesos las disputas familiares, los atascos de tráfico y los problemas económicos.

Sucesos de tensión crónica prolongada. Son eventos que pueden generar estrés prolongándose en largos periodos de tiempo, como una enfermedad prolongada, una mala relación con la pareja, etc. Estilos de vida. El tipo de profesión, las aficiones, la frecuencia de contactos sociales, van a determinar en gran medida las demandas a que las personas se verán sometidas facilitando en mayor o menor grado las situaciones de estrés (Guerrero, 1997, p.58).

d) Características del estrés.

El estrés tiene lugar a desencadenar respuestas en el organismo, ello puede acompañarse por procesos fisiológicos que en conjunto inician una respuesta ante un estímulo estresor los cuales se manifiestan por “sudor de manos, palpitaciones, falta de aire, respiración suspirosa, contracturas y calambres musculares, insomnio, alergias, enrojecimiento de piel, verrugas y decaimiento” (Garay, 2005, p.61).

Asimismo, se acompaña de manifestaciones psicológicas que provocan modificaciones en el entorno social y personal entre ellos “nerviosismo, irritabilidad, aislamiento, nostalgia, aburrimiento, desconfianza, falta de entusiasmo, falta de motivación disminución de la concentración y creatividad” (Garay, 2005, p.61).

Esta reacción conlleva a la modificación de la conducta en el cual intervienen los sentimientos y el estado emocional, se manifiestan “desgano, distracción, pérdida del humor, pensamientos persistentes sobre problemas, productividad reducida, postergamiento de decisiones importantes o difíciles, falta de energía” (Garay, 2005, p.61).

2.1.5. Niveles de prevención

La historia natural de la enfermedad comienza cuando existe un desbalance en la triada ecológica, estos elementos son el agente, huésped y ambiente; ello lleva a una respuesta

humana que es la enfermedad o la incapacidad, el estado de salud del hombre depende de la triada ecológica (Valles, 2019, p.36).

La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (Vignolo et al, 2011, p.11)

Las acciones de prevención suelen clasificarse en tres categorías: Prevención primaria, tiene el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedades mediante el control de sus causas y factores de riesgo, aplicando medidas de protección y promoción de la salud. Prevención secundaria, tiene la finalidad de reducir la gravedad y/o consecuencias de la enfermedad mediante la detección temprana y tratamiento precoz. Prevención terciaria, tiene como objetivo reducir las complicaciones y el progreso de la enfermedad diagnosticada mediante la aplicación de medidas orientadas a reducir secuelas y discapacidades. (OPS, 2011).

2.1.6. Cuidados de enfermería en pacientes con menopausia

Bonilla (2020) en su estudio titulado “Experiencias significativas del profesional de enfermería basado en la atención a personas con depresión”, tuvo como finalidad conocer las experiencias del enfermero fundamentadas en la atención a pacientes que padecen dicho trastorno. El método usado fue estudio cualitativo, de estudio de caso, la información fue recolectada mediante las entrevistas semiestructuradas hasta saturación de datos, por vía Teams y Zoom a siete enfermeros. Se obtuvieron como resultado, las experiencias que han tenido un significado en los enfermeros tienen relación directa con los principios de la teoría de Parse, siendo el lenguaje el concepto más significativo dentro la atención a personas con depresión. El autor concluyó que la comunicación verbal y no verbal es primordial en la atención de enfermería y debe ir basada en la empatía, ello permitirá a los enfermeros

desarrollar herramientas en la práctica; considerando a la familia como eje fundamental en la recuperación del paciente, la mejor manera es por medio de la psicoeducación.

Amad, Cánovas & Díaz (2017) realizaron un estudio Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad. Los trastornos de ansiedad han fueron objeto de estudio como enfermedades mentales, tomados en diferentes textos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10). Si bien, en el campo de la enfermería, la cuestión de la ansiedad es recogida en la Taxonomía II de la NANDA-I como juicio clínico sobre la respuesta humana a problemas de salud o procesos vitales o la vulnerabilidad en la respuesta de un individuo, familia o comunidad. Así, el foco del diagnóstico ansiedad queda enmarcado en el dominio 9 afrontamiento/tolerancia al estrés y en la clase 2 respuestas de afrontamiento. (Herdman TH, 2017)

El diagnóstico enfermero Ansiedad (00146), se define como “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza (Herdman TH, 2020).

Para la atención al paciente con trastorno de ansiedad en el primer nivel de atención resulta complejo, sobre todo, si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y la derivación a atención especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran (UETS No 2010).

En cuanto al abordaje terapéutico de la ansiedad desde la disciplina enfermera, resulta importante la contribución que Peplau hace de la ansiedad y su tratamiento. En este modelo conceptual, la autora describe a la ansiedad como una de las cuatro experiencias psicobiológicas que permite identificar y explicar las acciones derivadas de experiencias del paciente que impulsan respuestas destructivas o constructivas frente a: frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases que inicia con la orientación, seguido con la identificación, exploración y por último la resolución por parte de las enfermeras a los pacientes. Este conocimiento proporciona una base tanto para la fijación de metas como para las intervenciones de enfermería (Hildegard E. Peplau, 1989)

El profesional de enfermería necesita basarse en un modelo teórico para fundamentar y guiar el actuar enfermero en su labor diaria. El modelo de Callista Roy es el soporte conceptual del presente estudio.

En el marco del modelo de Callista Roy, centra su concepto en la adaptación de la persona. La persona está constituida por partes que actúan como un todo íntegro pues busca estímulos en su entorno. El estímulo hace referencia a entradas como: estímulos ambientales, procesos centrales de afrontamiento; y salidas como respuestas, comportamientos que determinan la reacción para dar paso a la adaptación. Al respecto Pérez R et al. (2011) afirma:

De acuerdo con Callista Roy, el modo adaptativo fisiológico se asocia con la manera en que responden las personas a los estímulos del entorno, en donde la conducta es la manifestación resultante de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que integran el cuerpo humano. (p.125), aplicado a la etapa de la menopausia, las manifestaciones responden a un proceso fisiológico hormonal ovárico que según la teoría de la enfermera Roy la adaptación de la mujer a la menopausia es posible.

En este sentido, el término de reacción a la adaptación puede manifestarse de dos maneras, si es positiva son las que fomentan la integridad y contribuye a la persona a obtener el objetivo de adaptarse: a saber, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno; por el contrario, si es una respuesta negativa la persona no conseguirá los objetivos de adaptación y por ende su salud se verá afectada.

De acuerdo con la teoría de la adaptación de Callista Roy, los modos de adaptación nos muestran las interacciones que ocurren entre la persona y su ambiente, es decir las modificaciones que realiza para adaptarse a nuevas situaciones de esta manera se consigue la integridad fisiológica, psicológica, y social del individuo. Al respecto Pérez R et al. (2011) afirma:

La teoría de adaptación determina que los seres humanos son seres adaptativos con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, cuyas respuestas están dadas en función de los estímulos entrantes y del nivel de adaptación de la persona. (p.126)

Se afirma que el ser humano es un sistema abierto que recibe influencia tanto del entorno como de sí mismo lo cual genera respuestas naturales creando niveles de adaptación, que se ve determinado por un conjunto de efectos como: fisiológico-físico, autoconcepto de grupo, función del rol e interdependencia.

En el modelo de Roy se encuentra dos subsistemas que tiene relación entre sí, el subsistema de procesos primarios, funcionales o de control que está compuesto por el regulador y el relacionador; por otro lado, el subsistema de procesos secundarios y de efectos que está compuesto por cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoestima, función del rol e interdependencia.

En este contexto la persona es vista como un ser complejo integrada por seis subsistemas entre ella el regulador, el relacionador y los cuatro modos de adaptación que son interdependientes. Por consiguiente, se asume que las personas responden a estímulos internos y externos, las mujeres que están en etapa menopáusica se comportan como un sistema adaptativo, que se involucra con su medio ambiente y actúa frente a situaciones nuevas.

2.1.7. Escala DASS 21

Inicialmente, La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, por sus siglas en inglés Depression, Anxiety and Stress Scale) fue creada originalmente por Lovibond y Lovibond en el año 1995 y constaba de 42 preguntas que abarcaban síntomas emocionales en torno a éstas tres patologías, partiendo desde el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Posteriormente fue modificada, se seleccionaron 7 de 14 preguntas que representan el mayor puntaje de la escala original de cada una de estas patologías y se desarrolló un auto cuestionario que consta de 21 ítems diseñado para medir la severidad de algunos síntomas típicamente asociados a alguno de los tres trastornos psicopatológicos (Atocha M, Chiriboga J, 2017).

La escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) fueron creadas para la evaluación simultánea de esos tres estados emocionales ya mencionados, este instrumento incluye síntomas exclusivos para cada condición. Se dividió la escala en tres subescalas o dominios:

a) Dimensiones de la Escala DASS 21

1. Depresión: donde se mide un estado de ánimo deprimido, humor disfórico, desesperanza, sensación de inutilidad, tristeza y anhedonia.

2. Ansiedad: que mide una activación psicológica y física excesiva, la experiencia subjetiva de ansiedad, ataques de pánico, sensación de fatiga y debilidad.

3. Estrés: que mide sintomatología como tensión, irritabilidad, nerviosismo, impaciencia y tendencia a exagerar ante eventos estresantes. (Atocha. M, Chiriboga. J, 2017)

Para su aplicación cuenta con 21 ítems y las cuatro alternativas de respuesta van desde 0 es decir, no describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana, hasta 3 es decir, Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre. La respuesta para marcar depende en la medida o veces que el enunciado se haya presentado durante la última semana.

b) Ítems

Principalmente, los ítems desarrollados en la Escala DASS-21 responden a los síntomas y/o signos que se manifiestan en cada dimensión (depresión, ansiedad y estrés).

La depresión es un trastorno habitual, provocada por factores genéticos, biológicos psicológicos y ambientales, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, culpa, desgano para iniciar las cosas, cansancio, baja autoestima y vergüenza,

D 3: No conseguí tener ningún sentimiento positivo: Es una característica principal de la depresión; ausencia de positivismo.

D 5: Me fue difícil tomar iniciativa para hacer cosas: Se presenta de forma frecuente, anhedonia.

D 10: Sentí que no había nada que me hiciese andar para adelante (tener expectativas positivas)

D 13: Me sentí triste y deprimido: Es la principal característica en pacientes con depresión la tristeza y la melancolía.

D 16. No conseguí entusiasarme con nada: representado por la inexpresividad de la persona, aunque se habla también de melancolía.

D 17: Sentí que no valía mucho como persona: la persona muestra baja autoestima y sensación de inutilidad.

D 21: Sentí que la vida no tenía ningún sentido: sensación de desesperanza.

Por otro lado, la ansiedad se considera como un estado emocional que surge en un tema relacional donde la persona se enfrenta a la inseguridad y/o a la amenaza existencial que provocan sensaciones somáticas dando lugar aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas , aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea .

A 2: Me di cuenta de que tenía la boca seca: Se acompaña de cambios fisiológicos como el aumento de la frecuencia cardiaca, la 19 y sudoración.

A 4: Sentí dificultad en respirar: se manifiesta cuando los estímulos son de mayor intensidad logrando que el sistema nervioso de una respuesta fisiológica, por ejemplo: respiración excesivamente rápida o falta de respiración en la ausencia de esfuerzo físico.

A 7: Sentí temblores: se manifiesta cuando los estímulos son de mayor intensidad logrando que el sistema nervioso de una respuesta fisiológica, por ejemplo: de las manos o de las piernas.

A 9: Me preocupe con situaciones en que podría sentir pánico y hacer un papel ridículo: situación que viven por miedo al rechazo

A15: Estuve cerca de entrar en pánico: se manifiestan los signos vegetativos de los ataques de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).

A 19: Sentí el latido de mi corazón inclusive cuando no hacía esfuerzo físico: se manifiesta cuando los estímulos son de mayor intensidad logrando que el sistema nervioso de una respuesta fisiológica, por ejemplo: Corazón acelerado o fallas en el latido del corazón)

A 20: Tuve miedo sin una buena razón para eso

Por último, el estrés se manifiesta ante situaciones exigentes y amenazantes que se presentan en la vida habitual, ocurren procesos fisiológicos que en conjunto inician una respuesta ante un estímulo estresor los cuales se manifiestan por sudor de manos,

palpitaciones, falta de aire, respiración suspirosa, contracturas y calambres musculares, insomnio, alergias, enrojecimiento de piel, verrugas y decaimiento.

S 1: Tuve dificultades en calmarme/no sentir presión: incapacidad para asimilar y adaptarse a los estímulos.

S 6: Tuve tendencia para reaccionar exageradamente en ciertas situaciones: se manifiestan los signos vegetativos de los ataques de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).

S 8: Me sentí muy nervioso: se manifiestan los signos vegetativos de los ataques de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).

S 11: Sentí que estaba agitado: reacción de lucha o de huida.

S 12: Sentí dificultad en relajarme: Permite darnos cuenta de que la persona se encuentra en una situación de tensión y/o amenazante.

S 14: Fui intolerante cuando cualquier cosa me impedía realizar lo que estaba para hacer: se presenta como un grado mayor de alejamiento de la circunstancia

S 18: Sentí que andaba muy irritable: Permite darnos cuenta de que la persona se encuentra en una situación de tensión y/o amenazante.

III. Método

3.1. Tipo de investigación

Descriptivo, porque se obtuvieron datos que explican detalladamente las características de cada unidad de estudio según las variables.

Cuantitativo, implica el uso de herramientas estadísticas para obtener los resultados.

Transversal, evalúa las variables una sola vez durante un determinado tiempo.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se realizó en el servicio de consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Agosto- Diciembre del 2019.

3.3. Variables

Variable 1: Nivel de depresión, ansiedad y estrés.

Variable 2: Grupos de prevención primaria y secundaria.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población (N) conformada por el total de menopáusicas que fueron atendidas en los meses de enero a diciembre del 2018 (referencial para inferir la población N: 264) en el servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.4.2. Muestra

La muestra (n) fue de 54 menopáusicas, obtenida mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, con un margen de error de 10% (0.10), un nivel de confianza de 90% ($Z=1.65$), $P=0.5$, $Q=0.5$, $E=0.05$.

Criterios de inclusión.

- Pacientes menopáusicas que acuden a control ambulatorio de ginecología.

- Pacientes que acepten de manera voluntaria ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes entre los 45 y 55 años de edad.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que no se encuentren entre los 45 y 55 años.
- Pacientes que no desean participar en el estudio.

3.5. Instrumento

La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). El cuestionario consta de 2 partes; la primera abarca datos sociodemográficos generales tales como edad, grado de instrucción, ocupación, procedencia y estado civil. La segunda parte, presenta el contenido del instrumento (Escala de DASS-21), formado por 21 afirmaciones, dividido en tres subescalas: depresión en 7 ítems (3,5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad en 7 ítems (2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés con 7 ítems (1,6, 8, 11, 12, 14 y 18 (Lovibond y Lovibond, 1995).

3.5.1. Validez y confiabilidad

El instrumento, fue validado mediante juicio de siete profesionales con experiencia y conocimiento en el área de la investigación. El coeficiente “V” Aiken, dio porcentajes de validez por cada uno de los indicadores (criterios) evaluados: claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología. (ANEXO D)

Asimismo, para verificar la confiabilidad del instrumento se usó el programa SPSS, donde se desarrolló la base de datos de la prueba piloto siendo el 10% de la muestra, un total de 15 mujeres, usando el alpha de Cronbach. (ANEXO E)

3.6. Procedimientos

Se presentó el proyecto de investigación al departamento de docencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue con la finalidad de obtener el permiso y las facilidades para la realización del trabajo de investigación. Asimismo; con el respectivo Jefe de consulta externa de ginecología y departamento de enfermería y supervisores, se realizaron las coordinaciones para iniciar con el proceso de recolección de datos.

Se inició el contacto directo con las pacientes que acuden a su control ginecológico, luego se informó a las pacientes seleccionadas sobre el proyecto de investigación tomando en cuenta la aprobación de su participación en el presente estudio firmando el consentimiento informado, se procedió a dar información de manera detallada en qué consiste el estudio y la encuesta.

3.7. Análisis de Datos

Una vez obtenida la información requerida, se procesaron los datos a través del paquete estadístico SPSS versión 25, obteniéndose las tablas, gráficos y porcentajes.

Posteriormente la discusión en base a los resultados.

3.8. Consideraciones éticas

No maleficencia: El participar en el estudio, no tendrá repercusiones en el ámbito personal ni social de los participantes. Se mantendrá en privado toda la información obtenida.

Beneficencia: Los resultados que se obtengan, se reportarán a talento humano del Hospital nacional Hipólito Unanue, en caso que la institución así lo solicite. No existe ningún beneficio directo a los participantes, aspecto que se comunicó para la firma del consentimiento informado.

Autonomía: La participación fue voluntaria.

Justicia: Todas las mujeres en etapa menopáusica sin distinción alguna tuvieron la posibilidad de participar en este estudio.

IV. Resultados

4.1 Resultados Sociodemográficos

Tabla 1

Datos sociodemográficos de menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Datos personales		N	%
Edad	45-48 años	20	37
	49-51 años	15	27,7
	52-55 años	19	35,1
Estado Civil	Soltera	13	24
	Casada	22	42,5
	Conviviente	10	18,5
	Divorciada	6	9,2
	Viuda	3	5,5
Grado de instrucción	Primaria	7	12,9
	Secundaria	29	53,7
	Técnico	7	12,9
	Superior	11	20,3
Ocupación	Ama de casa	32	61,1
	Trabajadora de hogar	6	12,9
	Comerciante	16	25,9
Procedencia	Costa	30	55,5
	Sierra	18	33,3
	Selva	3	5,5
	Extranjero	3	5,5

Interpretación: En la tabla No: 1, se puede observar que 37% (20) tienen de 45 a 48 años. El 35,1 % (19) de 52 a 55 años. El estado civil en un 42,5 % (22) del total manifiestan ser casadas, 24,7% (13) solteras y el 5,5% (3) viudas. Grado de instrucción el 53,7% (29) tienen secundaria, mientras que se muestra un porcentaje igualitario de 12,9% (7) mujeres que declaran haber culminado sus estudios primarios y técnicos.

Por otro lado, la ocupación que más predomina es la de ama de casa con un 61,1 % (32). Finalmente provienen de la costa un 55% (30). Extranjeras el 5,5% (3).

4.1. Resultados Descriptivos

Tabla 2.

Niveles de depresión en menopáusicas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	26	48,1
DEPRESIÓN LEVE	11	20,4
DEPRESIÓN MODERADA	10	18,5
DEPRESIÓN SEVERA	3	5,6
DEPRESIÓN EXTREMADAMENTE SEVERA	4	7,4
Total	54	100,0

Interpretación: En la figura 1, el 20.4% (11) presentan un nivel de depresión leve, 18.5% (10) depresión moderada, 5.6% (3) depresión severa y el 7.4% (4) depresión extremadamente severa.

Tabla 3.

Niveles de ansiedad en menopáusicas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital

Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	24	44,4
ANSIEDAD LEVE	10	18,5
ANSIEDAD MODERADA	6	11,2
ANSIEDAD SEVERA	4	7,4
ANSIEDAD EXTREMADAMENTE SEVERA		
SEVERA	10	18,5
Total	54	100,0

Interpretación: En la figura 2, el 18.5% (10) presentan un nivel de ansiedad leve, 11.2% (6) presentan ansiedad moderada, 7.4% (4) presentan ansiedad severa y el 18.5% (10) presentan ansiedad extremadamente severa.

Tabla 4.

Niveles de estrés en menopáusicas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital

Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	29	53,7
ESTRÉS LEVE	9	16,7
ESTRÉS MODERADA	7	12,9
ESTRÉS SEVERO	8	14,8
ESTRÉS EXTREMADAMENTE SEVERO	1	1,9
Total	54	100,0

Interpretación: En la figura 3, el 16.7% (9) presentan un nivel de estrés leve, 12.9% (7) presentan estrés moderado, 14.8% (8) presentan estrés severo y el 1.8% (1) presenta estrés extremadamente severo.

Tabla 5.

Grupo de prevención primaria y secundaria en menopáusicas vulnerables a depresión, ansiedad y estrés, atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Grupo de prevención primaria y secundaria	Frecuencia	Porcentaje
SIN ALTERACIONES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS	16	29,6
CON ALTERACIONES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS	38	70,4
Total	54	100,0

Interpretación: De la tabla 4, el 48.1%, 44.4% y 53, 7% no presentan depresión, ansiedad, ni estrés este grupo es considerado en prevención primaria (29,6%), mientras que el 51.9%, 55.6% y 46.3% presentan depresión, ansiedad y estrés conformando el grupo de prevención secundaria (70.4%).

V. Discusión de resultados

La menopausia genera una serie de cambios físicos y emocionales, que pueden afectar la calidad de vida. Al cese hormonal ovárico se atribuye la funcionalidad del organismo de la mujer en esta etapa; pudiendo originar alteraciones como: depresión, ansiedad y estrés.

En la tabla 1, el 37% de las mujeres encuestadas tienen entre 45-48 años. Edades que cursan fisiológicamente con la disminución paulatina y cese total de la función ovárica, eso según la literatura médica se conoce como etapa de menopausia, sin embargo, la menopausia quirúrgica se puede presentar en cualquier edad por motivos que no son hormonales. Para Vázquez, Morfin y Motta (2010) definen con alcance más amplio la menopausia como cese permanente del periodo menstrual, que puede ocurrir en forma natural o inducida quirúrgicamente. Siendo de estas dos formas, la expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. De manera natural se presenta en mujeres entre los 45 y 55 años; en todos los casos pueden aparecer alteraciones psicoemocionales atribuidas a que los niveles de hormonas estrógeno y progesterona se reducen hasta su ausencia definitiva. Con esta información continuando con resultados obtenidos en el presente estudio, respecto al estado civil el 42,5% son casadas y el 5.5 % viudas. El estado civil puede influir en la aparición de alteraciones psicoemocionales en la menopausia, se considera que la mujer es el centro de la dinámica familiar, realiza roles de madre, esposa, hija y cuidadora Carmona A., Lucena, L. y Díaz, M. (2015). Las manifestaciones presentadas en la menopausia como cambio de carácter pueden alterar la dinámica familiar y las relaciones con los integrantes de la familia especialmente con la pareja desencadenando precozmente alteraciones psicoemocionales. La depresión en la menopausia altera la relación con el esposo y la familia porque la mujer presenta poco interés por actividades, no disfrutan las cosas que antes le producían placer, no tienen satisfacción de nada. (Fonseca, 2017, p.46). El 53,7% declaran haber culminado sus estudios secundarios y el 12.9% primaria y nivel técnico ambos con el mismo

porcentaje respectivamente. Al respecto, el estudio en menopáusicas Villanueva (2018), tuvo como grupo objetivo mujeres comprendidas entre 45 y 55 años, resaltó las características particulares de estas mujeres, el cual son predominantes el estado civil, conviviente 55.6% (25) y el nivel de estudios en su mayoría primarios 51.1% (23), dichos datos no tienen similitud con los hallazgos del presente estudio en la cual las menopáusicas que acuden a consulta externa, en minoría han reportado tener un nivel de estudios solo primario, contrastando con las que tienen secundaria completa (53.7%) en la mayoría. Por lo tanto, el nivel educativo representa influencia alguna en las alteraciones psicoemocionales. Asimismo, el 55.5 % proceden de la costa y el 5.5% de la selva y extranjeros respectivamente, la procedencia de lugares muy poblados como ciudades grandes a diferencia de las pequeñas pueden tener cierta influencia en la presencia de alteraciones psicoemocionales. Los datos sociodemográficos, pueden ser considerados factores protectores o de riesgo en la menopausia.

Respecto a los niveles de depresión. Patruno D, Manzo Z y Gonzales, M (2016), obtuvieron que la depresión en las peri menopáusicas fue de 43,8 %, y en las posmenopáusicas 27,3 % En las primeras, los niveles 65,6 % catalogadas como depresión moderada, el factor de riesgo para depresión en este grupo, fue grado de educación ($P=0,046$) entre otros, resultados similares al presente estudio, 53,7% declaró haber culminado sus estudios secundarios, y 20,4% presenta depresión entre leve y 5.6% severa , es decir que el nivel educativo puede ser considerado importante para la depresión, sorprende que las mujeres con secundaria completa constituyen el grupo mayoritario que presenta alteraciones psicoemocionales dentro de ellas depresión , lo que hace pensar, la necesidad de integrar en la formación básica regular conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva así como etapas por la que atraviesa la mujer. La menopausia: “no es un trastorno en sí mismo sino una etapa de la vida de la mujer, debido al cese de la actividad hormonal pueden producirse una

serie de alteraciones físicas y psicológicas sin llegar a ser patológicas en esta etapa” (Gutiérrez y Larroy, 2009,p.2). Las competencias del profesional enfermero orientado a prevención y protección de la población, facilitará implementar estrategias eminentemente preventivas, identificando grupos vulnerables, con enfoque de costo beneficio, es decir que no lleguen a patologías y complicaciones. Carmona A., Lucena, L. y Díaz, M. (2015) Educar y orientar a la mujer para satisfacer sus necesidades biopsicosociales en todas las etapas de su vida estrategia eminentemente preventiva, Se identificó déficits de autocuidado en mujeres en etapa posmenopáusica. Fonseca (2017) presenta los siguientes niveles de depresión: El 15% depresión leve, 6,02% moderada y el 0,6% severa, en otro estudio Patruno D, Manzo Z y Gonzales, M (2016) indica que el 47,4 % depresión moderada, 42,1 % intermitente, 7,9 % grave y 2,6 % extrema. Niveles muy similares hallados en el presente estudio: depresión leve 20.4%(11), 18.5% (10) depresión moderada, 5,6% (3) depresión severa y el 7.4% (4) depresión extremadamente severa; indicando que la depresión en niveles leve y moderado está que predomina, se presenta en porcentajes menores severo y extremo. La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo (OMS, 2019), En el estudio se observa predominio de depresión leve y moderada en la mayoría de las menopáusicas, niveles donde todavía no se observa alteraciones del pensamiento, episodios de angustia y llanto por motivos insignificantes, sentimientos de culpa, inutilidad, pensamientos o ideas de muerte (Salvador, 2008).

Los niveles de depresión extrema y extremadamente severa se presentan en minoría, pero para el personal profesional de enfermería este resultado mínimo es relevante para la detección precoz (prevención secundaria) de complicaciones potenciales (CP), relacionadas con niveles de depresión mencionados, donde el pensamientos o ideas de muerte se intensifica pudiendo llegar al suicidio. Finalmente, en la menopausia, en la mayoría que acude a consulta externa de ginecología se encontró niveles de depresión leve y moderada, El nivel extremadamente severo en aumento considerable, por lo que se recomienda medidas de

prevención primaria, captando grupos altamente vulnerables a depresión es decir menopáusicas que no presentan síntomas (screening o cribado por escala DASS-21) cuando acuden a consulta externa de ginecología.

Respecto a niveles de ansiedad, en resultados del presente estudio el 18.5% presentan un nivel de ansiedad leve y 11.2% ansiedad moderada, ambos grupos probablemente se encuentren iniciando la etapa menopáusica lo que implica tanto para los facultativos como para los profesionales enfermeros identificar precozmente la ansiedad. Así mismo, el 7.4% tiene ansiedad severa y el 18.5% ansiedad extremadamente severa. Llama la atención la polarización de la población con niveles leves y extremadamente severos, es decir que asisten a consulta de ginecología un gran número de menopáusicas de nivel de ansiedad que puede ser manejado con intervenciones preventivas y no llegar a niveles con complicaciones. El profesional de enfermería juega un papel muy importante en el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad en el primer nivel de atención, realizando tanto abordajes individuales como grupales, con técnicas que puedan ser implementadas en Atención Primaria (UETS, 2010). El estudio realizado por Valladolid 2017, obtuvo que el 53,0% representa nivel de ansiedad media, y 35,0% baja, resultados que no coinciden con hallazgos del presente estudio, agregando que la ansiedad en la menopausia se presenta con niveles desde leves hasta extremadamente severos, no se descarta un manejo preventivo a esta alteración, ya que nos permite en primer lugar y finalmente un porcentaje menor 12,0% evidencia un nivel de ansiedad estado alta, diferente al encontrado en la presente investigación con 18.5% ansiedad extremadamente severa. La edad cronológica, siendo entre los 45 y 59 años, periodo crítico que genera mayores síntomas relacionados a la ansiedad, lo cual afecta su condición psicofisiológica. Otro dato significativo es de Montenegro B y Yumiseva S, 2016 obtuvieron que el estado civil con mayor predominio, fue de casados (42.42%) que se describe con el grado de ansiedad que presentaban sus evaluados, información que tiene similitud y aproximaciones con el presente estudio. De acuerdo con la

base teórica, Las mujeres menopáusicas manifiestan un alto nivel de ansiedad debido a causas fisiológicas que generan miedo y pánico debido a los cambios hormonales (Castillo, 2015).

La ansiedad es una vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro (NANDA, 2019). De los estudios, muestra la presencia de ansiedad en diferentes niveles y son evaluados en dos aspectos específicos, coincide con los resultados del presente estudio en el que 18.5% (10) presentan un nivel de ansiedad leve, 11.2% (6) ansiedad moderada, 7.4% (4) ansiedad severa y el 18.5% (10) presentan ansiedad extremadamente severa. Al obtener los resultados, muestra que el 42,5% son casadas, el estado civil de las mujeres del presente estudio, fue significativo; por lo que se debe considerar que el estado civil en etapa menopáusica es factor de riesgo de alteraciones psicoemocionales como ansiedad. En cuanto a los niveles de ansiedad predomina leve y ansiedad extremadamente severa en la mayoría de menopáusicas observándose también niveles de ansiedad moderada y severa en minoría, siendo para el personal profesional de enfermería este resultado mínimo es muy relevante para la detección precoz (prevención secundaria) de complicaciones potenciales (CP), relacionadas con ansiedad.

Respecto a niveles de estrés, de los resultados del presente estudio se identifica que el 16.7% presentan un nivel de estrés leve, 12.9% estrés moderada y 14, 8% estrés severo, valores que preocupan por sus altas cifras presentados en la etapa menopáusica, sin ser menos importante que el 1.9% presenta estrés extremadamente severo, lo que requiere que el profesional de enfermería inicie la labor preventiva y la identificación oportuna de esta alteración en menopáusicas. Monterrosa et al. (2016), afirman “que, existe la presencia de correlación positiva y significativa entre estrés psicológico percibido y síntomas menopáusicos, en un grupo de mujeres en etapa de climaterio” (p.37). En otros estudios como

lo presenta Chilón S, 2021. El nivel de estrés fue leve 68% (30), seguido moderado 30% (13) en su mayoría. Otro aspecto importante a evaluar es la población estudiada pertenecían al personal de salud, Cabe mencionar que nuestra muestra fue de mujeres en etapa menopáusica, ello explicaría dichas diferencias. El estrés tiene lugar a desencadenar respuestas en el organismo, ello puede acompañarse por procesos fisiológicos que en conjunto inician una respuesta ante un estímulo estresor los cuales se manifiestan por “sudor de manos, palpitations, falta de aire, respiración suspirosa, contracturas y calambres musculares, insomnio, alergias, enrojecimiento de piel, verrugas y decaimiento” (Garay, 2005, p.61). De los resultados del presente estudio, fue un dato revelador, que el 61,1% (32) se desempeñan como ama de casa; por lo que se debe considerar que la ocupación de la mujer en etapa menopáusica es factor de riesgo de alteraciones psicoemocionales como estrés. Por lo tanto, niveles de estrés predomina leve y severa en la mayoría de las menopáusicas observándose también niveles de estrés moderada y estrés extremadamente severo en minoría, pero para el personal profesional de enfermería este resultado mínimo es muy relevante para la detección precoz (prevención secundaria) de complicaciones potenciales (CP), relacionadas con estrés.

De acuerdo con la identificación de grupos de prevención primaria y secundaria de depresión, ansiedad y estrés. Montenegro y Yumiseva, 2016 obtuvieron datos exactos, el 55,5% (100) poseen algún grado de depresión, 36.46% (66) ansiedad y seguido 9.94% (18) presentaron estrés; mientras que el 44.75% (81) no presentó depresión, 63.54% (115) ansiedad, 90.06% (163) no presentaron estrés, resultados que fueron obtenidos mediante la escala DASS-21. Sin embargo, solo fueron tomados en cuenta los valores de algún nivel de depresión, ansiedad y estrés. Lo cual muestra cierta similitud con el presente estudio donde identificó dos grupos de prevención: primaria que representa en su totalidad al 29,6% (mujeres que no presentaron depresión (48.1%), ansiedad (44,4%) y estrés (53,7%); mientras

que el 70.4% corresponde al G.P secundario (mujeres con depresión en un 51.9%, ansiedad 55,6% y estrés en un 46.3 %), dato relevante para el personal de enfermería, orienta la labor y/o accionar en la atención de nivel primario. Según la literatura médica, (OPS, 2011), señala que la prevención primaria, tiene el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo, aplicando medidas de protección y promoción de la salud. Prevención secundaria, tiene la finalidad de reducir la gravedad y/o consecuencias de la enfermedad mediante la detección temprana y tratamiento precoz. Por lo tanto, mediante la aplicación de la escala DASS-21 se logró identificar el grupo de prevención primaria, es decir mujeres que no presentan alteraciones; y el grupo de prevención secundaria, mujeres que presentan alteraciones de depresión, ansiedad y estrés en la etapa de menopausia.

V. Conclusiones

En relación a los niveles de depresión, predominó la depresión leve y moderada, el nivel extremadamente severo en ligero aumento; en menopáusicas que acuden a consulta externa de ginecología del Nacional Hipólito Unanue en el año 2019.

En relación a los niveles de ansiedad en menopáusicas que acuden a consulta externa de ginecología, destacó la ansiedad leve y extremadamente severa, niveles similares para estrés.

El nivel extremadamente severo en depresión y estrés es mínimo, llama la atención su incremento en ansiedad.

Se encontró menopáusicas que acuden a consulta externa de ginecología que no presentan ningún signo de alteración psicoemocional por screening o cribado por escala DASS-21 considerado grupo de prevención primaria; así mismo existe un grupo que presenta signos iniciales de depresión, ansiedad y estrés, consideradas grupo de prevención secundaria según historia natural de la enfermedad.

VI. Recomendaciones

Al jefe del establecimiento, implementar un programa de prevención primaria y secundaria específicamente para mujeres que atraviesan por la etapa de la menopausia dirigidos a fomentar mejor calidad de vida y evitar cuadros de depresión, ansiedad y estrés.

Los profesionales de enfermería del Hospital Nacional Hipólito Unanue deben fortalecer la promoción de la salud mental y desarrollar intervenciones de enfermería que ayuden a lograr un envejecimiento saludable a mujeres que se encuentran en la etapa menopáusica.

Las mujeres en edad menopáusica que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, deben prestar mayor importancia a su salud mental acudiendo a sus controles responsablemente.

Los futuros estudios sobre depresión, ansiedad y estrés deben estar dirigidos a identificar el nivel que presenta la mujer en la etapa de la menopausia, el cual proporciona a los profesionales de salud datos necesarios para poder intervenir y así esta población no tenga complicaciones a lo largo de su envejecimiento.

VII. Referencias

- Álvarez, J., Buriticá, N., Herrera, J., Ortiz, D. y Salazar, K. (2020). *Uso de la historia natural de la enfermedad como herramienta en la gestión de la patología laboral en Colombia* (1.a ed.). EIDEC. <https://doi.org/10.34893/na8w-qb04>.
- Amad Pastor, M., Cánovas Tomás, M. A., y Díaz García, I. (2017). ¿Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad?. *Enfermería Global*, 16(2), 389-405. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/259881>
- Atocha Abad, M. y Chiriboga Heredia, J. (2017). *Aplicación de la escala dass-21 para comparar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales de salud de dos hospitales públicos de segundo nivel, durante el periodo de Mayo a Junio de 2017* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13954/Atocha%20%26%20Chiriboga%2C%202017%2003-10-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ayala Peralta, F. (2020). Estrategias de manejo durante el climaterio y menopausia Guía práctica de atención rápida. *Revista Perú investigación materno perinatal*, 9(2), 52-66. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/204/200>
- Bonilla Fajardo, A. A. (2020). *Experiencias significativas del profesional de enfermería en la atención a personas con depresión* [Tesis de pregrado, Universidad de ciencias aplicadas y ambientales]. Recuperado de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/3752/1/BonillaFajardo.pdf>

- Castillo López, N. G. (2015). *Nivel de ansiedad en mujeres menopáusicas* [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar]. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/22/Castillo-Nattie.pdf>
- Claros Zambrano E, C. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía exploratoria, colostomía por fístula recto vaginal del Servicio de Recuperación Central de un hospital nacional de Lima* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión]. Recuperado de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1407/Estela_Trabajo_Acad%3a9mico_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Carranza Lira, S., y Palacios Ramírez, M. (2017). Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 56(6), 533-6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im186e.pdf>
- Carmona Romera, A., Lucena Prieto, L., y Díaz Domínguez, M. (2015). La matrona responde: ¿Terapias estrogénicas para la mejora de la incontinencia urinaria en periodo postmenopáusico?. *Fundación Index*. <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/456.pdf>
- Carvajal Lohr, A., Flores Ramos, M., Marin Montejó, S. y Morales Vidal, C. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Revista perinatología y reproducción humana*, 30(1), 39-45. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018753371600011X>
- Contreras Mendoza, I., Olivas Ugarte, L. y De la Cruz Valdiviano, C. (2020). Escalas abreviadas de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 8(1),

24-30. <https://es.scribd.com/document/507329704/Dialnet->

[EscalasAbreviadasDeDepresionAnsiedadYEstresDASS21-7802645](https://es.scribd.com/document/507329704/Dialnet-EscalasAbreviadasDeDepresionAnsiedadYEstresDASS21-7802645)

Chilon Díaz, J. (2021). Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en el personal del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante la pandemia covid-19, mayo – diciembre 2020 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Recuperado de https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4209/T016_46752656_T.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dorador González, M., y Orozco Calderón, G. (2018). Síntomas Psicológicos en la Transición Menopáusica. *Revista Chil Obstet Ginecol*, 83(3), 1-12. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300228

Enfermería actual. (s.f). Listado de diagnósticos NANDA. <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>

Fonseca Ortega, X. A. (2017). *Grados de depresión en mujeres en transición perimenopáusica y en menopausia en el Hospital Quito n-1 de la policía nacional en julio y agosto* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14074/Trabajo%20de%20Titulacion%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fraga Vallejo, M. (2020). Historia natural de la enfermedad. En M. A Valles Medina (Ed.), *modelos y teorías de salud pública* (pp. 2-91). D.R. 2019 Ana María Valles Medina. https://www.researchgate.net/profile/Ana-Valles-Medina/publication/339662890_Modelos_y_Teorias_de_Salud_Publica/links/5e5eba32a6fdccbeba1826a7/Modelos-y-Teorias-de-Salud-Publica.pdf#page=31

Garay López, J. C. (2005). *Niveles de depresión, autoestima, y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado amas de casa* [Tesis doctoral, Universidad Iberoamericana]. Recuperado de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014584/014584.pdf>

Grupo de Trabajo sobre GPC. (2010). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (UETS N° 2006/10)*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Gutiérrez Gómez, S., y Larroy García, C. (2009). Efectos a largo plazo de un programa de intervención cognitivo conductual en la sintomatología menopáusica: resultados de un estudio piloto. *Psicothema*, 21 (2), 1-15.
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4076/3930>

Heather Herdman, T. y Shigemi Kamitsuru. (2014). *NANDA International, Inc. NURSING DIAGNOSES: Definitions & Classification 2015–2017* (10.a ed.). Oxford: Wiley. Blackwell <http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/NANDA-Nursing-Diagnoses-2015-2017.pdf>

Heather Herdman, T. (2010). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Madrid: Elsevier España.
<https://www.worldcat.org/title/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2009-2011/oclc/777049148>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Estado de la población peruana 2020*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf

Jimbo Yopez, L. A., Carrasco Huaman, M. R., y Jimbo Mendoza, J. C. (2017).

Manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*, 2(1), 162-175. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/326/387>

Lachapell, J. (2019). Presencia de Comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristóbal, en el periodo septiembre-diciembre [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Henrique Ureña]. Recuperado de

<https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/1237/Presencia%20de%20comorbilidades%20en%20pacientes%20menopausica%20que%20acuden%20a%20la%20consulta%20del%20Centro%20de%20Atenci%3b3n%20Primaria%20%20Villegas%2c%20San%20Crist%3b3bal%2c%20en%20el%20periodo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lira, P. (2016). *Historia natural de la enfermedad*. Síntesis.

<https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/853-7-01-3-003>

Lopera Valle, J., Parada Pérez, A., Martínez Sánchez, L., Jaramillo-Jaramillo, L., y Rojas

Jiménez, S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-11.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi163j.pdf>

Lovibond, S. H., Lovivond P. F. y Psychology Foundation of Australia. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2.a ed.). Sydney, N.S.W: Psychology Foundation of Australia. <https://www.worldcat.org/title/manual-for-the-depression-anxiety-stress-scales/oclc/222009504>.

- Mesa Castro, N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Revista de enfermería ENE*, 13(3), 1-26. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/919/inteligencia-emocional>
- Montenegro Bolaños, B. F., y Yumiseva Marín, S. G. (2016). *Aplicación de la escala DASS-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del hospital de especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio- Agosto del 2016* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Recuperado de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13926/TESIS%20APLICACION%20ESCALA%20DASS_21.pdf?sequence=1&isAllowed=
- Monterrosa Castro, A., Salgado Madrid, M., y Mo Carrascal, J. (2016). Correlación entre síntomas menopáusicos y percepción de estrés en mujeres del caribe colombiano. *Revista medicina*, 38(112), 25-38. <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/112-3/1045>
- Nina Bonifacio, E. R. (2019). *Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Unanue de Tacna* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Recuperado de http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3838/1668_2019_nina_bonifacio_er_facm_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales, intervenciones efectivas y opciones políticas*. https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (4 de marzo 2020). Depresión. <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (30 de enero 2020). Depresión.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (19 de diciembre 2011). Una nutrición

saludable ayuda a sobrellevar la menopausia.

[https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1089:diciembre-19-2013&Itemid=972#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,%C3%A9rdida%20de%20la%20actividad%20ov%C3%A1rica%22.)

[1089:diciembre-19-](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1089:diciembre-19-2013&Itemid=972#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,%C3%A9rdida%20de%20la%20actividad%20ov%C3%A1rica%22.)

[diciembre-19-](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1089:diciembre-19-2013&Itemid=972#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,%C3%A9rdida%20de%20la%20actividad%20ov%C3%A1rica%22.)

[2013&Itemid=972#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,p](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1089:diciembre-19-2013&Itemid=972#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,%C3%A9rdida%20de%20la%20actividad%20ov%C3%A1rica%22.)

[%C3%A9rdida%20de%20la%20actividad%20ov%C3%A1rica%22.](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1089:diciembre-19-2013&Itemid=972#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,%C3%A9rdida%20de%20la%20actividad%20ov%C3%A1rica%22.)

Organización Mundial de la Salud. (28 de noviembre 2019). Trastornos mentales.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE)*.

[https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=858-mopece6&Itemid=688)

[y_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=858-mopece6&Itemid=688](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=858-mopece6&Itemid=688)

Patrino, D., Manzo, Z. y González Blanco, M. (2016). Depresión en la peri menopausia y en la posmenopausia. *Revista obstet. Ginecol. Venezuela*, 76(3), 176-181.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845597>

Pérez Perez, R., Medina Berragan, R. A. y Espericueta Medina, M. (2011). Respuestas adaptativas de mujeres en climaterio y menopausia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19 (3) ,123-126.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31764>

Peplau, H. E. (1 de Febrero de 1989). *Orientaciones futuras de la enfermería psiquiátrica desde la perspectiva de la historia*. Healio.

<https://journals.healio.com/doi/abs/10.3928/0279-3695-19890201-09>

- Rodríguez Landa, J., y Contreras Carlos, M. (1998). Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad. *Revista biomedic*, 9(3), 181-191.
https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema3/documentos/C9D_2.pdf
- Rosales Fernández, R. (2014). *Estrés y salud*. [Tesis de pregrado, Universidad de Jaén]. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/952/1/TFG_RosalesFern%C3%A1ndez,Rosaura.pdf
- Salvador Pichilingue, J. (2008). Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54(2) ,71-78.
<https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428188003.pdf>
- Torres Jiménez, A., y Torres Rincón, J. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61 (2), 51-58.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un182j.pdf>
- Vales, L. (2012). *Psicobiología del estrés- Manual de bases biológicas del comportamiento humano* (1.a ed). Comisión Sectorial de Enseñanza.<https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/10/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano.pdf>
- Valladolid Marcos, F. (2017). Ansiedad estado rasgo y estrategias de afrontamiento en pacientes mujeres en la etapa de menopausia [Tesis de maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1313/TESIS%20FIORELLA%20STHEFANY%20VALLADOLID%20MARCOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Valles Medina, A. (2019) . *Modelos y teorías de Salud Pública* (1.a ed). Universidad Autónoma de Baja California.
https://www.researchgate.net/publication/339662890_Modelos_y_Teorias_de_Salu

d Pública

- Vasquez Martinez, J., Morfin Martin, J. y Motta Martinez, E. (2010). Estudio del climaterio y la menopausia. http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/10-Estudio%20del%20climaterio%20y%20la%20menopausia.pdf
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Revista Arch Med Interna*, 33(1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Villanueva Carbonel, K. L. (2018). *Síntomas depresivos en mujeres en etapa de menopausia que concurren al consultorio de ginecología del hospital nacional hipólito unanue* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3041/UNFV_VILLANUEVA_CARBONEL_KATHERINE_LORENA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vega Rivera, N., López Rubalcava, C., Paez Martínez, N., Castro, M., y Estrada Camarena, E. (2013). Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. *Salud Mental*, 36(4), 1-6. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n4/v36n4a8.pdf>
- Voicu Balica, A., y Lasso Olayo, L. (2018). Plan de cuidados de enfermería para mujeres en etapa posmenopáusica en el ámbito rural de Zaragoza [Tesis de pregrado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/89230?ln=es>.

Anexo A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Valoración de depresión, ansiedad y estrés con escala DASS-21 e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología de un Hospital Nacional 2019”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLES	METODO
<p>¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y estrés detectado en la valoración con escala DASS-21, e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuáles son los niveles de depresión detectados en la valoración con escala DASS-21 en menopáusicas que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?</p>	<p>Determinar los niveles de depresión, ansiedad y estrés detectados en la valoración, con escala DASS-21, e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar niveles de depresión aplicando la escala DASS-21 en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Nivel de depresión, ansiedad y Estrés.</p> <p>Variable 2:</p> <p>Grupos de prevención primaria y secundaria</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Descriptivo, porque se obtendrá datos que explican detalladamente las características de cada unidad de estudio según las variables.</p> <p>Cuantitativo, implica el uso de herramientas estadísticas para obtener los resultados.</p> <p>Transversal, evalúa las variables una sola vez durante un determinado tiempo.</p> <p>Ámbito espacial y temporal</p> <p>El estudio se realizará en los meses de Agosto- Diciembre 2019 y se llevará a cabo en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>Población y muestra</p> <p>La población estará conformada por total de menopáusicas que fueron atendidas en los meses de enero a diciembre del 2018</p>

<p>¿Cuáles son los niveles de ansiedad detectados en la valoración con escala DASS-21 en menopáusicas, que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de estrés detectados en la valoración con escala DASS-21 en menopáusicas que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?</p> <p>¿Cuáles son los grupos de mujeres menopáusicas identificadas en prevención primaria y secundaria de depresión, ansiedad y estrés que acuden en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?</p>	<p>Identificar niveles de ansiedad aplicando la escala DASS-21 en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</p> <p>Identificar niveles de estrés aplicando la escala DASS -21 en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</p> <p>Identificar grupos de menopáusicas en prevención primaria y secundaria vulnerables a depresión, ansiedad y estrés, que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</p>		<p>(referencial para inferir la población N: 264) en el servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La muestra (n) fue de 54 menopáusicas, obtenida mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p style="text-align: center;">Instrumento</p> <p>Para la aplicación del presente estudio se hará uso de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). El cuestionario consta de 2 partes; la primera abarca datos generales tales como edad, grado de instrucción, ocupación, procedencia y estado civil. La segunda parte presenta el contenido del instrumento, formado por 21 afirmaciones, dividido en tres subescalas: depresión en 7 ítems (3,5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad en 7 ítems (2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés con 7 ítems (1,6, 8, 11, 12, 14 y 18) (Lovibond y Lovibond, 1995).</p> <p style="text-align: center;">Análisis de datos</p> <p>Descriptivos: obteniéndose las tablas y figuras estadísticas.</p>
--	---	--	---

Anexo B: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Nivel de depresión ansiedad y estrés.</p>	<p>La valoración de los niveles de depresión, ansiedad y estrés con la escala DASS-21 en mujeres menopáusicas que acuden al servicio de ginecología en un Hospital Nacional, servirá de base para la identificación de grupos de prevención primaria y de prevención secundaria; al aplicar la escala DASS-21 identificaremos si hay problemas de salud mental como estrés, ansiedad y depresión presentes en las mujeres menopáusicas y al medirlos con el instrumento DASS- 21 se valora en cada sub-escala como normal, o manifestación leve, moderada, severa y extremadamente severa, según la puntuación que obtenga la mujer menopáusica.</p>	<p>Depresión</p> <p>Baja afectividad positiva, que incluye tristeza, ausencia de positividad y entusiasmo y pérdida de iniciativa. (Lovibond y Lovibond, 1995).</p>	<p>3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.</p> <p>5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas.</p> <p>10. Sentí que no tenía nada que esperar.</p> <p>13. Me sentí muy triste</p> <p>16. No me pude entusiasmar con nada.</p> <p>17. Sentí que valía muy poco como persona.</p> <p>21. Sentí que la vida no tenía sentido.</p>	<p>Escala de depresión (DASS-21)</p> <p>0-4 normal</p> <p>5-6 depresión leve</p> <p>7-10 depresión moderada</p> <p>11-13 depresión severa</p> <p>14 a más depresión extremadamente severa.</p>

		<p>Ansiedad</p> <p>Tensión y agitación fisiológica, donde la respiración entrecortada, resequedad de boca, taquicardia, miedo, pánico, temblores, son algunos de los síntomas característicos que se pueden presentar. (Lovibond y Lovibond,1995)</p>	<p>2. Me di cuenta de que tenía la boca seca.</p> <p>4. Se me hizo difícil mantener la respiración.</p> <p>7. Sentí que mis manos temblaban</p> <p>9. Estaba preocupado por situaciones en las que podía entrar en pavor y hacer el ridículo.</p> <p>15. Sentí que estaba cerca del pánico.</p> <p>19. Sentí los latidos de mi corazón acelerados a pesar de no haber he ningún esfuerzo físico</p> <p>20. Sentí que estaba asustada sin ninguna razón</p>	<p>Escala de ansiedad (DASS-21)</p> <p>0-3 normal</p> <p>4-5 ansiedad leve</p> <p>6-7 ansiedad moderada</p> <p>8-9 ansiedad severa</p> <p>10 o más ansiedad extremadamente severa</p>
--	--	---	--	---

<p>Grupos de prevención primaria y secundaria</p>	<p>Es la clasificación de las mujeres en etapa de menopausia en dos grupos de prevención: primaria y secundaria</p>	<p>Estrés</p> <p>Estado persistente de sobre activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración. (Lovibond y Lovibond,1995)</p> <p>Primaria: Se considera a las mujeres en etapa de menopausia que acuden a consulta de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue que no presentan manifestaciones de: depresión, ansiedad y estrés.</p>	<p>1.Me costó relajarme.</p> <p>6. Reaccione exageradamente de manera negativa en ciertas situaciones.</p> <p>8. He sentido que estaba gastando mucha energía nerviosa.</p> <p>11. Sentí que me agitaba.</p> <p>12. Sentí que me resultó difícil relajarme.</p> <p>14. Fui intolerante a todo lo que no me permitía continuar con lo que estaba haciendo.</p> <p>18. Sentí que estaba muy irritable.</p> <p>Requiere de atención primaria</p>	<p>Escala de estrés (DASS-21)</p> <p>0-7 normal</p> <p>8-9 estrés leve</p> <p>10-12 estrés moderada</p> <p>13-16 estrés severo</p> <p>17 a más, estrés extremadamente severo</p> <p>1.- Si requiere de atención primaria.</p> <p>2.- No requiere de atención primaria.</p>
---	---	---	---	--

		<p>Secundaria: Se considera a las mujeres en etapa de menopausia que acuden a consulta de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue que presentan manifestaciones de: depresión, ansiedad y estrés.</p>	<p>Requiere de atención secundaria</p>	<p>1.- Si requiere de atención secundaria. 2.- No requiere de atención secundaria.</p>
--	--	---	--	--

Anexo C: CUESTIONARIO DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

“Valoración de depresión, ansiedad y estrés con escala DASS-21 e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en menopáusicas que acuden al servicio de ginecología de un Hospital Nacional 2019”

Instrumento diseñado por Lovibond S.H. & Lovibond, P.F. (1995) Adaptado por: Yajaira Loayza Tejada (2019), validado el 26 de julio de 2018.

CUESTIONARIO

I. Presentación:

Saludos señoras que asisten al servicio de ginecología, como se les explico en el consentimiento informado, este es el documento donde se anotará la información que usted proporcione y se mantendrá anónima y confidencial. Esperamos que nos responda con sinceridad,

II. Datos personales:

Edad: _____ Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____

Procedencia: _____ Estado civil: _____

III. Contenido:

A continuación, lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación DURANTE LA SEMANA PASADA.

- 0: No me ha ocurrido**
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo**
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo**
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo**

La escala de calificación es la siguiente

1.	Me costó relajarme.	0	1	2	3
2.	Me di cuenta de que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil mantener la respiración.	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	0	1	2	3
6.	Reaccione exageradamente de manera negativa en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando mucha energía nerviosa.	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las que podía entrar en pavor y hacer el ridículo.	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada que esperar	0	1	2	3
11.	Sentí que me agitaba.	0	1	2	3
12.	Sentí que me resultó difícil relajarme.	0	1	2	3
13.	Me sentí muy triste.	0	1	2	3
14.	Fui intolerante a todo lo que no me permitía continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba cerca del pánico.	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar con nada.	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón acelerados a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Sentí que estaba asustada sin ninguna razón.	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía sentido.	0	1	2	3

Anexo D: PRUEBA ESTADISTICA PARA LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

PRUEBA BINOMIAL AIKEN

RESULTADOS DE LOS PORCENTAJES DE VALORACION DE CADA JUEZ EXPERTO								
Criterios	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	PROMEDIO
CLARIDAD	80	80	80	80	80	80	100	82.85714286
OBJETIVIDAD	80	80	80	80	100	80	100	85.71428571
ACTUALIDAD	80	80	80	80	80	80	100	82.85714286
ORGANIZACIÓN	80	80	80	80	80	100	80	82.85714286
SUFICIENCIA	80	80	80	80	80	80	100	82.85714286
INTENCIONALIDAD	80	80	80	80	80	100	100	85.71428571
CONSISTENCIA	80	80	80	80	100	100	100	88.57142857
COHETRENCIA	80	80	80	80	100	80	80	82.85714286
METODOLOGIA	80	80	80	80	100	80	80	82.85714286
							Total	84.126984 13

Se consideró los resultados de siete jueces expertos, los cuales dieron los porcentajes de validez por cada uno de los indicadores (criterios) evaluados el porcentaje total de valoración resultó ser el 84.1%, porcentaje mayor al 70%, por lo tanto, la aplicabilidad es muy aceptable.

Anexo E: PRUEBA DE CONFIABILIDAD**ALFA DE CROMBASH**

Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, la cual constituye la aplicación del instrumento a 15 mujeres en etapa menopáusica. Los datos obtenidos fueron verificados mediante el alfa de Cronbach, haciendo uso del software SPSS Versión 25.

Variable	Alfa de Cronbach	Número de elementos	Confiabilidad
Nivel de depresión, ansiedad y estrés	,912	21	Aceptable

Se pudo determinar que el valor del alfa de Cronbach fue de = 0.912 valor que es considerado alto, por lo tanto, el instrumento es considerado ACEPTABLE y CONFIABLE para su aplicación.

Anexo F: Consentimiento informado

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres que están cursando por la edad menopaúsica y que acuden al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue a quienes se les invita a ser partícipes del presente estudio: “Valoración de depresión, ansiedad y estrés con escala DASS-21 e identificación de grupos de prevención primaria y secundaria en mujeres menopaúscas que acuden al servicio de ginecología de un Hospital Nacional 2019”.

Del presente estudio, le brindare información y le invitare a que sea participe. La importancia radica en que la Depresión, Ansiedad y Estrés son trastornos psicológicos que pueden presentarse en los cambios de ciclo vital por lo que se requiere identificar la presencia de estos trastornos en un grupo de mujeres en edad menopaúsica, entre los 45 y 55 años. Para esto se utilizará una encuesta validada y orientada en la clasificación de estos trastornos, su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, de esta manera usted puede elegir en participar o no; incluye el llenado de una encuesta Escala DASS 21 con preguntas dirigidas a las mujeres y su sintomatología psicosocial, se le explicará cada una de las preguntas. La información que recepcionare en este proyecto de investigación se mantendrá de manera confidencial. La información acerca de usted, que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino sólo los investigadores tendrán acceso a verla. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi estabilidad laboral.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____ Fecha _____
 He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el presente estudio y confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador Yajaira Loayza Tejada Firma del Investigador _____
 Fecha _____