



MISAEEL ACOSTA

INSTITUTO UNIVERSITARIO

**TÍTULO: “APLICACIÓN DE FLORES DE BACH COMO
TERAPIA COMPLEMENTARIA EN EL TRATAMIENTO DE
DEPRESIÓN EN MUJERES EN LA ETAPA DE MENOPAUSIA.
PARROQUIA SUCRE, CUENCA “.**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Tecnólogo en
Naturopatía. Mención:**

AUTOR: Carolina Andrea Vásquez Crespo

TUTORA: Lcda. Ruth Salguero Rosero Mgs.

RIOBAMBA, 2024



DEDICATORIA

A mis padres, fuente inagotable de amor, sabiduría y apoyo incondicional. Vuestra dedicación y sacrificio han sido la luz que guio cada paso en este viaje académico. Este logro no solo es mío, sino también vuestro, pues cada esfuerzo y sacrificio ha contribuido a este momento.

A mis profesores, cuyas enseñanzas han sido faro y guía en el vasto océano del conocimiento. Vuestro compromiso y pasión por la educación han dejado una huella imborrable en mi formación académica.

A mi familia extendida, por su constante estímulo y aliento. Vuestra presencia en mi vida ha sido una fortaleza que ha impulsado mi perseverancia. A todos aquellos que, de una forma u otra, contribuyeron a la culminación de este proyecto académico, mi más profundo agradecimiento. Este logro lleva consigo el reflejo de un esfuerzo colectivo.

Este trabajo está dedicado a ustedes, con gratitud y aprecio infinitos.



AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de manera significativa a la realización de esta tesis.

En primer lugar, agradezco a mi tutora por su orientación experta, paciencia y valiosas sugerencias que enriquecieron este trabajo. Sus conocimientos compartidos han sido fundamentales para mi desarrollo académico.

A mis padres, cuyo apoyo inquebrantable y aliento constante han sido mi mayor motivación. Su sacrificio y dedicación han sido la fuerza impulsora detrás de cada logro. A todas las personas que participaron de alguna manera en este proyecto, su contribución ha sido invaluable.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de cada uno de ustedes. A todos, mi más sincero agradecimiento.



MISAEAL ACOSTA
INSTITUTO UNIVERSITARIO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Carolina Andrea Vásquez Crespo, con cédula de ciudadanía N°0302000120, autora de la presente investigación, libre y voluntariamente declaran que el trabajo de titulación: **APLICACIÓN DE FLORES DE BACH COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA EN EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN MUJERES EN LA ETAPA DE MENOPAUSIA. PARROQUIA SUCRE, CUENCA**, es de mi plena autoría, original y no es producto de plagio o copia alguna, constituyéndose en documento único, como mandan los principios de la investigación científica. El patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece al Instituto Superior Tecnológico Dr. Misael Acosta Solís.

Es todo cuanto podemos decir en honor a la verdad.

Riobamba, 20 enero de 2024

Carolina Andrea Vásquez Crespo

C.C. 0302000120

AUTORA



ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Riobamba, 20 de enero de 2024

Yo, Lic. Ruth Salguero Rosero, en mi calidad de tutor/a, certifico que la estudiante Carolina Andrea Vásquez Crespo del año lectivo 2023-2024, certifico que ha trabajado conmigo en el desarrollo del Trabajo de Titulación: **APLICACIÓN DE FLORES DE BACH COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA EN EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN MUJERES EN LA ETAPA DE MENOPAUSIA. PARROQUIA SUCRE, CUENCA**, que el mencionado trabajo cumple con todos los requisitos legales y tecnológicos; en virtud de ello le asigno la calificación de 10 /10, con 8 % de plagio, revisado a través del sistema de anti plagio que maneja la institución, particular que pongo a consideración para los fines pertinentes.

Atentamente,

FIRMA DEL TUTOR

CI: 0602041049

Lic. Ruth Salguero Rosero Mgs.



ACTA DE EVALUACIÓN

Riobamba, 31 de enero del 2024.

El tribunal de Evaluación del Trabajo de Titulación, previa la obtención del título de
TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA

POR CONSENSO ADJUNTA LA CALIFICACIÓN DE:

.....10,0.....

**Al Trabajo de Titulación: APLICACIÓN DE FLORES DE BACH COMO TERAPIA
COMPLEMENTARIA EN EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN MUJERES EN
LA ETAPA DE MENOPAUSIA. PARROQUIA SUCRE, CUENCA.**

AUTORA: Carolina Vásquez Crespo

TUTOR: Lic. Ruth Salguero Rosero Mgs.

Código de proyecto N.º

Por el TRIBUNAL.

f. 

Por el DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

f. 

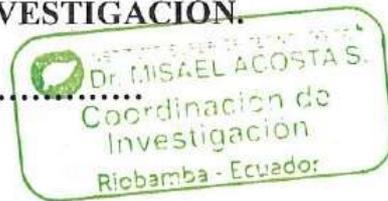


TABLA DE CONTENIDOS:

AGRADECIMIENTO	- 2 -
RESUMEN.....	- 9 -
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	- 11 -
CAPÍTULO I.....	- 13 -
1. PROBLEMA	- 13 -
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	- 14 -
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	- 14 -
1.3 OBJETIVOS	- 16 -
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	- 16 -
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 16 -
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	- 17 -
2. Referente conceptual.....	- 17 -
2.1 Menopausia	- 17 -
2.1.1 Etiología de la Menopausia.....	- 18 -

TABLA DE CONTENIDOS:

.....	- 2 -
AGRADECIMIENTO	- 2 -
RESUMEN.....	- 11 -
ABSTRACT	- 12 -
INTRODUCCIÓN	- 13 -
CAPÍTULO I.....	- 15 -
1. PROBLEMA.....	- 15 -
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	- 16 -
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	- 16 -
1.3 OBJETIVOS.....	- 18 -
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	- 18 -
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 18 -
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	- 19 -
2. Referente conceptual.....	- 19 -
2.1 Menopausia	- 19 -
2.1.1 Etiología de la Menopausia.....	- 20 -
2.1.2 Síntomas de la Menopausia.....	- 21 -
2.2 Depresión	- 22 -

2.2.1 Etiología de la depresión.....	23 -
2.2.2 Signos y síntomas de la depresión	24 -
2.2.3 Fisiopatología de la depresión.....	26 -
2.2.4 Comorbilidad de la depresión	27 -
2.2.5 Niveles de depresión	28 -
2.2.6 Clasificación de los trastornos depresivos	29 -
2.2.7 Depresión durante la etapa de la menopausia en mujeres.....	30 -
2.2.8 Factores de riesgo asociados con la depresión durante la menopausia. -	31
-	
2.3 Terapias alternativas y complementarias	32 -
2.3.1 Historia y Orígenes	33 -
2.3.2 Flores de Bach.....	34 -
2.3.3 Flores de Bach empleadas como tratamiento en la depresión.....	34 -
2.3.4 Flores de Bach en el tratamiento de la depresión durante la menopausia..	-
35 -	
2.3.5 Posología para el tratamiento de la depresión en mujeres en la etapa de menopausia.....	36 -
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	40 -
3.1.- Enfoque general de la investigación: Integrador o mixto	40 -
3.2.1.- Tipo de investigación.....	40 -

3.2.1.1.- Según el alcance: Descriptivo.....	40 -
<p>En este alcance se describen cómo son y cómo se manifiestan los fenómenos y/o eventos. Precisan sus propiedades, características de personas, grupos, procesos, objetos. Para su desarrollo, las preguntas orientadoras fueron:</p>	
3.2.1.2.- Según el Diseño: Narrativo.....	41 -
3.2.2.- Tipo de investigación.....	41 -
3.2.2.1.- Según el alcance: Descriptivo.....	41 -
3.2.2.2.- Según el Diseño: Preexperimental.....	41 -
3.2.3.- Población:	42 -
3.2.4.- Muestra:	42 -
3.2.5.- Método de recogida de datos	42 -
3.2.6.- Método de análisis datos.....	44 -
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	45 -
4.1. Caracterización de la población de estudio.....	45 -
4.2. Resultados según objetivos	45 -
CAPITULO V	64 -
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64 -
5.1 CONCLUSIONES	64 -
5.2 RECOMENDACIONES.....	65 -

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 67 -
ANEXOS	- 73 -
ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos	- 73 -
ANEXO 2: Historias Clínicas	- 76 -

RESUMEN

La presente investigación aborda los efectos de la terapia floral (Flores de Bach) en el tratamiento de la depresión en mujeres de entre 40 y 50 años en etapa de menopausia, que acuden al Centro Médico Reset en la Parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca. El propósito fundamental de este estudio consiste en analizar los efectos de las Flores de Bach como terapia alternativa en el manejo de la depresión en mujeres en la etapa de menopausia, con la finalidad de visibilizar esta problemática de salud, fomentando el uso de terapias alternativas. Se declara un alcance Descriptivo, y dos tipos según el Diseño: preexperimental en la parte cuantitativa y Narrativo en la parte cualitativa. Se utilizó la Escala de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) que consta de los siguientes ITEMS: tristeza observada, tristeza declarada por el paciente, tensión interna, sueño y apetito reducido, lasitud, dificultad para concentrarse entre otras, las cuales se basan en entrevistas clínicas, con preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. Se recolectó además información por medio de historias clínicas. Los resultados obtenidos revelaron una disminución significativa de la tristeza, un aumento en el apetito y una mejora en la calidad del sueño, acompañados por la expresión de pensamientos positivos. Paralelamente, se identificó un cambio positivo en la percepción emocional de las participantes, evidenciando mejoras en su estado de ánimo y en la gestión de sus emociones. Estos hallazgos indican que la terapia con Flores de Bach en mujeres en etapa de menopausia ha influido positivamente en distintos aspectos vinculados a la depresión, contribuyendo al bienestar emocional y al mejoramiento de la calidad de vida de las participantes.

Palabras clave: Depresión, menopausia, terapia floral, flores de Bach.

ABSTRACT

The present research addresses the effects of floral therapy (Bach Flowers) in the treatment of depression in women between 40 and 50 years old in the menopause stage, who attend the Reser Medical Center in the Sucre Parish of the city of Cuenca. The fundamental purpose of this study is to analyze the effects of Bach Flowers as an alternative therapy in the management of depression in women in the menopause stage, with the aim of making this health problem visible, promoting the use of alternative therapies. A Descriptive scope is declared, and two types according to the Design: pre-experimental in the quantitative part and Narrative in the qualitative part. The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) was used, which consists of the following ITEMS: observed sadness, sadness declared by the patient, internal tension, reduced sleep and appetite, lassitude, difficulty concentrating among others, which are based in clinical interviews, ranging from general questions about symptoms to more detailed questions that allow an accurate assessment of severity. Information was also collected through medical records. The results obtained revealed a significant decrease in sadness, an increase in appetite and an improvement in sleep quality, accompanied by the expression of positive thoughts. At the same time, a positive change was identified in the emotional perception of the participants, showing improvements in their mood and in the management of their emotions. These findings indicate that Bach Flower therapy in women undergoing menopause has positively influenced different aspects linked to depression, contributing to emotional well-being and improving the quality of life of the participants.

Keywords: Depression, menopause, flower therapy, Bach flowers.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en analizar los efectos de las Flores de Bach en el tratamiento de la depresión en mujeres en etapa de menopausia, que acuden al Centro Reset de la Parroquia Sucre Cuenca. La relevancia de este estudio se centra en buscar alternativas que contribuyan a un mejor manejo de esta patología ya que la incidencia en mujeres en esta etapa de la vida, es muy alta además de que afecta de manera significativa a su estado emocional y personal al enfrentar una nueva adaptación existencial.

La estructura de este estudio se compone de cinco capítulos. En el primer capítulo, se presenta el planteamiento del problema, incluyendo antecedentes contextuales e investigativos vinculados al tema. Se exploran trabajos desarrollados en los últimos siete años, se detallan los objetivos del estudio y se justifica la necesidad de llevar a cabo esta investigación.

El segundo capítulo se presentan los referentes conceptuales que forman parte del marco teórico centrados en estudios relacionados con la depresión, su sintomatología, factores de riesgo, niveles y su manifestación en mujeres en la etapa de menopausia. Además, se expone la terapia floral, como terapia alternativa y complementaria, abordando sus principios, beneficios, indicaciones y contraindicaciones. Se describen también las diferentes flores de Bach utilizados en el protocolo de tratamiento de la depresión en mujeres en la etapa de menopausia.

En el tercer capítulo, se presenta el marco metodológico, desarrollado bajo un enfoque integrador mixto. Se define el tipo de estudio como descriptivo, narrativo y preexperimental, con un enfoque transversal en un período específico entre agosto y diciembre de 2023. La población de estudio incluye a mujeres en la etapa de menopausia, que acuden al Centro Reset de la Parroquia Sucre en Cuenca, detallando las formas de recolección y análisis de la información.

El cuarto capítulo se dedica a la descripción, interpretación y análisis de los resultados obtenidos según los objetivos. Se evalúa el nivel de depresión, se identifican los

síntomas presentes en las mujeres en la etapa de menopausia, se establecen las flores de Bach que inciden en la mejora de la sintomatología de la depresión para las mujeres en esta etapa del ciclo vital y se describen los efectos que se presentan.

Finalmente, en el quinto y último capítulo, se presentan las conclusiones que responden a los objetivos específicos planteados. Se incluyen recomendaciones tanto para profesionales de la terapia floral como para instituciones académicas, con miras a futuras investigaciones basadas en los hallazgos de este estudio.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

La depresión es un trastorno mental de alcance global que afecta significativamente la calidad de vida de las personas. La Parroquia Sucre, ubicada en Cuenca, no es ajena a esta problemática. La depresión puede manifestarse de diversas maneras, incluyendo sentimientos de tristeza profunda, pérdida de interés en actividades cotidianas, cambios en el apetito y el sueño, fatiga y, en casos extremos, pensamientos suicidas. Este trastorno no solo afecta al individuo que lo padece, sino que también impacta en su entorno familiar, social y laboral(1).

La menopausia, como una etapa de transición biológica inevitable en la vida de las mujeres, conlleva desafíos significativos, tanto a nivel físico como emocional. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de 1.2 mil millones de mujeres en el mundo estarán experimentando la menopausia para el año 2030. En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reporta que el 10% de la población femenina tiene entre 45 y 54 años, grupo etario en el cual se concentra la transición menopáusica (2).

Junto con la menopausia, surge una preocupación creciente sobre la prevalencia de la depresión en mujeres en esta etapa. La OMS informa que la depresión afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo, siendo las mujeres más propensas a experimentar este trastorno. En Ecuador, se observa un aumento en la incidencia de casos de depresión, y se estima que un porcentaje significativo de mujeres menopáusicas enfrenta desafíos emocionales durante esta fase de sus vidas(3) .

La depresión, un trastorno mental incapacitante, ha emergido como una carga significativa para la salud global según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se estima que más de 264 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión, convirtiéndola en una de las principales causas de discapacidad. Estas cifras son alarmantes y subrayan la necesidad de comprender a fondo esta condición para abordar sus complejidades y consecuencias(4).

A pesar de esta realidad global y nacional, la atención médica tradicional a menudo se centra en aspectos fisiológicos de la menopausia, descuidando la dimensión emocional y mental. Las terapias convencionales, aunque efectivas en muchos casos, pueden no abordar integralmente los síntomas depresivos asociados con la menopausia. Es en este contexto que se plantea la necesidad de explorar enfoques terapéuticos complementarios, como las Flores de Bach, para ofrecer opciones más completas y personalizadas a mujeres en esta etapa, que sufren depresión. Esta investigación se propone llenar este vacío, examinando los efectos de las Flores de Bach en el manejo de la depresión durante la menopausia, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa de transición (5).

Por lo tanto, este proyecto de investigación se plantea con el objetivo de aportar a la resolución de este problema al evaluar la eficacia y seguridad de las Flores de Bach como terapia complementaria en el tratamiento de la depresión en pacientes de la Parroquia Sucre, Cuenca. La investigación busca proporcionar evidencia científica sólida que informe a los profesionales de la salud y ofrezca a los pacientes una opción adicional en su camino hacia la recuperación y el bienestar emocional.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles los efectos de las flores de Bach como terapia alternativa en el tratamiento de la depresión en mujeres en etapa de menopausia de la Sucre, Cuenca, provincia de Azuay?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Esta investigación surge de la necesidad imperante de abordar la intersección entre la menopausia y la depresión en mujeres de la provincia de Azuay, Ecuador. A pesar de la creciente prevalencia de ambas condiciones, existe una carencia notoria en la atención integral a la salud mental de las mujeres menopáusicas en esta región específica. Datos demográficos recopilados revelan que más del 9% de la población femenina en Azuay se encuentra en el rango etario de 45 a 54 años, coincidiendo con la fase de la menopausia. Esta población, sin embargo, enfrenta una atención limitada en términos de salud mental, a pesar de la evidencia global que destaca la incidencia significativa de síntomas depresivos en mujeres menopáusicas(6).

Las estadísticas de salud mental en Ecuador indican que la depresión afecta alrededor del 15% de la población general. Sin embargo, la correlación específica entre la menopausia y la depresión en Azuay no ha sido suficientemente explorada ni abordada. Esta brecha en el conocimiento científico y la falta de intervenciones adaptadas a la realidad local subrayan la urgencia de esta investigación(7).

Investigaciones recientes han arrojado luz sobre el uso de terapias complementarias, incluidas las Flores de Bach, en el tratamiento de la depresión. Se ha encontrado que estas terapias pueden ofrecer beneficios adicionales a los pacientes, como la reducción de los síntomas depresivos y una mayor sensación de bienestar (8).

Un estudio llevado a cabo por Smith et al. (2020) evaluó la eficacia de la terapia con Flores de Bach en pacientes con depresión leve a moderada y encontró mejoras significativas en las puntuaciones de depresión después del tratamiento. Además, un metaanálisis reciente realizado por Li et al. (2021) examinó múltiples estudios sobre terapias complementarias y concluyó que estas terapias pueden ser efectivas como complemento a la atención convencional para la depresión (9).

En el contexto local de la Parroquia Sucre, Cuenca, no se han realizado investigaciones significativas sobre el uso de las Flores de Bach como terapia complementaria en pacientes con depresión. Esta investigación busca llenar ese vacío y contribuir al conocimiento científico sobre el tema, considerando las preferencias y necesidades de los pacientes en esta comunidad.

Además, la justificación de este estudio se apoya en la necesidad de ampliar el espectro de opciones terapéuticas para mujeres menopáusicas en Azuay. A pesar de los avances en la medicina convencional, la falta de opciones holísticas y personalizadas limita la efectividad de los tratamientos disponibles. La incorporación de terapias complementarias, como las Flores de Bach, responde a la demanda de alternativas terapéuticas seguras y culturalmente pertinentes.

Esta investigación no solo llena un vacío en la literatura científica local, sino que también tiene implicaciones prácticas. Al proporcionar evidencia sobre la eficacia de las Flores de

Bach en el manejo de la depresión en mujeres menopáusicas en Azuay, se espera contribuir a la mejora de las prácticas clínicas y a la optimización de la atención a la salud mental en esta población específica.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los efectos de las Flores de Bach como terapia alternativa en el manejo de la depresión en mujeres en la etapa de menopausia, de la parroquia Sucre. Cantón Cuenca. Periodo agosto- diciembre de 2023; con la finalidad de visibilizar esta problemática de salud, fomentando el uso de terapias alternativas.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el nivel de depresión de las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Periodo agosto- diciembre de 2023
- Identificar la sintomatología de la depresión que presentan las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Periodo agosto- diciembre de 2023
- Describir los efectos de las Flores de Bach en el tratamiento de la depresión que presentan las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Periodo agosto- diciembre de 2023

Hipótesis

Las Flores de Bach tienen efectos positivos en el manejo de la depresión que presentan las mujeres en etapa de menopausia.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2. REFERENTE CONCEPTUAL

A nivel global, datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que aproximadamente el 30% de las mujeres en la etapa de menopausia experimentan algún tipo de trastorno depresivo. Esta cifra representa un incremento significativo en comparación con evaluaciones anteriores y subraya la creciente importancia de abordar los desafíos emocionales asociados con esta etapa de la vida(10).

La menopausia, caracterizada por cambios hormonales y una serie de ajustes físicos, ha emergido como un período crítico en el que las mujeres son más propensas a experimentar episodios depresivos. La incidencia de la depresión durante la menopausia, en términos numéricos, afecta a millones de mujeres en todo el mundo, lo que destaca la necesidad urgente de estrategias de atención integral(11).

Este aumento porcentual y numérico subraya la complejidad de los factores que contribuyen a la depresión en mujeres durante la menopausia. La comprensión precisa de estos desafíos es esencial para desarrollar enfoques terapéuticos adaptados y efectivos. En este contexto, la aplicación de terapias complementarias, como las Flores de Bach, adquiere aún más relevancia como parte de estrategias integrales destinadas a mejorar la salud mental y el bienestar emocional de las mujeres en esta etapa de la vida.

Para el abordaje de esta problemática es necesario partir de las siguientes definiciones:

2.1 Menopausia

La menopausia es un fenómeno biológico que marca el final del ciclo reproductivo en las mujeres, una transición natural que generalmente se experimenta entre los 45 y 55 años. Este proceso se caracteriza por la interrupción de la menstruación y está asociado con cambios hormonales significativos, particularmente una disminución en los niveles de estrógeno y progesterona (12).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la menopausia es un evento universal en la vida de las mujeres y representa una fase única en el ciclo vital femenino. Es esencial

reconocer que este fenómeno no es una enfermedad, sino un componente integral del envejecimiento biológico (11,13).

En términos de prevalencia, la OMS estima que alrededor de 1.2 mil millones de mujeres en todo el mundo serán menopáusicas para el año 2030. Esta cifra subraya la importancia de comprender y abordar los aspectos relacionados con la menopausia a nivel global. Además, la duración de la transición menopáusica varía, siendo en promedio alrededor de 4 años, aunque en algunos casos puede extenderse hasta más de una década (14).

El proceso de la menopausia conlleva una serie de cambios fisiológicos. La disminución de los niveles hormonales puede dar lugar a síntomas como sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal y cambios en la calidad del sueño. Además, la menopausia está vinculada a cambios en la salud ósea, aumentando el riesgo de osteoporosis. La OMS destaca la importancia de abordar estos aspectos físicos y de promover intervenciones que mejoren la calidad de vida de las mujeres durante esta fase de transición. Desde una perspectiva psicosocial, la menopausia también puede influir en el bienestar emocional de las mujeres. Se han observado cambios en el estado de ánimo, ansiedad y depresión en algunos casos (15).

2.1.1 Etiología de la Menopausia

Desde el punto de vista fisiológico, la menopausia es un proceso complejo que implica cambios hormonales y adaptaciones en el sistema reproductivo y otros sistemas del cuerpo de la mujer. Uno de los eventos más destacados durante la menopausia es la disminución gradual de los niveles de estrógeno y progesterona, dos hormonas sexuales clave que desempeñan roles cruciales en el ciclo menstrual y la fertilidad(16).

La menopausia es un proceso fisiológico natural que ocurre en las mujeres a medida que envejecen. Se caracteriza por la disminución gradual de los niveles de dos hormonas clave, estrógeno y progesterona, producidas principalmente por los ovarios. Este declive hormonal resulta del agotamiento progresivo de los folículos ováricos, estructuras que contienen óvulos inmaduros (17).

La reducción en el número de folículos afecta la ovulación, volviéndola irregular y eventualmente deteniéndola por completo. Esto tiene un impacto en el ciclo menstrual, llevando a irregularidades y, finalmente, a la ausencia de menstruación (18).

La disminución de estrógeno también afecta el sistema de retroalimentación hormonal que involucra la hipófisis y la liberación de GnRH, FSH y LH. El aumento de FSH y LH es indicativo de la menopausia. Además, la reducción de estrógeno influye en el útero y el tejido vaginal, causando atrofia del endometrio y disminución de la lubricación vaginal, lo que puede generar molestias(19).

2.1.2 Síntomas de la Menopausia

Los síntomas de la menopausia son diversos y pueden variar en intensidad y duración entre las mujeres. Estos síntomas son resultado directo de los cambios hormonales, especialmente la disminución de los niveles de estrógeno. Algunos de los síntomas más comunes incluyen:

- Sofocos y sudores nocturnos: Los sofocos son oleadas repentinas de calor que afectan la parte superior del cuerpo, a menudo acompañados de sudoración profusa. Los sudores nocturnos son sofocos que ocurren durante la noche, interfiriendo con el sueño y contribuyendo a la fatiga.
- Trastornos del sueño: Las fluctuaciones hormonales pueden afectar la calidad del sueño, provocando insomnio o despertares frecuentes durante la noche.
- Problemas genitourinarios: Además de la sequedad vaginal, las mujeres pueden experimentar irritación, picazón y molestias en la zona genital.
- Cambios en el ciclo menstrual: Antes de la completa cesación de la menstruación, algunas mujeres experimentan cambios en la regularidad y la cantidad de flujo menstrual.
- Sequedad vaginal: La disminución de estrógeno puede afectar la lubricación vaginal, resultando en sequedad y molestias durante las relaciones sexuales.
- Cambios en la piel y cabello: La piel puede volverse más delgada y seca, y el cabello puede volverse más fino y perder su elasticidad.

- Aumento de peso y cambios en la distribución de grasa: La redistribución de la grasa corporal, especialmente hacia el área abdominal, es común durante la menopausia, contribuyendo a cambios en la composición corporal.
- Problemas cognitivos: Algunas mujeres reportan dificultades de concentración y memoria durante la menopausia, aunque la relación precisa con el cambio hormonal no está completamente comprendida.
- Cambios en el estado de ánimo: Variaciones hormonales pueden influir en el estado de ánimo, llevando a irritabilidad, ansiedad, e incluso depresión en algunos casos (20).

Entre la sintomatología se incluyen además cambios en la piel y los huesos. La pérdida de densidad ósea aumenta el riesgo de osteoporosis, y la piel puede volverse más seca y menos elástica. La menopausia puede influir en la distribución de la grasa corporal, aumentando la proporción de grasa abdominal, lo que a su vez puede contribuir a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos (21).

Es fundamental reconocer que no todas las mujeres experimentan estos síntomas de la misma manera ni en la misma medida. La intensidad y la duración de los síntomas pueden variar ampliamente, y algunas mujeres pueden atravesar la menopausia con relativamente pocos síntomas molestos. (22)

2.2 Depresión

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), conceptualiza a la depresión como un conjunto de varias enfermedades con una característica en común, la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.(1,23)

El interés sobre el estudio de la depresión empieza con la discusión acerca de la “melancolía”, término utilizado por filósofos griegos, que hace referencia a la actitud y estado de ánimo deteriorado. Hipócrates la definió como la unión entre el miedo y la tristeza, el psiquiatra Kahl Baum, cambió el término melancolía por el de “distimia”; y, finalmente sería el psiquiatra suizo Adolf Meyer quien cambiaría este término por el de “depresión” para su uso a futuro.(24)

La OMS define a la depresión como una alteración del estado de ánimo, que se caracteriza por una profunda tristeza, pérdida de interés, frustración, falta de esperanza, desánimo, aislamiento en general. En la depresión grave las personas tienden a somatizar algunos síntomas que se ven reflejados en las funciones corporales como dolores de cabeza, mareos, palpitaciones, etc. Hollon y Beck (1979), sostienen que en la depresión interactúan diversas modalidades como: la somática, afectiva, conductual y también la cognitiva.(25)

En concordancia con lo antes mencionado el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV), define a la Depresión como un trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza, desesperación, falta de energía y cansancio constante, los cuales prevalecen la mayor parte del día, se presentan casi todos los días en un periodo de más de dos semanas y cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta uno que amenaza la vida de la persona que lo padece de tal modo que es considerado como uno de los trastornos psiquiátricos más incapacitantes ya que acarrea sufrimiento, deterioro cognitivo, aumento de la mortalidad y discapacidad.(26)

2.2.1 Etiología de la depresión

La depresión, un trastorno de naturaleza compleja, involucra factores biológicos, genéticos y psicosociales que se manifiestan a lo largo de todas las etapas de la vida. Sin embargo, la singularidad en el contexto de las mujeres en etapa de menopausia reside en la mayor predominancia de factores de carácter psicosocial y biológico en este grupo específico. Durante la menopausia, las fluctuaciones hormonales y los desafíos psicosociales característicos de esta etapa intensifican la complejidad de la depresión.(27)

Esta condición en algunos casos puede desarrollarse de manera primaria en algunos casos o representar una recurrencia de trastornos afectivos previos. Esta psicopatología por lo general suele ser más evidente en diferentes etapas de la vida como la menopausia.(28)

Múltiples factores contribuyen al desarrollo de la depresión, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Experiencias traumáticas, eventos estresantes y enfermedades crónicas son solo algunos de los desencadenantes

potenciales. El impacto de la depresión no se limita a la esfera individual; también tiene repercusiones económicas significativas.(29)

2.2.2 Signos y síntomas de la depresión

- Sensación de tristeza o vacío interior
- Irritabilidad, ansiedad u sentimientos de culpa
- Desinterés por las actividades que antes realizaba
- Fatiga o cansancio
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para recordar eventos recientes
- Insomnio
- Falta de apetito o exceso de ingesta de alimentos
- Malestar general
- Pensamientos o intentos autolíticos

En esta psicopatología se presentan también dificultades para la concentración, indecisión y desinterés por las actividades habituales; con frecuencia presentan alteraciones del sueño. Los pacientes con depresión manifiestan la imposibilidad de expresar las emociones, hasta el punto de no poder llorar.(30)

La depresión a diferencia de la melancolía se compone de un cuadro clínico cualitativamente diferente, sus principales características son la lentitud de pensamiento y la agitación psicomotriz. Por otro lado, el estado de ánimo y la actividad varían durante el día, siendo la mañana el punto más bajo. En la mayoría de los pacientes con melancolía, existe la dificultad para conciliar el sueño, es evidente el insomnio y despertares abruptos y frecuentes. En algunos casos, presentan amenorrea, anorexia, desequilibrio hidroelectrolítico y pérdida de peso.

La comprensión de la depresión ha evolucionado a lo largo del tiempo y ha sido influenciada por diversas perspectivas culturales, filosóficas y médicas. Históricamente, a lo largo de diferentes culturas, se han reconocido síntomas similares a los de la depresión, pero su interpretación y manejo han variado considerablemente. En la

antigüedad, las descripciones de la melancolía en la literatura griega y romana, así como la noción de tristeza y desesperación en la Biblia, sugieren una conciencia de estados de ánimo depresivos (28).

El término "depresión" comenzó a utilizarse más comúnmente en el contexto de la salud mental durante el siglo XX. A lo largo de este periodo, la psiquiatría y la psicología avanzaron, y se desarrollaron criterios más específicos para diagnosticar y tratar la depresión (30).

El reconocimiento de la depresión como una enfermedad mental importante y la investigación sobre sus causas y tratamientos se intensificaron a medida que avanzaba el siglo XX. La introducción de clasificaciones diagnósticas, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), ha sido fundamental para establecer criterios estandarizados para el diagnóstico de la depresión (31).

La depresión no discrimina; afecta a individuos de todas las edades, géneros y antecedentes culturales. Según las estimaciones de la OMS, alrededor del 4.4% de la población mundial vive con depresión. Este trastorno mental no solo afecta el bienestar emocional, sino que también tiene un impacto sustancial en la calidad de vida y el funcionamiento diario de quienes lo experimentan (34).

La duración y la intensidad de los episodios depresivos varían considerablemente. Algunas personas experimentan episodios aislados, mientras que otras enfrentan la carga de la depresión recurrente a lo largo de sus vidas. Este espectro de presentaciones clínicas subraya la complejidad de la depresión y la necesidad de enfoques personalizados en la atención y el tratamiento.(31)

Múltiples factores contribuyen al desarrollo de la depresión, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Experiencias traumáticas, eventos estresantes y enfermedades crónicas son solo algunos de los desencadenantes potenciales. El impacto de la depresión no se limita a la esfera individual; también tiene repercusiones económicas significativas. Los costos asociados a la depresión incluyen

gastos médicos directos, pérdida de productividad laboral y otros costos indirectos, creando una carga económica sustancial en las sociedades.(32)

A pesar de la existencia de tratamientos efectivos, un desafío importante es la brecha en el acceso al tratamiento. Más del 50% de las personas que padecen depresión en todo el mundo no reciben la atención necesaria. Factores como la falta de conciencia, el estigma social asociado con los trastornos mentales y la insuficiencia de recursos contribuyen a esta discrepancia.(33)

2.2.3 Fisiopatología de la depresión

En el núcleo de la fisiopatología de la depresión se encuentra la desregulación de neurotransmisora clave, entre ellos, la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. Este fenómeno implica un desequilibrio en la comunicación sináptica, afectando no solo el estado de ánimo, sino también funciones cognitivas y patrones de sueño. La complejidad de las interacciones neuroquímicas subraya la necesidad de investigaciones más detalladas para discernir las especificidades de estas alteraciones.(34)

La crónica hiperactivación del eje HPA, crucial en la respuesta al estrés, emerge como una característica distintiva de la depresión. Este desajuste resulta en niveles persistentemente elevados de cortisol, la hormona del estrés. El impacto negativo de estos niveles en diversas funciones fisiológicas subraya la interconexión entre los sistemas neuroendocrino y emocional (38). Explorar las complejidades de esta relación proporciona un panorama más claro de cómo el estrés crónico contribuye a la fisiopatología de la depresión.(35)

La plasticidad cerebral, esencial para la adaptación y el cambio, sin embargo, esta se ve comprometida por la presencia de un trastorno de depresión, en la etapa de la menopausia las mujeres son más susceptibles a padecerla, por lo que su adaptación a esta nueva etapa se ve comprometida. La atrofia de regiones cerebrales clave, como el hipocampo, sugiere consecuencias directas en la memoria y la regulación emocional. (36)

La evidencia de la relación entre la inflamación sistémica y la activación del sistema inmunológico con la depresión abre nuevas perspectivas. La presencia de citoquinas

proinflamatorias como actores en los síntomas depresivos desafía las nociones tradicionales y señala hacia una comprensión más holística de la fisiopatología.(37)

Las disfunciones tiroideas y los desequilibrios hormonales tiroideos se erigen como factores destacados en la fisiopatología de la depresión. La regulación inadecuada de la función tiroidea afecta el metabolismo y la energía, contribuyendo a la fatiga y otros síntomas depresivos. Un abordaje más profundo de estas relaciones endocrinas puede revelar estrategias terapéuticas personalizadas. El sistema nervioso entérico, productor de neurotransmisores influyentes en el estado de ánimo, revela conexiones entre alteraciones en la microbiota intestinal y la depresión.(38)

2.2.4 Comorbilidad de la depresión

La comorbilidad, entendida como la coexistencia de dos o más trastornos, ya sean de índole física o mental, presenta una dimensión significativa en el panorama de la salud mental. Distintas investigaciones han subrayado la marcada prevalencia de la comorbilidad vinculada a la depresión. Un estudio revela que un considerable 79% de los pacientes diagnosticados con depresión presentaban simultáneamente otro trastorno mental, evidenciando así la rareza de la depresión como entidad aislada, que solo afectaba al 21% de los individuos analizados (39).

La presencia de comorbilidad psiquiátrica no solo añade complejidad a la condición depresiva, sino que también ejerce una influencia determinante en su impacto, pronóstico y manejo. En el ámbito de la atención primaria, la ansiedad y la depresión surgen como los problemas más notables que coexisten en pacientes psiquiátricos. Paradójicamente, la comorbilidad suele pasar desapercibida, lo cual dificulta la implementación de tratamientos eficaces, complica el pronóstico y aumenta las probabilidades de una mayor resistencia a las intervenciones terapéuticas. Es evidente que comprender y abordar la comorbilidad es esencial para una atención integral y efectiva en el manejo de la depresión.(40)

2.2.5 Niveles de depresión

La incidencia del trastorno depresivo, aunque puede afectar a la población en su conjunto, presenta variaciones tanto en su grado de afectación. La clasificación generalmente aceptada de este trastorno contempla tres niveles: leve, moderado y severo.(41)

Depresión leve se manifiesta mediante síntomas como tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, todos ellos en una manifestación leve que no afecta sustancialmente las actividades cotidianas. A pesar de la constante presencia de tristeza y desgana, las personas con depresión leve pueden continuar con normalidad sus interacciones sociales, familiares y laborales. Esta categoría, también conocida como distimia, requiere especial atención, ya que, en muchos casos, puede evolucionar hacia una depresión crónica.(42)

Depresión moderada, se caracteriza por la progresiva debilitación de la fortaleza y la seguridad emocional. La ansiedad comienza a hacer mella en las fuerza interior e ilusiones, afectando las actividades sociales, familiares y laborales. La autoestima y la motivación se ven comprometidas, y si la depresión leve no se aborda a tiempo, puede intensificarse hasta adquirir características de depresión moderada. En este nivel, los síntomas incluyen dolores musculares, ausencias laborales, dificultades de concentración y un entorno laboral que se convierte en un desafío. La baja autoestima se traduce en una disminución significativa de la vida social y las relaciones interpersonales, llevando a una reducción progresiva del círculo de apoyo y social de la persona afectada.(43)

La depresión severa representa el nivel más grave, en la que se presenta una abundancia de síntomas, que se traduce en consecuencias negativas más evidentes. La pérdida total de interés por la vida, pensamientos frecuentes de suicidio y la disminución de la fuerza física. A este nivel, los síntomas son más notorios para los demás, ya que la persona afectada experimenta una apatía severa que puede resultar en la pérdida de su círculo social y su aislamiento.

Es crucial destacar que, aunque la depresión severa presenta síntomas más evidentes, su tratamiento no necesariamente es más complicado. La evidencia clara de su sintomatología

puede llevar a una búsqueda más rápida de ayuda y tratamiento, lo que resalta la importancia de considerar todos los factores de riesgo que desencadenan cada nivel de depresión (44).

2.2.6 Clasificación de los trastornos depresivos

Trastorno de depresión mayor: Este tipo de depresión, considerado el más grave, se manifiesta con una expresión facial deprimida, ojos llorosos, ceño fruncido, tristeza palpable, falta de vitalidad, contacto visual escaso o nulo, movimientos limitados y cambios notorios en el tono de voz. Este trastorno perdura durante la mayor parte del día y se manifiesta con un marcado desinterés en las actividades cotidianas. Los síntomas incluyen pérdida o aumento significativo de peso, insomnio, disminución de energía, pensamientos frecuentes de muerte y riesgos autolíticos. Estos síntomas, de intensidad considerable, se presentan en forma de episodios durante semanas o meses.(45)

Trastorno depresivo persistente (distimia): De naturaleza menos grave que la depresión mayor, la distimia se caracteriza por una sensación persistente de abatimiento durante la mayor parte del día. La sintomatología se extiende en el tiempo, persistiendo durante dos años o más. Aunque este trastorno no incapacita al individuo, afecta su vida cotidiana y puede presentar episodios depresivos fuertes en respuesta a diversas circunstancias.(46)

Trastorno disfórico premenstrual: Este trastorno implica síntomas vinculados al periodo premenstrual, con una intensidad superior que puede agravarse a medida que la menopausia se acerca. Su impacto es notable, afectando el desempeño en las actividades diarias.(47)

Depresión psicótica: También conocida como delirio, la depresión psicótica se caracteriza por la presencia de ideas o pensamientos falsos, como delirios o alucinaciones. Estos delirios suelen basarse en una conciencia excesiva, un miedo desmedido al colapso financiero o la creencia infundada de tener una enfermedad grave e incurable. Debido a la gravedad de la enfermedad y al riesgo elevado de suicidio, los pacientes con depresión psicótica generalmente requieren hospitalización en un departamento psiquiátrico.(48)

Depresión atípica: Las personas con este tipo de depresión manifiestan los mismos síntomas depresivos que aquellos con depresión típica, pero con dos diferencias significativas: tienen

un aumento del apetito y una mayor necesidad de sueño. Aunque los síntomas son similares, las manifestaciones atípicas los distinguen.(49)

Depresión bipolar: El trastorno afectivo bipolar, también conocido como trastorno maníaco-depresivo, es una enfermedad seria y menos común que el trastorno unipolar. Se presenta en dos formas: bipolar I y bipolar II. Los pacientes con trastorno bipolar tipo I experimentan episodios tanto depresivos como maníacos, caracterizados por un estado de ánimo elevado, hiperactividad, inquietud, irritabilidad y pérdida de la necesidad de sueño. La fase maníaca afecta el pensamiento, el juicio y el comportamiento social, con comportamientos riesgosos, como sexo indiscriminado o decisiones financieras imprudentes.(50)

Trastorno bipolar tipo II: Si los síntomas maníacos no son evidentes y no causan problemas psicosociales, se diagnostica un episodio hipomaníaco. Estos episodios pueden ocurrir después de episodios depresivos y, en ocasiones, inmediatamente después.(51)

Trastorno afectivo estacional: Los pacientes con depresión estacional presentan síntomas atípicos de la depresión atípica, experimentándolos durante una estación específica del año, generalmente en otoño o invierno. Cuando finaliza la fase depresiva, las personas suelen retornar a su estado de ánimo y funcionamiento normales.(52)

2.2.7 Depresión durante la etapa de la menopausia en mujeres.

La menopausia, un proceso biológico natural que se caracteriza por el cese de la menstruación y cambios hormonales, puede ejercer un impacto notable en la salud mental de las mujeres. Aunque no todas las mujeres atraviesan la depresión durante esta etapa, diversas investigaciones indican una asociación entre la transición hormonal y la prevalencia de síntomas depresivos.(53)

La variabilidad en las tasas de prevalencia se atribuye a una amalgama de factores, siendo los cambios hormonales, en particular la disminución de estrógeno y progesterona, un componente crucial. No obstante, factores psicosociales también desempeñan un papel significativo, como la percepción cultural de la menopausia, las actitudes hacia el envejecimiento y la presión social, todos los cuales pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos.(54)

Es pertinente considerar los síntomas vasomotores, como los sofocos y sudores nocturnos, que son frecuentes durante la menopausia, ya que se ha observado que las mujeres que experimentan estos síntomas tienen un riesgo elevado de desarrollar depresión. La interrelación entre los cambios hormonales, los síntomas físicos y la salud mental durante la menopausia subraya la complejidad de este período de transición.(55)

La predisposición genética y la presencia de eventos de vida significativos también inciden en la vulnerabilidad a la depresión durante la menopausia. Cada mujer presenta una singularidad, y la experiencia de la menopausia varía según diversos factores individuales y contextuales. El desarrollo de la depresión durante la menopausia puede estar influido por una variedad de factores de riesgo que interactúan entre sí, sin embargo, no garantizan su aparición.(56)

2.2.8 Factores de riesgo asociados con la depresión durante la menopausia.

Los cambios hormonales durante la menopausia, caracterizados por la disminución de estrógeno y progesterona, pueden ejercer una influencia significativa en la función cerebral y la regulación del estado de ánimo, impactando así la susceptibilidad a la depresión.(57)

- La predisposición genética, desempeña un papel destacado en la susceptibilidad a la depresión durante la menopausia. Aquellas mujeres con antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo enfrentan un riesgo potencialmente mayor.
- Eventos de vida estresantes, como la pérdida de un ser querido, problemas laborales o cambios significativos, pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión en este periodo de transición hormonal.
- La presencia de problemas de salud crónicos, como enfermedades cardiovasculares o diabetes, emerge como un factor adicional que incrementa el riesgo de depresión durante la menopausia.
- La carencia de una red de apoyo social sólida también se identifica como un elemento contribuyente al desarrollo de la depresión en este contexto. Dada la naturaleza desafiante de la menopausia, el respaldo emocional se convierte en un componente crucial para mitigar el impacto psicológico.

- La percepción negativa de la menopausia y la ansiedad asociada a los cambios físicos y emocionales constituyen factores psicosociales que pueden elevar el riesgo de depresión.
- Los niveles de estrés crónicos, ya sea relacionados con la vida laboral, familiar o social, han sido identificados como determinantes significativos en la salud mental durante la menopausia.
- Las modificaciones en la autoimagen y la autoestima, frecuentes durante la menopausia, pueden contribuir al desarrollo de la depresión, especialmente cuando las mujeres enfrentan dificultades para adaptarse a estos cambios.

La relación entre estos factores de riesgo subraya la complejidad inherente a la depresión durante la menopausia, destacando la necesidad de un enfoque integral y personalizado en su abordaje.(58)

2.3 Terapias alternativas y complementarias

Las terapias complementarias, también denominadas medicinas alternativas, abarcan prácticas de salud y tratamientos que se incorporan junto con o en sustitución de los enfoques médicos convencionales. Estas modalidades terapéuticas tienen raíces históricas y provienen de diversas culturas y tradiciones.(59)

Las terapias complementarias incluyen una amplia variedad de enfoques, que van desde prácticas centradas en la mente y el cuerpo hasta intervenciones naturales y manipulativas. Su objetivo principal es complementar el tratamiento médico convencional, centrándose en promover el bienestar integral del individuo. Se fundamentan en la premisa de que la salud no se limita a la mera ausencia de enfermedad, sino que constituye un estado de equilibrio y armonía entre cuerpo, mente y espíritu.(60)

En el ámbito de las terapias complementarias, es esencial destacar que, estas, han evolucionado y se han diversificado con el tiempo, adaptándose a las necesidades y perspectivas cambiantes de las sociedades. Este continuo desarrollo ha llevado a la

incorporación de enfoques innovadores, así como a la revalorización de prácticas ancestrales que han demostrado su eficacia en el bienestar de las personas.(61)

Un aspecto relevante de las terapias complementarias es su enfoque holístico, que considera al individuo como un todo interconectado. Se reconocen las interrelaciones entre los aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales de la salud, buscando abordar no solo los síntomas específicos, sino también las posibles causas subyacentes.

Esta perspectiva integral ha llevado a una creciente aceptación y adopción de estas terapias en diversos contextos de atención médica y ha propiciado la colaboración entre profesionales de la salud convencional y aquellos que practican terapias complementarias(62).

2.3.1 Historia y Orígenes

Las raíces históricas de las terapias alternativas y complementarias se extienden a través de las antiguas civilizaciones, donde las prácticas curativas eran intrínsecas a las creencias culturales y espirituales. En la antigua China, por ejemplo, la acupuntura y la medicina herbal desempeñaron un papel central, mientras que, en la India, el Ayurveda, un sistema holístico que abarca la dieta, las hierbas y las prácticas espirituales, se practicaba desde hace milenios.(63)

La antigua Grecia también contribuyó significativamente al desarrollo de terapias complementarias. Hipócrates, un destacado médico griego, abogaba por un enfoque holístico de la salud, reconociendo la influencia de factores ambientales y emocionales en el bienestar. Paralelamente, la tradición herbaria europea se arraigó en la Edad Media, evidenciando el uso ancestral de plantas medicinales.(64)

Durante el Renacimiento, época marcada por un resurgimiento del interés en la anatomía y la fisiología, se exploraron diversas terapias, desde el mesmerismo hasta la homeopatía. A medida que el tiempo avanzaba, estas prácticas continuaron evolucionando y adaptándose a las creencias y valores cambiantes de diferentes culturas, consolidándose como valiosas contribuciones a la diversidad de enfoques en el cuidado de la salud.(65)

2.3.2 Flores de Bach

Las Flores de Bach, un sistema de terapia floral, fueron desarrolladas por el médico y homeópata británico Edward Bach en la década de 1930, con formación en medicina convencional y homeopatía, estaba interesado en abordar los aspectos emocionales y mentales de la salud de una manera más sutil y natural. Durante su carrera, Bach se dedicó a investigar y desarrollar enfoques que vincularan las emociones con la salud.(66)

Su descubrimiento se basó en la creencia de que las propiedades curativas de las flores podían transferirse a las personas para tratar desequilibrios emocionales. El sistema de Flores de Bach incluye 38 esencias florales, cada una asociada con un estado emocional específico. Bach creía que abordar estos estados emocionales negativos ayudaría a prevenir o tratar problemas de salud.(67)

Entre estas esencias, se destaca Rescue Remedy, diseñada para situaciones de emergencia y estrés. La filosofía de Bach se centraba en tratar la causa subyacente de las enfermedades y en la importancia de la conexión mente-cuerpo-espíritu, para la salud holística.(68)

2.3.3 Flores de Bach empleadas como tratamiento en la depresión.

Las Flores de Bach han emergido como un enfoque complementario en el abordaje de la depresión, seleccionando esencias florales específicas de acuerdo con los estados emocionales individuales. Por ejemplo, la Mustard (Mostaza) se destaca en el tratamiento de la melancolía inexplicada, una sensación de tristeza que parece descender sin razón aparente. La administración de esta flor busca aliviar este estado emocional, restaurando la luz y vitalidad a la vida de aquellos que la experimentan durante episodios depresivos.(69)

La Gorse (Aulaga) se prescribe para la desesperanza profunda, interviniendo en situaciones donde la persona siente que no hay esperanza de mejora. Esta flor se orienta a infundir una chispa de optimismo y renovación en individuos que enfrentan un desaliento extremo, contribuyendo a contrarrestar la gravedad de los estados depresivos.(70)

En casos de angustia extrema y sensación de llegar al límite de la resistencia emocional, la Sweet Chestnut (Castaño Dulce) entra en juego ofreciendo apoyo. Utilizada en situaciones

donde la persona se siente abrumada y desesperada, esta flor busca proporcionar un respaldo emocional significativo en momentos críticos.(71)

La Gentian (Genciana) se emplea cuando la desmoralización es causada por contratiempos y desafíos. Su aplicación se dirige a restaurar la fe y la confianza en el proceso de vida, ayudando a superar las dificultades con una perspectiva más positiva. Así, esta esencia floral contribuye a contrarrestar los efectos debilitantes de la depresión causada por eventos adversos.(72)

La Cherry Plum (Cerasífera) se utiliza para abordar el miedo a perder el control y la preocupación por hacer daño a uno mismo u a otros. Esta flor busca estabilizar las emociones en momentos de intensidad emocional extrema, proporcionando un anclaje emocional en situaciones de crisis. Aunque la eficacia de estas esencias florales carece de una base científica sólida, la popularidad de estos tratamientos se respalda en el empirismo de su uso, que destacan experiencias positivas en el ámbito del autocuidado y la medicina complementaria.(73)

2.3.4 Flores de Bach en el tratamiento de la depresión durante la menopausia.

Las Flores de Bach, dentro de su perspectiva holística orientada al equilibrio emocional, emergen como una opción de tratamiento complementaria para abordar las dimensiones emocionales vinculadas a la depresión durante la menopausia en mujeres. Estas esencias florales específicas se han destacado por su capacidad para abordar estados de ánimo melancólicos inexplicados y episodios depresivos que pueden surgir sin causa aparente, ofreciendo un enfoque sutil y natural en el contexto de las fluctuaciones hormonales característicamente presentes en la menopausia.(74)

La Mustard (Mostaza) se revela como una opción crucial en el arsenal terapéutico floral para contrarrestar la melancolía inexplicada que a menudo acompaña a las variaciones hormonales durante la menopausia. Su aplicación se dirige a restaurar la luminosidad y vitalidad en la vida de las mujeres que atraviesan este periodo, proporcionando alivio a los estados emocionales depresivos.(75)

En el caso de la Genciana (Gentian), esta esencia floral entra en juego cuando la desmoralización se asocia con los desafíos inherentes a la menopausia. Su aplicación se orienta a contrarrestar la sensación de desánimo que puede acompañar a esta etapa de la vida, ofreciendo un apoyo emocional que contribuye a mantener un equilibrio emocional más sólido.(76)

Por otro lado, la Nogal (Walnut) se presenta como una herramienta valiosa para protegerse de las influencias externas en momentos de cambio, como los experimentados durante la menopausia. Al ofrecer estabilidad emocional, esta esencia floral facilita la adaptación a las transformaciones tanto físicas como emocionales que caracterizan este periodo, brindando un anclaje emocional necesario.(77)

En situaciones donde la indecisión y las fluctuaciones emocionales son prominentes durante la menopausia, la Scleranthus se convierte en una opción significativa. Esta flor busca restaurar el equilibrio emocional y fortalecer la capacidad de tomar decisiones con confianza, proporcionando una base emocional más sólida en medio de los desafíos emocionales asociados con la menopausia.(78)

La Rosa Silvestre (Wild Rose), por último, se destaca por su capacidad para abordar la apatía y la falta de interés comúnmente experimentadas durante la menopausia. Al ser utilizada en el contexto de la terapia floral, esta esencia busca reavivar el interés en la vida y restaurar la vitalidad emocional en mujeres que atraviesan este periodo de transición. Aunque estas aplicaciones específicas carecen de evidencia científica sólida, se respaldan con numerosos testimonios que contribuyen a su creciente popularidad en el ámbito del autocuidado y la medicina complementaria.(79)

2.3.5 Posología para el tratamiento de la depresión en mujeres en la etapa de menopausia

La posología para el tratamiento de la depresión en mujeres en la etapa de menopausia mediante la terapia con Flores de Bach debe ser cuidadosamente considerada y personalizada. Aunque las Flores de Bach son un enfoque natural y seguro, es crucial adaptar la dosificación a las necesidades individuales de cada paciente. A continuación, se proporciona una guía

general, pero se recomienda consultar a un profesional de la salud o terapeuta floral para obtener recomendaciones específicas:

Agrimony (Agrimonia): En el contexto de la investigación sobre el tratamiento de la depresión en mujeres en la etapa de la menopausia, se incorpora el remedio floral Agrimony. Este se dirige específicamente a aquellas mujeres que tienden a ocultar sus verdaderos sentimientos detrás de una fachada de alegría superficial. El componente activo de Agrimony busca abordar la falta de expresión emocional auténtica y promover un mayor equilibrio emocional. El protocolo de administración recomendado consiste en la ingesta de cuatro gotas, cuatro veces al día. Esta posología se ha establecido considerando la necesidad de proporcionar un soporte continuo a lo largo del día, permitiendo una integración gradual de los beneficios terapéuticos.(80)

Gentian (Genciana): Dentro del marco de esta investigación, se incorpora Gentian como una opción terapéutica para abordar la desesperanza y el desánimo asociados a contratiempos durante la menopausia. Este remedio floral se propone mitigar las sensaciones de desaliento, proporcionando un estímulo emocional positivo. La posología recomendada consiste en la toma de cuatro gotas, tres veces al día. Este régimen se ha estructurado para mantener una presencia constante del remedio en el sistema, apuntando a contrarrestar los efectos negativos del desánimo persistente.(81)

Mustard (Mostaza): En el ámbito de esta investigación científica, se evalúa la eficacia de Mustard como un recurso terapéutico para abordar la tristeza profunda sin razón aparente en mujeres en la etapa de la menopausia. El componente activo de Mustard se ha seleccionado por su capacidad para aliviar la tristeza sin un origen claro, proporcionando un enfoque integral para mejorar el bienestar emocional. La posología recomendada implica la ingesta de cuatro gotas, cuatro veces al día. Esta frecuencia se ha establecido para garantizar una exposición continua al remedio floral, optimizando así su impacto terapéutico.(82)

Walnut (Nogal): Como parte integral de la investigación sobre el tratamiento de la depresión en mujeres menopáusicas, se incorpora el remedio floral Walnut. Este se destina a facilitar la transición a nuevas etapas de la vida, como la menopausia. Se selecciona el Walnut por su capacidad para proporcionar estabilidad emocional durante períodos de cambio significativo.

La posología sugerida incluye la ingesta de cuatro gotas, tres veces al día. Este régimen busca mantener una presencia constante del remedio para apoyar de manera efectiva el proceso de adaptación emocional.(83)

Scleranthus (Centaurea menor): En el contexto de la presente investigación científica, se evalúa la aplicación de Scleranthus como parte integral del tratamiento para la depresión en mujeres menopáusicas. Este remedio floral se ha seleccionado debido a su potencial para abordar la indecisión y la fluctuación emocional características de este trastorno. La posología recomendada implica la ingesta de cuatro gotas, tres veces al día. Se espera que esta intervención contribuya a estabilizar el estado de ánimo y promover una mayor claridad mental en las pacientes.(84)

La Rosa Silvestre (Wild Rose): Como componente esencial de esta investigación, se investiga la eficacia terapéutica de La Rosa Silvestre en mujeres menopáusicas que experimentan apatía y resignación asociadas a la depresión. Este remedio floral se ha seleccionado por su capacidad para despertar el interés y la vitalidad emocional. La posología sugerida incluye la ingesta de cuatro gotas, cuatro veces al día. Este protocolo se ha diseñado para fomentar una recuperación progresiva del estado emocional, proporcionando un estímulo constante para superar la apatía y restaurar un sentido de conexión con la vida.(69)

La duración recomendada para la administración de los remedios florales en mujeres en la etapa de la menopausia varía según la respuesta individual de cada paciente y la evolución de sus síntomas. Se establece un régimen inicial de tratamiento que abarca hasta la quinta sesión, momento en el cual se espera que los pacientes experimenten mejoras y una disminución de los síntomas depresivos.(85)

Es importante destacar que la terapia con Flores de Bach es un enfoque gradual y continuo. Después de la quinta sesión, se recomienda realizar evaluaciones periódicas con el paciente para ajustar la posología según su progreso y necesidades cambiantes. En algunos casos, la terapia puede extenderse durante varias semanas o meses, manteniendo un monitoreo constante para garantizar la efectividad y realizar ajustes según sea necesario.(86)

Es fundamental subrayar que la duración exacta del tratamiento puede variar según la complejidad de los casos individuales y la respuesta de cada paciente a la terapia floral. Por lo tanto, se aconseja la supervisión continua de un profesional de la salud o terapeuta floral para una gestión óptima del tratamiento a lo largo del tiempo.(87)

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.- Enfoque general de la investigación: Integrador o mixto

El desarrollo de la presente investigación se cumplió utilizando el enfoque integrador o mixto. Citado enfoque utiliza un conjunto de procesos sistematizados, tanto empíricos - observación participante- como críticos -análisis crítico-. Implica además la recolección de datos, tanto cuantitativos como cualitativos. Para su discusión se los integran para logran un mayor nivel de comprensión del fenómeno estudiado. (88) Se explicitan los tipos de investigación aplicados en los dos momentos.

Primer momento: Enfoque Cualitativo

3.2.1.- Tipo de investigación

3.2.1.1.- Según el alcance: Descriptivo

En este alcance se describen cómo son y cómo se manifiestan los fenómenos y/o eventos. Precisan sus propiedades, características de personas, grupos, procesos, objetos. Para su desarrollo, las preguntas orientadoras fueron:

¿Qué tipo de depresión de las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca?

¿Qué síntomas de depresión se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca?

¿Qué flores de Bach, contribuyen a mejorar la sintomatología de la depresión en la etapa de la menopausia y cuáles son los efectos que estas producen en el organismo?

Se seleccionó el alcance descriptivo considerando su utilidad para mostrar con alta precisión las dimensiones del fenómeno estudiado, para el caso, los niveles de depresión que presentan las mujeres en la etapa de menopausia, de la parroquia Sucre. Cantón Cuenca. En un segundo momento, los efectos de las flores de Bach para el tratamiento de la depresión. Este tipo de alcance exigió de la investigadora, definir la depresión en la etapa de la menopausia, considerando su relación con la terapia floral seleccionad, Además se detallan aspectos específicos de esta terapia, y su mecanismo de acción.

3.2.1.2.- Según el Diseño: Narrativo

Se seleccionó el Diseño Narrativo ya que se recolectó datos sobre mujeres en la etapa de menopausia, de la parroquia Sucre. Cantón Cuenca, para describirlos y analizarlos. El interés recae en observar los comportamientos de los sujetos investigados, mientras dura el tiempo de tratamiento; primordialmente centrados en los niveles de depresión que presentan. Se pretendió analizar una sucesión de acontecimientos que se generaron durante el tratamiento y posteriormente, observar cómo reaccionaban después de los días de tratamiento establecidos.

Los datos se obtuvieron mediante el seguimiento registrado en las historias clínicas en las confrontándolos con los testimonios de los sujetos estudiados.

Enmarcándolos en la división de los estudios narrativos propuestos por Mertens (2005), la investigación corresponde al Diseño Narrativo de Tópicos, que se enfoca en una temática, fenómeno o suceso. (86) Para el caso, la investigación se centró en describir los efectos de las Flores de Bach en los trastornos depresivos de mujeres en la etapa de menopausia, de la parroquia Sucre. Cantón Cuenca.

Segundo momento: Enfoque Cuantitativo

3.2.2.- Tipo de investigación

3.2.2.1.- Según el alcance: Descriptivo

Al igual que en el primer momento, se asumen un alcance Descriptivo, considerando que se recolectarán datos sobre cada una de las categorías, para el caso: Depresión en las mujeres en la etapa de menopausia y efectos de las flores de Bach. Se reportan los datos que arrojaron los instrumentos aplicados.

3.2.2.2.- Según el Diseño: Preexperimental

Según Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista (2014) el diseño preexperimental implica trabajar con un solo grupo, donde la intervención y el grado de control son mínimos. Este tipo de investigaciones permiten hacer un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad. Es importante mencionar que no se cumple con un diseño de mayor

profundidad, dado que es necesario contar con un Comité de Ética que pueda supervisar y/o validar la aplicación de instrumentos. Además, considerando las limitaciones del tiempo para la ejecución del trabajo de investigación. (85)

Los mismos autores Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista (2014) explican que en la investigación de tipo preexperimental “no hay un grupo de comparación”, por tanto, se reafirma que se trabajó con un solo grupo donde la intervención y el grado de control fue mínimo. Sin embargo, si permitió un primer acercamiento al problema en la realidad. Esto implicó que, en las recomendaciones se sugiera aplicar los instrumentos y procesos a una muestra más significativa y/o realizar a futuro un diseño experimental puro donde se pueda tener grupos de comparación para medir equivalencias entre los resultados. (85)

3.2.3.- Población:

Mujeres en etapa de menopausia: 10 Mujeres que acuden al Centro Reset de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Periodo agosto a diciembre de 2023

3.2.4.- Muestra:

Criterio Muestral: Probabilístico Intencional, contemplando que el número de la población es inferior a las 100 personas, se consideró como muestra probabilística intencional al total de la población descrita.

3.2.5.- Método de recogida de datos

Para la recolección de datos se aplicaron dos tipos de instrumentos. El primero de corte cuantitativo, inherente a la observación participante, que sirvió para detectar la presencia de depresión en las mujeres en la etapa de menopausia. Para lo cual se aplicó la escala de depresión de Montgomery-Åsberg (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS), la cual permitió medir la severidad de la depresión en adultos. El instrumento utilizado adopta un enfoque estructurado mediante la aplicación de un cuestionario compuesto por 10 preguntas, cada una con 4 opciones de respuesta, valoradas en una escala del 1 al 6. Cada respuesta positiva es asociada a un valor numérico específico, estableciendo así un puntaje acumulativo. La determinación de la presencia y niveles de depresión se basa en puntos de corte predeterminados. Un puntaje en el rango de 0 a 6 sugiere ausencia de

depresión, mientras que un puntaje entre 7 y 19 denota depresión leve. La categoría de depresión moderada abarca puntajes de 20 a 34, y se reserva el rango de 35 a 60 puntos para indicar la presencia de depresión grave. Este sistema de clasificación proporciona una evaluación cuantitativa de la gravedad de la depresión en función de los resultados obtenidos en el cuestionario propuesto por los siguientes ítems:

1. Tristeza observada Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.
2. Tristeza declarada por el paciente Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.
3. Tensión interna Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.
4. Sueño reducido Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.
5. Apetito reducido Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.
6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.
7. Lasitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.
8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.

9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.
10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.

El segundo instrumento es de corte cualitativo, guion no estructurado de preguntas, mediante el cual se buscó ampliar o profundizar en las percepciones de las mujeres sobre las razones o causas que provocan la sintomatología depresiva, y los efectos de las flores de Bach durante el tratamiento. Cabe mencionar que los datos no se recabaron de manera formal o grabada, sino más bien, sirvieron para contemplar en la interpretación de los datos cuantitativos.

3.2.6.- Método de análisis datos

Escala de Likert. - Método desarrollado por Rensis Likert en 1932 “Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los puntos o categorías de la escala” (Hernández, R. 2018: pág. 238). Una vez aplicadas las fichas de observación, se procedió a procesar los datos utilizando una matriz de Excel. Con dicha base de datos se generaron las gráficas. Una vez obtenidas dichas gráficas, se procedió a analizar e interpretar los resultados.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Este estudio, realizado en la Parroquia Sucre en Cuenca, Centro Reset, se enfocó en evaluar retrospectivamente el impacto de la terapia de Flores de Bach como enfoque alternativo en el tratamiento de la depresión en mujeres menopáusicas. Para este propósito, se utilizó la Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS), una herramienta reconocida que permitió medir la severidad de la depresión en adultos. La escala MADRS consta de 10 ítems, cada uno diseñado para evaluar diversos aspectos del estado depresivo, proporcionando así una visión más detallada y específica de los síntomas experimentados por los participantes.

Durante la aplicación de la escala, se tuvo en cuenta una clasificación detallada de los niveles de depresión, contemplando los criterios de no depresión, depresión leve, moderada y grave. Esta clasificación permitió una evaluación más precisa y diferenciada de la intensidad de la depresión experimentada por las mujeres menopáusicas en el estudio.

4.1. Caracterización de la población de estudio

Se aplicó dicho instrumento a una muestra conformada por 10 mujeres en etapa de menopausia que asisten al Centro Reset, ubicado en la parroquia Sucre.

En relación con el estado civil, el 0% de las participantes están viudas, el 80% se encuentra casadas, el 10% está divorciado y otro 10% está solteras. Por otro lado, todas las participantes tienen un nivel de educación superior.

4.2. Resultados según objetivos

- **Del objetivo específico 1:** Identificar el nivel de depresión de las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Periodo agosto- diciembre de 2023.

Tras aplicar la Escala de Depresión de Montgomery a un grupo de 10 mujeres en la etapa de la menopausia, se observó que una participante de 48 años presentó síntomas de depresión leve. Seis mujeres de edades comprendidas entre los 42 y 50 años, presentaron cuadros de depresión moderada. Finalmente, tres mujeres, en de 40, 46 y 48 años, respectivamente,

manifestaron síntomas de depresión grave. Estos resultados ofrecen una perspectiva detallada de como la depresión tiene una mayor incidencia en esta etapa del ciclo vital.

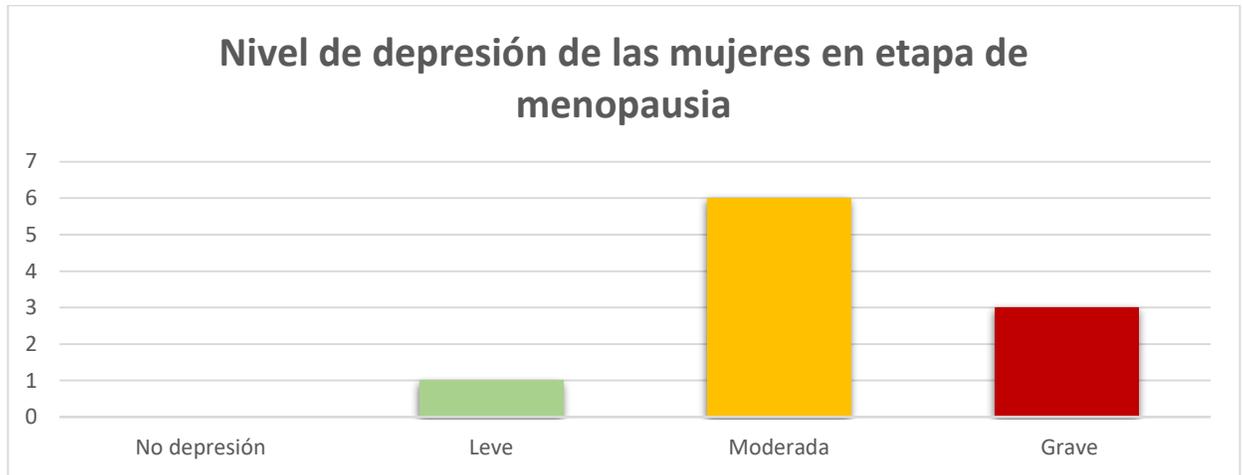


Figura 1. Aplicación de la Escala de Depresión de Montgomery a un grupo de 10 mujeres en la etapa de la menopausia

- **Del Objetivo específico 2:** Identificar la sintomatología de la depresión que presentan las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Periodo agosto- diciembre de 2023.



Figura 2: Tristeza observada

Los resultados revelaron que ninguna de las mujeres evaluadas mostró ausencia total de tristeza, mientras que un 20% aparentaba decaimiento ocasional, pero se animaba sin dificultad. Un 50% de la muestra guarda relación con sentirse triste y desgraciada la mayor parte del tiempo, mientras que otro 20% evidenció el sentirse siempre desgraciada. Además, un 10% reportó sentirse extremadamente abatida. Estos hallazgos ofrecen una perspectiva detallada de la salud mental en mujeres menopáusicas, resaltando la necesidad de abordar los desafíos emocionales asociados con este período de transición y adaptación funcional.

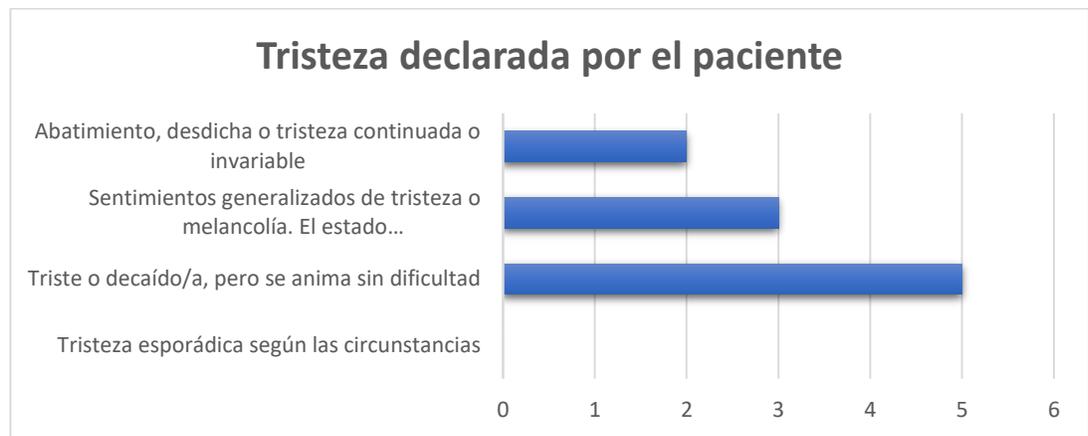


Figura 3. Tristeza declarada por el paciente

Los resultados indican que ninguna mujer de la muestra manifestó tristeza esporádica según las circunstancias. Un 25% de los participantes se describió como triste o decaído ocasionalmente, pero con la capacidad de animarse sin dificultad. El 37.5% experimentó sentimientos generalizados de tristeza o melancolía, con el estado de ánimo aún influenciado por circunstancias externas.

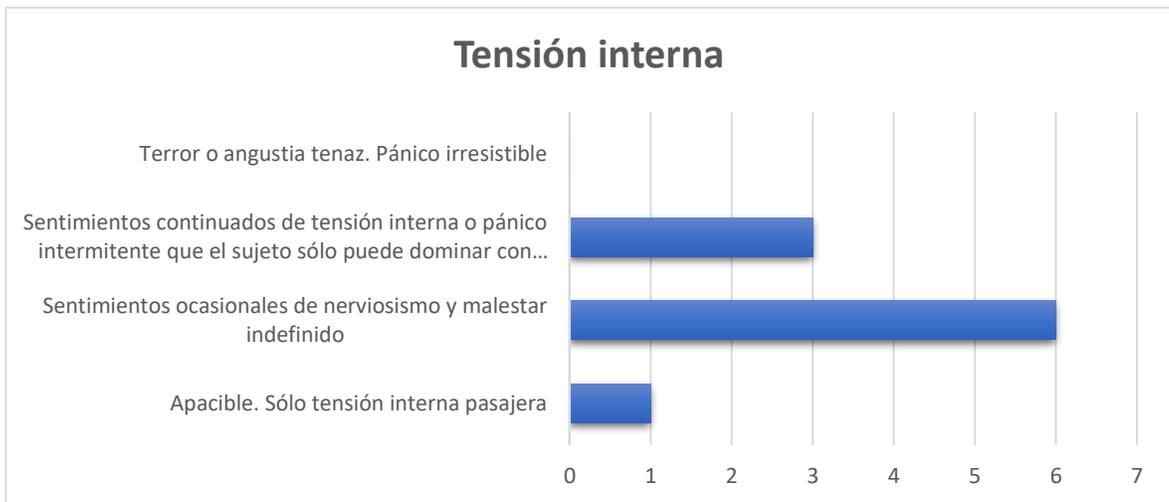


Figura 4. Tensión interna

Se enfocó en evaluar la vivencia emocional de los participantes en relación con la tensión interna, considerando distintos niveles de intensidad. Los resultados revelaron que el 12.5% de la muestra experimentó una sensación apacible, caracterizada solo por tensión interna pasajera. Por otro lado, el 75% manifestó sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido. Además, el 37.5% reportó sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente, enfrentando esta experiencia con cierta dificultad. Es importante destacar que ningún participante indicó un nivel de terror o angustia tenaz, ni experimentó un pánico irresistible.

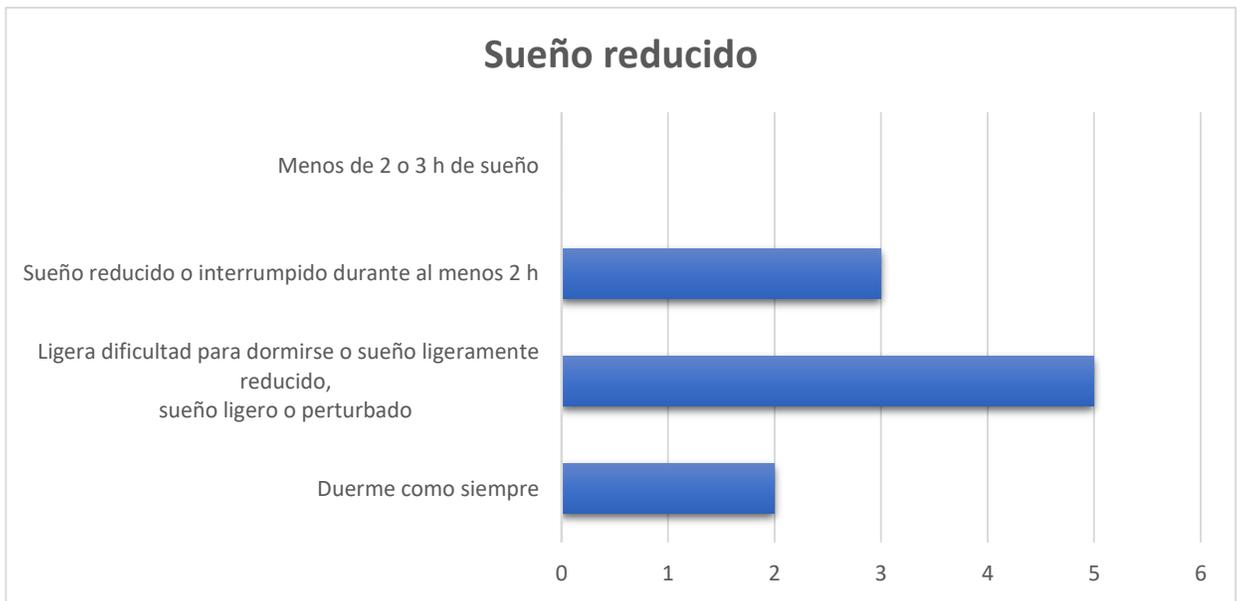


Figura 5. Patrones de Sueño

La investigación abordó los patrones de sueño en la muestra considerando distintos niveles de afectación. Según los resultados obtenidos, el 25% de los participantes informó que duerme como siempre, sin experimentar alteraciones significativas en la calidad del sueño. Por otro lado, el 62.5% indicó una ligera dificultad para conciliar el sueño o una reducción leve en la duración del mismo, manifestando un sueño ligero o perturbado. Además, el 37.5% de los sujetos experimentó una disminución más notable en la duración del sueño, con interrupciones que sumaron al menos 2 horas. Es relevante destacar que ningún participante reportó un sueño total inferior a 2 o 3 horas.

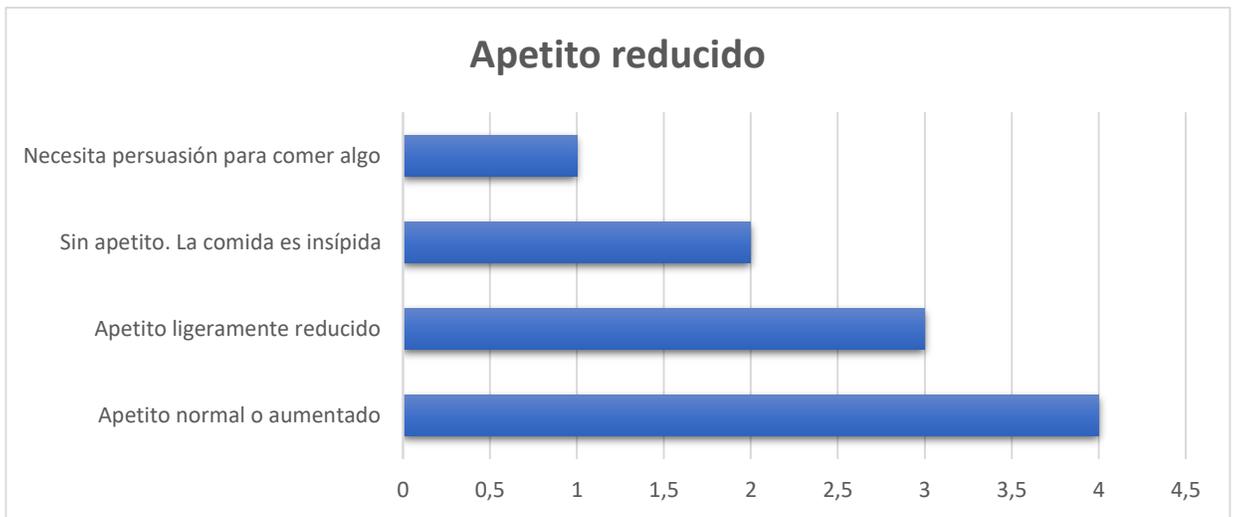


Figura 6. Hábitos Alimenticios

La evaluación de los hábitos alimenticios reveló que el 40% de los participantes mantuvo un apetito normal o incluso experimentó un aumento en su deseo de comer. Por otro lado, el 30% manifestó un apetito ligeramente reducido, indicando una disminución leve en su interés por la comida. En contraste, el 20% de la muestra reportó la pérdida de apetito, describiendo la comida como insípida. Adicionalmente, el 10% restante expresó la necesidad de persuasión para ingerir alimentos.



Figura 7. Capacidad de Concentración

La evaluación de la capacidad de concentración en la muestra reveló que el 30% de los participantes no experimentó ninguna dificultad para centrar sus pensamientos, manteniendo un nivel óptimo de concentración. Por otro lado, el 50% restante experimentó dificultades significativas para concentrarse, afectando la capacidad de leer o mantener una conversación de manera efectiva. Entre estos, el 20% describió dificultades severas, siendo incapaz de leer o sostener una conversación sin enfrentar grandes desafíos.

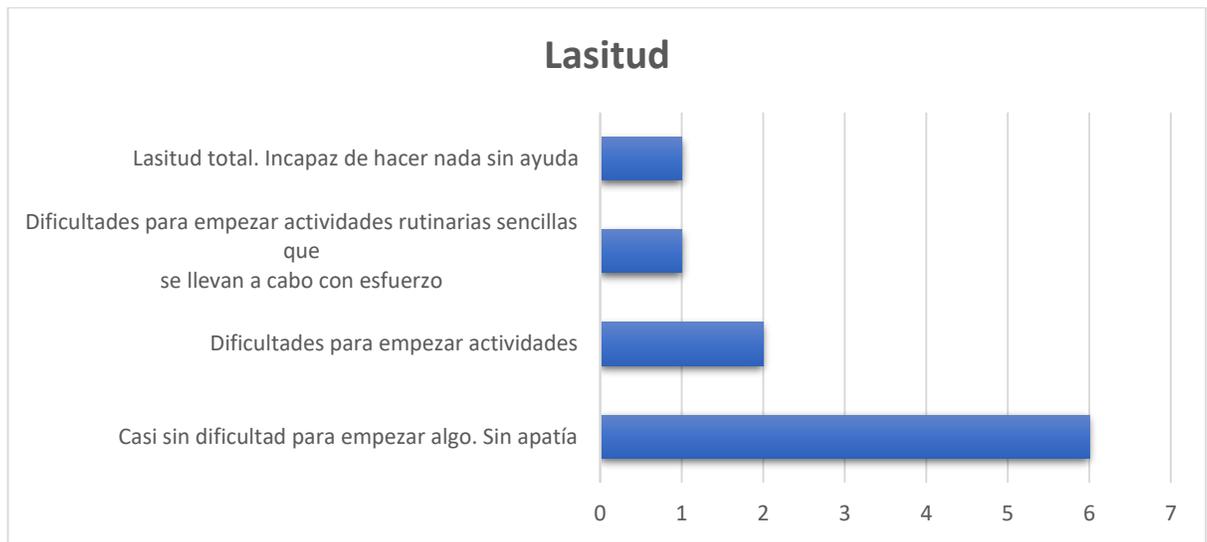


Figura 8. Iniciativa y Energía para Actividades

La evaluación de la iniciativa y energía para llevar a cabo actividades en la muestra demostró que el 60% de los participantes no experimentó casi ninguna dificultad para iniciar nuevas tareas, mostrando niveles saludables de iniciativa y ausencia de apatía. Contrariamente, el 20% indicó dificultades para iniciar actividades, especialmente aquellas rutinarias, lo que sugiere una necesidad de esfuerzo adicional en este aspecto. Por último, el 20% restante describió una falta total de iniciativa y energía, siendo incapaz de emprender cualquier actividad sin asistencia

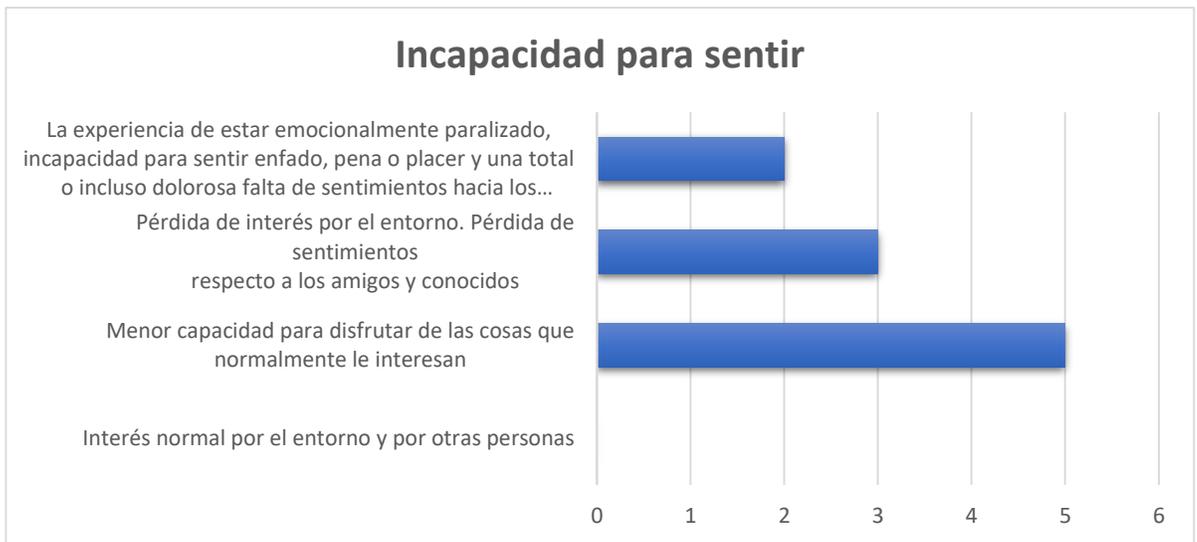


Figura 9. Interés y Conexión Emocional

La evaluación del interés por el entorno y las relaciones sociales reveló que el 50% de los participantes mantiene un interés normal en su entorno y por otras personas, demostrando una capacidad continua para disfrutar de las cosas que normalmente les interesan. Sin embargo, el 30% experimentó una disminución en la capacidad para disfrutar de actividades que antes les interesaban, lo que sugiere una pérdida parcial de interés. Por último, el 20% restante describió una pérdida significativa de interés tanto en el entorno como en las relaciones sociales, experimentando una especie de parálisis emocional, incapacidad para sentir emociones y falta de conexión con amigos y familiares.

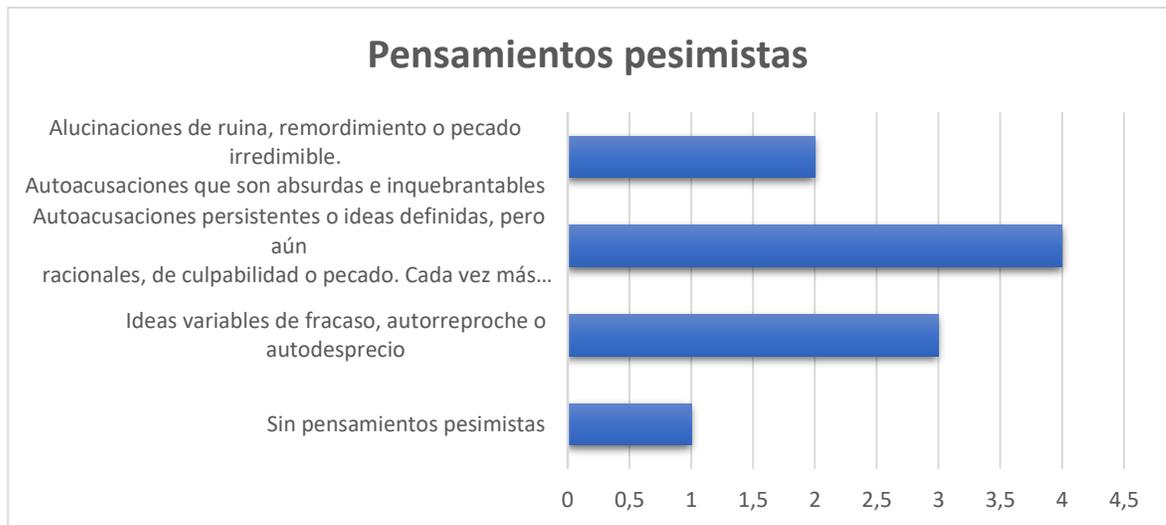


Figura 10. Patrones de Pensamiento y Autopercepción

En cuanto a los patrones de pensamiento y la autopercepción, los resultados indican que el 10% de los participantes no presentó pensamientos pesimistas, reflejando una perspectiva positiva y ausencia de autorreproche. El 30% manifestó ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio, lo que sugiere una tendencia hacia pensamientos negativos, aunque no persistentes. Por otro lado, el 40% experimentó autoacusaciones persistentes o ideas definidas, revelando una presencia significativa de culpa o pecado, pero aún dentro de límites racionales. Finalmente, el 20% restante describió alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible, evidenciando autoacusaciones que se perciben como absurdas e inquebrantables.

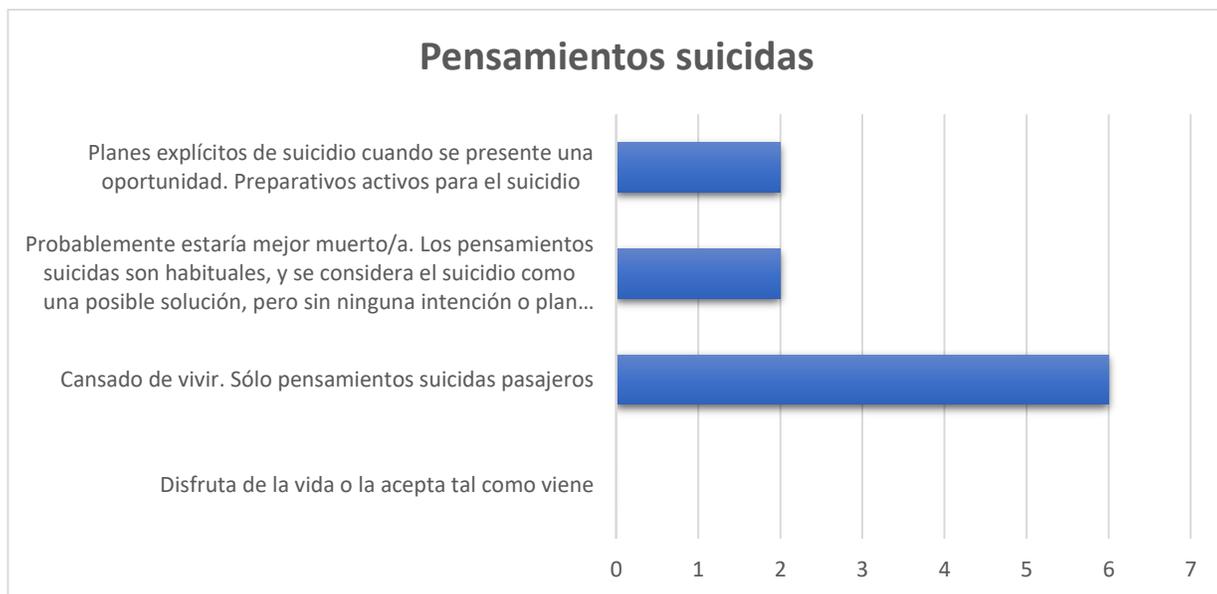


Figura 11. Actitudes hacia la Vida y Riesgo de Suicidio

En relación con las actitudes hacia la vida y el riesgo de suicidio, los resultados revelan que el 10% de los participantes disfruta de la vida o la acepta tal como viene, sugiriendo una actitud positiva y aceptación. En contraste, el 60% muestra signos de cansancio de vivir, con pensamientos suicidas pasajeros, denotando una carga emocional significativa. Un 20% manifiesta pensamientos suicidas habituales, considerando el suicidio como una posible solución, pero sin intención o plan específico. Por último, el 10% restante presenta planes explícitos de suicidio cuando se presenta una oportunidad, junto con preparativos activos para llevar a cabo dicha acción.

- **Del Objetivo específico 3:** Describir los efectos de las Flores de Bach en el tratamiento de la depresión que presentan las mujeres en etapa de menopausia de la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Periodo agosto- diciembre de 2023.

La aplicación de la terapia con Flores de Bach en mujeres menopáusicas que experimentan depresión, evaluada mediante la Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS), mostró variaciones en los puntajes a lo largo del tratamiento. Se seleccionaron esencias florales específicas, como Gentian, Mustard, Walnut, Scleranthus y Rosa Silvestre, dirigidas a abordar los desequilibrios emocionales asociados con la menopausia.

A través de la aplicación personalizada de estas esencias florales, se observó una tendencia en la reducción de la severidad de los síntomas depresivos. La Escala MADRS, empleada como medida objetiva, registró cambios en los puntajes, reflejando fluctuaciones en el estado emocional de las participantes.

El tratamiento integral, que consideró factores como la percepción de las mujeres respecto a la menopausia y a la depresión, evidenciaron resultados que variaron a lo largo de las sesiones. Las sesiones de terapia, aplicadas de dos a tres veces por semana, revelaron cambios en los puntajes de la escala, indicando respuestas diversas a lo largo del tiempo.

Los resultados señalan que la terapia con Flores de Bach influyó en los niveles de depresión en mujeres menopáusicas, según la evaluación de la Escala MADRS. Los datos reflejan variaciones en la sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento, sin emitir juicios sobre la efectividad global de la terapia.



Figura 12. Post test de: Tristeza observada

Después de la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se evaluaron los patrones emocionales relacionados con la tristeza en la muestra estudiada. Los resultados revelaron que un 10% de los participantes experimentaron una ausencia total de tristeza, sugiriendo una mejora significativa después de la terapia, con la capacidad de animarse sin dificultad. En el caso del 30%, aunque presentaron un ánimo decaído, lograron animarse sin mayores contratiempos, indicando una respuesta positiva a la intervención. Por otro lado, el 20%

mostró una presencia constante de tristeza, lo que podría señalar desafíos continuos en la gestión emocional. Asimismo, el 20% describió sentirse siempre desgraciado/a, evidenciando la persistencia de una carga emocional. Finalmente, el 20% restante experimentó un estado emocional extremadamente abatido/a, resaltando la complejidad de las respuestas emocionales después de la terapia con Flores de Bach. Estos hallazgos ofrecen una visión detallada de la diversidad de las experiencias emocionales en el contexto de la terapia aplicada.

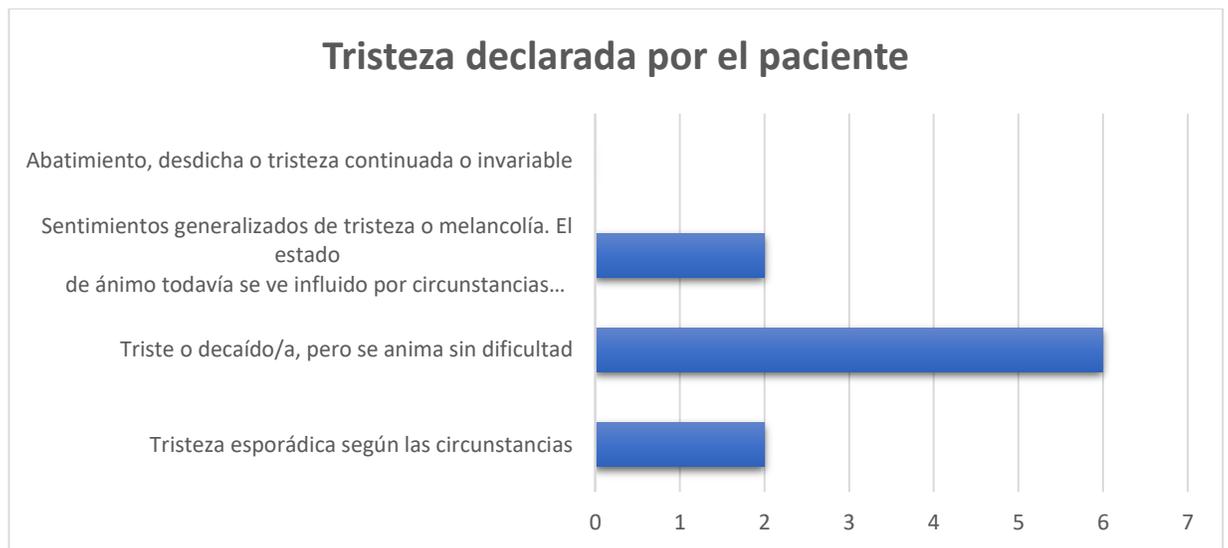


Figura 13. Post test de: Tristeza declarada por el paciente

Tras la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se evaluaron los patrones emocionales relacionados con la tristeza en la muestra de estudio. Los resultados indican que el 20% de los participantes experimentaron tristeza esporádica según las circunstancias, lo que sugiere una respuesta emocional menos persistente y más vinculada a situaciones específicas. El 60% mostró un estado de ánimo decaído, pero lograron animarse sin dificultad, evidenciando una mejora en la capacidad de recuperación emocional. En contraste, el 20% describió sentimientos generalizados de tristeza o melancolía, indicando una influencia continua de circunstancias externas en su estado emocional. Sorprendentemente, no se observaron casos de abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable en esta etapa posterior a la terapia con Flores de Bach. Estos resultados sugieren un impacto positivo en la gestión de la tristeza en la mayoría de los participantes, respaldando la efectividad de la intervención aplicada.

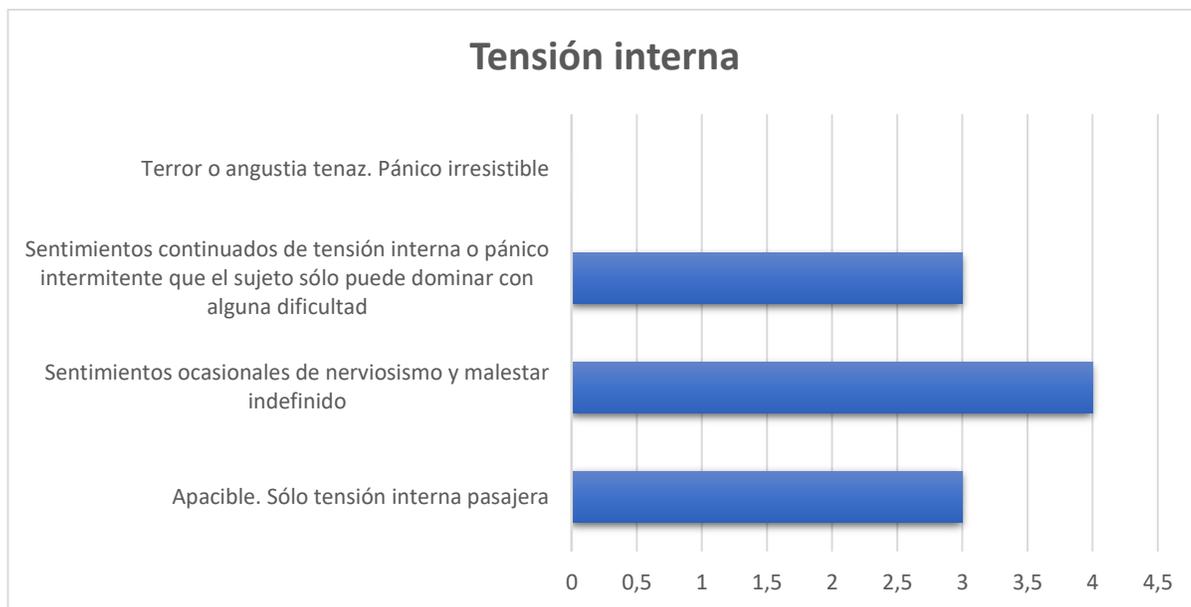


Figura 14. Post test de: Tensión interna

Después de la intervención con Flores de Bach, se evaluaron los patrones emocionales relacionados con la sensación de paz y la gestión de la tensión en la muestra de estudio. Los resultados revelan que el 30% de los participantes experimentaron una sensación de apacibilidad, con solo tensión interna pasajera, indicando una mejor capacidad para manejar situaciones de estrés de manera transitoria. El 40% presentó sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido, lo que sugiere una respuesta más frecuente a factores estresantes, aunque aún manejable. Por otro lado, el 30% describió sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que solo pueden dominar con alguna dificultad, revelando una persistencia en la lucha contra la ansiedad. Notablemente, no se registraron casos de terror o angustia tenaz, ni de pánico irresistible en esta etapa posterior a la terapia con Flores de Bach. Estos resultados indican un impacto positivo en la gestión de la ansiedad y la promoción de una sensación de paz en la mayoría de los participantes.

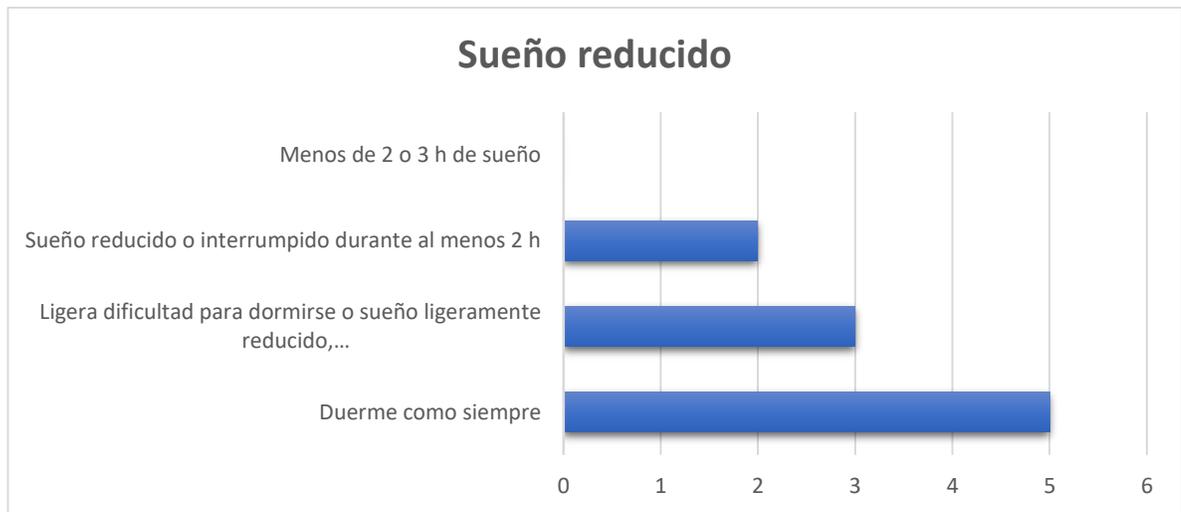


Figura 15. Post test de: Sueño reducido

Luego de la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se analizaron los patrones de sueño en la muestra de estudio. Los resultados indican que el 50% de los participantes mantuvo un patrón de sueño regular, descansando como de costumbre. El 30% experimentó una ligera dificultad para conciliar el sueño o presentó un sueño ligeramente reducido, señalando una mejora en comparación con el estado previo. Por otro lado, el 20% manifestó una reducción más significativa del sueño, interrumpido durante al menos 2 horas. Notablemente, ningún participante informó de una duración de sueño inferior a 2 o 3 horas. Estos resultados sugieren una tendencia positiva en la calidad del sueño después de la intervención con Flores de Bach, con una disminución de los problemas de conciliación del sueño y una mejora en la duración del mismo en la mayoría de los casos.

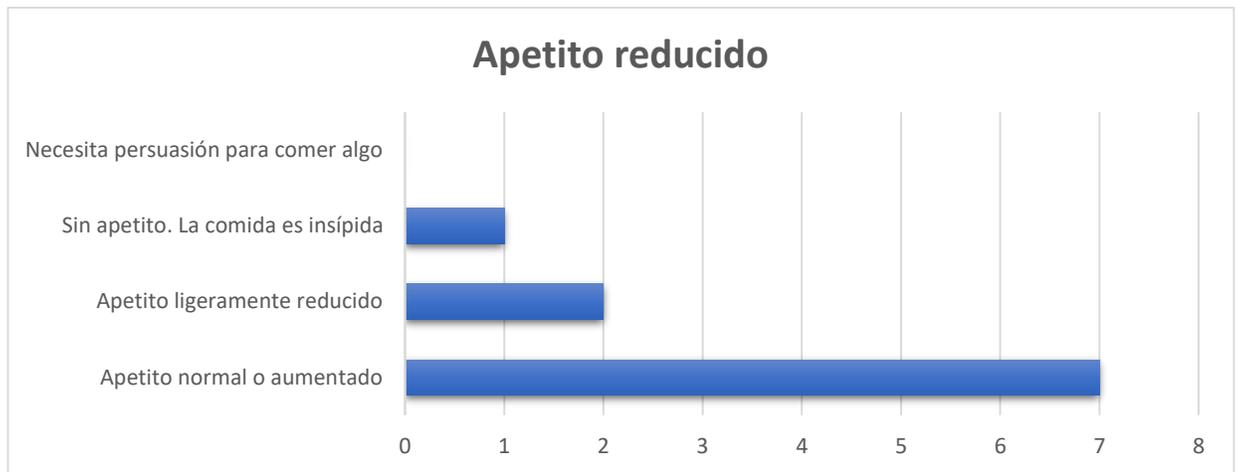


Figura 16. Post test de: Apetito reducido

Tras la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se evaluaron los patrones alimentarios en la muestra de estudio. Los resultados revelan que el 70% de los participantes mantuvo un apetito normal o incluso aumentado, sugiriendo una mejora en la disposición hacia la alimentación. Un 20% manifestó un apetito ligeramente reducido, indicando una respuesta más moderada a la terapia. Asimismo, el 10% restante informó de una falta significativa de apetito, y la comida resultaba insípida, aunque ninguno necesitaba persuasión para comer algo. Estos hallazgos sugieren una tendencia positiva hacia una mejoría en el apetito después de la intervención con Flores de Bach, con la mayoría de los participantes mostrando una recuperación o mantenimiento de sus patrones alimentarios normales.

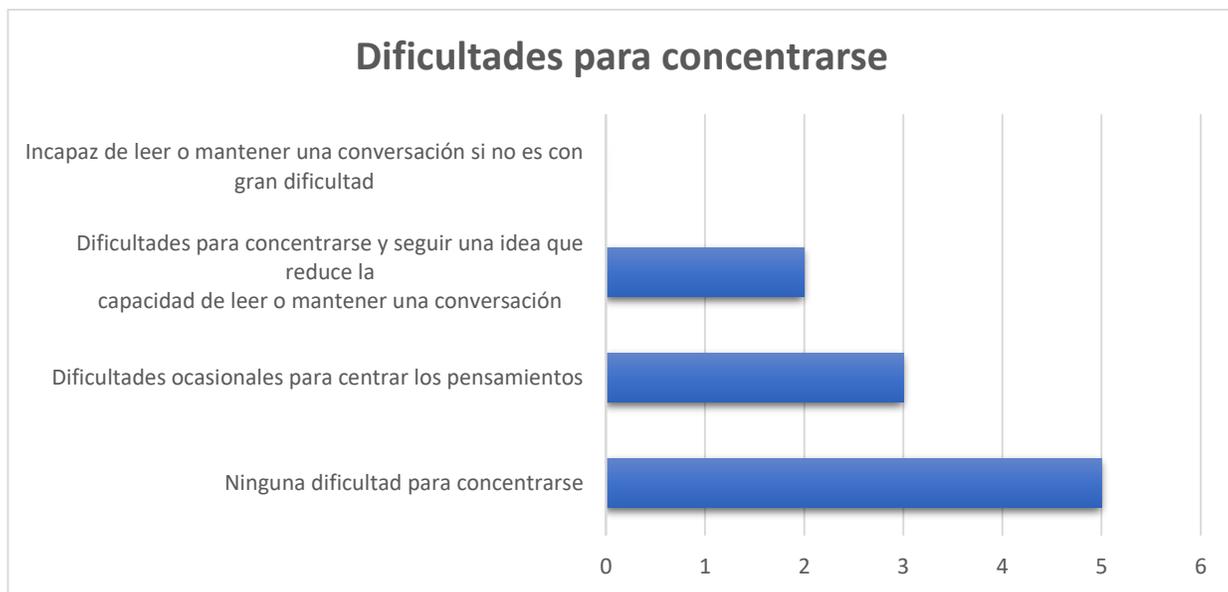


Figura 17. Post test de: Dificultad para concentrarse

Después de la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se examinaron los patrones de concentración en la muestra de estudio. Los resultados indican que el 50% de los participantes no experimentó ninguna dificultad para concentrarse, lo que sugiere una mejora significativa en la capacidad de atención. Un 30% reportó dificultades ocasionales para centrar los pensamientos, revelando una respuesta más moderada a la terapia. Además, el 20% restante informó dificultades para concentrarse y seguir una idea, lo que podría reducir la capacidad de leer o mantener una conversación. No se observó ningún participante incapaz de leer o mantener una conversación con gran dificultad. Estos resultados sugieren que la terapia con Flores de Bach puede tener un impacto positivo en la concentración de las personas que participaron en el estudio.



Figura 18. Post test de: Lasitud

Después de la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se evaluaron los patrones de iniciativa y apatía en la muestra de estudio. Los resultados revelan que el 70% de los participantes experimentaron casi ninguna dificultad para empezar algo y no mostraron signos de apatía, indicando una mejora significativa en la motivación y la energía. Un 20% reportó dificultades para iniciar actividades, pero estas fueron de naturaleza moderada, ya que aún podían llevar a cabo tareas rutinarias con esfuerzo. Además, el 10% restante informó una lasitud total, indicando la incapacidad de realizar cualquier actividad sin ayuda. Estos hallazgos sugieren que la terapia con Flores de Bach puede contribuir positivamente a la iniciativa y la superación de la apatía en individuos con síntomas depresivos.

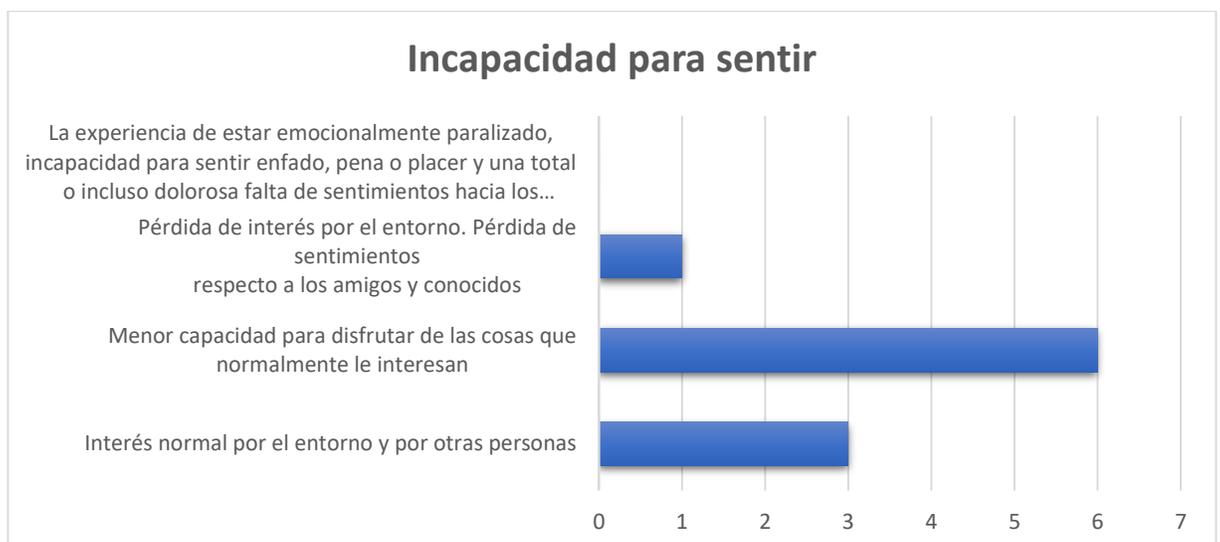


Figura 19. Post test de: Incapacidad para sentir

Después de la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se examinaron los patrones de interés por el entorno y las relaciones interpersonales en la muestra de estudio. Los resultados indican que el 30% de los participantes mantuvieron un interés normal por el entorno y otras personas, sugiriendo una preservación de la conexión emocional con su entorno social. Sin embargo, el 60% manifestó una menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente les interesaban, reflejando una disminución en la satisfacción personal y el disfrute de actividades cotidianas. En contraste, el 10% restante describió una pérdida completa de interés por el entorno y una falta dolorosa de sentimientos hacia amigos y familiares, señalando una experiencia emocional paralizante. Estos resultados subrayan la relevancia de la terapia con Flores de Bach en la preservación del interés y la conexión emocional en individuos con síntomas depresivos.

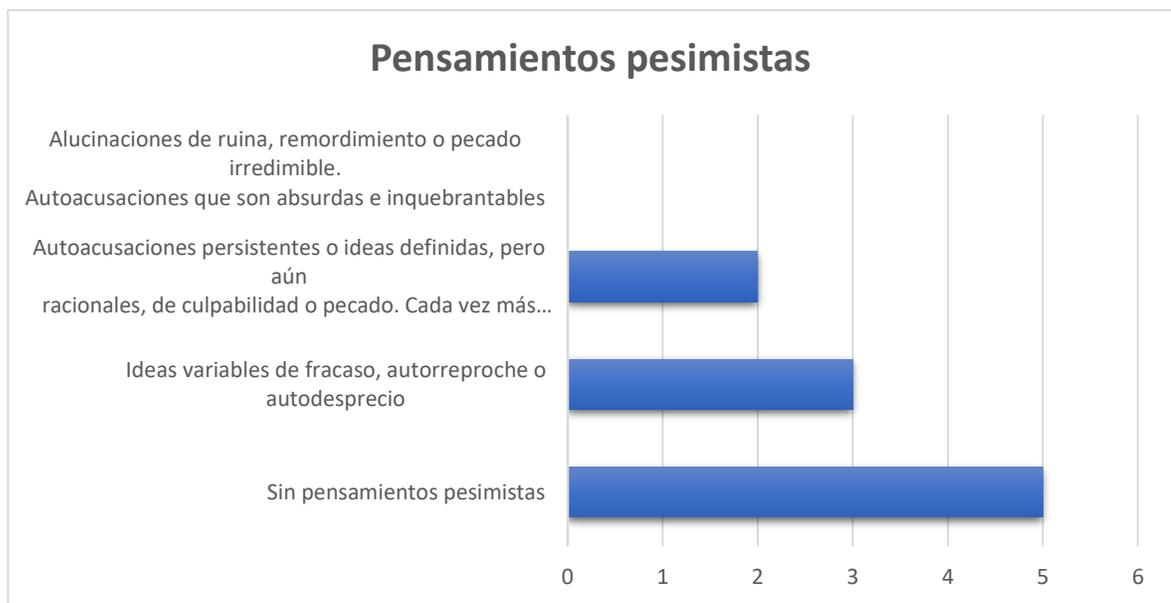


Figura 10. Post test de: Pensamientos pesimistas

Tras la aplicación de la terapia con Flores de Bach, se examinaron los patrones de pensamiento en la muestra de estudio. Los resultados reflejan que el 50% de los participantes experimentaron la ausencia de pensamientos pesimistas, indicando una perspectiva positiva y la inexistencia de autorreproche. En contraste, el 30% manifestó ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio, sugiriendo una tendencia hacia pensamientos negativos, aunque no persistentes. Por otro lado, el 20% experimentó autoacusaciones persistentes o

ideas definidas, revelando la presencia significativa de culpa o pecado, pero aún dentro de límites racionales. No se observaron casos de alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible en la muestra después de la intervención con Flores de Bach. Estos hallazgos indican una mejora en los patrones de pensamiento hacia un enfoque más positivo y la reducción de pensamientos autocríticos.

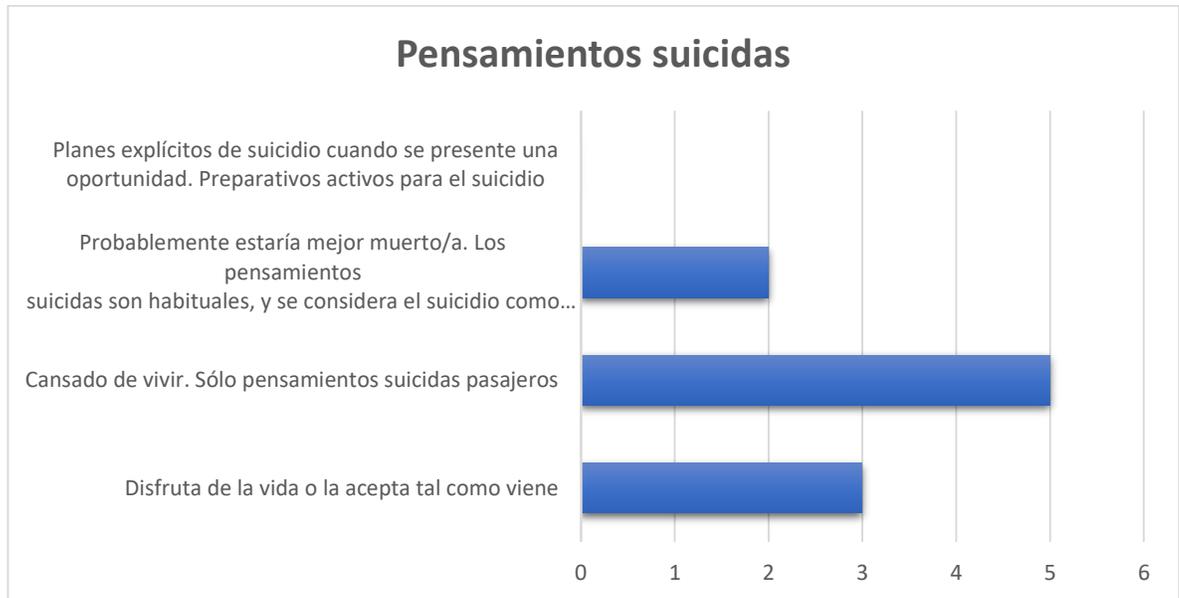


Figura 11. Post test de: Pensamientos suicidas

Después de la aplicación de la terapia con Flores de Bach, los resultados indican una mejoría en los patrones de pensamiento y la aceptación de la vida en mujeres en la etapa de la menopausia. El 50% de las participantes mostraron una mayor capacidad para disfrutar de la vida o aceptarla tal como viene, evidenciando una actitud más positiva. El 30% reportó estar cansado/a de vivir, pero solo experimentando pensamientos suicidas pasajeros, lo que sugiere una disminución en la intensidad de estas ideas autodestructivas. Además, el 20% restante inicialmente tenía pensamientos suicidas habituales, pero después de la terapia, expresaron una perspectiva menos grave, considerando que estarían mejor muertas, sin tener intenciones o planes específicos de suicidio. No se observaron casos de planes explícitos o preparativos activos para el suicidio después de la intervención. Estos resultados sugieren un impacto positivo de la terapia con Flores de Bach en la reducción de pensamientos suicidas y una mejora en la percepción de la vida en mujeres menopáusicas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Basándonos en los resultados obtenidos mediante la aplicación de la terapia con Flores de Bach en mujeres menopáusicas con depresión, evaluadas con la Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS), se pueden extraer varias conclusiones relevantes.

- En primer lugar, se observó una variabilidad en los puntajes de la escala a lo largo del tratamiento, indicando una respuesta individualizada a la terapia floral. Los cambios en la severidad de los síntomas depresivos a lo largo de las sesiones sugieren que la terapia con Flores de Bach puede tener efectos dinámicos en la salud mental de las mujeres menopáusicas.
- La selección de esencias florales específicas y de forma individualizada dirigidas a abordar desequilibrios emocionales asociados con la menopausia podría haber influido en la sintomatología depresiva.
- La aplicación de flores como Mustard, Gorse, Sweet Chestnut, Gentian y Cherry Plum parece haber contribuido a la modulación de los estados emocionales durante el tratamiento.

- Es crucial destacar que la percepción negativa de las mujeres respecto a la etapa de la menopausia y los niveles de depresión que presentaron, incidieron significativamente los resultados. La variabilidad en las respuestas a lo largo del tiempo podría sugerir que estos factores contextuales interactúan de manera compleja con la terapia floral.

- Aunque los resultados indican una mejora en la sintomatología depresiva, la individualidad de las respuestas y la influencia de diversos factores subrayan la complejidad inherente al tratamiento de la depresión en mujeres menopáusicas con Flores de Bach. Se requieren estudios adicionales y un enfoque más amplio para comprender completamente el impacto y la eficacia de esta terapia alternativa en este contexto específico.

5.2 RECOMENDACIONES

Basándonos en los hallazgos de este estudio sobre el uso de Flores de Bach en el tratamiento de la depresión en mujeres menopáusicas, se derivan varias recomendaciones para futuras investigaciones y aplicaciones clínicas:

- Estudios longitudinales y controlados: Se sugiere llevar a cabo estudios longitudinales con grupos de control adecuados para obtener una comprensión más profunda de los efectos a largo plazo de la terapia floral en mujeres menopáusicas con depresión.
- Evaluación de variables contextuales: Considerar una evaluación más detallada de variables contextuales, como la percepción de la menopausia y los trastornos depresivos, para comprender mejor cómo estas interactúan con la terapia floral.
- Individualización de tratamientos: Se recomienda una aproximación más personalizada en la selección de esencias florales, teniendo en cuenta los síntomas específicos, las características individuales, las experiencias emocionales, y las percepciones de las mujeres menopáusicas.
- Integración con Enfoques Complementarios: Explorar la integración de la terapia floral con otros enfoques complementarios, como la psicoterapia o técnicas de manejo del estrés, para maximizar los beneficios y abordar de manera integral la salud mental.
- Educación y concientización: Fomentar la educación y concientización sobre las opciones de tratamiento alternativas como las Flores de Bach, tanto entre

profesionales de la salud como en la población general, para facilitar una toma de decisiones informada.

- Seguimiento terapéutico integral continuo: Implementar un seguimiento interdisciplinario continuo para evaluar la persistencia de los efectos positivos y abordar cualquier cambio en la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo.
- Estas recomendaciones buscan fortalecer la base de conocimientos sobre la efectividad y la aplicación óptima de las Flores de Bach en el tratamiento de la depresión durante la menopausia, contribuyendo así a un enfoque más completo y personalizado en la atención de la salud mental en esta población específica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cognevich C. Depression. Turtleback; 2023. 176 p. (Empowering You).
2. Anderson ED. Menopause. Born Incredible; 2023. 310 p.
3. Lundy D. The menopause. London, England: Penguin Books; 2023. 336 p.
4. Thom M, Studd JW, Aamir SN. The menopause. Independently Published; 2023.
5. McCall D, Potter N. Menopausal. London, England: HQ; 2022.
6. Yen P. Menopause manifesto. Independently Published; 2023.
7. Zeus B. Depression. Independently Published; 2023.
8. Barnett F. Depression. Independently Published; 2023.
9. Eabdhen MW. Alternative medicine. Sergiu Popa; 2023.
10. Christina D. Menopause. Independently Published; 2022. 50 p.
11. Alexandra L. Menopause mastery. Independently Published; 2023. 150 p.
12. Abdul N. Menopause. Independently Published; 2022. 74 p.
13. Gunter J. The menopause manifesto. London, England: Piatkus Books; 2021. 384 p.
14. Panay N, Briggs P, Kovacs GT, editors. Managing the menopause. 2nd ed. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2020. 294 p.
15. Garlick D, editor. Menopause. London, England: Green Tree; 2018. 224 p.
16. Formanek R, editor. The meanings of menopause [Internet]. London, England: Routledge; 2019. 350 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203778463>
17. Fletcher S. Mindful Menopause. London, England: Ebury Digital; 2021. 352 p.
18. Sitini B, Ntihinyurwa P, Ntirushwa D, Mafende L, Small M, Rulisa S. Prevalence, impact and management of postmenopausal symptoms among postmenopausal women in Rwanda. Climacteric. 2023 Sep 4;1–6.

19. Kim NY, Yoo S-K, Jin J-C, Han S, Hong JS, Kim SM. Development and verification of the Menopause Emotional Symptom Questionnaire. *Menopause*. 2023 Sep 1;30(9):961–8.
20. Merrill DM. *Mastering menopause*. Westport, CT: Praeger; 2019. 208 p.
21. Ramaiah S. *Menopause*. New Delhi, India: Sterling; 2021. 88 p.
22. Barlow S. *Menopause*. Independently Published; 2023. 368 p.
23. Pollitt R. *Demonic depression*. UK: Ross Pollitt Publishing; 2023.
24. *Wonderful Of. Depression*. Independently Published; 2023.
25. August D. *Defeating depression*. Independently Published; 2023. 72 p.
26. Smith A. *Default depression*. Kent Town, Australia: Wakefield Press; 2023.
27. Davenport C. *Depression*. Independently Published; 2023. 26 p.
28. Rice CR. *Depression*. 4 Horsemen Publications; 2022. 266 p. (Realm).
29. Cardwell A. *Depression*. Independently Published; 2022. 44 p.
30. Onabanjo T. *Dethroning Depression*. Xulon Press; 2022. 90 p.
31. Robinson M. *Depression*. Independently Published; 2022. 56 p.
32. Smith LL, Elliott CH. *Depression for dummies*. 2nd ed. For Dummies; 2021. 400 p.
33. Dowds B. *Depression*. London, England: Phoenix Publishing House; 2021. 178 p. (Introductions).
34. Boyes J. *Depression*. Kevin Dennis; 2020. 208 p.
35. Marsh J. *Dealing With Depression*. ReadHowYouWant; 2020. 310 p.
36. Barry H. *Depression*. London, England: Orion Spring; 2017. 224 p. (The Flag Series).
37. Trivedi MH, editor. *Depression*. New York, NY: Oxford University Press; 2019. 520 p. (Strakowski SM, editor. Primer On Series).
38. Stafford MK. *Depression*. Independently Published; 2023.

39. Hickie IB, LaMonica HM, Guastella AJ, Boulton KA, Ospina-Pinillos L, Szatmari P, et al. What childhood and related developmental factors are relevant to the risk of onset and course of depression and other mood disorders? *Res dir Depress* [Internet]. 2024;1(e5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/dep.2023.19>
40. Hickie IB, Fitzgerald PB, Scott E. Will new brain stimulation techniques precipitate a new wave of therapies? *Res dir Depress* [Internet]. 2024;1(e10). Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/dep.2023.23>
41. Berk M, Hickie IB. Does altering your diet reduce your risk of depression and are any dietary manipulations an effective treatment for depression? *Res dir Depress* [Internet]. 2024;1(e9). Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/dep.2023.14>
42. Hickie IB, McFarlane AC, Ospina-Pinillos L, Chanen AM, Medland SE, Crouse JJ. To what extent are depressive or other mood disorders a consequence of earlier traumatic experiences? *Res dir Depress* [Internet]. 2024;1(e7). Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/dep.2023.16>
43. Hickie IB, Medland SE, Wray NR, Mitchell BL, Crouse JJ, Martin NG. How can genetic factors be best leveraged to explain individual differences in risk to onset, course of illness and response to treatment in depression and other mood disorders? *Res dir Depress* [Internet]. 2024;1(e11). Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/dep.2023.24>
44. Hickie IB, Occhipinti J-A, Skinner A, Ospina-Pinillos L. Does declining social connection, and increased reported loneliness, explain the apparent increase in depressive and other mood disorders, particularly among younger people? *Res dir Depress* [Internet]. 2024;1(e6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/dep.2023.17>
45. Hickie IB, Chanen A. How are the relationships between childhood temperament, personality development and interpersonal function, and risk to depressive and other mood disorders, best conceptualised? What are the implications for preventive or treatment research? *Res dir Depress* [Internet]. 2024;1(e13). Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/dep.2023.13>
46. O'Connell G. *Depression*. Peterborough, England: Need2Know; 2009. 104 p.

47. Hammen CL. Depression. London, England: Psychology Press; 1997. 224 p. (Clinical Psychology: A Modular Course).
48. Griffin J. Depression. Independently Published; 2019. 106 p.
49. Winter J. Depression. Leominster, England: Day One Publications; 2000. 152 p.
50. Verduyn C, Rogers J, Wood A. Depression. London, England: Routledge; 2009. 216 p. (CBT with Children, Adolescents and Families).
51. Tubridy A, Corry M. Depression. Blackrock, Ireland: Mercier Press; 2005. 224 p.
52. Parker G. Dealing with depression. St Leonards, NSW, Australia: Allen & Unwin; 2002. 160 p.
53. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Bromberger JT, Freeman EW, Athappilly G, et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause*. 2018 Oct;25(10):1069–85.
54. Aaronson M. Menopause and depression. Independently Published; 2023. 122 p.
55. Green SM. The cognitive behavioral therapy workbook for menopause. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2012. 224 p. (A New Harbinger Self-Help Workbook).
56. Hemachandra C, Davis SR, Bell RJ, Sultana F, Islam RM. Endogenous dehydroepiandrosterone and depression in postmenopausal women: a systematic review of observational studies. *Menopause*. 2023 Mar 1;30(3):332–40.
57. Michopoulos V, Huibregtse ME, Chahine EB, Smith AK, Fonkoue IT, Maples-Keller J, et al. Association between perimenopausal age and greater posttraumatic stress disorder and depression symptoms in trauma-exposed women. *Menopause*. 2023 Oct 1;30(10):1038–44.
58. Shea AK, Frey BN, Gervais N, Lopez A, Minuzzi L. Depression in midlife women attending a menopause clinic is associated with a history of childhood maltreatment. *Climacteric*. 2022 Apr;25(2):203–7.

59. Susanti HD, Sonko I, Chung M-H. Translation and validation of the Depression Anxiety Stress Scales for menopausal women in Indonesia. *Climacteric*. 2022 Oct;25(5):483–9.
60. Gong B, Wu C. The mediating and moderating effects of depression on the relationship between cognitive function and difficulty in activities of daily living among postmenopausal women. *Menopause*. 2021 Apr 12;28(6):667–77.
61. Perich T, Ussher J. Stress predicts depression symptoms for women living with bipolar disorder during the menopause transition. *Menopause*. 2021 Nov 29;29(2):231–5.
62. Lewith GT. *Alternative Therapies*. Oxford, England: Butterworth-Heinemann; 1985. 242 p.
63. Motta RW. *Alternative therapies for PTSD*. Washington, D.C., DC: American Psychological Association; 2020. 229 p.
64. Asher V. *Alternative and complementary therapies for rheumatoid arthritis*. Independently Published; 2023.
65. Donnellan C, editor. *Alternative Therapies*. Cambridge, England: Independence Educational; 2004. 48 p. (Issues S.).
66. Evans M. *Alternative therapies*. London, England: Lorenz Books; 2000. 512 p.
67. Mirchandani M. *Alternative and Complementary Therapies*. Traderoute Publications; 2004.
68. Evans M. *A Guide to Alternative Therapies*. London, England: Lorenz Books; 2002. 132 p. (Natural Healing Handbook).
69. *Bach flowers - medical card*. 1st ed. Erkrath, Germany: Hawelka, Uwe; 2007. 2 p.
70. *Bach flowers - medical pocket card*. Erkrath, Germany: Hawelka, Uwe; 2007. 2 p.
71. Daphne And Chloé. *Bach Flowers*. R.E.I. Editions; 2023. 116 p.
72. Holden S. *Bach Flowers*. Hod-Hasharon, Israel: Astrolog; 2000. 72 p. (Pocket Healing Books S.).

73. Scheffer M. Bach flowers for crisis care. Rochester, NY: Healing Arts Press; 2009. 208 p.
74. Giroto LC. Bach Flowers Journal 2020. Independently Published; 2019. 62 p.
75. Di Corpo U. Bach's flowers remedies, synchronicities and attractors. Independently Published; 2020. 88 p.
76. Hawelka Verlag, editor. Naturopathy set /medical pocket card set. 1st ed. Erkrath, Germany: Hawelka, Uwe; 2007. 6 p.
77. Scheffer M. Keys to the SoulA workbook for self-diagnosis using the Bach flowers. London, England: C W Daniel; 1998. 256 p.
78. Sethi A. Bach Flowers Therapy. Notion Press; 2023. 302 p.
79. Giroto LC. Bach flowers journal 2019. Independently Published; 2019. 62 p.
80. Schmidt S. Inner Harmony through Bach flowers. Lewith G, editor. London, England: Time Life UK; 1997. 103 p. (Health care today).
81. Smith D. Homeopathy, tissue salts & Bach flowers for pregnancy, labour & post-partum. Independently Published; 2018. 66 p.
82. Wells M. The Bach flowers today. North Balwyn, Australia: Autonomy Books; 1993.
83. Louise. Bach flowers - A self-assessment journal. North Charleston, SC: Createspace Independent Publishing Platform; 2016. 64 p.
84. Campbell RE. Luke's rescue by the Bach flowers. Bloomington, MN: Balboa Press; 2013.
85. Hasnas R. The essence of Bach flowers. Freedom, CA: Crossing Press; 1999. 176 p.
86. Cecchini S. Bach Flowers Fairytales. Barking, England: Lulu.com; 2011.
87. Bufacchi R. Naturopathy. Independently Published; 2021. 102 p.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)¹⁰⁹

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza 1. 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad 3. 4. <input checked="" type="radio"/> Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo 5. 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a.</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias 1. 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad 3. 4. <input checked="" type="radio"/> Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas 5. 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera 1. 2. <input checked="" type="radio"/> Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido 3. 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo pueda dominar con alguna dificultad 5. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre 1. 2. <input checked="" type="radio"/> Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado 3. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h 5. 6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado 1. 2. Apetito ligeramente reducido 3. 4. <input checked="" type="radio"/> Sin apetito. La comida es insípida 5. 6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lásitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lásitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente lo interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autoreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracaso, autoreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

ANEXO 2: Historias Clínicas



MISAEAL ACOSTA
INSTITUTO UNIVERSITARIO



Historia Clínica

Fecha: 16 / 10 / 2013 / Historia N°:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre y Apellido: María Rosa Rothwell Edad: 52
 Cédula de ciudadanía: 23056897 Fecha de nacimiento: 15/08/1972
 Dirección: Finca de Mayo y América Teléfono: 0999326150
 Nivel de instrucción: Tercer nivel Ocupación:

Estado civil: Viuda Religión: Católica Autoidentificación Étnica: Mestiza
 Persona de referencia: Ana Pérez Teléfono:

ANAMNESIS:

Motivo de consulta: Depresión

Historia de la enfermedad actual: Paciente femenina de 52 años de edad con historia personal, insomnio, pérdida del interés en actividades diarias, falta de energía y cansancio de 6 meses de evolución. Al momento se encuentra en cama y en reposo.

Antecedentes patológicos personales (Enfermedades, accidentes, cirugías, alergias):

- No tiene enfermedades crónicas
- Enfermedad de apoplejía (apendicitis) a los 27 años
- Alergia a la penicilina.

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre con diabetes tipo 2
- Padre fallecido por enfermedad coronaria

Historia psicosocial: (Emocionales, factores de riesgo para enfermedades en el ambiente familiar y socio laboral)

- Estrés laboral debido a cambios en la empresa
- Pérdida reciente del esposo por un accidente automovilístico

Gineco-obstétrica:

P.N = 2 P.C = 0 MENR = 50 AB = 0

Hábitos generales: (sueño, miccional, defecatorio, ejercicio, tabaco, licor, otros- medicinas, terapias)

- Sueño irregular con despertares nocturnos M.C = 3 veces al día
- Poca actividad física debido a fatiga P.E = 1 vez al día
- No fuma ni consume alcohol

Hábitos nutricionales: (Variedad, cantidad, frecuencia, hidratación, otros)

- Dieta desequilibrada, baja ingesta de frutas y verduras
- Hidratación adecuada

Historia Clínica

EXAMEN FÍSICO GENERAL:

1. Biotipo: Normotípic
2. Facies: Expresión facial feliz
3. Actitud y postura: Encorvada, bello de conciencia
4. Piel y mucosa: Pelo opaco, unio rubio D120
5. Pelo y uñas: Piel seca sequedad cutánea
6. Tejido celular subcutáneo (TCS):
7. Signos vitales:
F.C.: 78 /min F.R.: 16 /min T.A.: 120/80 mmHG T: 37 Sat.O2 98 %
8. Composición corporal:
Peso: 68 Kg. Talla: 165 m IMC: 24.9 Contextura(p)(m)(g) P.A: - cm
% de grasa: - % de músculo: - % de agua: - Grasa visceral: -
TMB: - RED: - Peso ideal: - kg

EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS:

1. S. Cardiorrespiratorio:
- Frecuencia cardíaca normal, ritmo normal, auscultación de ruidos
- Murmullo vesicular normal
2. S. Digestivo:
- Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación
3. SOMA: Reflexos calcaneares normales
Jugos también en manos
4. S. Nervioso:
Orientado en tiempo espacio y persona.

DATOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

- Hemograma completo: Dentro de la normalidad
- Perfil lipídico: colesterol elevado
- Perfil hormonal: normalidad de estrógenos

VALORACIÓN NATUROPÁTICA: (Reflexología, Iridología, Bioenergético, Floral, Oriental, Anisopleisis TA, otros)

- Reflexología: Reflexos sensibles en zona renal y cabeza
- Iridología: marcadas plumetecias en la cabeza

Historia Clínica

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO NATUROPÁTICO:

Desbalance emocional asociado a menopausia en etapa menopausia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Depresión asociada a la menopausia

PLAN TERAPÉUTICO:

- Fisioterapia: Plank isotónica y rehabilitación hormonal
- Nutrición: Diet. Balanceada. Suplemento de omega 3 y otros
- Flores de Bach: Chestnut, Gentian, Mustard, 4 Gotas, las veces al día
- Técnicas de relajación: Yoga
- Seguimiento psicológico

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He facilitado la información completa que conozco sobre mis antecedentes personales, familiares y estado de salud que me ha sido solicitada. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. He sido informado sobre el procedimiento naturopático propuesto, con el cual estoy de acuerdo.

He tomado la decisión de autorizar dicho procedimiento.

Maria Rosa Rodríguez 130275120

Nombre del paciente:

Cédula de ciudadanía:

Maria Rosa Rodríguez

Firma del paciente:

Nombre del terapeuta: Carolina Vargas

