

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE
OVARIO POLIQUÍSTICO ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN,
AÑO 2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
GREASE STEFANIA ATENCIO NUÑEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
MEDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESORA

Dra. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la perseverancia y ser mí fuerza para completar mi formación como profesional.

A mis padres por su amor infinito, su esfuerzo, su confianza y apoyo incondicional durante toda mi carrera.

A mi familia que siempre me brinda su amor y apoyo, especialmente porque depositaron su confianza en mí.

A mis maestros por sus enseñanzas y paciencia, durante toda esta etapa.

A mi asesora por su dedicación y respaldo para la realización de mi tesis.

DEDICATORIA

A mis padres, pilares de mi presente, pasado y futuro. Quienes son mi motor y motivo de lucha constante y perseverancia. A todas las personas que formaron parte de mi aprendizaje como profesional.

RESUMEN

El síndrome de ovario poliquístico afecta al 5-20% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Es un trastorno heterogéneo, con múltiples complejidades reproductivas, cosméticas y metabólicas. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico. **Materiales y métodos:** El estudio fue realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017; es una investigación enfoque cuantitativo, tipo no experimental, alcance descriptivo, transversal y prospectivo. Sin embargo, se realizó comparación de la frecuencia según las características sociodemográficas y clínica de la población, donde se hizo comparación de subgrupos. Se aplicó una encuesta, el inventario de depresión de Beck, a 79 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Estas pacientes fueron seleccionadas mediante un muestreo probabilístico simple. El procesamiento y análisis de datos fueron a través del programa Excel 2018 y SPSS. Se realizó análisis univariados y bivariados, para la comparación de subgrupos se empleó la prueba exacta de Fisher ($p < 0.05$). **Resultados:** La frecuencia de depresión fue 48%, estos resultados se encontraron en una población caracterizada por el 60% adulto, el 82% tienen nivel de instrucción secundaria, el 63% son convivientes y el 73% tienen el IMC sobrepeso. Esta frecuencia no varía de forma significativa según subgrupos estudiados. **Conclusión:** Se observó una alta frecuencia de depresión en pacientes con SOP en nuestro estudio y no hubo diferencias en los subgrupos comparativos.

Palabras Clave: Depresión; Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

ABSTRACT

Polycystic ovary syndrome affects 5-20% of women in reproductive age worldwide. It is a heterogeneous disorder, with multiple reproductive, cosmetic and metabolic complexities. **Objective:** To determine the frequency of depression in patients with polycystic ovarian syndrome. **Materials and methods:** The study was conducted at Daniel Alcides Carrión National Hospital, 2017; it is a research quantitative approach, non-experimental type, descriptive, transversal and prospective scope. However, a comparison was made of the frequency according to the sociodemographic and clinical characteristics of the population, where a comparison of subgroups was made. A survey, Beck's depression inventory, was applied to 79 patients who met the inclusion criteria. These patients were selected by simple probabilistic sampling. The processing and analysis of data were through the Excel 2018 program and SPSS. Univariate and bivariate analyzes were performed, for the comparison of subgroups Fisher's exact test was used ($p < 0.05$). **Results:** The frequency of depression was 48%, these results were found in a population characterized by 60% adult, 82% have a secondary level of education, 63% are cohabiting and 73% have an overweight BMI. This frequency does not vary significantly according to the subgroups studied. **Conclusions:** A high frequency of depression was observed in patients with PCOS in our study and there were no differences in the comparative subgroups.

Palabras Clave: Depression; Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)

PRESENTACIÓN

El síndrome de ovario poliquístico es un trastorno ginecológico de origen endocrino, con una prevalencia cada vez más alarmante entre las mujeres en edad reproductiva. Aunque no hay dudas sobre el impacto de sus síntomas en la salud mental de las mujeres involucradas, solo pocos estudios abordan los aspectos psicológicos o psiquiátricos de este trastorno ¹.

El síndrome de ovario poliquístico está asociado con muchos trastornos psiquiátricos. El trastorno psiquiátrico más común es la depresión, seguido de ansiedad generalizada ².

En el primer capítulo, se tratará acerca del problema con respecto a la presencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

En el segundo capítulo, se avoca a conocer estudios de investigación relacionados a aspectos psicológicos en síndrome de ovario poliquístico, al igual que los conceptos, cuadro clínico, diagnóstico, etc. Además, se describe las variables.

En el tercer capítulo, se describe investigación enfoque cuantitativo, tipo no experimental, alcance descriptivo, transversal y prospectivo. Asimismo, se realizó comparación de la frecuencia de depresión según las características sociodemográficas y clínica, en sub grupos. Por lo tanto, es un estudio descriptivo con pruebas analíticas. Se llevó a cabo en el Hospital Daniel Nacional Alcides Carrión, año 2017. Con una muestra de 79 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Se utilizó el inventario de depresión de Beck, se procesó y analizó los datos mediante el programa Excel y SPSS.

En el cuarto capítulo, se dará a conocer los resultados en tablas y gráficos; y la discusión.

En el quinto capítulo, se presenta las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESORA	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. OBJETIVOS.....	4
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.5. PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	5
2.2. BASE TEÓRICA	12
2.3. HIPÓTESIS.....	26
2.4. VARIABLES.....	26

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	28
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	28
3.3. POBLACIÓN POBLACION Y MUESTRA	28
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS...	30
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	31
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	32
4.2 DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	42
5.2 RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	53

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1	
Frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....	32
TABLA N° 2	
Distribución por etapas de vida de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....	33
TABLA N° 3	
Distribución por nivel de instrucción de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....	34
TABLA N° 4	
Distribución por estado civil de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....	35
TABLA N° 5	
Distribución por IMC de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....	36
TABLA N° 6	
Grado de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....	37
TABLA N° 7	
Frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico según característica sociodemográficas y clínica.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1

Frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....32

GRÁFICO N° 2

Distribución por etapas de vida de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....33

GRÁFICO N° 3

Distribución por nivel de instrucción de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....34

GRÁFICO N° 4

Distribución por estado civil de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.....35

GRÁFICO N° 5

Distribución por IMC de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico. 36

GRÁFICO N° 6

Grado de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico. .37

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: Operacionalización de variables.	54
ANEXO N° 2: Instrumento.	64
ANEXO N° 3: Validez de instrumento-consulta de expertos.	69
ANEXO N° 4: Matriz de consistencia	71
ANEXO N° 5: Solicitud para aplicación de proyecto de tesis presentado al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.	74
ANEXO N° 6: Oficio presentado por el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.	75
ANEXO N° 7: Permiso para la aplicación del proyecto por el jefe del departamento de jefatura de Gineco-Obstetricia.	76
ANEXO N° 8: Consentimiento informado.	77

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información sobre los aspectos psicológicos en pacientes con síndrome de ovario poliquístico en nuestro país es insuficiente, la mayoría de la literatura científica ha utilizado un enfoque médico para analizar el trastorno y solo pocos estudios han investigado sus factores psicológicos predisponente, debido a que se han enfocado fundamentalmente en los aspectos biológicos y fisiológicos, a pesar de que existe una afectación psicológica ².

El síndrome de ovario poliquístico es una patología que se ha relacionado a la depresión, el estrés, la ansiedad, la insatisfacción de la apariencia corporal, trastornos de la alimentación y sexuales, las mujeres que la padecen se ven perturbadas por las manifestaciones cutáneas, infertilidad y la obesidad, haciéndoles sentir una pérdida de la personalidad femenina y afectando su calidad de vida ³.

Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico han aumentado significativamente las probabilidades de síntomas a moderados y severos de depresión y ansiedad, independientemente de la obesidad, y los síntomas asociada con la edad ⁴.

Síndrome de ovario poliquístico reduce significativamente la calidad de vida asociada con la salud en las adolescentes y adultas jóvenes ⁵.

Al margen de lo mencionado, los trastornos psicológicos en el síndrome de ovario poliquístico han sido pocas veces estudiados y muchas veces postergados. Es por ello, frente a la necesidad de clarificar conocimientos actuales sobre el binomio síndrome de ovario poliquístico - salud mental.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de depresión en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Daniel Nacional Alcides Carrión, año 2017?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017?
- ¿Cuál es el grado de depresión que presentan las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de depresión según características sociodemográficas y clínicas en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

Las razones y motivos por las que se desarrolla el presente trabajo son porque el síndrome de ovario poliquístico afecta al 5-20% de la población de mujeres. La etiología se desconoce aún, pero se cree que es el resultado de interacciones complejas entre factores genéticos, conductuales y ambientales. El espectro de sus síntomas, como el hirsutismo, los problemas de la piel, la obesidad, acné y finalmente la infertilidad, tiene un gran impacto negativo en el funcionamiento psicológico e interpersonal de los individuos. Los síntomas pueden conducir a un deterioro significativo en la calidad de vida, ser altamente estresantes y afectar negativamente el bienestar psicológico. El síndrome de ovario poliquístico puede ser un factor que

favorezca potencialmente a la aparición de trastornos del estado de ánimo y depresión⁶.

Es el trastorno endocrino más común en mujeres en edad reproductiva, estudios han informado que las mujeres que padecen esta patología tienen mayores probabilidades de síntomas depresivos (OR 3,78, IC 95%) y síntomas de ansiedad (OR 5.62, IC 95%), y puede estar relacionado con los cambios en la apariencia física⁷.

La prevalencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico es elevada (23%), el desarrollo de este trastorno psicológico se considera multifactorial⁸.

Justificación práctica

La importancia del trabajo de investigación radica en promover la significación de los aspectos psicológicos y la determinación de la frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico; ya que la depresión suele ser ignorada por los familiares e inclusive por los médicos, lo cual retarda el tratamiento adecuado y puede afectar la calidad de vida de las pacientes que la padecen.

Justificación metodológica

Para lograr el objetivo del trabajo de investigación se utilizó la encuesta como técnica de instrumento, aplicando el inventario de depresión de Beck, para identificar la frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico, el inventario está compuesto por elementos relacionados con síntomas depresivos como: tristeza y la irritabilidad, cognitivos como: culpa, y síntomas físicos como: fatiga y pérdida de peso. Así los resultados obtenidos se apoyan en una técnica de investigación validada.

Justificación económica social

El trabajo de investigación aportara la información necesaria para determinar la frecuencia de depresión en las pacientes con síndrome de ovario

poliquístico y así la parte médica tenga en cuenta el aspecto psicológico para un diagnóstico temprano. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye significativamente a la carga mundial de la enfermedad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de depresión en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes con el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.
- Conocer el grado de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.
- Identificar la frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017 según características sociodemográficas y clínicas.

1.5. PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo de investigación es obtener el título profesional en la carrera de medicina humana. Así mismo determinar la frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico con la finalidad que se tenga en cuenta la importancia del aspecto psicológico en dicha enfermedad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Hussain A et al (2015) elaboraron un estudio, "Prevalence of psychiatric disorders in patients with a diagnosis of polycystic ovary syndrome in kashmir", con el objetivo de investigar la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre mujeres en tratamiento ambulatorio con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. Se evaluaron 110 pacientes usando el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales, Criterios de la Cuarta Edición por medio de Mini International Neuropsychiatric Interview, el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico se confirmó de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud / Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano y 40 sujetos sin dicha patología que fueron emparejados por edad e índice de masa corporal se tomaron como un grupo de comparación. El 23% de los casos tuvo trastorno depresivo en comparación con 7,5% de los controles, 1,8% tenían distimia, 15,45% tienen trastorno de pánico en comparación con 5% de los controles, 6,36% tienen trastorno obsesivo compulsivo en comparación con 2,5% de los controles, 8% de casos tenía tendencias suicidas, el 2,72% de los casos eran trastorno afectivo bipolar y el 15,45% tenía trastorno de ansiedad generalizada. Concluyeron que la prevalencia de trastornos mentales es alta, especialmente de depresión, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada⁷.

Annagür et al (2015) llevaron a cabo un estudio, "Psychiatric comorbidity in women with polycystic ovary syndrome", con el objetivo de determinar la existencia de trastornos psiquiátricos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico, también examinar si existe una asociación entre los trastornos psiquiátricos, la resistencia a la insulina y el índice de masa corporal. Participaron 88 mujeres con el diagnóstico, se realizaron entrevistas clínicas estructuradas para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Después de las evaluaciones psiquiátricas, se obtuvieron las

muestras de sangre. Obtuvieron como resultados que la prevalencia trastornos psiquiátricos fue de 50% (n = 44). El trastorno psiquiátrico más común e importante fue la depresión (33%), seguido de ansiedad generalizada trastorno (13,6%) y trastornos de atracones (6,8%). No encontraron diferencias significativas en el índice de masa corporal y las puntuaciones del índice de resistencia a la insulina entre las mujeres con y sin trastornos psiquiátricos. Concluyeron que un considerable número de mujeres con síndrome de ovario poliquístico experimentan un trastorno psiquiátrico durante su vida ⁸.

Cooney LG et al (2017), "High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis", investigaron la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en pacientes con síndrome de ovario poliquístico realizando una revisión sistemática integral en Ovid, Embase, PsychInfo y Cochrane hasta enero de 2016 e incluyó 30 estudios transversales, que representan 3050 sujetos con síndrome de ovario poliquístico y 3858 controles, de 10 países diferentes. El metanálisis sobre síntomas depresivos incluyó 18 estudios y el sobre síntomas de ansiedad incluyó 9 estudios. Los estudios incluyeron mujeres adultas con síndrome de ovario poliquístico, definidas por los Institutos Nacionales de Salud o los criterios de Rotterdam, y un grupo de control sin síndrome de ovario poliquístico. Se encontró que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tuvieron mayores probabilidades de presentar síntomas depresivos (OR: 3,78; IC del 95%: 3,03-4,72; 18 estudios) y de síntomas depresivos moderados / severos (OR: 4,18; IC del 95%: 2,68 a 6,52; 11 estudios), y probabilidades de síntomas de ansiedad (OR: 5,62, IC 95%: 3,22-9,80, nueve estudios) y de síntomas de ansiedad moderada / grave (OR: 6,55; IC del 95%: 2,87; 14,93; cinco estudios) además se emparejaron con el índice de masa corporal, probabilidades de presentar síntomas depresivos (OR: 3,25; IC del 95%: 1,73-6,09; cuatro estudios) y de ansiedad (OR: 6,30, IC del 95%: 1,88-21,09; tres estudios). Concluyeron que el diagnóstico de

síndrome de ovario poliquístico se asocia con un mayor riesgo de síntomas depresivos y de ansiedades⁹.

Suneet Kumar U et al (2016) realizaron un estudio, "Prevalence of anxiety and depression in polycystic ovarian syndrome" con el objetivo de evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico. Estudio observacional transversal, donde participaron 200 pacientes del departamento de ginecología, Instituto de Ciencias e Investigación Médica del Gobierno de VCSG, Uttarakhand, India. La edad media fue de 25,42 (3,68) y la mayoría de las mujeres tenía un nivel educativo de 10-12 años, el 28% (56) demostraron puntuaciones de ansiedad aumentadas (subescala de ansiedad HADS ≥ 11) y 11% (22) mostraron puntuaciones de depresión aumentadas (subescala de depresión HADS ≥ 11) además hubo un 17% (34) que obtuvieron puntajes por encima del límite para las subescalas de ansiedad y depresión. Concluyeron que las pacientes con síndrome de ovario poliquístico tienen una alta prevalencia de ansiedad y depresión¹⁰.

Karjula S et al (2017) elaboraron una investigación, "Psychological Distress Is More Prevalent in Fertile Age and Premenopausal Women With PCOS Symptoms: 15-Year Follow-Up, con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad / depresión y su coexistencia en mujeres con síntomas relacionados con PCOS / a los 31 y 46 años, así mismo evaluaron los roles de la obesidad, el hiperandrogenismo y la conciencia del síndrome de ovario poliquístico sobre la angustia psicológica. Participaron mujeres de 31 años: 2188 asintomáticos (controles), 331 con algomenorrea, 323 con hirsutismo y 125 con síndrome de ovario poliquístico; mujeres de 46 años: 1576 controles, 239 algomenorrea, 231 hirsutismo y 85 síndrome de ovario poliquístico. Obtuvieron como resultados que los síntomas de ansiedad y / o depresión, su coexistencia y la tasa de depresión se incrementan a las edades de 31 y 46 en mujeres con síndrome de ovario poliquístico o hirsutismo aislado en comparación con los controles, además un IMC elevado o hiperandrogenismo

no se asoció con un aumento de los síntomas de ansiedad o depresión y la conciencia del síndrome de ovario poliquístico se asoció con un aumento de la ansiedad. Concluyeron que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico o hirsutismo aislada presentan con mayor frecuencia síntomas de ansiedad y /o depresión y su coexistencia, y un IMC alto o hiperandrogenismo no provocó angustia psicológica en síndrome de ovario poliquístico ¹¹.

Tan J et al (2017) llevaron a cabo un estudio, "Increased Risk of Psychiatric Disorders in Women with Polycystic Ovary Syndrome in Southwest China", con el objetivo de determinar si los pacientes con síndrome de ovario poliquístico presentan peor salud mental en comparación con mujeres sanas de la misma edad y sin el diagnóstico. Inscribieron a 120 pacientes ambulatorios con síndrome de ovario poliquístico y 100 controles sanos, así mismo administraron cuestionarios estandarizados para evaluar condiciones generales de salud mental (cuestionario de salud general-versión de 12 ítems), ansiedad (inventario de ansiedad estado-rasgo), la calidad de vida asociada con la salud (encuesta de salud de formato corto de 36 ítems) y depresión (inventario de depresión de Beck). La prevalencia de ansiedad (13.3% vs. 2.0%) y depresión (27.5% vs. 3.0%) fue mayor en pacientes con síndrome de ovario poliquístico en comparación con los controles (ambos $p < 0.05$). Las pacientes con síndrome de ovario poliquístico tuvieron disminución de la calidad de vida asociada con la salud. Las pacientes con síndrome de ovario poliquístico que tenían requisitos de fertilidad tenían más probabilidades de estar ansiosos y deprimidos que aquellos sin requisitos de fertilidad (ansiedad: 22.6% [12/53] vs. 5.9% [4/67], $\chi^2 = 7.117$, $P = 0.008$; depresión: 37.7% (20/53) vs. 19.4% (13/67), $\chi^2 = 4.988$, $P = 0.026$). Concluyeron que el síndrome de ovario poliquístico y sus síntomas relacionados pueden ser factores de riesgo de depresión y ansiedad ¹².

Gómez-Acosta C et al (2015) desarrollaron un estudio, "El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos", con el objetivo de detallar este trastorno endocrinólogo y su asociación con factores psicológicos. En forma

retrospectiva efectuaron una revisión de 54 artículos difundidos desde el 2002, derivados de las bases de datos MedLine, Proquest, PsyArticles, Springer Journal y ScienceDirect. El resultado de la investigación determinó que el síndrome de ovario poliquístico es un trastorno multifactorial que se ha ligado a la depresión, la insatisfacción de la figura corporal, el estrés, la ansiedad, trastornos de la alimentación y sexuales, calidad de vida y el bienestar psicológico; la coocurrencia de este tipo de manifestaciones psicológicas favorece la circunstancia somática en mención. Concluyeron que el abordaje psicológico puede cooperar en las medidas preventivas y terapéuticas que favorecerán en el tratamiento y bienestar del subjetivo ¹³.

Hart R et al (2015) elaboraron un estudio, "The potential implications of a PCOS diagnosis on a woman's long-term health using data linkage", con el objetivo determinar la tasa de ingresos hospitalarios para mujeres con síndrome de ovario poliquístico en la población de Australia Occidental en comparación con las mujeres sin dicho trastorno. Estudio de cohorte retrospectivo, participaron un total de 2.666 mujeres con síndrome de ovario poliquístico hospitalizadas entre 1997 - 2011 y 25.660 mujeres de la misma edad seleccionadas al azar sin el diagnóstico. Los motivos de ingreso hospitalario fueron: diagnóstico de diabetes de inicio en adultos (12,5 vs 3,8%), obesidad (16,0 vs 3,7%), hipertensión trastorno (3,8 frente a 0,7%), cardiopatía isquémica (0,8 frente a 0,2%), enfermedad cerebrovascular (0,6 frente a 0,2%), enfermedad arterial y venosa (0,5 frente a 0,2% y 10,4 frente a 5,6%, respectivamente), asma (10,6 frente a 4,5 %), estrés / ansiedad (14.0 vs 5.9%), depresión (9.8 vs 4.3%), admisiones lícitas / relacionadas con drogas ilícitas (8.8 vs 4.5%) y autolesiones (7.2 vs 2.9%) ¹⁴.

Cesta CE et al (2016) realizaron un estudio, "Polycystic ovary syndrome and psychiatric disorders: co-morbidity and heritability in a nationwide Swedish cohort", con el objetivo de investigar el alto riesgo de comorbilidad psiquiátrica entre las mujeres con síndrome de ovario poliquístico, así como en sus hermanos, para dilucidar si los factores familiares subyacen a cualquier

asociación. Participaron todas las mujeres diagnosticadas con síndrome de ovario poliquístico entre 1990 y 2013 (n = 24,385), sus hermanos completos (n = 25,921), más los individuos emparejados (1: 10/100) de la población general y sus integrantes hermano. Identificaron diagnósticos de trastornos psiquiátricos que incluyen esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastorno de la personalidad y la identidad de género, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tics e intento de suicidio. Obtuvieron como resultado que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tenían una mayor probabilidad de tener al menos un trastorno psiquiátrico (OR = 1.56 [95CI%, 1.51-1.61]). Concluyeron que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tienen un riesgo significativamente mayor de bulimia, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos de la personalidad ¹⁵.

Martino PL et al (2015) llevaron a cabo una investigación, “Síndrome de ovario poliquístico: una revisión de sus correlatos patológicos en el ánimo y en el rendimiento cognitivo”, con el objetivo de averiguar la prevalencia de dificultades anímicas y cognitivas en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. Revisaron estudios publicados en Pubmed y Sciencedirect durante el periodo de 2006-2015. Obtuvieron como resultado que las mujeres que padecen este trastorno endocrinológico son más vulnerabilidad de presentar trastornos de ansiedad y síntomas depresivos. Concluyeron mediante la revisión realizada que presuntos compromisos comportamentales asociados al síndrome de ovario poliquístico serían resultado de una mezcla de factores biológicos, psicosociales y culturales ¹⁶.

Ozcan Dag Z et al (2015) realizaron un estudio, “Personality profile in patients with polycystic ovary syndrome. Gynecol Endocrinol”, con el objetivo de Investigar los rasgos de personalidad de pacientes con síndrome de ovario poliquístico; participaron 49 pacientes con el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico y 34 controles. La evaluación psicométrica la realizaron

mediante el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. Además, se realizaron Short Form-36 (SF-36) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Los resultados obtenidos fueron que las pacientes con síndrome de ovario poliquístico tenían puntaje elevado y clínico significativamente más altos en la depresión, la histeria, la psiquesténia y la hipomanía en comparación con los controles. Las pacientes con síndrome de ovario poliquístico tuvieron puntajes de resumen de salud física y mental SF-36 más bajos y puntuaciones más altas en la subescala de ansiedad y depresión de HADS. Concluyeron que las pacientes con síndrome de ovario poliquístico pueden coincidir con rasgos de personalidad depresivos, histéricos, psicasténicos e hipomaníacos¹⁷.

Klimczak D et al (2015) llevaron a cabo un estudio, "Depression in relation to biochemical parameters and age in women with polycystic ovary syndrome", con el objetivo de determinar si los cambios en los parámetros bioquímicos asociados con la edad de las pacientes se correlacionan con la severidad de la depresión. Estudio observacional de un solo centro, analizaron los parámetros hormonales y clínicos que incluyen: síntomas de hiperandrogenismo, edad, IMC, andrógenos y lípidos en 60 pacientes (mediana de edad 27, IMC medio 23 kg / m²) junto con evaluación de síntomas depresivos con el Inventario de Depresión de Beck. La prevalencia de depresión fue igual al 22-33% según el instrumento aplicado. Asimismo, la prevalencia de depresión fue mayor en el grupo de pacientes mayores, sin embargo, sin significación estadística. En el estudio de cohorte en el grupo pacientes jóvenes (edad <27, n = 28) los únicos correlatos significativos incluyeron IMC y circunferencia de cintura. Concluyeron que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico que padecen síntomas depresivos presentan niveles elevados de andrógenos y lípidos¹⁸.

2.2. BASE TEÓRICA

La depresión es un trastorno de gran importancia para la salud pública. En 2012, se estimó que la depresión afecta a 350 millones de personas en todo el mundo. En diferentes países, la prevalencia de la depresión fue diferente. El diagnóstico temprano y el tratamiento reducen significativamente la incidencia de morbilidad y mortalidad ¹⁸. Está bien establecido que la depresión está asociada con una extensa variedad de trastornos crónicos de la salud física, y que tiene un impacto negativo en el resultado a largo plazo de estas condiciones. Aunque es ampliamente aceptado que la relación entre los trastornos crónicos de la salud física y la depresión es bidireccional ¹⁹.

El concepto depresión puede emplearse de varias maneras, lo que puede ser enredado; la depresión puede referirse a un ²⁰:

- Estado de ánimo, como lo indican los estados de tristeza, desesperación, vacío, ansiedad, desesperanza o desaliento; no tener sentimientos; o que parece lloroso. El estado de ánimo deprimido (disfórico) puede ser habitual o un síntoma de un trastorno médico o un síndrome psicopatológico ²⁰.
- Síndrome, que es un conjunto de síntomas y signos que pueden abarcar un estado de ánimo deprimido. Los síndromes depresivos que típicamente se encuentran son depresión menor, depresión mayor o distimia ²⁰.
- Trastorno mental que determina una condición clínica distinta. Como ejemplo, el síndrome de depresión mayor puede ocurrir en varios trastornos, como la depresión mayor unipolar (también llamada "trastorno depresivo mayor"), el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos y el trastorno depresivo debido a una condición médica ²⁰.

Patogenia

La depresión ocurre más a menudo en pacientes con factores de riesgo específicos. Estos factores múltiples e interactivos constituyen tres amplias vías para desarrollar la enfermedad ²¹:

Factores de internalización ²¹:

- Genética
- Neuroticismo
- Baja autoestima
- Trastorno de ansiedad de inicio temprano
- Historial de depresión mayor

Factores de externalización ²¹:

- Mal uso de sustancia
- Desorden de conducta

Adversidad ²¹:

- Trauma durante la infancia o la edad adulta
- Acontecimientos estresantes de la vida en el año pasado
- Pérdida de los padres
- Baja calidez parental
- Historia del divorcio
- Problemas conyugales
- Bajo apoyo social
- Baja educación

Depresión secundaria: varios trastornos médicos generales y medicamentos están asociados con la depresión. La asociación puede deberse al proceso de la enfermedad o a una alteración del funcionamiento y la discapacidad que surge del trastorno médico general ²¹.

Los trastornos médicos generales que están asociados con la depresión incluyen ²¹:

- Trastornos neurológicos.
- Trastornos infecciosos.
- Enfermedad cardíaca.
- Trastornos endocrinos y metabólicos.
- Trastornos inflamatorios.
- Trastornos neoplásicos.

Los medicamentos que están asociados con los síndromes depresivos incluyen ²¹:

- Glucocorticoides
- Interferones

Cuadro clínico

La depresión puede presentar los siguientes síntomas ²²:

Estado de ánimo deprimido (disforia): Es una característica esencial de la depresión mayor unipolar y del trastorno depresivo persistente (distimia). La disforia puede tomar muchas formas, como sentirse triste, desesperanzado, desanimado, azul o deprimido. Los pacientes que parecen tristes pueden inicialmente negar la tristeza y afirmar que se sienten ansiosos. Además, produce frustración, irritabilidad, enojo u hostilidad ²².

Pérdida de interés o placer (anhedonia): La pérdida de interés o placer en actividades antes placenteras también es un síntoma cardinal de la depresión. Los pacientes experimentan eventos, pasatiempos y actividades con menos interés o diversión, y pueden informar que ya no les importa. Los pacientes pueden retirarse o perder interés en sus amigos, y la libido o el interés en el sexo también pueden disminuir ²².

Cambio en el apetito o el peso: El apetito y el peso pueden disminuir o aumentar en la depresión. Algunos pacientes tienen que obligarse a comer, mientras que otros comen más ²².

Alteración del sueño: La alteración del sueño ocurre con frecuencia. Los problemas con el sueño se manifiestan como insomnio o hipersomnias ²²:

- Insomnio inicial: dificultad para dormir.
- Insomnio medio: Despertarse en el medio de la noche, con dificultad para volver a dormir.
- Insomnio terminal: Despertarse antes de lo habitual y permanecer despierto.
- Hipersomnias: Sueño nocturno prolongado o sueño diurno.

Muchos pacientes deprimidos describen su sueño como no reparador y reportan dificultad para levantarse de la cama por la mañana.

Fatiga o pérdida de energía: La falta de energía (anergia) se describe como cansancio, agotamiento y apático. Los pacientes pueden sentir la necesidad de descansar durante el día, experimentar pesadez en sus extremidades o sentir que es difícil iniciar o completar actividades ²².

Disfunción neurocognitiva: La depresión puede manifestarse con una capacidad limitada para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Los pacientes también pueden aparecer fácilmente distraídos o quejarse de dificultades de memoria. La disfunción neurocognitiva en la depresión es generalmente leve y se caracteriza por un mayor número de quejas subjetivas en lugar de hallazgos objetivos, la depresión mayor se caracteriza por déficits en ²²:

- Atención.
- Concentración.
- Flexibilidad cognitiva (concepto o cambio de conjunto).

- Función ejecutiva (por ejemplo, planificación, resolución de problemas, razonamiento e impulsividad).
- Velocidad de procesamiento de la información.
- Memoria.
- Fluidez verbal.
- Conocimiento social.

Agitación o retraso psicomotor: los episodios depresivos mayores pueden incluir trastornos psicomotores ²²:

- Agitación: Actividad motora excesiva que generalmente no es productiva, es repetitiva y está acompañada por una sensación de tensión interior; como por ejemplo escurrimiento de manos, marcapasos e inquietud.
- Retraso: Ralentización generalizada de los movimientos corporales, el pensamiento o el habla. El volumen, la cantidad y la inflexión del habla pueden disminuir, con un aumento de la latencia en las preguntas de respuesta.

Las alteraciones psicomotoras son menos comunes que otros síntomas, pero indican que el paciente está más gravemente enfermo.

Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva: Las autopercepciones de los pacientes deprimidos pueden estar marcadas por sentimientos de inadecuación, inferioridad, fracaso, inutilidad y culpabilidad. La inutilidad y la culpa se manifiestan con la interpretación errónea de eventos neutrales o pequeños contratiempos como evidencia de fallas personales ²².

Ideación y comportamiento suicida: Los pacientes deprimidos pueden experimentar pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, y pueden intentar suicidarse. La ideación suicida puede ser pasiva, con pensamientos de que no vale la pena vivir o que otros estarían mejor si estuviera muerto. Por el contrario, la ideación suicida activa está marcada por pensamientos de

querer morir o suicidarse e indica que el paciente está gravemente enfermo. Además, puede haber planes de suicidio, actos preparatorios e intentos de suicidio. Esta ideación se incrementa por la desesperanza generalizada y la conclusión de que el suicidio es la única opción para escapar del dolor emocional ²².

Evaluación

Los trastornos depresivos se definen mediante criterios sindrómicos, por lo que el diagnóstico depende de la historia clínica y el examen. La mayoría de las escalas de gravedad de los síntomas utilizadas en el cribado de la depresión no proporcionan un diagnóstico, y, en cualquier caso, es necesaria una entrevista clínica para aclarar qué trastorno depresivo está presente y abordar el diagnóstico diferencial ²³.

Historia de la enfermedad actual: La historia es el componente más importante de la evaluación. La historia debe obtenerse del paciente y a menudo puede involucrar a otros, como miembros de la familia u otros médicos ²³.

- Establecer la presencia de síntomas depresivos
- Determine la cronología de los síntomas depresivos actuales y cualquier historial previo de episodios depresivos y su curso y tratamiento.
- Determinar el impacto del episodio depresivo sobre el funcionamiento ocupacional e interpersonal.
- Obtener factores de alivio o agravantes, incluidos los eventos estresantes de la vida y las circunstancias sociales u ocupacionales.
- Dirigir la comorbilidad: Psiquiátrico y/o trastornos médicos generales.
- Riesgo de suicidio: a todos los pacientes deprimidos se les debe consultar específicamente sobre la ideación y el comportamiento suicida.

Antecedentes familiares: Una historia familiar puede conferir un mayor riesgo de trastornos o suicidio particulares; por lo tanto, se le debe preguntar al paciente sobre un historial familiar de depresión, suicidio, psicosis y trastorno bipolar ²³.

Historia social: La evaluación incluye estresores interpersonales, ocupacionales o financieros y el contexto de la presentación clínica. Además, la historia social puede identificar posibles fuentes de apoyo que pueden ser reclutadas para el tratamiento ²³.

Examen del estado mental: El examen del estado mental complementa la historia mediante la observación de la presencia de signos de depresión, incluyendo alteraciones en la cognición, la actividad psicomotora y pensamientos suicidas ²³.

Instrumentos de screening: Apuntan a la evaluación sintomática del paciente dentro de un marco temporal, permitiendo la gradación de cada uno y obteniendo un puntaje final. Las revisiones sistemáticas que evalúan el rendimiento de los cuestionarios de detección en los entornos de atención primaria encontraron que la sensibilidad es demasiado baja (32%) si solo se plantea una sola pregunta sobre la depresión. Sin embargo, los cuestionarios cortos que varían de 2 a 10 preguntas funcionan bien. En un metanálisis de instrumentos de cribado, la mediana de sensibilidad y especificidad de los instrumentos fue del 85 y 74 por ciento, respectivamente, sin una diferencia significativa en el rendimiento entre los instrumentos ²⁴.

Los instrumentos de detección cortos incluyen:

- Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9).
- Cuestionario de salud del paciente-2 (PHQ-2).
- 5-Item Organización Mundial de la Salud Bien -Indicando índice (WHO-5).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI).

PHQ-9: El PHQ-9 es algo más preciso que otras pantallas (sensibilidad 88%, especificidad 88%) y es útil para controlar la respuesta del paciente al tratamiento. El PHQ-9 se puntúa de 0 a 27, con puntajes ≥ 10 que indican un posible trastorno depresivo. También incluye una pregunta para evaluar si los síntomas depresivos están deteriorando la función, un criterio clave para establecer un diagnóstico basado en el DSM. Al igual que otros cuestionarios de detección, el PHQ-9 no es lo suficientemente preciso como para establecer un diagnóstico definitivo de depresión. Los puntajes que excedan el umbral para una pantalla positiva deben provocar una evaluación de diagnóstico cuidadosa. El PHQ-9 se puede usar para controlar la respuesta al tratamiento ²⁴.

PHQ-2: El PHQ-2, también llamado "Pantalla de dos preguntas", está compuesto por las dos primeras preguntas del PHQ-9. El PHQ-2 tiene la ventaja de ser breve y fácil de administrar verbalmente. Las respuestas pueden ser dicotómicas (sí / no) o escaladas (de 0 a 3). Una única respuesta "sí" o una puntuación ≥ 3 (de un posible puntaje de 0 a 6) indica una posible depresión clínicamente significativa. El PHQ-2 tiene una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 90 % ²⁴.

WHO-5: El WHO-5 tiene una sensibilidad excelente, pero es algo menos específico que otros instrumentos ²⁴.

Inventario de Depresión de Beck: Es un instrumento autoaplicable con 21 ítems, entre cuatro opciones ordenadas de menor a mayor severidad, la frase que mejor especifique su estado durante las últimas dos semanas. Cada respuesta tiene un valor de 0 a 3 puntos según la alternativa elegida y se obtiene una puntuación total de 0 a 63 ²⁶.

La precisión diagnóstica de las preguntas de cribado para la depresión se valida con las entrevistas de diagnóstico estructurado que usan criterios de consenso, como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición.

Criterios diagnósticos y clasificación

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, Quinta Edición (DSM-5), los trastornos depresivos que se pueden diagnosticar incluyen ²⁵:

- Depresión mayor unipolar.
- Trastorno depresivo persistente.
- Trastorno de desregulación del estado de ánimo perturbador.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Trastorno depresivo no especificado.

Depresión mayor unipolar: Se caracteriza por historial de uno o más episodios depresivos y sin incidentes de hipomanía o manía. Un episodio depresivo mayor se revela con cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas consecutivas; al menos un síntoma debe ser depresión o pérdida de interés o placer ²⁵:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de placer o interés en la mayoría o en todas las actividades.
- Hipersomnia o insomnio casi todos los días.
- Pérdida de peso o aumento de peso significativo o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días que es observable por otros.
- Fatiga o poca fuerza, casi todos los días.
- Disminución de la disposición de pensar, tomar decisiones, o concentrarse casi todos los días.

- Pensamientos de culpa o inutilidad desmesurado o inapropiado, casi todos los días
- Propósitos reiterados de muerte o ideación suicida, o intento de suicidio.

Trastorno depresivo persistente (distimia): Se expresa con tres o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de dos años consecutivos; al menos un síntoma debe estar deprimido el estado de ánimo²⁵:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Aumento o disminución del apetito.
- Hipersomnia o insomnio.
- Baja fuerza o fatiga.
- Baja autoestima.
- Deterioro de la toma de decisiones o concentración.
- Desesperanza.

Por lo tanto, los síntomas no son tan numerosos como en la depresión mayor. Pueden ocurrir períodos sin síntomas durante el curso del trastorno depresivo persistente, pero no pueden exceder dos meses consecutivos durante el período de dos años (o más). El trastorno depresivo persistente causa una angustia significativa o un deterioro psicosocial. El efecto sobre el funcionamiento social y ocupacional varía, pero puede exceder el de la depresión mayor²⁵.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica: Se determina por un estado de ánimo perseverantemente irritable o deprimido, o un placer o interés disminuido en la mayoría de los labores. Los hallazgos de la historia, examen físico o pruebas de laboratorio indican que la alteración es causada por otra afección médica. Además, la alteración causa una angustia significativa o un deterioro del funcionamiento psicosocial. El inicio de la inquietud de la situación de ánimo generalmente ocurre en el primer mes de la aparición de la otra afección médica. Si bien los médicos siempre deben permanecer

atentos a la presencia de otras enfermedades médicas que causen o contribuyan a un episodio depresivo, las siguientes circunstancias aumentan la posibilidad de que una condición médica ocultada clínicamente de otro modo contribuya a la presentación depresiva ²⁵:

- Depresión severa de inicio reciente, que incluye melancolía y depresión psicótica.
- Depresión de inicio reciente en un adulto mayor, o en un adulto más joven con condiciones médicas crónicas o agudas significativas.
- Depresión de inicio reciente o recurrente que no se comprende fácilmente en el contexto de los factores estresantes y circunstancias psicosociales del paciente.
- Depresión que no ha respondido a los intentos de tratamiento.
- Depresión con deterioro neurocognitivo significativo coexistente, ansiedad.

Los síndromes depresivos pueden ser ocasionados por un conjunto de enfermedades médicas; estos episodios depresivos a menudo se denominan depresión secundaria.

El trastorno depresivo debido a otra afección médica no se diagnostica si la variación del estado de ánimo preexiste al inicio de la afección médica o se produce únicamente durante un episodio de delirio.

A menos que se les pregunte directamente sobre su estado de ánimo, los pacientes omiten información sobre los síntomas depresivos por diversas razones, incluido el temor a la estigmatización, la creencia de que la depresión no es una enfermedad real sino un defecto personal, inquietudes sobre la confidencialidad de los registros médicos y preocupaciones sobre la prescripción de medicamentos antidepresivos o su derivación a un psiquiatra ¹⁶.

La depresión no tratada se asocia con una disminución de la calidad de vida, mayor riesgo de suicidio y resultados fisiológicos deficientes cuando la

depresión ocurre conjuntamente con afecciones médicas crónicas. En comparación con las personas no deprimidas, los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de mortalidad (riesgo relativo 1.81). Se calcula que cada año vivido con depresión disminuye aproximadamente del 20 al 40 por ciento de un año de vida ajustado por calidad⁵.

Varios estudios han confirmado que el síndrome de ovario poliquístico está claramente asociada con trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad y trastorno por atracón, y la calidad relacionada con la salud de la vida¹².

Síndrome de ovario poliquístico

Síndrome de ovario poliquístico originalmente fue explicado por Stein y Leventhal como la asociación de amenorrea con ovarios poliquísticos, se reconoce como uno de los trastornos endocrinos - metabólicos más comunes en las mujeres. El síndrome de ovario poliquístico abarca un espectro de características clínicas asociadas de forma variable²⁸:

- Signos cutáneos de hiperandrogenismo (Hirsutismo, acné moderado-severo)
- Irregularidad menstrual (Oligonorrea, amenorrea o hemorragia irregular)
- Ovarios poliquísticos (uno o ambos)
- Obesidad y resistencia a la insulina

Características clínicas

Síndrome de ovario poliquístico es una de las endocrinopatías más comunes en las mujeres, que afecta entre 5 y 12 por ciento de las mujeres. El síndrome se caracteriza clínicamente por oligomenorrea e hiperandrogenismo, así como por la presencia frecuente de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares, que incluyen obesidad, intolerancia a la glucosa, dislipidemia, hígado graso y apnea obstructiva del sueño. Otras características incluyen²⁹:

Disfunción menstrual: La irregularidad menstrual generalmente comienza en el período peripuberal, y la menarquia puede retrasarse. El patrón menstrual generalmente es uno de oligomenorrea (menos de nueve periodos menstruales en un año) y, con menos frecuencia, amenorrea (sin períodos menstruales durante tres o más meses consecutivos). Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico a menudo experimentan ciclos más regulares después de los 40 años de edad ²⁹.

Hiperandrogenismo: El hiperandrogenismo puede incluir signos clínicos (acné, hirsutismo, pérdida de cabello) y / o concentraciones elevadas de andrógenos en suero (hiperandrogenemia). La mayoría de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tienen evidencia clínica y bioquímica de hiperandrogenismo. Los signos de exceso de andrógenos más severos, como la profundización de la voz y la clitoromegalia, ocurren con poca frecuencia ²⁹.

El hirsutismo se define como exceso de vello corporal terminal en una distribución masculina y puede observarse sobre el labio superior, el mentón, el área periareolar, en el semisubmarino y a lo largo de la línea alba del abdomen inferior ²⁹.

Ovarios poliquísticos: La apariencia poliquística típica de los ovarios se observa en la ecografía transvaginal en la mayoría de las mujeres con menstruación irregular e hiperandrogenismo. Sin embargo, esta apariencia de ultrasonido no es específica ya que también se puede ver en mujeres con ciclos normales ²⁹.

Estado de ánimo: Hay evidencia de que el síndrome de ovario poliquístico se asocia con trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad), deterioro de la calidad de vida y trastornos de la alimentación ²⁹.

Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico también poseen un mayor riesgo de diabetes tipo 2. Existe la preocupación de que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico corren un mayor trance de enfermedad

coronaria, independientemente de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales, pero los datos no son concluyentes²⁹.

Otras manifestaciones clínicas relacionadas con síndrome de ovario poliquístico incluyen esteatohepatitis no alcohólica y apnea del sueño²⁹.

Evaluación

El diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico debe sospecharse en cualquier mujer en edad reproductiva que presente menstruación irregular y síntomas de hiperandrogenismo. La presencia de sobrepeso u obesidad debería despertar aún más sospechas. Algunas mujeres se presentan con oligomenorrea o síntomas hiperandrogenicos solo. También deberían ser evaluados para síndrome de ovario poliquístico, particularmente aquellos con hiperandrogenismo (ya que la mayoría de las mujeres con hirsutismo tienen síndrome de ovario poliquístico)²⁹.

Pruebas bioquímicas²⁹:

- Total, testosterona.
- Otros andrógenos: Testosterona libre/ DHEAS/Androstenedione.
- Suero 17-hidroxiprogesterona.
- Hormona anti-mülleriana (AMH).

Ecografía transvaginal: La ecografía transvaginal se realiza en algunas mujeres para determinar si tienen una morfología ovárica poliquística. Si el paciente tiene tanto oligomenorrea como evidencia de hiperandrogenismo y se han descartado otras causas que el síndrome de ovario poliquístico, ella cumple con los criterios para el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico y no es necesario realizar un ultrasonido. En mujeres con síntomas hiperandrogenicos y ciclos menstruales normales, ecografía transvaginal a menudo se realiza para buscar síndrome de ovario poliquístico³⁰.

Diagnóstico

Criterios de Rotterdam: Se utiliza para hacer la valoración del síndrome de ovario poliquístico. Se requieren dos de tres de los siguientes criterios para hacer el diagnóstico ²⁹:

- Oligovulación y/o anovulación.
- Signos clínicos y/o bioquímicos de hiperandrogenismo.
- Ovarios poliquísticos.

Muchas mujeres con menstruaciones irregulares y síntomas hiperandrogenicos pueden ser diagnosticadas basándose solo en la historia y el examen físico. Sin embargo, el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico solo se confirma cuando se excluyen otras afecciones que imitan síndrome de ovario poliquístico.

2.3. HIPÓTESIS

Debido a la naturaleza del trabajo de investigación no cuenta con hipótesis.

2.4. VARIABLES

Depresión.

- Grado de depresión.

Características sociodemográficas

- Edad.
- Nivel de instrucción.
- Estado Civil.

Características clínicas

- Peso.
- Talla.
- IMC

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Depresión: Es importante reconocer el potencial de confusión engendrada por los usos múltiples del término "depresión". La depresión puede referirse a ²³:

- Estado de ánimo, que puede ser habitual o parte de un síndrome psicopatológico.
- Síndrome, que es un conjunto de síntomas y signos.
- Trastorno mental que identifica una condición clínica distinta.

Síndrome de ovario poliquístico: Es ahora una condición bien reconocida que afecta al 6% -25% de las mujeres en edad reproductiva. En las últimas 3 décadas, la investigación lo ha lanzado desde la relativa oscuridad médica a una condición cada vez más reconocida como común en las prácticas de medicina interna. Afecta a múltiples sistemas y requiere una perspectiva integral de la atención médica para un tratamiento eficaz. Los trastornos metabólicos y las complicaciones asociadas incluyen resistencia a la insulina y diabetes, hiperlipidemia, hipertensión, hígado graso, síndrome metabólico y apnea del sueño. Las complicaciones reproductivas incluyen oligo / amenorrea, subfertilidad, hiperplasia endometrial y cáncer. Las preocupaciones psicosociales asociadas incluyen depresión y alimentación desordenada. Además, los problemas cosméticos incluyen hirsutismo, alopecia androgénica y acné ³¹.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de diseño no experimental, tipo descriptivo, transversal y prospectivo.

Según el enfoque es cuantitativo porque se basa y se fundamenta en estadísticas.

Es observacional ósea no experimental porque no hay intervención del investigador en las variables, solo se observa acontecimientos.

Es descriptivo porque no existen grupos comparativos. Sin embargo, se realizó comparación de la frecuencia según las características sociodemográficas y clínica de la población, donde se hizo comparación de sub grupos. Por lo tanto, es un estudio descriptivo con pruebas analíticas.

Es transversal porque se midió la variable en un solo momento.

Es prospectivo porque el investigador midió las variables mediante una encuesta validada.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Institución de Salud más compleja en la red de establecimientos de la Provincia Constitucional del Callao. Ubicado en Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista - Callao.

3.3. POBLACIÓN POBLACION Y MUESTRA

Población

Las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017. Con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Paciente con el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico.
- Atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Criterios de Exclusión:

- Paciente no desee participar en el estudio.
- Paciente que no acudan a sus controles.

Muestra

Estuvo constituido por 79 pacientes con síndrome de ovario poliquístico, quienes ingresaron mediante un muestreo probabilístico simple.

Calculo de la muestra:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Número de elementos de la muestra

N = población de usuarios externos atendidos en el último año en los servicios de consulta externa, 100.

p – q = Probabilidad con las que se presenta el fenómeno, si no se conoce p=0.5 y q= 0.5

Z₂ = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido; siempre se opera con valor sigma 2, grado de confianza de 95% luego Z = 1.96

d = Margen de error permitido: 0.05

$$n = \frac{(100) * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (100 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

Finalmente, la fórmula arrojó el valor de: n = 79

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica para la recolección de datos fue la encuesta realizada mediante vía telefónica. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario elaborado por el autor del estudio y validado, el cual consta de dos partes: La primera donde se registraron datos de las pacientes tales como sus características sociodemográficas y clínicas (edad, estado civil, nivel de instrucción, talla y peso) donde la variable edad se aglomero en etapas de vida: joven (<19 años), adulto joven (19-35 años) y adulto (>35 años).

La segunda empleando el inventario de depresión de Beck (anexo 3) establecido por el psiquiatra, averiguador y promotor de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck; es una evaluación para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas; este inventario ha sido aplicado en la práctica profesional como en la investigación. Consta de 21 ítems que evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos en la semana previa a la evaluación, se sistematizaron 4 alternativas para cada ítem en orden de menor a mayor gravedad cada alternativa tiene una puntuación de 0 a 3, asimismo si la persona evaluada que refiere dos alternativas en una pregunta se considera la de mayor puntaje. Los puntajes de severidad de los síntomas varían de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima²⁶.

Los puntos de corte aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes²⁶:

- Estados altibajos son considerados normales: 1-10 puntos
- Leve perturbación del estado de ánimo: 11-16 puntos
- Estados de depresión intermitentes: 17-20 puntos
- Depresión moderada: 21-30 puntos
- Depresión grave: 31-40 puntos
- Depresión extrema: >41 puntos

Este cuestionario, inventario de depresión de Beck, fue validado en el Perú por Johann M. Vega-Dienstmaier, Oscar Coronado-Molina y Guido Mazzotti

mediante el estudio “Validez de una versión en español del inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general”, la sensibilidad fue 87,5% y la especificidad 98,21%, con un coeficiente alfa de Cronbach igual a 0,889²⁷.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la ejecución este trabajo de investigación, se solicitó la autorización en la oficina de apoyo a la docencia e investigación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y en la jefatura del departamento de Gineco-Obstetricia.

El proceso de recolección de datos estuvo conformado por dos etapas: en la primera etapa, se procedió a la lectura del consentimiento informado; en la segunda etapa, una vez que la participante manifestó querer formar parte de la investigación, respondió el cuestionario. El cuestionario consto de dos grandes grupos de preguntas: I. Datos sociodemográficos y clínicos y II. Preguntas del inventario de depresión de Beck.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida del cuestionario se registró en una hoja de Excel, luego se empleó el programa SPSS para realizar los análisis estadísticos. Se realizaron análisis univariados y bivariados, para la comparación de los subgrupos se utilizó la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$).

De acuerdo con las escalas de las variables de estudio, procedimos a calcular las medidas de dispersión de variables cuantitativas como edad, los datos tabulados se representaron en tablas de frecuencia y gráficos de barras o circulares de acuerdo con la naturaleza y el tipo de análisis.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

El estudio se ejecutó: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión a 79 pacientes.

I. Frecuencia de depresión

TABLA N° 1

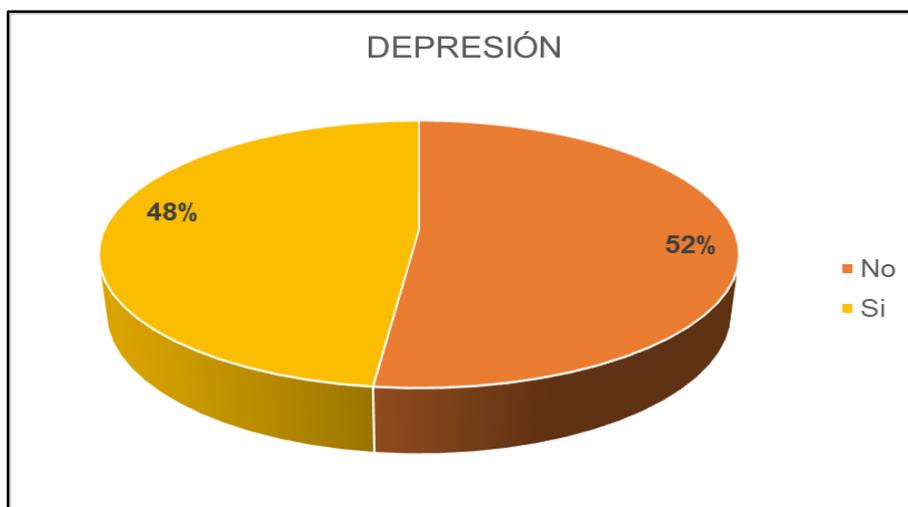
Frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
No	41	51,9
Si	38	48,1
Total	79	100,0

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N° 1

Frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.



Fuente: Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 1 se observa que la frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico fue de 48.1%.

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA N° 2

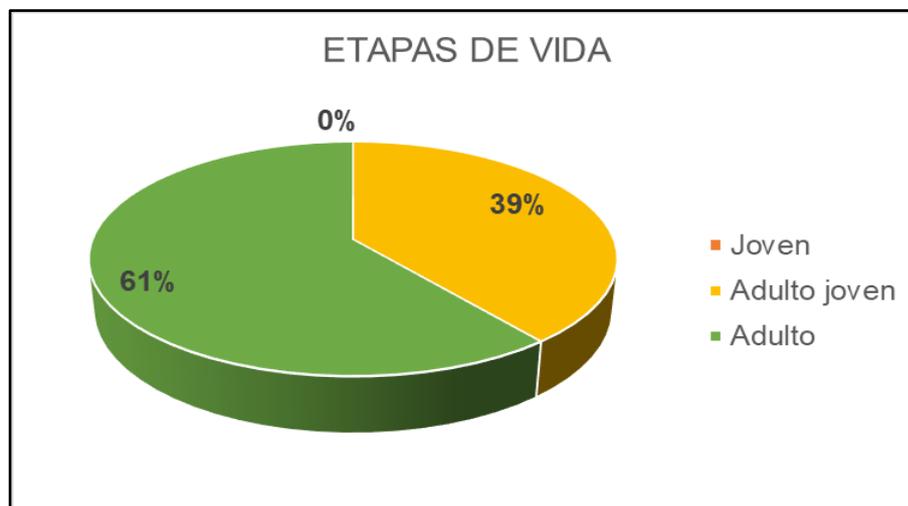
Distribución por etapas de vida de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Etapas de vida	Frecuencia	Porcentaje
Joven	0	0
Adulto joven	31	39,2
Adulto	48	60,8
Total	79	100,0

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N° 2

Distribución por etapas de vida de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 2 se observa que del 100% de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico el 61% son adulto, seguido por 39% que son adulto joven y finalmente 0% joven.

TABLA N° 3

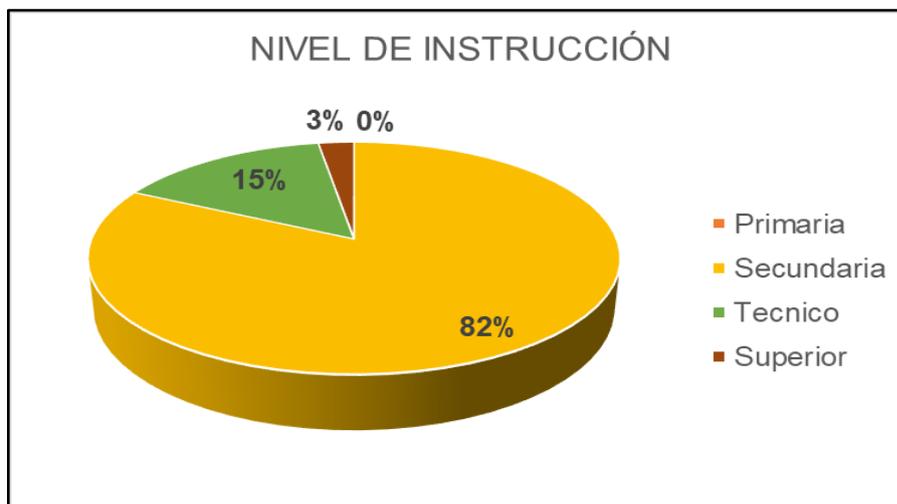
Distribución por nivel de instrucción de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	0	0
Secundaria	65	82,3
Técnico	12	15,2
Superior	2	2,5
Total	79	100,0

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N° 3

Distribución por nivel de instrucción de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.



Fuente: Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 3 se observa que del 100% de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico el 82% tienen nivel secundario, 15% nivel técnico, seguido de 3% nivel superior y finalmente 0% nivel primario.

TABLA N° 4

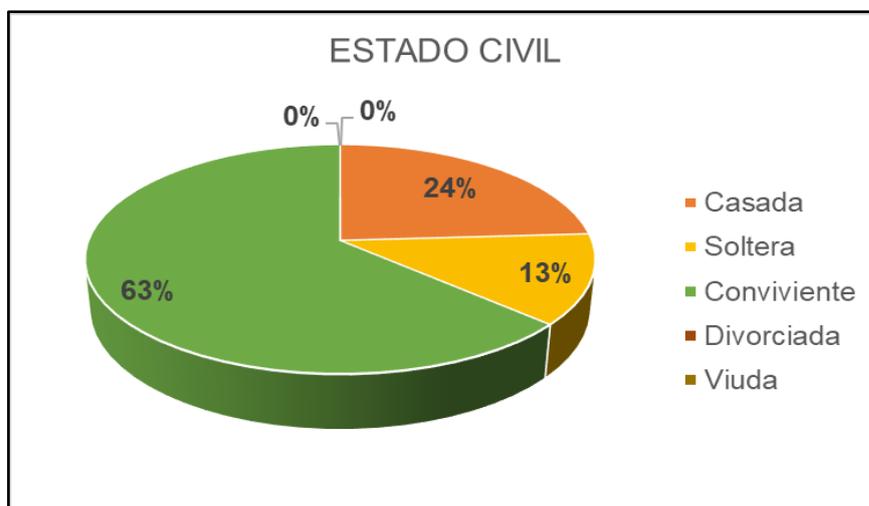
Distribución por estado civil de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	19	24.1
Soltera	10	12.7
Conviviente	50	63.3
Divorciada	0	0.0
Viuda	0	0.0
Total	79	100.0

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N° 4

Distribución por estado civil de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.



Fuente: Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 4 se observa que del 100% de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico el 63% son convivientes, el 24% son casadas, seguido de 13% son soltera y finalmente 0% divorciada y viuda.

III. DATO BIOLÓGICO

TABLA N° 5

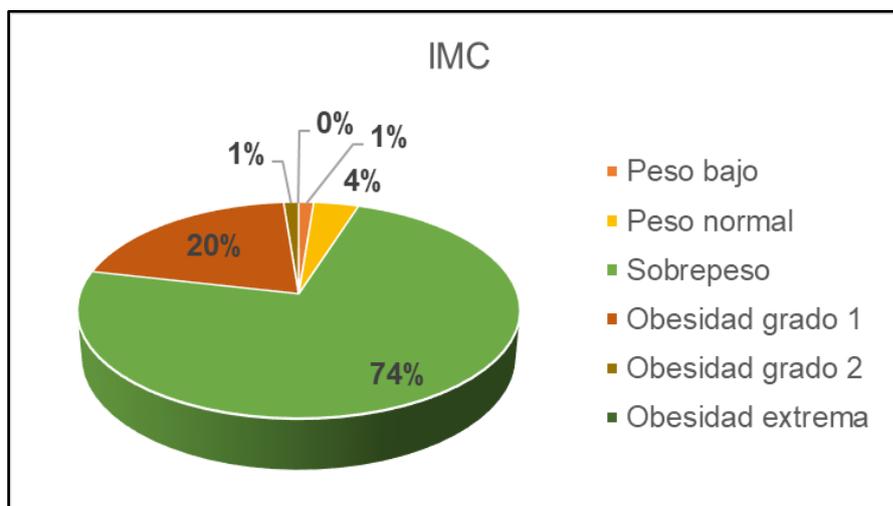
Distribución por IMC de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Peso bajo	1	1.3
Peso normal	3	3.8
Sobrepeso	58	73.4
Obesidad grado 1	16	20.3
Obesidad grado 2	1	1.3
Obesidad extrema	0	0.0
Total	79	100.0

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N° 5

Distribución por IMC de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.



INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 5 se observa que del 100% de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico el 74% están en sobrepeso, el 20% en obesidad grado 1, el 4% en peso normal, el 1% en obesidad grado 2, seguido de 1% en peso bajo y finalmente 0% obesidad extrema.

IV. GRADO DE DEPRESIÓN

TABLA N° 6

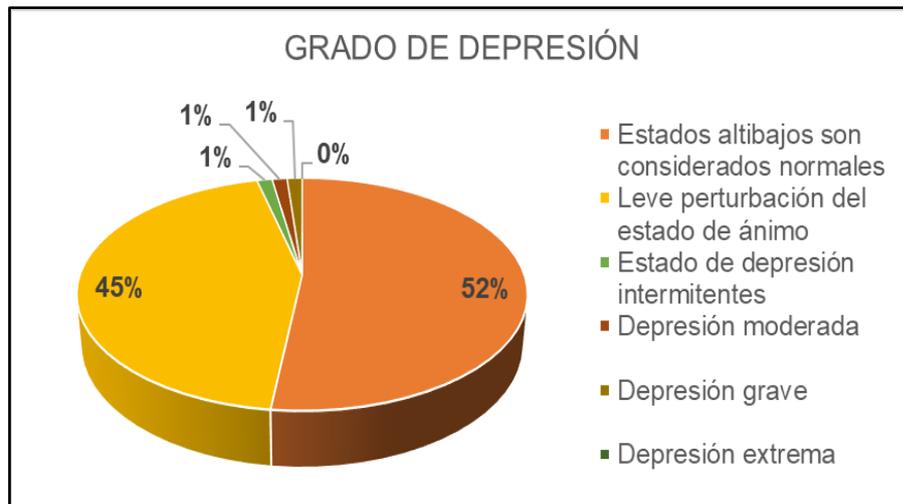
Grado de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Grado de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Estados altibajos son considerados normales	41	51,9
Leve perturbación del estado de ánimo	35	44,3
Estado de depresión intermitentes	1	1,3
Depresión moderada	1	1,3
Depresión grave	1	1,3
Depresión extrema	0	0
Total	79	100,0

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N° 6

Grado de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.



Fuente: Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 6 se observa que del 100%, el 52% tienen estados altibajos son considerados normales, el 45% tienen leve perturbación del estado de ánimo, el 1% tiene estado de depresión intermitentes, el 1% tiene depresión moderada, seguido de 1% tiene depresión grave y finalmente 0% depresión extrema.

V. FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

TABLA N° 7

Frecuencia de depresión de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico según característica sociodemográficas y clínicas.

	Depresión		Total	p-valor
	Si	No		
Etapas de vida				*0.157
Joven	0 (0%)	0 (0%)	0	
Adulto joven	18 (47.4%)	13 (31.7%)	31	
Adulto	20 (52.6%)	28 (68.3%)	48	
Total	38(100%)	41(100%)	79	
Nivel de instrucción				*0.41
Primaria	0 (0%)	0 (0%)	0	
Secundaria	32 (84.2%)	33 (80.5%)	65	
Técnico	6 (15.8%)	6 (14.6%)	12	
Superior	0 (0%)	2 (4.9%)	2	
Total	38(100%)	41(100%)	79	
Estado civil				*0.912
Casada	8 (21%)	11 (26.8%)	19	
Soltera	6 (15.8%)	4 (9.7%)	10	
Divorciada	0 (0%)	0 (0%)	0	
Viuda	0 (0%)	0 (0%)	0	
Conviviente	24 (63.2%)	26 (63.5%)	50	
Total	38(100%)	41(100%)	79	
IMC				*0.273
Bajo peso	1 (2.6%)	0 (0%)	1	
Peso normal	0 (0%)	3 (7.3%)	3	
Sobrepeso	27 (71%)	31 (75.6%)	58	
Obesidad grado 1	9 (23.8%)	7 (17.1%)	16	
Obesidad grado 2	1 (2.6%)	0 (0%)	1	
Obesidad extrema	0 (0%)	0 (0%)	0	
Total	38(100%)	41(100%)	79	

Fuente: Cuestionario

* prueba de Fisher

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 7, se observa que de las 79 pacientes con síndrome de ovario poliquístico 38 (48%) presenta depresión y de ellas 20 (52.6%) están en la etapa de vida adulta y 18 (47.4%) adulta joven. Según nivel de instrucción: 32 (84.6%) nivel secundario y 6 (15.8%) nivel superior. Según estado civil: 24 (63.2%) convivientes, 8 (21%) casadas y 6 (15.8%) solteras. Según IMC: 27 (71%) están en sobrepeso, 9 (23.8%) en obesidad grado 1, 1 (2.6%) en bajo peso y 1 (2.6%) en obesidad grado 2. Sin embargo en este estudio no hay evidencias para afirmar que la frecuencia de depresión según características sociodemográficas y clínicas varía de forma significativa.

4.2 DISCUSIÓN

En esta investigación se determinó la frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico, año 2017. Como se puede observar en los resultados obtenidos en el estudio realizado, se confirma la importancia del desarrollo de una alteración en la salud mental de las pacientes que presentan un diagnóstico definitivo de síndrome de ovario poliquístico. Es preponderante resaltar que la totalidad de muestra estudiada fue de 79 pacientes.

Se encontró alta frecuencia de depresión (48%) en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico. Los primeros estudios relacionados acerca del aspecto psicológico en pacientes con esta patología también han informado hallazgos similares. Hussain A et al (2015) en un estudio a 110 pacientes con síndrome de ovario poliquístico, investigaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos donde el 23 % de los casos tuvo trastorno depresivo ⁷, mientras que Annagür et al (2015) obtuvieron como resultado que el trastorno psiquiátrico más común e importante fue la depresión (33%) ⁸. Asimismo, algunos autores han informado una prevalencia de depresión como 11% - 33% ^{10,18}. En un estudio realizado en china, donde aplicaron el inventario de Beck al igual que este estudio, el 27.5 - 37.7% de los pacientes con síndrome de ovario poliquístico tenían trastorno depresivo en comparación a 3.0 - 19.4% de los controles respectivamente ¹². Esta variación en la frecuencia de depresión entre estos estudios puede explicarse por el hecho de que diferentes métodos y herramientas se usan para detectar y diagnosticar.

En cuanto a las características sociodemográficos y clínicas se halló que la mayoría de la población estudiada es adulta (>35 años) representado el 61%, además el 82% tiene un nivel de instrucción secundario, el 63 % son convivientes y el 74% se encuentra en sobrepeso. Similar en el estudio de Karjula S et al (2017) donde evaluaron a mujeres de 31 y 46 años con síndrome de ovario poliquístico, así mismo evaluaron los roles de la obesidad

¹¹. Klimczak D et al (2015) en su estudio realizado, la mediana de edad de su población fue de 27 y el IMC medio fue 23 kg / m², a disimilitud de la muestra de estudio ¹⁸. En comparación al trabajo de investigación, estos estudios no recopilaban datos como nivel de instrucción ni estado civil.

Se ha visto que el mayor porcentaje se encuentra en depresión leve (45%) y en depresión intermitente, moderada y grave un 1%, no se pudo comparar debido a la falta de estudios de grados de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico. Sin embargo, Cooney LG et al (2017), investigaron la prevalencia de síntomas depresivos realizando una revisión sistemática integral, donde manifestaron que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tuvieron mayores probabilidades de presentar síntomas leves depresivos (OR: 3,78; IC del 95%: 3,03-4,72; 18 estudios), y de síntomas depresivos moderados / severos (OR: 4,18; IC del 95%: 2,68 a 6,52; 11 estudios) ⁹.

En este estudio no hay evidencias para afirmar que la frecuencia según las características sociodemográficas y clínicas (comparación de subgrupos) varía de forma significativa. Annagür et al (2015) en el estudio que elaborado no encontraron diferencia significativa en el índice de masa corporal ⁸, también Karjula S et al (2017) mencionaron que el IMC elevado no se asocia con un aumento de síntomas depresivos ¹¹. Al igual, Klimczak D et al (2015) obtuvieron como resultado que la prevalencia de depresión fue mayor en el grupo de adultos, sin embargo, sin significación estadística ¹⁸.

Estudios han fortalecido verificando que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico, debido a los cambios en las características físicas, que influyen en su identidad femenina, y que también se definen culturalmente como poco femeninos e indeseables, afecta la imagen social del paciente. Estas características físicas a menudo conducen a una imagen negativa de sí mismo y una baja autoestima, todos los cuales son factores de riesgo importantes para la depresión ⁷.

Una comprensión detallada de los desafíos psicosociales a los que se enfrentan las pacientes con síndrome de ovario poliquístico es limitada, principalmente debido a la escasa cantidad de estudios disponibles.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La frecuencia de depresión en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017 fue 48 %, fue alta como en los publicado.
- Las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes con el diagnostico de síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017 fue: adulta (>35 años) representado el 61%, además el 82% tiene un nivel de instrucción secundario, el 63 % son convivientes y el 74% se encuentra en sobrepeso, parecido a la población general tanto en la edad como en el índice de masa corporal. Sin embargo, en otros estudios no se recopilaron datos como nivel de instrucción ni estado civil.
- El grado de depresión con mayor frecuencia fue leve (45%) y en menor porcentaje los grados intermitente, moderado y grave.
- La frecuencia de depresión según caracteriza sociodemográficas y clínicas varia, pero no se encontró evidencias para afirmar que varía de forma significativa, semejante a estudios publicados. Teniendo en cuenta que otros estudios no han registrado todas las características de la investigación.

5.2 RECOMENDACIONES

- Considerando la alta prevalencia, es importante hacer el seguimiento a aquellas pacientes con depresión, asimismo se recomienda tomar las medidas pertinentes para mejorar la salud mental de esta cantidad de pacientes. Tanto el endocrinólogo como el ginecólogo que comúnmente tratan pacientes con síndrome de ovario poliquístico deben ser conscientes de la posible presencia de depresión y deben tener un enfoque proactivo no solo médico.
- Considerando que la mayoría de estudios no describen las características de la población estudiada, se sugiere realizar estudios donde se describan con mayor precisión dicha población, lo cual permita poder comparar con posteriores investigaciones.
- Se recomienda una evaluación permanente del grado de depresión de las pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, así como también estudios en base al tema de grados de depresión en pacientes con esta patología.
- Aunque la frecuencia no varía de forma significativa según subgrupos estudiados, se necesitan más estudios, sobretodo estudios realizados en nuestro país para evaluar el impacto de las características sociodemográficas y clínicas en la frecuencia de depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farkas J, Mervó B, Rigó A, Demetrovics Z. Psychosocial effects, psychiatric comorbidity and therapeutic possibilities of the polycystic ovary syndrome. *Psychiatr Hung.* 2017; 32(4):429-436.
2. Farkas J, Rigó A, Demetrovics Z. Psychological aspects of the polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2014 Feb; 30(2):95-99.
3. Kaczmarek C, Haller DM, Yaron M. Health-Related Quality of Life in Adolescents and Young Adults with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016 Dec; 29(6):551-557.
4. Cooney LG, Dokras A. Depression and Anxiety in Polycystic Ovary Syndrome: Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Sep 20; 19(11):83.
5. Carazo Hernández B, Lafalla Bernad O, García Simón R, Gascón Mas E., Moreno Romea E, Pérez-Ezquerria B. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquístico. *Medisur.* 2014 Abril; 12(2): 408-415.
6. Podfigurna-Stopa A, Luisi S, Regini C, Katulski K, Centini G, Meczekalski B, Petraglia F. Mood disorders and quality of life in polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2015 Jun; 31(6):431-434.
7. Hussain A, Chandel RK, Ganie MA, Dar MA, Rather YH, Wani ZA, Shiekh JA, Shah MS. Prevalence of psychiatric disorders in patients with a diagnosis of polycystic ovary syndrome in kashmir. *Indian J Psychol Med.* 2015 Jan-Mar;37(1):66-70.
8. Annagür BB, Kerimoglu OS, Tazegül A, Gündüz S, Gençoglu BB. Psychiatric comorbidity in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015 Aug; 41(8): 122–123.

9. Cooney LG, Lee I, Sammel MD, Dokras A. High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2017 May 1; 32(5):1075-1091.
10. Suneet Kumar U, Archana Sharma, Atul Agrawal. "Prevalence of anxiety and depression in polycystic ovarian syndrome." *International Journal of Medical Science and Public Health*, vol. 5, no. 4, 2016.
11. Karjula S, Morin-Papunen L, Auvinen J, Ruokonen A, Puukka K, Franks S, Järvelin MR, Tapanainen JS, Jokelainen J, Miettunen J, Piltonen TT. Psychological Distress Is More Prevalent in Fertile Age and Premenopausal Women With PCOS Symptoms: 15-Year Follow-Up. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Jun 1; 102 (6):1861-1869.
12. Tan J, Wang QY, Feng GM, Li XY, Huang W. Increased Risk of Psychiatric Disorders in Women with Polycystic Ovary Syndrome in Southwest China. *Chin Med J (Engl).* 2017 Feb 5; 130(3):262-266.
13. Gómez-Acosta C, Vinaccia Alpi S, Quiceno Japcy M. El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2015 Agosto; 80(4): 341-347.
14. Hart R, Doherty DA. The potential implications of a PCOS diagnosis on a woman's long-term health using data linkage. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015; 100:911–919.
15. Cesta CE, Mansson M, Palm C, Lichtenstein P, Iliadou AN, Landen M. Polycystic ovary syndrome and psychiatric disorders: co-morbidity and heritability in a nationwide Swedish cohort. *Psychoneuroendocrinology.* 2016; 73:196–203.
16. Martino PL, Bonet JL, De Bortoli MÁ. Síndrome de ovario poliquístico: una revisión de sus correlatos patológicos en el ánimo y en el rendimiento cognitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología.* 2015; 10(1):38-43.

17. Ozcan Dag Z, Oguzturk O, Isik Y, Turkel Y, Bulcun E. Personality profile in patients with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2015 Jul; 31(7):540-542.
18. Klimczak D, Szlendak-Sauer K, Radowicki S. Depression in relation to biochemical parameters and age in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Jan; 184:43-47.
19. Chaudhuri S B, Pankaj k, Manasi C, Bandyopadhyay G, Sharmistha B. A study on the prevalence of depression and its risk factors among adult population of Siliguri subdivision of Darjeeling district, West Bengal. *J Family Med Prim Care.* 2017 Apr-Jun; 6(2): 351–355.
20. Smith DJ, Court H, McLean G, Martin D, Langan J, Guthrie B et al. Depression and multimorbidity: a cross-sectional study of 1,751,841 patients in primary care. *J Clin Psychiatry,* 2014, vol. 75, no 11, p. 1202-1208.
21. Lyness J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. Roy-Byrne P editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 12 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=depression&source>
22. Krishnan R. Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology Roy-Byrne P editor. . UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis>
23. Lynes J. Unipolar depression in adults: Clinical features. . Roy-Byrne P editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?source=see_link

24. Williams J, Nieuwsma J. Screening for depression in adults. Elmore JG, Roy-Byrne PP editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=depression&source=search> .
25. Espinoza RT, Unützer J. Diagnosis and management of late-life unipolar depression. Schmader KE, Roy-Byrne PP editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression?search=depression&source>
26. Gordon J; Beck Depression Inventory, Occupational Medicine, volumen 66, edición 2, 1 de marzo de 2016, páginas 174-175
27. Vega-Dienstmaier J, Coronado-Molina O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Ene 09] ; 77(2): 95-103
28. Rosenfield RL. Definition, clinical features and differential diagnosis of polycystic ovary syndrome in adolescents. Middleman AB, Geffner ME editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/definition-clinical-features-and-differential-diagnosis-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adolescents>
29. Barbieri RL, Ehrman DA. Diagnosis of polycystic ovary syndrome in adults. Crowley WF editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults?search=Polycystic%20Ovary>
30. Barbieri RL, Ehrmann DA. Clinical manifestations of polycystic ovary syndrome in adults. Snyder PJ, Crowley WF editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults?source=see link](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults?source=see_link)

BIBLIOGRAFÍA

1. Farkas J, Mervó B, Rigó A, Demetrovics Z. Psychosocial effects, psychiatric comorbidity and therapeutic possibilities of the polycystic ovary syndrome. *Psychiatr Hung.* 2017; 32(4):429-436.
2. Farkas J, Rigó A, Demetrovics Z. Psychological aspects of the polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2014 Feb; 30(2):95-99.
3. Kaczmarek C, Haller DM, Yaron M. Health-Related Quality of Life in Adolescents and Young Adults with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016 Dec; 29(6):551-557.
4. Cooney LG, Dokras A. Depression and Anxiety in Polycystic Ovary Syndrome: Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Sep 20; 19(11):83.
5. Carazo Hernández B, Lafalla Bernad O, García Simón R, Gascón Mas E., Moreno Romea E, Pérez-Ezquerria B. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquistico. *Medisur.* 2014 Abril; 12(2): 408-415.
6. Podfigurna-Stopa A, Luisi S, Regini C, Katulski K, Centini G, Meczekalski B, Petraglia F. Mood disorders and quality of life in polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2015 Jun; 31(6):431-434.
7. Hussain A, Chandel RK, Ganie MA, Dar MA, Rather YH, Wani ZA, Shiekh JA, Shah MS. Prevalence of psychiatric disorders in patients with a diagnosis of polycystic ovary syndrome in kashmir. *Indian J Psychol Med.* 2015 Jan-Mar;37(1):66-70.
8. Annagür BB, Kerimoglu OS, Tazegül A, Gündüz S, Gençoglu BB. Psychiatric comorbidity in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015 Aug; 41(8): 122–123.

9. Cooney LG, Lee I, Sammel MD, Dokras A. High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2017 May 1; 32(5):1075-1091.
10. Suneet Kumar U, Archana Sharma, Atul Agrawal. "Prevalence of anxiety and depression in polycystic ovarian syndrome." *International Journal of Medical Science and Public Health*, vol. 5, no. 4, 2016.
11. Karjula S, Morin-Papunen L, Auvinen J, Ruokonen A, Puukka K, Franks S, Järvelin MR, Tapanainen JS, Jokelainen J, Miettunen J, Piltonen TT. Psychological Distress Is More Prevalent in Fertile Age and Premenopausal Women With PCOS Symptoms: 15-Year Follow-Up. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Jun 1; 102 (6):1861-1869.
12. Tan J, Wang QY, Feng GM, Li XY, Huang W. Increased Risk of Psychiatric Disorders in Women with Polycystic Ovary Syndrome in Southwest China. *Chin Med J (Engl).* 2017 Feb 5; 130(3):262-266.
13. Gómez-Acosta C, Vinaccia Alpi S, Quiceno Japcy M. El síndrome de ovario poliquistico: aspectos psicológicos. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2015 Agosto; 80(4): 341-347.
14. Hart R, Doherty DA. The potential implications of a PCOS diagnosis on a woman's long-term health using data linkage. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015; 100:911–919.
15. Cesta CE, Mansson M, Palm C, Lichtenstein P, Iliadou AN, Landen M. Polycystic ovary syndrome and psychiatric disorders: co-morbidity and heritability in a nationwide Swedish cohort. *Psychoneuroendocrinology.* 2016; 73:196–203.
16. Klimczak D, Szlendak-Sauer K, Radowicki S. Depression in relation to biochemical parameters and age in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Jan; 184:43-47.

17. Hung JH, Hu LY, Tsai SJ, Yang AC, Huang MW, Chen PM, et al. Risk of psychiatric disorders following polycystic ovary syndrome: A nationwide population-based cohort study. PLoS One. 2014; 9:e97041.
18. Rowlands IJ, Teede H, Lucke J, Dobson AJ, Mishra GD. Young women's psychological distress after a diagnosis of polycystic ovary syndrome or endometriosis. Hum Reprod. 2016 Sep;31(9):2072-2081.
19. Sayyah-Melli M, Alizadeh M, Pourafkary N, Ouladsahebmadarek E, Jafari-Shobeiri M, Abbassi J, et al. Psychosocial factors associated with polycystic ovary syndrome: A case control study. J Caring Sci. 2015;4:225–231.
20. Zimmerman M. Using scales to monitor symptoms and treat depression (measurement based care). Roy-Byrne PP editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/using-scales-to-monitor-symptoms-and-treat-depression-measurement-based-care>
21. Breitbart W, Dickerman AL. Assessment and management of depression in palliative care. Roy-Byrne PP, Block SD editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-depression-in-palliative-care?search=beck%20depression>
22. Coryell W. Unipolar depression in adults: Course of illness. Roy-Byrne PP editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-course-of-illness?search=secondary%20depression&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10
23. Lyness JM. Unipolar depression in adults: Clinical features. Roy-Byrne PP editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical->

[features?search=depression&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9](#)

24. Kazemi J, Ramezani T, Behboudi G, Hosseinpanah, Khalili D, Cheraghi L, et al. Polycystic ovary syndrome is a risk factor for diabetes and prediabetes in middle-aged but not elderly women: a long-term population-based follow-up study. *Fertil Steril*. 2017 Dec; 108(6):1078-1084.
25. Yin O, Zacur HA, Flaws JA, Christianson MS. Association between polycystic ovary syndrome and hot flash presentation during the midlife period. *Menopause*. 2018 Jan 22.
26. Barbieri RL, Ehrmann DA. Clinical manifestations of polycystic ovary syndrome in adults. Snyder PJ, Crowley WF editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults?source=see_link
- 27.26. Barbieri RL, Ehrmann DA. Treatment of polycystic ovary syndrome in adults. Snyder PJ, Crowley WF editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults?search>
28. Rosenfield RL. Diagnostic evaluation of polycystic ovary syndrome in adolescents. Geffner ME, Middleman AB editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adolescents?search=Polycystic%20Ovary>
- 29.28. Rosenfield RL. Etiology and pathophysiology of polycystic ovary syndrome in adolescents. Geffner ME editor. UpToDate [Internet] 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathophysiology-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adolescents?search>

30. Gordon J; Beck Depression Inventory, Occupational Medicine, volumen 66, edición 2, 1 de marzo de 2016, páginas 174-175.
31. Rowlands IJ, Teede H, Lucke J, Dobson AJ, Mishra GD. Young women's psychological distress after a diagnosis of polycystic ovary syndrome or endometriosis. Hum Reprod. 2016 Sep;31(9):2072-2081.

ANEXOS

ANEXO N^o1: Operacionalización de variables

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Depresión	Tristeza	Si bien todos nos sentimos tristes, de mal humor o bajos de vez en cuando, algunas personas experimentan estos sentimientos intensamente, durante largos períodos de tiempo y a veces, sin ninguna razón aparente. La depresión es más que solo un estado de ánimo bajo: es una afección grave que afecta su salud física y mental.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - No depresión (1-10 puntos) - Leve perturbación del estado de ánimo (11-16 puntos) - Depresión intermitente (17-20 puntos) - Depresión moderada (21-30 puntos) - Depresión grave (31-40 puntos) - Depresión extrema (>41 puntos) 	Cuestionario
	Expectativas sobre el futuro						
	Fracaso						
	Insatisfacción						
	Culpabilidad						
	Sentirse Castigo						
	Inconforme consigo mismo						
	Autoestima						
	Ideación suicida						
	Llanto						
	Irritabilidad						
	Interés por la gente						
	Indecisión						
	Autopercepción de aspecto físico						
	Nivel de actividad						
	Insomnio						
	Cansancio						
Apetito							
Pérdida de peso							
Preocupación por salud							
Pérdida de interés sexual							

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Tristeza	Afectado con la expresión de dolor o infelicidad. La condición o la cualidad de estar triste.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No me siento triste - Puntaje 1: Me siento triste - Puntaje 2: Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo - Puntaje 3: Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. 	Cuestionario
Expectativas sobre el futuro	Es una suposición enfocada en el futuro, que puede ser correcta o incorrecta	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. - Puntaje 1: Me siento desanimado respecto al futuro. - Puntaje 2: Siento que no tengo nada que esperar. - Puntaje 3: Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. 	Cuestionario
Fracaso	Incumplimiento de algo debido, requerido o esperado.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No me siento fracasado. - Puntaje 1: Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. - Puntaje 2: Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. - Puntaje 3: Me siento una persona totalmente fracasada. 	Cuestionario

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Insatisfacción	El estado o actitud de no estar satisfecho; descontento; disgusto.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: Las cosas me satisfacen tanto como antes. - Puntaje 1: No disfruto de las cosas tanto como antes. - Puntaje 2: Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. - Puntaje 3: Estoy insatisfecho o aburrido de todo. 	Cuestionario
Culpabilidad	Culpa o culpa que se merece.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No me siento especialmente culpable. - Puntaje 1: Me siento culpable en bastantes ocasiones. - Puntaje 2: Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. - Puntaje 3: Me siento culpable constantemente. 	Cuestionario
Sentirse castigo	El hecho de ser castigado, como por una ofensa o falta.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No creo que esté siendo castigado. - Puntaje 1: Siento que puedo ser castigado. - Puntaje 2: Espero ser castigado. - Puntaje 3: Siento que estoy siendo castigado. 	Cuestionario

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Inconforme consigo mismo	No se acepta como es y lo peor, y lo más contradictorio es que se vuelve inmune a los cambios, porque no sabe que el cambio real debe ocurrir dentro de sí mismo.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No estoy descontento de mí mismo. - Puntaje 1: Estoy descontento de mí mismo. - Puntaje 2: Me avergüenzo de mí mismo. - Puntaje 3: Me odio. 	Cuestionario
Autoestima	Un respeto realista o una impresión favorable de uno mismo; respeto a ti mismo.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No me considero peor que cualquier otro. - Puntaje 1: Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. - Puntaje 2: Continuamente me culpo por mis faltas. - Puntaje 3: Me culpo por todo lo malo que me sucede. 	Cuestionario
Ideación suicida	Implica todos los pensamientos que plantean planes de suicidio.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No tengo ningún pensamiento de suicidio. - Puntaje 1: A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría. - Puntaje 2: Desearía suicidarme. - Puntaje 3: Me suicidaría si tuviese la oportunidad. 	Cuestionario

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Llanto	Acción de derramar lágrimas como un signo de dolor, tristeza, alegría o necesidad.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal I	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No lloro más de lo que solía hacerlo. - Puntaje 1: Ahora lloro más que antes. - Puntaje 2: Lloro continuamente. - Puntaje 3: Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera. 	Cuestionario
Irritabilidad	Es la capacidad de excitación que tienen los organismos vivos para contestar a los cambios en su entorno.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No estoy más irritado de lo normal en mí. - Puntaje 1: Me molesto o irrito más fácilmente que antes. - Puntaje 2: Me siento irritado continuamente. - Puntaje 3: No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. 	Cuestionario
Interés por la gente	Preocupación, curiosidad, inquietud y angustia por los demás.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No he perdido el interés por los demás. - Puntaje 1: Estoy menos interesado en los demás que antes. - Puntaje 2: He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. - Puntaje 3: He perdido todo el interés por los demás. 	Cuestionario

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Indecisión	Incapacidad para decidir.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. - Puntaje 1: Evito tomar decisiones más que antes. - Puntaje 2: Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. - Puntaje 3: Me es imposible tomar decisiones. 	Cuestionario
Autopercepción de aspecto físico	Previsión de la apariencia física	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No creo tener peor aspecto que antes. - Puntaje 1: Estoy preocupado porque ahora parezco más viejo y poco atractivo. - Puntaje 2: Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo - Puntaje 3: Creo que tengo un aspecto horrible. 	Cuestionario
Nivel de actividad	Grado de disponer la capacidad de producción.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: Trabajo igual que antes. - Puntaje 1: Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. - Puntaje 2: Tengo que obligarme mucho para hacer algo. - Puntaje 3: No puedo hacer nada en absoluto. 	Cuestionario

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Insomnio	Incapacidad de dormir lo suficiente; dificultad para caer o quedarse dormido.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: Duermo tan bien como siempre. - Puntaje 1: No duermo tan bien como antes. - Puntaje 2: Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. - Puntaje 3: Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. 	Cuestionario
Cansancio	Cansancio por esfuerzo físico o mental.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No me siento más cansado de lo normal. - Puntaje 1: Me canso más fácilmente que antes. - Puntaje 2: Me canso en cuanto hago cualquier cosa. - Puntaje 3: Estoy demasiado cansado para hacer nada. 	Cuestionario
Apetito	Un deseo de satisfacer cualquier necesidad corporal o ansia.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: Mi apetito no ha disminuido. - Puntaje 1: No tengo tan buen apetito como antes. - Puntaje 2: Ahora tengo mucho menos apetito. - Puntaje 3: He perdido completamente el apetito. 	Cuestionario

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Pérdida de peso	Disminución de la masa corporal de una persona	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. - Puntaje 1: He perdido más de 2,5 kilos. - Puntaje 2: He perdido más de 4 kilos - Puntaje 3: He perdido más de 7 kilos. - Puntaje 4: Estoy haciendo régimen para adelgazar. 	Cuestionario
Preocupación por salud	Estado de interés por la salud de uno mismo	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. - Puntaje 1: Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. - Puntaje 2: Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en nada más. - Puntaje 3: Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. 	Cuestionario

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Pérdida de interés sexual		Falta de deseo sexual, de tener intimidad con una persona.	Inventario de Beck	Cualitativa	Ordinal I	<ul style="list-style-type: none"> - Puntaje 0: No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo - Puntaje 1: Estoy menos interesado por el sexo que antes - Puntaje 2: Estoy mucho menos interesado por el sexo - Puntaje 3: He perdido totalmente mi interés por el sexo 	Cuestionario
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo de vida	Años de vida de la paciente al momento de la encuesta.	Cuantitativa	Razón	- Años	Cuestionario
	Estado civil	Condición de la relación con una persona.	Registro civil	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Casada - Soltera - Divorciada - Viuda - Conviviente 	Cuestionario
	Nivel de instrucción	Nivel más alcanzado de estudios realizados.	Nivel de educación.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Técnico - Superior 	Cuestionario

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Criterios de medición	Instrumento
Características clínicas	IMC	Es una razón matemática que relaciona la masa y el tamaño de una persona.	$\text{Peso}/(\text{talla})^2$	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Peso bajo: <18.5 - Peso normal: 18.5-24.9 - Sobrepeso: 25-29.9 - Obesidad grado 1:30-34.9 - Obesidad grado 2: 35-39.9 - Obesidad extrema: >40 	Cuestionario
	Peso	Masa del cuerpo.	Peso de la paciente al momento de la encuesta.	Cuantitativa	Razón	- Kilogramos	Cuestionario
	Talla	Estatura de una persona.	Talla en metros	Cuantitativa	Razón	- Metros	Cuestionario

ANEXO N° 2: Instrumento

Ficha de recolección de datos

Datos sociodemográficos:

Edad:

Estado Civil:

- Casada ()
- Soltera ()
- Divorciada ()
- Viuda ()

Grado de instrucción:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Superior ()

Datos clínicos:

Peso: Talla:

Evaluación de depresión:

Inventario de Depresión de Beck: Varios grupos de afirmaciones aparecen en cada pregunta. Por favor, lea con cautela cada uno de ellos. Luego prosiga a señalar el puntaje que mejor detalla cómo se ha encontrado DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCORPORANDO EL DÍA DE HOY. Si dentro de la misma pregunta, hay más de una declaración que considere aplicable a su caso, márquela también.

1.

- a) No me siento triste.
- b) Me siento triste.
- c) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- a) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- b) Me siento desanimado respecto al futuro.
- c) Siento que no tengo nada que esperar.
- d) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- a) No me siento fracasado.
- b) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- c) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- d) Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- a) Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- b) No disfruto de las cosas tanto como antes.
- c) Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- a) No me siento especialmente culpable.
- b) Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- d) Me siento culpable constantemente.

6.

- a) No creo que esté siendo castigado.
- b) Siento que puedo ser castigado.
- c) Espero ser castigado.
- d) Siento que estoy siendo castigado.

7.

- a) No estoy descontento de mí mismo.
- b) Estoy descontento de mí mismo.
- c) Me avergüenzo de mí mismo.
- d) Me odio.

8.

- a) No me considero peor que cualquier otro.
- b) Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- c) Continuamente me culpo por mis faltas.
- d) Me culpo por todo lo malo que me sucede.

9.

- a) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- b) A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
- c) Desearía suicidarme.
- d) Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- a) No lloro más de lo que solía hacerlo.
- b) Ahora lloro más que antes.
- c) Lloro continuamente.
- d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.

11.

- a) No estoy más irritado de lo normal en mí.
- b) Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- c) Me siento irritado continuamente.
- d) No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- a) No he perdido el interés por los demás.
- b) Estoy menos interesado en los demás que antes.
- c) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- d) He perdido todo el interés por los demás.

13.

- a) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- b) Evito tomar decisiones más que antes.
- c) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- d) Me es imposible tomar decisiones.

14.

- a) No creo tener peor aspecto que antes.
- b) Estoy preocupado porque ahora parezco más viejo y poco atractivo.
- c) Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- d) Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- a) Trabajo igual que antes.
- b) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- c) Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- d) No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- a) Duermo tan bien como siempre.
- b) No duermo tan bien como antes.
- c) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- d) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- a) No me siento más cansado de lo normal.
- b) Me canso más fácilmente que antes.
- c) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- d) Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- a) Mi apetito no ha disminuido.
- b) No tengo tan buen apetito como antes.
- c) Ahora tengo mucho menos apetito.
- d) He perdido completamente el apetito.

19.

- a) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- b) He perdido más de 2,5 kilos.
- c) He perdido más de 4 kilos.
- d) He perdido más de 7 kilos.
- e) Estoy haciendo régimen para adelgazar

20.

- a) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- b) Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- c) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en nada más.
- d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- a) No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- b) Estoy menos interesado por el sexo que antes
- c) Estoy mucho menos interesado por el sexo
- d) He perdido totalmente mi interés por el sexo

Puntuación: _____

ANEXO N° 3: Validez de instrumento-consulta de expertos.

DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL AÑO 2017

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK							
1	Tristeza	x		x		x		
2	Expectativas sobre el futuro	x		x		x		
3	Fracaso	x		x		x		
4	Insatisfacción	x		x		x		
5	Culpabilidad	x		x		x		
6	Sentirse Castigo	x		x		x		
7	Inconforme consigo mismo	x		x		x		
8	Autoestima	x		x		x		
9	Ideación suicida	x		x		x		
10	Llanto	x		x		x		
11	Irritabilidad	x		x		x		
12	Interés por la gente	x		x		x		
13	Indecisión	x		x		x		
14	Autopercepción de aspecto físico	x		x		x		
15	Nivel de actividad	x		x		x		
17	Insomnio	x		x		x		
18	Cansancio	x		x		x		
19	Apetito	x		x		x		
20	Pérdida de peso	x		x		x		
21	Preocupación por salud	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [x] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Gutierrez Vilchez Rosa Bertha DNI: 0930 07465

Especialidad del validador: Gineco - obstetra

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

16 de 01 del 2018

Rosa Bertha Gutierrez Vilchez
 Dra. Rosa Bertha Gutierrez Vilchez
 Médico Gineco - Obstetra
 C.M.P. 22786 / R.N.E. 11437

Firma del Experto Informante.

Validez de instrumento-consulta de expertos.

DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL AÑO 2017

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK							
1	Tristeza	X		X		X		
2	Expectativas sobre el futuro	X		X		X		
3	Fracaso	X		X		X		
4	Insatisfacción	X		X		X		
5	Culpabilidad	X		X		X		
6	Sentirse Castigo	X		X		X		
7	Inconforme consigo mismo	X		X		X		
8	Autoestima	X		X		X		
9	Ideación suicida	X		X		X		
10	Llanto	X		X		X		
11	Irritabilidad	X		X		X		
12	Interés por la gente	X		X		X		
13	Indecisión	X		X		X		
14	Autopercepción de aspecto físico	X		X		X		
15	Nivel de actividad	X		X		X		
17	Insomnio	X		X		X		
18	Cansancio	X		X		X		
19	Apetito	X		X		X		
20	Pérdida de peso	X		X		X		
21	Preocupación por salud	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Aguino Dolores Sae DNI: 02498001

Especialidad del validador: Estadístico

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

...16...de...01...del 2018

Sara Aquino Dolores
Sara Aquino Dolores
ESTADÍSTICO
COESPE - 023

Firma del Experto Informante.

ANEXO N° 4: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores
<p>General:</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Daniel Nacional Alcides Carrión, año 2017?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar la frecuencia de depresión en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.</p>	<p>General:</p> <p>Debido a la naturaleza del trabajo de investigación no cuenta con hipótesis</p>	<p>Variabes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de depresión Indicador: Inventario de Beck No depresión: 1-10 puntos Leve perturbación del estado de ánimo: 11-16 puntos Depresión intermitente:17-20 puntos Depresión moderada: 21-30 puntos Depresión grave: 31-40 puntos Depresión extrema: >41 puntos
<p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017?</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE 1: Describir las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes con el diagnostico de síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.</p> <p>OE 2: Conocer el grado de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.</p>		

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> – Nivel: Clínico. – Diseño de Investigación: No experimental, – Alcance: Descriptivo con sub grupos comparativos. – Tipo: Transversal, Prospectivo. 	<p>Población:</p> <p>Se realizó un estudio en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.</p> <p>N = 100</p> <p>Muestra:</p> <p>Muestreo probabilístico aleatorio simple n=79</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Paciente con el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. – Atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Paciente no desee participar en el estudio. – Paciente que no acudan a sus controles 	<p>Técnica:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Cuestionario: Ficha de recolección de datos</p> <p>El Inventario de Beck</p>

ANEXO N° 5: Solicitud para aplicación de proyecto de tesis presentado al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

001187

SOLICITO: APROBACION DEL
PROYECTO DE TESIS

DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

Dra. María Elena Aguilar del Águila

Yo Grease Stefania Atencio Nuñez identificada con DNI N° 48054938 y correo electrónico greasse_cori_555@hotmail.com como interna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Universidad Privada San Juan Bautista durante el periodo Enero – Diciembre 2017, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que deseado realizar mi Tesis de título: Depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2017.

Muy cordialmente solicito a usted la aprobación del proyecto de tesis.

De antemano quedo a usted muy agradecida, por la atención prestada.

Atte.


Grease Stefania Atencio Nuñez
DNI 48054938



Bellavista, 19 de Enero del 2018.

Exp. N° 294

ANEXO N° 6: Oficio presentado por el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



OFICIO N° 449 -2018/HN.DAC-C-DG/OADI

Callao, 06 FEB. 2018

Señorita:
Grease Stefania Atencio Núñez
Alumna
Facultad de Medicina Humana
Universidad Privada San Juan Bautista
Presente.-

Asunto: Autorización de Proyecto de Investigación
Referencia: 1).- Expediente N° 297 – N° Doc. HCA-001187
2).- Memorandum N° 015-2018–HNDAC-OADI/CIEI

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, saludándola cordialmente y en atención a los documentos de la referencia, mediante el cual solicita la aprobación para realizar el Proyecto de Investigación titulado:

DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Proyecto evaluado y aprobado por el Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI), no habiéndose encontrado objeción en dicho proyecto de acuerdo a los estándares considerados en el Reglamento y Manual de Procedimientos del mencionado comité, la versión aprobada se encuentra en los archivos de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI).

En tal sentido, la Dirección General contando con la opinión técnica favorable del CIEI adscrito a la OADI, da la **AUTORIZACION** para la ejecución del proyecto de investigación en mención y tendrá vigencia de un año contados desde la fecha de la presente autorización y que se ejecutara bajo la responsabilidad de la tesista.

Sin otro particular, hago llegar a usted las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
Dra. María Elena Aguirre Delgado
DIRECTORA GENERAL

MADA:R/mdn
CC: OADI
Archivo

www.hndac.gob.pe | Av. Guardia Chaca N° 2176 Belavista
unidad.docencia_hndac@hotmail.com | Teléfono: 614-7474 Anexos 3303-3312
oedi_hndac@hotmail.com

ANEXO N° 7: Permiso para la aplicación del proyecto por el jefe del departamento de Jefatura de Gineco-Ostetricia.



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
Año del Diálogo y la Reconciliación"



MEMORANDUM N° 058 -2018 -DGO-HNDAC.

A : Dr. JUAN HIYAGON KIAN
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e
Investigación del HNDAC.

ASUNTO : RESPUESTA A SOLICITUD DE APROBACIÓN PARA
PROYECTO DE TESIS: DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
SINDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ATENDIDAS EN
EL HNDAC

REFERENCIA : SOLICITUD CON EXP N°: 297-2018

FECHA : Bellavista, 27 de enero del 2018

Es grato dirigirme a usted, para saludarle muy cordialmente y a la vez en atención al documento de la referencia, informarle que esta Jefatura no tiene inconveniente en brindar las facilidades a la interna de Medicina Humana Grease Stefania Atencio Núñez, procedente de la Universidad Privada San Juan Bautista, para la sustentación del proyecto de tesis titulado: Depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2017, y obtener el título profesional de Médico Cirujano.

Agradeciéndole anticipadamente la atención que le brinda a la presente, quedo de usted.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

29 ENE 2018

RECEPCION

DR. JUAN DAVID CORDOVA RODRIGUEZ
Jefe del Dpto. de Ginecología y Obstetricia
CMP/14556 RNE: 4955

AFS/efh
Cc: Archivo
EXP: 001187

ANEXO N° 8: Consentimiento informado.

Consentimiento Informado para las participantes de la investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a las participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Grease Stefania Atencio Nuñez** de la Universidad Privada San Juan Bautista. La meta de este estudio es: Determinar la frecuencia de depresión en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizara preguntas de una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, la encuesta es anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento. Desde ya se le agradece su participación.