

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS DE FINSEMA**

Isabel Eugenia Jáuregui Durán, MD

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
2004

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS DE FINSEMA**

Isabel Eugenia Jáuregui Durán, MD

Trabajo para optar al título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Director
Hermes Jaimes Carvajal, MD

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
2004

A la memoria de quién sembró en mi su preocupación por el
manejo de las mujeres que atraviesan, como él mismo
denominó, la edad dorada de la vida:

Isidoro Jaimes Carvajal

Hermano,
Colega,
Amigo.

Donde quiera que estés,

GRACIAS

ÍNDICE

	Pág
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	5
2.1 DEFINICIÓN DE CLIMATERIO	6
2.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL CLIMATERIO	7
2.3 ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL CLIMATERIO	8
2.4 LA ENFERMEDAD DEPRESIVA	15
2.5 DEPRESIÓN Y CLIMATERIO	18
2.5.1 Fundamentos biológicos	18
2.5.2 Historia de la compresión del fenómeno depresivo y climaterio	24
2.5.3 Factores de riesgo	26
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GENERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4. METODOLOGÍA	31
4.1 TIPO DE ESTUDIO	31
4.2 UNIVERSO Y MUESTRA	31
4.3 VARIABLES ESTUDIADAS	32
4.3.1 Variable de salida	32
4.3.2 Variables explicatorias	33
4.4 PROCEDIMIENTOS	34
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	35
4.5 PROCESO DE ANÁLISIS	35
5. RESULTADOS	37
5.1 POBLACIÓN ESTUDIADA	37
5.2 PUNTAJE DE LA ENCUESTA CES-D	39
5.3 SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA	43
6. DISCUSIÓN	46
7. CONCLUSIONES	50
8. RECOMENDACIONES	51

BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXO 1. FORMATO DE ENCUESTA	57

LISTA DE TABLAS

	pág
Tabla 1. Resultados de los estudios de prevalencia de depresión en mujeres perimenopáusicas	3
Tabla 2. Asociación entre las características estudiadas y los síntomas depresivos de significación clínica (análisis bivariado)	44
Tabla 3. Asociación entre las características estudiadas y los síntomas depresivos de significación clínica (análisis multivariado)	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la edad de las 581 mujeres encuestadas	37
Figura 2. Estado civil de las 581 mujeres encuestadas	38
Figura 3. Tiempo de amenorrea de las mujeres encuestadas	39
Figura 4. Puntaje de la encuesta CES-D de las 581 mujeres encuestadas	40
Figura 5. Puntaje de la encuesta CES-D según la edad	40
Figura 6. Puntaje de la encuesta CES-D según el estado civil	41
Figura 7. Puntaje de la encuesta CES-D según el tiempo de amenorrea	42

Depressive symptoms prevalence in perimenopausal women affiliated at Finsema *

Isabel Eugenia Jáuregui Durán **

Key words: Menopause, depression, CES-D.

Background: Depression is the main cause of disability-adjusted lost years around the world; hormonal changes that happen during menopause seem to increase susceptibility to develop depression.

Aim: To establish depressive symptoms prevalence among 45-55 year old teacher women affiliated at Finsema living at Bucaramanga Metropolitan Area.

Methods: Cross-sectional survey with CES-D. Multivariate analysis was made to adjust confounding caused by demographic and sexual/reproductive history variables with clinically significant depressive symptoms (CSDS).

Results: 581 women participated (age average 50.3 years), 62.9% married, 26.5% had hysterectomy, and 19.2% use hormonal therapy (HT). 66.0% had active sexual life and 50.2% (95%CI 45.3 - 55.2) were in menopause. CES-D score oscillated between 0 and 39 points (average 13.6), being superior among women with more time of amenorrhoea, but not according to age, marital status, HT or active sexual life. CSDS prevalence was 32.4% (95%CI 28.6 - 36.3), but adjusted by predictive values allows to estimate a depression prevalence in 11.5%. The associated factors with CSDS were age (prevalence rate –PR- 0.948, 95%CI 0.912-0.986), to have active sexual life (PR 0.492, 95%CI 0.384-0.632), amenorrhea time (PR 1.57, 95%IC 1.057, IC 95% 1.035-1.080), to be divorced (PR 0.604, 95%CI 0.371-0.983), to be single (PR 0.590, 95%CI 0.381-0.914) and to live in free union (PR 1.707, 95%CI 1.352-2.155).

Conclusions: The depression prevalence among perimenopausal teacher women is similar than general population, being the risk factors similar to others informed in the literature.

* Degree work.

** Health Faculty, Medicine School, Gynecology and Obstetrics Department, Gynecology and Obstetrics Postgraduate Program. Director: Hermes Jaimes Carvajal.

Prevalencia de síntomas de depresión en mujeres perimenopáusicas de finsema *

Isabel Eugenia Jáuregui Durán **

Palabras clave: Menopausia, depresión, CES-D.

Antecedentes: La depresión es la principal causa de años saludables de vida perdidos en todo el mundo; los cambios hormonales que ocurren durante la menopausia parecen incrementar la susceptibilidad para desarrollar este estado.

Objetivo: Establecer la prevalencia de síntomas depresivos entre las profesoras de 45 a 55 años residentes en al Área Metropolitana de Bucaramanga.

Metodología: Encuesta transversal aplicando el cuestionario CES-D. Análisis multivariado para ajustar confusión entre variables demográficas e historia sexual/reproductiva frente a la presencia de síntomas depresivos de importancia clínica (SDIC).

Resultados: Participaron 581 mujeres (promedio de edad 50.3 años), 62.9% casadas. 26.5% tenían histerectomía y 19.2% tomaban terapia de reemplazo hormonal (TRH). 66.0% tenía vida sexual activa y 50.2% (IC 95% 45.3 - 55.2) estaban en menopausia. El puntaje del CES-D osciló entre 0 y 39 puntos (promedio 13.6), siendo superior entre las mujeres con más tiempo de amenorrea, pero no según edad, estado civil, TRH o vida sexual activa. La prevalencia de SDIC fue 32.4% (IC 95% 28.6 – 36.3), lo que ajustado por los valores predictivos del instrumento permite estimar una prevalencia de depresión de 11.5%. Los factores asociados con SDI fueron la edad (RP 0.948, IC 95% 0.912-0.986), tener vida sexual activa (RP 0.492, IC 95% 0.384-0.632), el tiempo de amenorrea (RP 1.57, IC 95% 1.057, IC 95% 1.035-1.080), estar divorciada (RP 0.604, IC 95% 0.371-0.983), estar soltera (RP 0.590, IC 95% 0.381-0.914) y vivir en unión libre (RP 1.707, IC 95% 1.352-2.155).

Conclusiones: La prevalencia de depresión entre es similar a la de la población general, siendo los factores de riesgos los mismos informados en la literatura.

* Trabajo de grado

** Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Especialización en Ginecología y Obstetricia. Director: Hermes Jaimes Carvajal.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La población femenina entre los 45 y los 59 años ha crecido en los últimos años, no solo por aumento del número absoluto de personas sino por incremento de la expectativa de vida de la población general. Este incremento de la expectativa de vida de la mujer trae como consecuencia que casi un tercio de la vida femenina transcurriría después de la menopausia.¹ Este grupo presenta una serie de condiciones relacionadas con las variaciones biológicas propias de la edad que pueden traducirse en determinadas alteraciones de la salud y el bienestar, las cuales demandan atención y estudio.²

El climaterio se define como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y tienen lugar, entre otros, ciertos cambios psicológicos que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica. Suele ubicarse a partir de los 45 años de edad y finaliza hacia los 65 años, edad que marca el comienzo de la senectud. En sentido estricto, el climaterio, al igual que la pubertad (ambos períodos de transición pero con claro sentido opuesto), son situaciones que no se pueden considerar enfermedad, sino cambios fisiológicos. Lo que suele ocurrir con frecuencia es que, debido al proceso en sí, suele producirse un desequilibrio funcional que lleva a desviaciones patológicas, lo que constituye el llamado síndrome climatérico.

Este síndrome pertenece a los llamados "síndromes delimitados culturalmente", ya que la mayoría de los trastornos observados aparecen en contextos culturales específicos.³ No se puede afirmar que los "malestares psicológicos" del climaterio sean parte inherente del síndrome. Es necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad. También los llamados factores internos juegan un considerable papel, en especial las estructuras de la personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidas de una determinada manera.⁴ Por tanto, la felicidad o bienestar de una persona no está mecánicamente determinada por el hecho de llegar a una determinada edad de la vida en la cual ocurren cambios endocrinos.

Una de las principales problemáticas en ese sentido es la depresión, la cual en nuestro medio llega a afectar a más del 20% de todas las mujeres en esa edad.⁵ Sin embargo, no conocemos como es la prevalencia de esta patología entre las mujeres que llegan a la consulta de ginecológica, lo cual permitiría sensibilizar a los profesionales que hacen esta consulta a indagar sobre la problemática de los trastornos del afecto entre las mujeres que acuden a ellos, lo que permitirá manejos interdisciplinarios para mejorar estos factores.

A pesar de existir un volumen importante de trabajos en los que se explora la prevalencia de depresión en mujeres perimenopáusicas (tabla 1), es muy difícil comparar los hallazgos dado que los instrumentos utilizados para establecer la presencia de depresión son muy diversos, desde hacer la simple pregunta "¿se siente Ud. deprimida?", hasta entrevista clínica estructurada por psiquiatra, lo cual explica la gran variabilidad de los resultados.

Tabla 1. Resultados de los estudios de prevalencia de depresión en mujeres perimenopáusicas

<i>Sitio (año)</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Método de evaluación</i>	<i>Mujeres evaluadas</i>	<i>Prevalencia</i>
E.U. (2003) ⁶	Trasversal como línea de base de cohorte WHI	CES-D	29,705 (50-59 años) 41,197 (60-69 años) 22,774 (70-79 años)	18.1% 14.8% 14.5%
Polonia (2003) ⁷	Trasversal en consulta ginecológica	Entrevista clínica	2,262 (45-55 años)	19.0%
Inglaterra, Escocia y Gales (2003) ⁸	Trasversal poblacional	Entrevista clínica	736 (55-64 años)	6.3%
Pakistan (2002) ⁹	Trasversal poblacional	Entrevista clínica	130 con menopausia natural entre 1 y 3 años	38.5%
Holanda (2002) ¹⁰	Trasversal poblacional	Escala de depresión de Edimburgo	475 en premenopausia 982 en perimenopausia 646 en postmenopausia	9.0% 10.8% 5.9%
Taiwán (2002) ¹¹	Trasversal poblacional	"Sentirse deprimida"	161 en menopausia	20.0%
Austria (2002) ¹²	Trasversal en consulta de medicina preventiva	Cuatro preguntas diseñadas <i>exprofeso</i>	5,247 (40-74 años)	17.0%
Cuba (2001) ¹³	Serie de casos de una consulta especializada	No especificado	57 en perimenopausia 48 en menopausia	42.1% 60.2%
Turquía (2001) ¹⁴	Serie de casos de consulta especializada	Inventario de Depresión de Beck	32 (40-55 años) con menopausia 32 (40-55 años) en premenopausia	56.3% 6.3%
Filipinas (1999) ¹⁵	Trasversal poblacional	CES-D	165 (35-56 años)	24.8%
Chile (1998) ¹⁶	Trasversal poblacional	CES-D	171 (45-55 años)	39.0%
Taiwán (1997) ¹⁷	Serie de casos	"Sentirse deprimida"	386 mujeres con menopausia	40.0%
China (1996) ¹⁸	Serie de casos	Encuesta no especificada	419 (45-55 años)	46.1%
E.U. (1995) ¹⁹	Serie de casos	"Sentirse deprimida"	320 (40-65 años) con historia de cáncer mama	44.0%
México (1995) ²⁰	Trasversal poblacional	Escala de Hamilton	222 (36-61 años)	40.8%
E.U. (1995) ²¹	Trasversal poblacional	"Sentirse deprimida"	589 (50-89 años)	20.0%
Gales (1994) ²²	Serie de casos de una clínica de menopausia	MADRS	78 con menopausia natural	35.0% en el último año

En la consulta ginecológica de las mujeres entre 45 y 55 años se ve con gran frecuencia que la problemática de salud por la que acuden no siempre es estrictamente orgánica; de hecho, muchas pacientes tienen una mezcla de situaciones biológicas y psicológicas que no pueden desligarse, y que por el contrario, deben ser atendidas como un todo si se quiere tener éxito

en la resolución de su motivo de consulta. Una de las estrategias que se utilizan es la de realizar una encuesta de tamizaje en la sala de espera,²³ siendo el más utilizado el Cuestionario para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Esta escala ha sido validada en población general de Bucaramanga,²⁴ y permite, no solo clasificar a los pacientes como potencialmente deprimidos, sino que establece un gradiente ordinal en el que las personas se clasifican según la severidad de los síntomas.

Por otro lado, es deseable identificar algunos aspectos demográficos que oriente a la detección precoz de personas con depresión a partir de posibles factores de riesgo, particularmente variables sociodemográficas o de su historia de salud de fácil recolección, de tal manera que se posible estar alerta ante estas personas de mayor riesgo.

2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

Los cincuenta años son como la última hora de la tarde, cuando el sol se ha puesto y se inclina naturalmente hacia la reflexión; ¿por qué, si todos los atardeceres son bellos, algunas mujeres no logran asumir esta realidad?

El climaterio es una etapa de la vida de la mujer no una enfermedad, aunque debido al cese de la actividad hormonal pueden aparecer una serie de alteraciones que condicionan a las mujeres a demandar frecuentemente atención médica. Se debe diferenciar los términos climaterio y menopausia. La menopausia (del griego *meno* = mes y *pausis* = cesación) se define como la disminución abrupta de la producción de estrógenos por el ovario, generando el cese de la menstruación y la pérdida de la habilidad de concebir, siendo uno de los episodios endocrinológicos más importantes en la vida de las mujeres.²⁵ El climaterio comprende el proceso involutivo de la función ovárica y del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, el cual dura varios años. Por lo tanto, no es exacto utilizar estas dos palabras como sinónimos.

Si bien el concepto de climaterio se asumió como un proceso fisiológico normal, hoy día su comportamiento se considera una verdadera endocrinopatía. Cada mujer debe ser observada en un contexto único e integral, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos,

sociales, incluyendo los familiares, ubicados dentro de la cultura a la cual pertenece, evaluando los cambios hormonales en esta etapa de la vida, conociendo que pueden presentarse severas disfunciones psicológicas que producen un verdadero desajuste social y se traducen en una muy pobre calidad de vida, sin olvidar que, de acuerdo a la región donde vive, existen grandes diferencias en el tratamiento que se da a la mujer mayor. Mientras en la cultura oriental las mujeres mayores son el grupo de edad más venerado, son consideradas como triunfadoras en su status y reconocidas en la comunidad, en la cultura occidental se publicita la mujer madura como “acabada, improductiva, asexual y fea”. Es así como todos los esfuerzos para intervenir en este periodo se verán reflejados en un grupo de población mayor, activo y sano, dadas las condiciones actuales de aumento en la expectativa de vida.²⁶

2.1 DEFINICIÓN DE CLIMATERIO

El climaterio es una fase en la vida de la mujer que se inicia alrededor de los 45 años. Es la consecuencia de una disminución en el número de folículos ováricos, iniciada en la vida fetal, hasta alcanzar una cantidad mínima crítica, que condiciona menor concentración circulante de hormonas ováricas y, por ende, un aumento concomitante en las concentraciones circulantes de gonadotropinas hipofisiarias, y vinculado a una reducción simultánea de la producción ovárica de inhibina; por lo tanto, se traduce en la regresión de los cambios físicos ocurridos en la pubertad, donde las hormonas completan el desarrollo de las características sexuales. La primera transición de la niñez a la madurez reproductiva

ocurre en ambos sexos en todos los mamíferos pero la segunda, el cese definitivo de la capacidad reproductiva, exceptuando algunas ballenas, solo ocurre en los humanos.²⁷

El climaterio es un período de tiempo que usualmente va de los 45 a los 55 años; dentro de el se encuentra la menopausia, último periodo menstrual espontáneo que ocurre como resultado de la pérdida de la función ovárica. Este término define solo un evento. El enfoque moderno de este proceso esta basado en la complejidad de los cambios que ocurren en esta transición y la potencial mejoría de la calidad de vida. El climaterio puede ser una época de cambios positivos que las mujeres y sus médicos deben entender para individualizar el cuidado de su salud.²⁸

2.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL CLIMATERIO

En los últimos 50 años el segmento más viejo de la población ha crecido más rápidamente que los grupos de edad más jóvenes, trayendo como consecuencia que la expectativa de vida está progresivamente en aumento. Esto implica que el tiempo que se vive la edad mayor también se está incrementando. A pesar del aumento de la expectativa de vida, la edad de la menopausia ha permanecido relativamente estable. La menopausia es variable; se acepta por término medio alrededor de los 50 años, aunque se calcula que antes de los 45 años ya han dejado de tener la regla el 30% de las mujeres, bien de forma espontánea o por vía quirúrgica, mientras que después de los 55 años solo un 2% la conservan.²⁹

Según el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas, existen aproximadamente 700 millones de mujeres en el mundo atravesando este período; en Colombia son alrededor de 7 millones, por lo cual se necesita un verdadero esfuerzo de las autoridades que manejan la salud para entender y manejar las múltiples opciones y beneficios disponibles para las mujeres de esta edad.³⁰

2.3 ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL CLIMATERIO

Para poder comprender la sintomatología que se le ha atribuido al climaterio es necesario considerarlo como un evento biológico que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer durante la etapa que Erickson denominó adultez madura. Existen falsas creencias, mal llamados mitos, y realidades sobre el tema del climaterio y la menopausia, aceptando de antemano que la discusión aún no termina. Se trata de conceptos en construcción y en cambio permanente, como todos los fenómenos que involucran al ser humano y exigen un abordaje que tenga en cuenta disciplinas médicas, psicológicas y sociales.³¹

Para lograr entender el fenómeno del climaterio se debe entender que los cambios que se suceden en la edad madura (etapa comprendida entre los 40 y los 65 años) no son tan específicos como los que se producen en la adolescencia temprana. Esta es una fase relacionada especialmente con modificaciones psico-sociales y psico-dinámicas que exigen responsabilidad, seriedad y se convierte en un verdadero desafío con sentimiento de goce. Los cambios corporales, psicológicos, familiares, económicos y sociales no permiten ser abordados de una manera fácil en la sociedad occidental actual porque los roles se vuelven

demasiado rígidos y se presentan menos opciones. A la mujer se le exige belleza física con los parámetros de la juventud; se les obliga a usar una especie de disfraz; Si miramos con detenimiento, un gran porcentaje de mujeres de mayor edad parecen usuarias de una máscara común de maquillaje; se les niega la expresión de sentimientos amorosos y sexuales, con lo cual se le refuerza el sentimiento de escisión entre su cuerpo y su yo.³²

El proceso de envejecimiento en la mujer abarca tanto el funcionamiento de las estructuras cerebrales, como el de los órganos periféricos; está en discusión si el proceso se inicia con el decrecimiento de los folículos ováricos que disminuyen la producción de estradiol y de la inhibina, glucoproteína que regula la producción de la hormona folículo estimulante (FSH), o la disfunción se origina de una manera independiente en los centros cerebrales. Sea cual fuere el origen, el resultado final es la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas.³³

Los órganos afectados por la carencia estrogénica son el cerebro, las glándulas endocrinas (hipófisis, ovarios, adrenales) y los tejidos periféricos (hígado, vasos sanguíneos, piel, tejido adiposo, huesos, tracto urinario y genitales), con sus consecuentes cambios metabólicos y fisiológicos propios del envejecimiento normal, que en algunas oportunidades, son generadores de síntomas patológicos.³⁴

Del proceso neuro-hormonal en el climaterio es importante recordar las diferentes estructuras y moléculas que intervienen en el funcionamiento del ciclo menstrual:

- El hipotálamo: produce la hormona liberadora de gonadotropina (HLGn), cuya secreción es influenciada por factores intra y extra- cerebrales, como

neurotransmisores, neuro-péptidos y esteroides sexuales. En el hipotálamo está situado el núcleo supraquiasmático, que actúa como marcapaso de los ritmos circadianos.

- La adenohipófisis libera, en respuesta a la HLGn, a los esteroides sexuales, a la inhibina y la hormona de los folículos (FSH), mientras que por estimulación por estimulación hipotalámica a la hormona luteinizante (LH), la hormona del crecimiento (HG), la prolactina (PRL), la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y la corticotropina (ACTH).
- Los ovarios producen estrógenos, progesterona e inhibina. El estudio de los circuitos cerebrales y su interdependencia con la función ovárica ha permitido ampliar el mecanismo del climaterio y del proceso del envejecimiento.³⁵

La neurosecreción es el proceso de síntesis y secreción de hormonas por parte de las neuronas y su paso a la circulación; se diferencia de la neurotransmisión, en el cual las moléculas se liberan en el espacio intersináptico para estimular o inhibir la neurona postsináptica. Existen sustancias neuromoduladoras que modifican la acción de los neurotransmisores y tienen un efecto más prolongado. Los transductores neuroendocrinos son compuestos moleculares que transforman la actividad eléctrica de la neurona en una secreción neuronal. Los neurotransmisores son aminoácidos (glicina, glutamato, aspartato, y ácido gamaaminobutírico –GABA–), monoaminas (norepinefrina, dopamina, serotonina, acetilcolina e histamina), péptidos (vasopresina, oxitocina, â-endorfinas, hormona liberadora de corticotropina –ACTH–, hormona liberadora de gonadotropina –HLG–

hormona liberadora de la hormona del crecimiento –HLHC– y hormona liberadora de tiotropina –HLT–).³⁶

Buscando la relación entre hormonas sexuales y la transmisión sináptica, debemos decir que el sistema nervioso central posee neuronas de tipo inhibitorio o excitatorio para que se produzca una acción excitadora es necesario superar el potencial inhibitorio de la sinapsis. Por otra parte las neuronas pueden excitarse por disminución de la actividad de las hormonas inhibitorias; es decir por inhibición de la inhibición.³⁷ Estos conceptos han adquirido especial importancia en las últimas décadas al ser identificadas un gran número de sinapsis inhibitorias en el cerebro de los mamíferos. Los dos principales neurotransmisores inhibitorios son el GABA y la glicina; en tanto que el neurotransmisor excitatorio más ampliamente distribuido en el cerebro es el ácido glutámico, un aminoácido que posee efectos neurotróficos y actúa en los fenómenos de plasticidad de la memoria y el aprendizaje.³⁸

Existen tres posibles interacciones entre las hormonas sexuales y los mecanismos de transmisión sináptica:

- El efecto de los estrógenos sobre la transmisión sináptica, al modular varios tipos de receptores.
- El efecto de los neurotransmisores sobre la secreción de hormonas de la hipófisis anterior.
- Las acciones de esteroides sintetizados en el cerebro (neuroesteroides), como la pregnenolona, la dehidroepiandrosterona y sus derivados tipo sulfato.³⁹

Si las hormonas sexuales interactúan con los mecanismos de producción sináptica, debemos revisar los cambios de estas durante la menopausia. El 95% del estradiol plasmático es producido en el ovario, después de la menopausia cesa esta producción junto con la estrona. Los estrógenos deben ser producidos en el ámbito periférico, mediante la conversión de androstenodiona en estradiol, en el ámbito de las suprarrenales y en pequeñas cantidades en los ovarios. Las enzimas involucradas en la síntesis de los neuroesteroides están localizadas en la sustancia blanca cerebral, en donde predominan los axones mielinizados y están localizados los oligodendrocitos –las células gliales que forman la mielina– y sintetizan los neuroesteroides, razón por la cual son considerados como células neuroparacrin.⁴⁰

Los estrógenos inducen en el sistema nervioso central la síntesis de ARN y de proteínas, mediante un mecanismo denominado genómico, que aumenta la síntesis de neurotransmisores, proteínas y hormonas. Los estrógenos tienen acción directa sobre la membrana celular, al actuar sobre los receptores cerebrales y sensibilizarlos a la acción de los neurotransmisores. Los estrógenos modulan la síntesis y liberación de factores de crecimiento nervioso, y ejercen un papel trófico sobre las neuronas. Este efecto es de vital importancia en el caso de las neuronas colinérgicas, tema de amplia discusión en el momento actual por el posible papel de los estrógenos en aplazar el inicio de la enfermedad de Alzheimer. Algunos estudios han mostrado que los estrógenos mejoran el flujo sanguíneo cerebral.⁴¹

Los receptores estrogénicos centrales están localizados en el hipotálamo e hipófisis donde ejercen su acción endocrina en la corteza cerebral, el sistema límbico y participan en los mecanismos que coordinan el comportamiento, las emociones y la conducta sexual.

Los estrógenos facilitan la síntesis de serotonina al disminuir la actividad de la monoaminoxidasa, aumentada en hombres y mujeres durante el envejecimiento, al facilitar la liberación del triptófano unido a la albúmina y al incrementar el número de receptores y su afinidad (*up-regulation*) por la serotonina, el neurotransmisor involucrado en las emociones, la conducta sexual, el sueño, el apetito, el control de la temperatura y la coordinación de los ritmos circadianos.⁴²

Al disminuir la actividad de la MAO los estrógenos facilitan la permanencia de la norepinefrina y de otras catecolamina en el espacio intersináptico. El estradiol regula las neuronas noradrenérgicas mediante mensajes genómicos o por acción directa, como parece demostrar la existencia de receptores estrogénicos en las áreas cerebrales de actividad norepinefrínica, y regula la actividad dopaminérgica; la dopamina es la amina más frecuente a nivel cerebral y en la región mesolímbica, interviene en la regulación de la conducta afectiva y las emociones de tal manera que las alteraciones en el sistema dopaminérgico se acompañan de estados depresivos. Se ha postulado que un deterioro en el sistema dopaminérgico, en particular en los receptores D₂, es el causante de algunas manifestaciones de senectud como alteraciones en la actividad motora, el equilibrio, la coordinación muscular y la memoria.⁴³

Los estrógenos también incrementan la síntesis de acetilcolina al aumentar los niveles de la acetilcolintransferasa y la actividad de los receptores, mecanismos que se traducen en mantenimiento de las funciones mnésicas. El estradiol ejerce una acción amplificadora o estimulante de los receptores del ácido glutámico a nivel del hipotálamo, especialmente en los núcleos arcuato, supraóptico y paraventricular, así como el área preóptica. Los neuroesteroides facilitan la acción del receptor GABA produciendo cambios en la disminución de la excitabilidad neuronal, tales como, somnolencia, anestesia, control de la ansiedad, acción anticonvulsivante y disminución de la agresividad. Los esteroides sintetizados a nivel periférico reducen la función sináptica del GABA produciendo efectos contrarios. En el sistema opióide los estrógenos facilitan la acción de las endorfinas, especialmente la beta-endorfina, produciendo aumento en la sensación de bienestar.⁴⁴

Igualmente no podemos olvidar los progestágenos, ya que son depresores del SNC. Esta acción opuesta a los estrógenos se explica parcialmente por los efectos modulatorios sobre las funciones de los receptores de aminoácidos. La progesterona y la noretisterona disminuyen las beta-endorfinas en el hipotálamo y facilitan la actividad de la enzima MAO. Cuando se emplean los progestágenos conjuntamente con los estrógenos en la terapia hormonal disminuyen el efecto estimulante de éstos, semejando variaciones observadas durante el ciclo menstrual. Las mujeres con antecedentes de síndrome premenstrual son especialmente sensibles a estos efectos negativos.⁴⁵

Los receptores de andrógenos se encuentran localizados en el área preóptica del hipotálamo y en menor cantidad en el sistema límbico (amígdala e hipocampo) y en la corteza cerebral.

Los andrógenos son convertidos en estrógenos por la acción de las enzimas aromatizadoras presentes en el cerebro, con efectos semejantes a los progestágenos sobre las β -endorfinas. En síntesis, en el eje gonadotrópico se presenta aumento de la hormona FSH y LH, con incremento en el tiempo de producción de los pulsos de cada 60-90 minutos en el periodo reproductivo, a cada 120 minutos en la menopausia; disminución de estrógenos, progesterona e inhibina y continúa la producción de andrógenos ováricos. En el eje somatotrópico disminuye la hormona del crecimiento y el factor de crecimiento insulinoide-1 lo cual facilita la disminución de la masa muscular y el aumento del tejido adiposo propios del envejecimiento. El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides presenta cambios importantes con repercusiones también importantes en el estado de ánimo de las mujeres, por la tendencia al aumento de TRH y TSH, muchas veces sin cambios en T_3 y T_4 . Los cambios en el eje lactotrópico se traducen en una tendencia al aumento en los niveles de prolactina, y no se han encontrado cambios en el ACTH ni en los niveles de oxitocina.⁴⁶

2.4 LA ENFERMEDAD DEPRESIVA

La depresión es definida como un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, junto con pérdida de la capacidad para sentir placer, que se acompaña de alteraciones cognitivas como la disminución de la capacidad para pensar o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte, sentimientos de inutilidad o de culpa y enlentecimiento psicomotriz, a los cuales se suman síntomas somáticos como la pérdida o aumento de peso, insomnio o somnolencia, disminución de la libido y adinamia, que incrementan la vivencia de inseguridad que sufre el paciente deprimido. La depresión

puede ser la consecuencia de un estrés crónico, no como una relación causa efecto, sino como el resultado del aumento de la vulnerabilidad del individuo frente al estresor permanente, que mina su capacidad de concentración, de toma de decisiones y limita sus logros en el ámbito individual y laboral.⁴⁷

Los síntomas del espectro depresivo son múltiples y con frecuencia el paciente sufre en silencio los síntomas cognoscitivos (disminución de la capacidad de concentración, dificultad para tomar decisiones, olvidos frecuentes, pesimismo, sentimientos de desesperanza y minusvalía o de culpa e ideas de suicidio) y solo acude a consulta para manifestar sus síntomas somáticos y neurovegetativos (pérdida de peso, insomnio, cefalea tensional, lumbalgia crónica, diaforesis, vómito, palpitaciones), o cuando la ansiedad y el miedo son tan intensos que no le permiten sosiego y le alteran los ciclos del sueño y alimentación.⁴⁸

Las alteraciones cognoscitivas se ponen de manifiesto, si ante la sospecha de un cuadro depresivo, se le pregunta al paciente los siguientes cuatro ítems que hacen parte de la *Geriatric Depression Scale (GDS)*:⁴⁹

- ¿Está usted satisfecho con su vida?
- ¿Siente que su vida está vacía?
- ¿Tiene miedo de que algo malo le pueda suceder?
- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

El cuestionario anterior es un buen punto de partida para el diagnóstico de la enfermedad depresiva. Ahora es necesario investigar los factores de vulnerabilidad del paciente que lo hacen susceptible a padecer un cuadro depresivo:

- ¿Tiene la paciente historia de cuadros depresivos previos?
- ¿Tiene tendencia al aislamiento social?
- ¿Padece una enfermedad crónica?
- ¿Ha tenido una pérdida económica o afectiva reciente?
- ¿Es viudo?

La Asociación Americana de Psiquiatría estableció los criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor, los cuales son:⁵⁰

1. Presencia durante un período mayor de dos semanas de:

Uno de los siguientes síntomas:

Estado de ánimo depresivo.

Pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer.

Cuatro de los siguientes síntomas:

- Pérdida importante de peso (sin hacer dieta) o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz.
- Fatiga o pérdida de energía.

- Sentimientos de inutilidad, de culpa excesivos o inapropiados que puedan llegar a ser delirantes.
- Disminución de la capacidad para pensar o tomar decisiones o para concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente o tentativas de suicidio o un plan para realizar suicidio.

La falta de apoyo emocional, la soledad, la jubilación y la viudez, especialmente si se trata de un hombre, han sido identificados en los diferentes estudios como los factores de mayor vulnerabilidad para padecer enfermedad depresiva.

2.5 DEPRESIÓN Y CLIMATERIO

2.5.1 Fundamentos biológicos. Los estudios con emisión de positrones (PET) han demostrado que las mujeres activan en forma bilateral la corteza inferior y orbital, en tanto que los hombres activan la corteza frontal inferior y orbital izquierdas. Este hecho pone en evidencia que la mujer presenta bilateralidad en la función cerebral, que proporciona las habilidades para la crianza y la comunicación verbal y pre-verbal con sus hijos. El hombre tiene una separación más estricta de las funciones cerebrales, razón por la cual posee mayores habilidades espaciales.⁵¹

Los resultados anteriores complementan los síntomas clínicos que relacionan la enfermedad depresiva con alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que explica parcialmente la alta frecuencia en la mujer de episodios depresivos en el posparto, la menopausia, los períodos menstruales y los originados por el uso de anticonceptivos y el estrés crónico. En el hombre, por el contrario, se ha observado un mayor número de episodios maníacos cuando padece la enfermedad bipolar y una mejor respuesta terapéutica al uso de antidepresivos; en él los episodios depresivos suelen aparecer más tardíamente, con un pico máximo hacia la mitad de la vida y pueden estar enmascarados por el abuso de alcohol y de las drogas, sustancias a las cuales se recurre en un episodio depresivo.⁵² La incidencia de la depresión es mayor en la mujer; Weisman ha calculado que el 7% de las mujeres estadounidenses presentan episodios depresivos mayores frente al 2.6% de los hombres. En Colombia, la prevalencia anual de trastornos del ánimo es de 6.2%, con un riesgo de 1.4 veces de que estos sean severos comparados con los hombres.⁵

Una de cada mil mujeres presenta psicosis puerperal y entre el 10-15% de las mujeres que dan a luz sufre depresión posparto. La depresión se asocia a la enfermedad de Alzheimer en el 50% de los casos, siendo esta última más frecuente en mujeres. La mayor frecuencia de trastorno bipolar de ciclado rápido y trastorno no depresivo estacional en las mujeres, sugiere una alteración en los patrones de los ciclos circadianos que son modulados por el sistema hormonal femenino. Los cambios hormonales producen alteraciones del humor y del comportamiento, como sucede en el síndrome premenstrual, que afectan la calidad de vida y la frecuencia de trastornos emocionales en la existencia de la mujer. La alta frecuencia del episodio depresivo mayor encontrada en estudios epidemiológicos y clínicos

sugiere que la mujer reconoce y admite la depresión con mayor frecuencia que el hombre. Himan en 1989 puso de manifiesto que las mujeres consultan al médico por sus síntomas depresivos más frecuentemente que el hombre.⁵³

La pregunta es entonces, ¿la depresión a mediana edad está aumentada por el climaterio?. El eslabón entre climaterio y depresión está siempre vigente en la literatura médica a pesar de su limitado soporte. Históricamente, los mitos relacionados con los tabúes menstruales y la relación entre fertilidad y envejecimiento, dan al climaterio una imagen de declive físico y emocional. En el siglo XIX la menopausia fue considerada como causa de enfermedad y solo hasta 1980 el diagnóstico de melancolía involutiva fue retirado del Manual de Diagnóstico y Clasificación de Trastornos Mentales.⁵⁴

Inicialmente la TRH fue utilizada en el tratamiento de síntomas vasomotores y luego se recomendó para mejorar la calidad de vida al prevenir la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular, hasta que empezaron a tambalear las teorías; sin embargo, junto con los cuestionamientos nació el interés por otras opciones cuando apareció a la luz pública el estudio W.H.I.⁵⁵ Desde hace algunos años y sobre todo ahora se ha aumentado el interés en las posibles propiedades psicoactivas de la terapia hormonal. Se ha hablado del papel que los estrógenos pudieran tener sobre la depresión y la menopausia y, así mismo, ofrecer un beneficio adicional a la mujer menopáusica no deprimida.

Definiendo la menopausia como una deficiencia de estrógenos, ¿causaría la deficiencia de estrógenos depresión? Esto tiene una implicación muy importante ya que este

comportamiento es percibido socialmente; además, en la práctica médica diaria vemos una mezcla de síntomas vasomotores y síntomas psicológicos.⁵⁶ Entonces, ¿cuál es la evidencia?, ¿causa o no depresión el climaterio?. Las revisiones más recientes convergen en que no hay evidencia substancial para afirmar que la menopausia natural cause depresión, que se debe correlacionar el ámbito sociocultural y epidemiológico con los niveles hormonales, y establecer la relación entre menopausia y depresión para evaluar el resultado. En algunas sociedades se describen pocos síntomas pero también es claro que en algunas de estas las mujeres aún hoy día están muy limitadas para expresarse. El impacto psicológico del climaterio está influenciado por los valores sociales y los roles que afectan el estilo de vida, así como la dieta y el ejercicio.⁵⁷

Casi todos los estudios coinciden en que el climaterio no causa depresión. Entonces ¿porqué seguimos viendo tantas mujeres depresivas? En la depresión se ha encontrado hipercortisolemia y alteraciones en el ritmo circadiano de la secreción de cortisol, hallazgos que sugieren una alteración funcional del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (EHHS) mediada por un aumento en la producción del factor hipotalámico liberador de corticotropina (CRF). A su vez, el incremento de CRF produce a nivel del locus ceruleus una mayor cantidad de noradrenalina, pero ante la estimulación continua ocasionada por el stress crónico, se produce al final disminución en la biodisponibilidad de adrenalina y aparición de síntomas depresivos.⁵⁸

Las alteraciones en este eje son más notorias en mujeres. Los estudios de Young han demostrado que las mujeres deprimidas presentan mayores niveles de cortisolemia que los

varones deprimidos; así mismo, demostró que la administración de *metirapone* a hombres y mujeres deprimidas generan en ellas un fenómeno de rebote en la secreción de beta lipoproteínas y betaendorfinas, sustancias que son sintetizadas conjuntamente con la ACTH. Este fenómeno no fue observado en los hombres con depresión, resultado que sugiere que en la mujer deprimida existe una alteración del eje HHSR, especialmente en las horas vespertinas.⁵⁸ Esta misma investigadora encontró que en las mujeres posmenopáusicas varían los niveles de betalipotropinas y betaendorfinas al disminuir los estrógenos, que actúan como reguladores del eje HHSR y protegen a la mujer de las concentraciones elevadas de glucocorticoides endógenos (cortisol) que son neurotóxicas. El aumento en la supresión del test de la dexametasona en la mujer posmenopáusica sugiere una alteración funcional a nivel el hipocampo, estructura que regula el eje HHSR mediante un mecanismo de retroalimentación. Por otra parte, el hipocampo desempeña un papel primordial en las funciones de memoria especialmente en la adquisición de la nueva información, que se encuentra comprometida al disminuir los niveles de estrógenos.⁵⁹

La teoría postula un déficit en la biodisponibilidad de los neurotransmisores para explicar la enfermedad depresiva:

- Existiría una disminución de la biodisponibilidad a nivel de la sinapsis de noradrenalina, serotonina y posiblemente dopamina, que es detectada por los autorreceptores específicos presinápticos α_2 para la noradrenalina y 5-HT₁ para la serotonina, para posteriormente, por un mecanismo de retroalimentación, estimular una producción mayor del neurotransmisor.
- Ante la imposibilidad de recuperar el flujo del neurotransmisor a nivel sináptico se presenta un fenómeno de hipersensibilidad de los receptores postsinápticos, y un

aumento en el número de receptores (*up-regulation*) con el fin de captar la escasa serotonina o noradrenalina circulantes. Este mecanismo compensatorio produce hipersensibilización de la neurona presináptica que se traduce en hiperexcitabilidad neuronal que se manifiesta en la disminución de la ansiedad antes de presentar su efecto antidepresivo.⁶⁰

Si el déficit de noradrenalina o serotonina persiste este mecanismo compensatorio resulta insuficiente y aparecen los síntomas depresivos. Este fenómeno biomolecular parece explicar los estados de ansiedad previa a la eclosión de los síntomas depresivos y el estado de hiperexcitación que se aprecia en los pacientes durante la primera semana del tratamiento antidepresivo con las moléculas inhibidoras de la recaptación de serotonina. Por el contrario, la administración de antidepresivos tricíclicos produce disminución de la ansiedad antes de presentar un efecto antidepresivo. Las moléculas antidepresivas actúan en la neurona presináptica impidiendo la recaptación del neurotransmisor, mecanismo que eleva las concentraciones del neurotransmisor en la hendidura sináptica y permite mantener la estimulación sobre los receptores pre y postsinápticos. Los estudios de biología molecular han mostrado que primero se recupera el metabolismo presináptico de los neurotransmisores y posteriormente se reestablece el equilibrio a nivel sináptico. El tiempo necesario para recuperar el funcionamiento de la neurona presináptica es aproximadamente 15 días, tiempo que parece corresponder al llamado periodo de latencia que poseen todos los antidepresivos. Al cabo de unos dos meses se recupera el equilibrio a nivel postsináptico y comienza a desaparecer la sintomatología depresiva.⁶¹

Los estudios realizados por Weissman le han permitido postular que la mujer es más vulnerable a la depresión porque experimenta un número mayor de estresores en los eventos vitales, y que en ella, los síntomas de estrés son más intensos que en el hombre. Uno de los factores predisponentes para la depresión es el apoyo social, este es particularmente importante y necesario en la mujer que trabaja fuera de su hogar, que debe asumir múltiples roles, dentro de un contexto individual y cultural estresante. Se ha hecho del temperamento femenino una leyenda que se acepta sin vacilaciones. La mujer es o debe ser callada, temerosa, frágil, llorona, todo lo arregla con lagrimas o rabietas, y por eso, se deprime con facilidad ante los sucesos de la vida diaria. El mito del eterno femenino, se transmite de generación en generación, y en algunos grupos poblacionales alcanza niveles insospechados, ligados a las actitudes machistas. Esta actitud asumida por nuestra cultura simplifica el proceso de adaptación biológico, psicológico y social de la mujer y lo limita a una mera reacción de estímulo-respuesta. Si el estímulo es moderado pero capaz de desencadenar un cuadro depresivo, se piensa culturalmente que la mujer por su temperamento es más débil y por eso se deprime. Como una respuesta ligada a su temperamento, el cuadro depresivo no requiere tratamiento médico ni muestras de apoyo, por parte del núcleo cultural. Si es intenso el estresor, vital la respuesta debe ser intensa, independientemente del verdadero perfil psicológico de la mujer, de sus vivencias, de sus valores, de sus expectativas y aciertos.⁶²

2.5.2 Historia de la comprensión del fenómeno depresión y climaterio. La asociación entre trastornos comportamentales y emocionales con las funciones reproductoras de la mujer ha sido motivo de estudio desde tiempos muy antiguos. Veith (1965) en su libro

Historia de la histeria comenta el hallazgo de los papiros egipcios de 1900 años A.C. en donde se describen desórdenes de comportamiento tipo histeria (del griego *hustera*, útero), atribuidos a desplazamientos del útero. En los trabajos de Hipócrates, la histeria fue considerada como una condición exclusiva de la mujer, relacionada con migraciones uterinas; visión que se mantuvo durante varios siglos, formando parte de la asociación entre fisiología reproductiva femenina y algunos trastornos psiquiátricos, como la tensión premenstrual, depresión posparto y depresión menopáusica.⁶³

En la sociedad actual se acepta con mayor facilidad una queja ginecológica que un síntoma psiquiátrico; es más fácil decir, “son mis hormonas las que causan el problema” que tomar conciencia, pensar, realizar un proceso elaborativo y expresar “yo tengo un problema”. Los primeros aportes psicoanalíticos mostraron una visión muy negativa de la menopausia y de su impacto sobre la salud mental de la mujer. Hellen Deutsh en 1945 la describió como una época de pérdida de la feminidad y del potencial reproductivo, que en su concepto se trataba de un momento de la vida “pálida y sin metas”, en el cual la psicoterapia solo ofrecía “resignación sin compensación”.⁶⁴

Beneedek en 1950 y Prados en 1967 esbozaron un panorama más optimista sobre el climaterio, concibiéndolo como un momento apto para reorganizar la vida intra-psíquica y alcanzar mayor estabilidad. Esta nueva visión no establece generalizaciones y da importancia a los rasgos individuales de la personalidad que permiten utilizar diversas estrategias adaptativas a los diferentes cambios. En el campo ginecológico la visión negativa del climaterio fue promulgada desde 1857 por el médico irlandés Tilt, al comentar

sobre “los desastrosos efectos de esta época de la vida”, al describir un cuadro clínico caracterizado por “irritabilidad nerviosa, estados histéricos y disminución del espíritu ”. En 1959, Kupperman y cols elaboraron el llamado “índice menopáusico” que contiene 11 ítems: síntomas vasomotores, parestesias, insomnio, nerviosismo, melancolía, vértigo, debilidad, artralgias, mialgias, cefaleas, palpitaciones, y hormigueo.⁶⁵

El debate continuo hasta 1976, cuando en el primer Congreso Internacional sobre menopausia se estableció que “el climaterio es la fase de la vida en el envejecimiento de la mujer que marca la transición entre el estado de vida reproductivo y no reproductivo; indica el final del periodo menstrual y ocurre durante el climaterio y este a su vez está algunas veces, pero no necesariamente, asociado a síntomas físicos”. En la perspectiva tradicional, cuando se habla de la salud de las mujeres, se refiere generalmente a la salud reproductiva: ciclo menstrual, embarazos, partos y climaterio; y la salud mental queda circunscrita a los problemas psiquiátricos que tiene como posibles causas estas circunstancias. El enfoque actual hace énfasis en “lo normal” y “lo patológico” en una perspectiva médico psiquiátrica, que concibe la salud mental femenina dentro de los conceptos de armonía y equilibrio, teniendo en cuenta enfoques interdisciplinarios y pensamientos complejos, dejando a un lado el simplismo anterior. El climaterio es una época de crisis evolutiva, por la que pasan el 90% de las mujeres en los países industrializados.⁶⁶

La incidencia de disfunciones psicológicas y desajustes sociales es muy elevada en esta edad. La incidencia y prevalencia de trastornos psiquiátricos en mujeres comprendidas entre 45-54 años es la mayor de todos los grupos por edad y sexo. La prevalencia es de 1.443 por 100.000 para las mujeres de 45-54 años frente a una prevalencia de 866 por

100.000 habitantes para los hombres en el mismo intervalo de edad. Debe aclararse que por trastornos psiquiátricos se entiende toda alteración que sea motivo de consulta.⁶⁷

2.5.3 Factores de riesgo. Es importante tener en cuenta que los factores de riesgo de enfermar en la mujer, y más aún en el climaterio, están relacionados especialmente con referentes psicosociales, es decir de género, más que con aspectos biológicos del orden neurohormonal. La cultura le ha asignado a las mujeres un papel más maternal, de amor, sumisión para servir, un rol más receptivo y controlado, menos agresivo, más dócil, comprensivo y generoso. Aparece entonces el conflicto como un intento del yo en reducir las tensiones impuestas por las demandas del ello y las exigencias del sistema ideal del yo-superyo, esto produce tensión, con respecto a la realidad cultural en donde las mujeres se debaten entre los roles tradicionales ya citados y los roles innovadores de la mujer trabajadora remunerada, ubicada en un espacio extra-doméstico.⁶⁸

Dentro de esta conceptualización, se consideran factores de riesgo en la salud mental de la mujer a aquellos sucesos vitales que tienen cualidades estresantes o depresógenas, capaces de producir un cambio importante en la vida cotidiana de la mujer; los trabajos de investigación de la psicología y la sociología señalan los siguientes factores de riesgo:

- El matrimonio tradicional se presenta como factor de riesgo para las mujeres y factor de protección para los hombres.
- El trabajo de ama de casa constituye un factor de riesgo; por el contrario el trabajar fuera del hogar constituye un factor de protección especialmente si es un trabajo que

las mismas mujeres definen como satisfactorio para ellas y con justa remuneración económica.

- La doble jornada de trabajo.
- Tener tres o más hijos en la casa bajo su cuidado.
- La falta de apoyo o ayuda de amigos o familiares, especialmente entre las mujeres cabeza de familia.
- La falta de comunicación íntima y confidencial con una pareja.
- No pertenecer a grupo sociales, artísticos, políticos, etc.
- La centralización exclusiva en el poder de los afectos, con descuido o exclusión del poder racional, económico u otros.

Un fenómeno que con frecuencia asoció depresión y maternidad fue el “síndrome del nido vacío”, que hace referencia a una reacción que se esperaba en mujeres de mediana edad cuando sus hijos mayores se alejaban del hogar. Este “síndrome” parece estar relacionado con sentimientos de pérdida: del rol de madre, del control sobre la vida de otros, de la actividad y de los proyectos temporales.¹⁰

En el momento actual el concepto salud exige una visión interdisciplinaria, por que se necesitan todos los aportes de las diferentes especialidades médicas y de las ciencias sociales.

Vale la pena resaltar que desde el punto de vista filogenético la especie humana es la única que tiene supervivencia prolongada después de terminar su etapa reproductiva. Actualmente las diferentes investigaciones epidemiológicas se han ido acercando a un consenso, en el sentido, de no considerar al proceso biológico del climaterio como un factor de riesgo para la enfermedad mental, porque son los factores psicógenos y socioculturales propios de la edad madura los que constituyen los verdaderos factores de riesgo; sin embargo, todavía no se

ha dado la última palabra y existe disparidad entre la observación y los reportes de ginecólogos y psiquiatras, disparidad que es producto de la práctica clínica, porque los psiquiatras ven muchas mujeres con enfermedad mental, de las cuales el porcentaje minoritario se encuentra en el climaterio. Por el contrario, los ginecólogos evalúan muchas mujeres con menopausia de las cuales un buen número presentan síntomas psiquiátricos, algunas veces como único motivo de consulta y no pocas veces encubriendo conflictos de índole conyugal, familiar o social. Otra observación, en este mismo sentido, que puede sesgar esta aparición es el notorio aumento de quejas psiquiátricas en las denominadas “clínicas de menopausia” frecuencia que no se observa en los estudios realizados en mujeres de la población general.

La influencia del entorno y la cultura respecto a la salud mental y la calidad de vida es mayor en el individuo con el correr de los años. Por esta razón, varios autores consideran el confusamente denominado “síndrome menopáusico” más como una construcción sociocultural que como una realidad biológica.⁶⁹

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres de 45 a 55 años residentes en al Área Metropolitana de Bucaramanga.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la distribución de puntajes del cuestionario de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) entre la población estudiada.

Establecer si hay diferencias en el puntaje de la encuesta CES-D según algunas las características demográficas, reproductivas y de la clínica de menopausia de la población estudiada.

Establecer la fuerza de la asociación entre las características demográficas, reproductivas y de la clínica de menopausia con la presencia de síntomas de depresivos de importancia clínica.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio de prevalencia con un componente analítico que compara la población con síntomas depresivos de importancia clínica con la población que no los presenta.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de este estudio son las mujeres de 45 a 55 años residentes en el área metropolitana de Bucaramanga.

La población objetivo del estudio son las mujeres residentes en el área metropolitana de Bucaramanga afiliadas como derechohabientes a Finsema, una Institución Prestadora de Servicios de Salud radicada en Bucaramanga que presta servicios al magisterio público del Departamento. Estas mujeres son docentes de primaria y bachillerato en servicio activo, No se incluyeron mujeres beneficiarias del servicio.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de las 1,747 afiliadas que aparecen registradas en Finsema como residentes en el Área Metropolitana de Bucaramanga, una prevalencia

esperada de depresión de $10\% \pm 2.5\%$ y nivel de confianza del 99%, lo que arroja un tamaño de muestra de 618 mujeres a encuestar.

Las mujeres a encuestar se seleccionaron por conveniencia entre aquellas profesoras que trabajan en las instituciones educativas más grandes del área metropolitana de Bucaramanga hasta completar la muestra..

Como único criterio de inclusión se tomó la participación voluntaria de las mujeres con las que se entró en contacto, mientras que como criterio de exclusión se tomó el diligenciamiento incompleto del cuestionario CES-D.

4.3 VARIABLES ESTUDIADAS

4.3.1 Variable de salida

La variable de salida es la presencia de síntomas depresivos de importancia clínica según el cuestionario CES-D. Este cuestionario, del Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos, fue creado por Radloff en 1977; consta de 20 preguntas que comprende cuatro dominios: estado depresivo (siete preguntas), síntomas somáticos (siete preguntas), ánimo positivo (cuatro preguntas) y relación interpersonal (dos preguntas). La respuesta es tipo Likert, puntúa de 0 a 3 las cuatro opciones de nunca, a veces, muchas veces o siempre, dando como resultado final 0 hasta 60 puntos. Un punto de corte mayor de 17 es el que

permite establecer para una persona que tienen síntomas de depresión de importancia clínica.⁷⁰

Se han realizado varios estudios de validación en diferentes poblaciones⁷¹⁻⁷³ y entre pacientes con distintas patologías;⁷⁴⁻⁷⁷ en conclusión, el cuestionario tiene una adecuada sensibilidad (95 a 100%), especificidad (88 a 91%) y consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.85 y 0.93). En Colombia se ha realizado un estudio en población geriátrica que demostró ser un cuestionario adecuado en esta población.⁷⁸

En Bucaramanga, el grupo de Neuropsiquiatría de la Universidad Autónoma de Bucaramanga hizo una validación aún no publicada entre 245 adultos entre 18 y 55 años, seleccionados al azar en un proceso de muestreo poblacional, encontrando que la sensibilidad es de 97.7% (IC 95% 86.5 – 99.9), la especificidad de 62.2% (IC 95% 55.4 – 68.5), el valor predictivo positivo de 33.9% (25.9 – 42.9) y el negativo de 99.3% (IC 95% 95.5 – 100.0).²⁴

4.3.2 Variables explicatorias

Dado que la población es de profesionales de características socioeconómicas similares, solo se tuvieron en cuenta seis variables que pueden estar relacionadas con el fenómeno menopausia – depresión, dos variables sociodemográficas y cuatro variables de la historia sexual y de la clínica de menopausia, así:

Edad: Variable continua expresada en años a partir de la fecha de nacimiento y hasta la fecha de diligenciamiento de la encuesta.

Estado civil: Variable nominal que muestra la condición de pareja en la que se encuentra la mujer al momento de contestar la encuesta. Se categorizó en soltera, casada, en unión libre, divorciada o separada, viuda y religiosa.

Tiempo de amenorrea: Variable continua expresada en años calculada a partir de la diferencia entre la fecha de la última menstruación y la fecha de la encuesta.

Historia de histerectomía: Variable nominal que se refiere al antecedente personal de haber recibido cualquier tipo de histerectomía.

Uso de terapia de reemplazo hormonal: Variable nominal relativa al uso al momento de contestar la encuesta de cualquier régimen de terapia de reemplazo hormonal.

Vida sexual activa: Variable nominal en la que se indagó sobre el tener vida sexual activa al momento de realizar la encuesta.

4.3 PROCEDIMIENTOS

Las variables a estudiar se incluyeron en un formato diseñado expresamente para esta investigación. Este formato es anónimo y autodiligenciable (anexo 1). En cada centro educativo se obtuvo permiso de sus directivas, dejando en manos de la trabajadora social un paquete de formas sin marcar para que lo entregase a las mujeres que cumpliesen el rango de edad. Posteriormente, entre 5 y 7 días calendario, se recogieron las formas para su revisión y digitación.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Este estudio es sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud dado que utiliza instrumentos regulares de la práctica clínica diaria, razón por la cual no se diligenció consentimiento informado escrito.⁷⁹ Se respetó el principio de autonomía ya que cada participante fue informada en forma personal por la persona encargada de aplicar los cuestionarios y de forma escrita en el mismo formato; igualmente se garantizó la confidencialidad haciendo que el cuestionario fuera anónimo. El principio de justicia se mantuvo en la medida que todas las mujeres podían participar de la encuesta. El principio de beneficencia se garantizará con un proceso de retroalimentación de los resultados a las instituciones participantes, mientras que el de no maleficencia no se vulneró en la medida que el estudio no planteó falsas expectativas entre las participantes.⁸⁰

4.5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

La información recolectada se digitó en una hoja electrónica de Excel⁸¹ para posterior análisis con STATA 8.0.⁸² Luego se excluyeron aquellas encuestas que estaban incompletas en la parte correspondiente al cuestionario CES-D.

El análisis descriptivo de las respuestas colocadas en el formulario se hizo por medio de proporciones para las variables nominales y ordinales, incluyendo si intervalo de confianza del 95% (IC 95%), mientras que para las continuas se estimó su promedio y desviación estándar (DE).

Luego se estimó el promedio y DE del puntaje del cuestionario CES-D según las diferentes categorías de las variables explicatorias, comparando los valores hallados con análisis de

varianza en las variables nominales y regresión lineal para las continuas, esto último hecho en forma simple o ajustando por las demás covariables. Estos resultados se graficaron incluyendo los intervalos de confianza.

Posteriormente se estimó la prevalencia de síntomas depresivos de importancia clínica según las categorías de las variables explicatorias, considerando que estos síntomas existen cuando el cuestionario CES-D puntuó 17 o más. Para estimar la prevalencia de depresión se ajustaron los datos obtenidos en la encuesta por los valores predictivos informados por Campo-Arias y sus colegas.²⁴

Para establecer la significancia estadística de los síntomas de importancia clínica con las covariables estudiadas, se utilizó la prueba de chi cuadrado de Mantel y Haenzel. Finalmente, se desarrolló un modelo saturado de regresión binomial para ajustar las asociaciones entre tener síntomas depresivos de importancia clínica y todas las covariables.

Para todas las pruebas estadísticas se consideró un nivel de significancia inferior a 0.05.

5. RESULTADOS

5.1 POBLACIÓN ESTUDIADA

Se realizaron 609 encuestas, de las cuales se descartaron 28 (4.6%), 11 por corresponder a mujeres con edad por fuera del rango de estudio y 11 por que no la contestaron completamente, quedando 581 mujeres para el análisis.

La edad osciló entre 45 y 55 años, con promedio en 50.30 (DE 3.25) años; en la figura 1 se puede observar la distribución de su edad. Más del 60% eran casadas (figura 2).

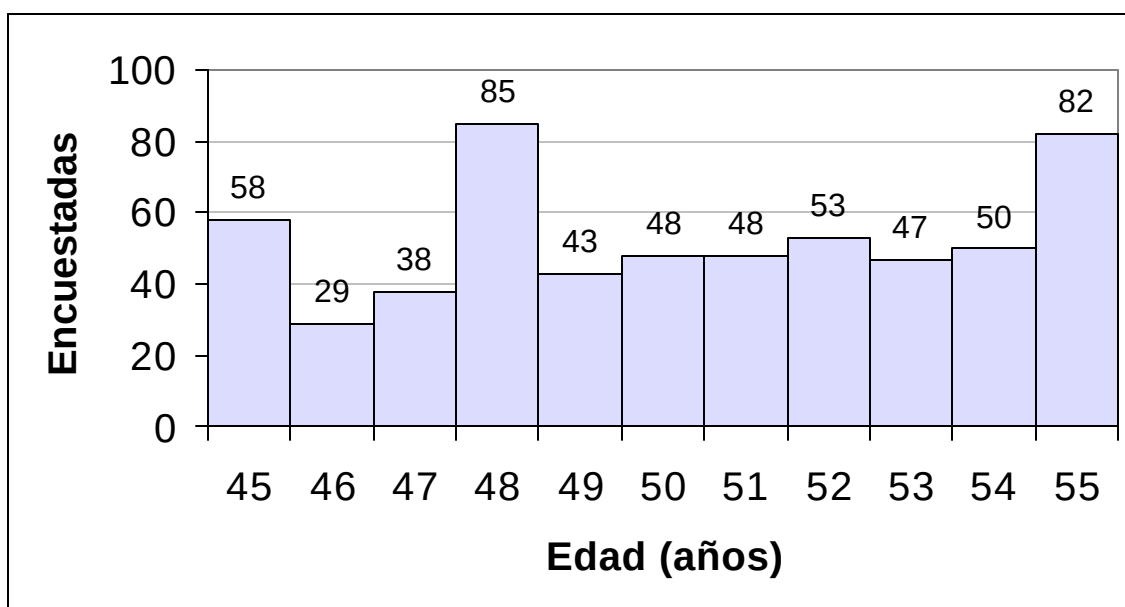


Figura 1. Distribución de la edad de las 581 mujeres encuestadas

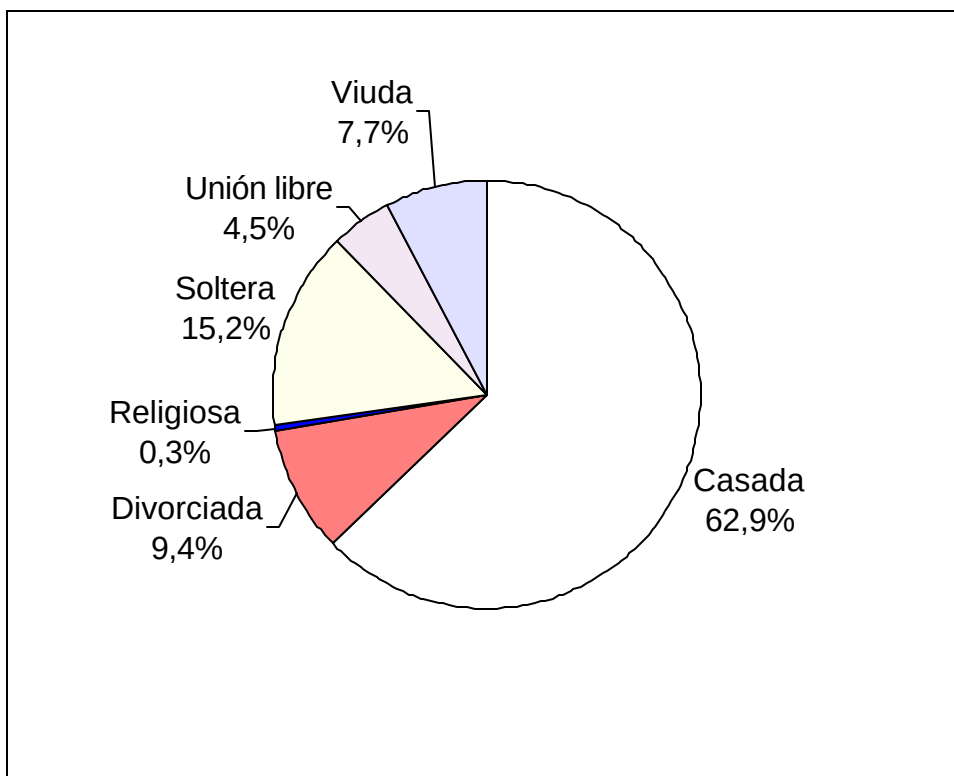


Figura 2. Estado civil de las 581 mujeres encuestadas

De las 581 mujeres que contestaron la encuesta, 578 (99.5%) contestaron sobre si habían sido hysterectomizadas, siendo positivo en 153 de ellas (26.5%). A su vez, 563 (96.9%) contestaron sobre si recibían terapia de reemplazo hormonal, siendo así en 108 (19.2%). Finalmente, 570 (98.1%) contestaron sobre la vida sexual, de las cuales 376 (66.0%) tenían vida sexual activa.

Solo 412 (70.9%) de las 581 mujeres informaron el tiempo de amenorrea que llevaban al momento de la encuesta (figura 3). De estas, 207 tenían amenorrea por más de 12 meses, correspondiendo entonces a una prevalencia de menopausia de 50.2% (IC 95% 45.3 - 55.2).

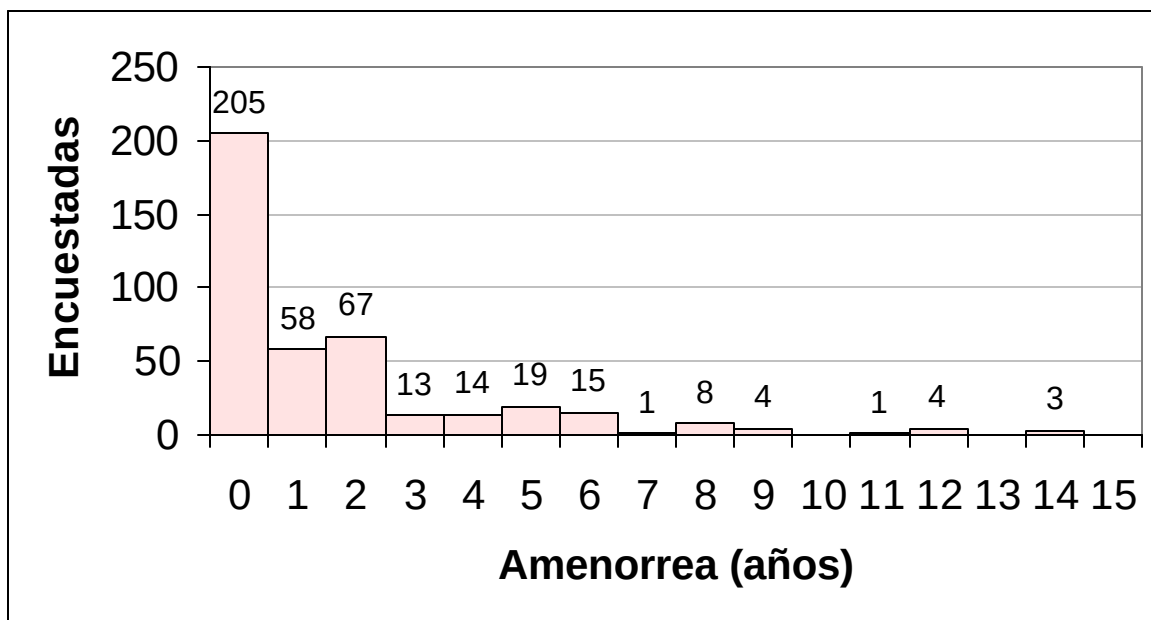


Figura 3. Tiempo de amenorrea de las mujeres encuestadas

5.2 PUNTAJE EN LA ENCUESTA CES-D

En la figura 4 se puede apreciar la distribución del puntaje de la encuesta CES-D. El puntaje osciló entre 0 y 39 puntos, con promedio de 13.6 (DE 8.4) puntos; 25% de las mujeres se ubicó entre 0 y 7 puntos, mientras que otro 25% lo hizo entre 20 y 39 puntos.

El puntaje de la encuesta CES-D no es estadísticamente diferente entre las mujeres de cada grupo de edad, tal como se ve en la figura 5 ($p = 0.916$); tampoco según el estado civil (figura 6, $p = 0.0870$). Los brazos de cada punto señalan el intervalo de confianza.

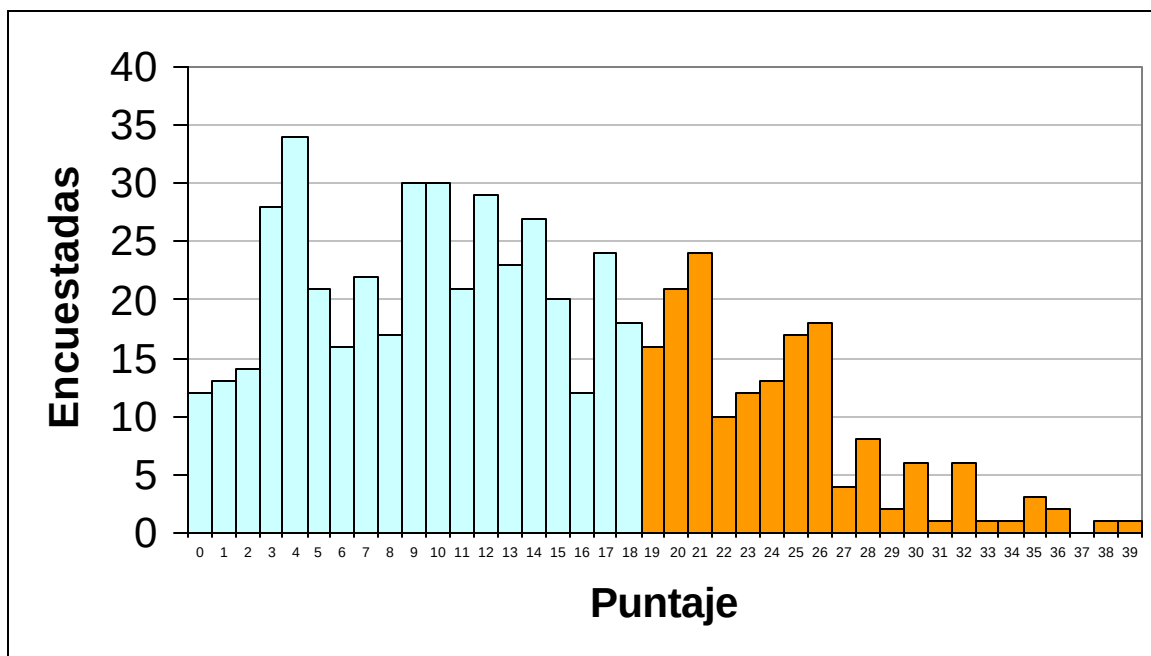


Figura 4. Puntaje en la encuesta CES-D de las 581 mujeres encuestadas

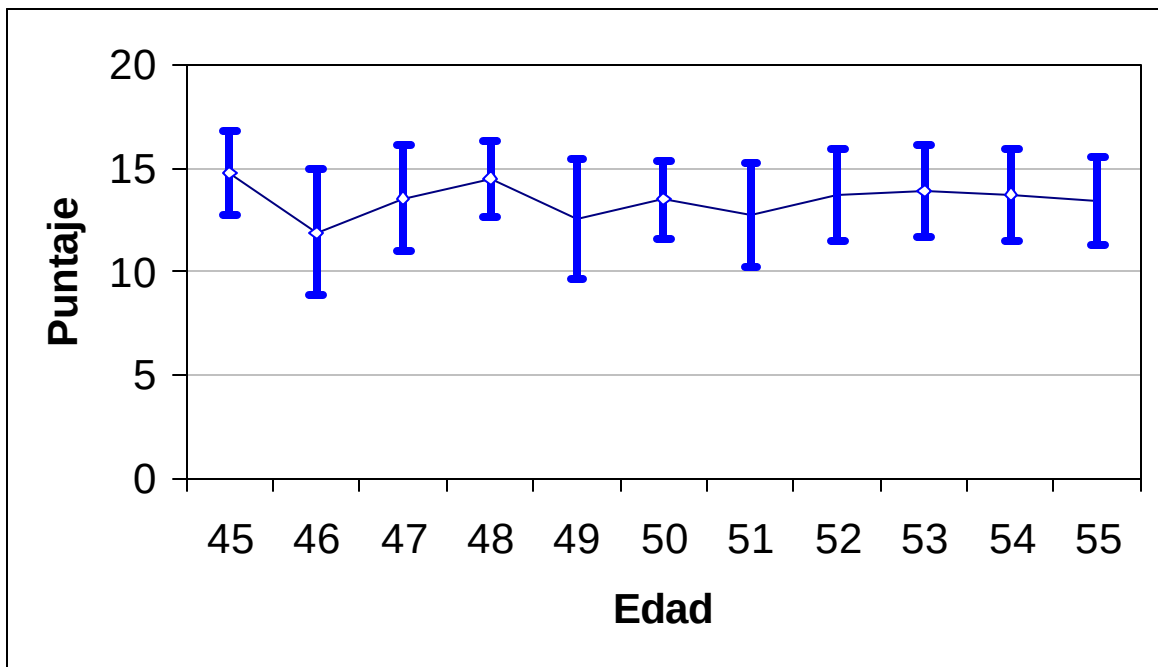


Figura 5. Puntaje de la encuesta CES-D según edad

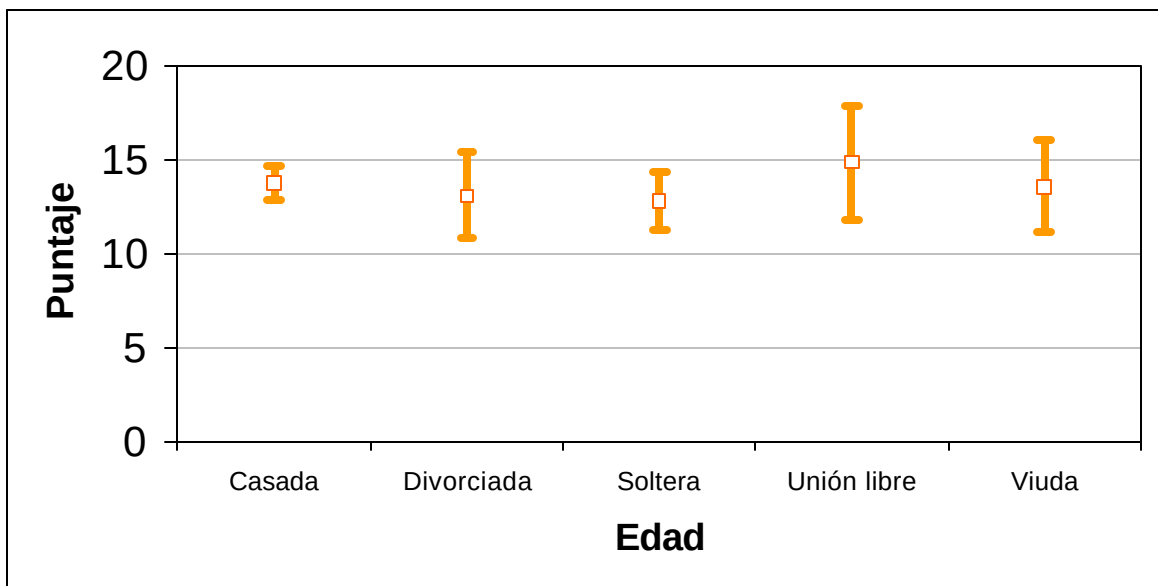


Figura 6. Puntaje de la encuesta CES-D según el estado civil

El puntaje en la encuesta CES-D entre las mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal fue de 12.94 (DE 7.80), frente a 13.0 (DE 8.53) de las que no, diferencia que no es significativa ($p = 0.962$). Tampoco hay diferencia en el puntaje de las mujeres que han sido sometidas a histerectomía: 13.19 (DE 8.90) vs 13.801 (DE 8.21) puntos, $p = 0.437$.

Por otro lado, las mujeres que manifiestan tener una vida sexual activa tienen un puntaje inferior a las que no la tienen: 13.27 (DE 8.26) vs 14.54 (DE 8.61) puntos, diferencia que está cercana al límite de la significancia ($p = 0.087$).

Un aspecto que sí se correlaciona con el puntaje de la encuesta CES-D es el tiempo de amenorrea, tal como se puede ver en la figura 7 ($p = 0.001$).

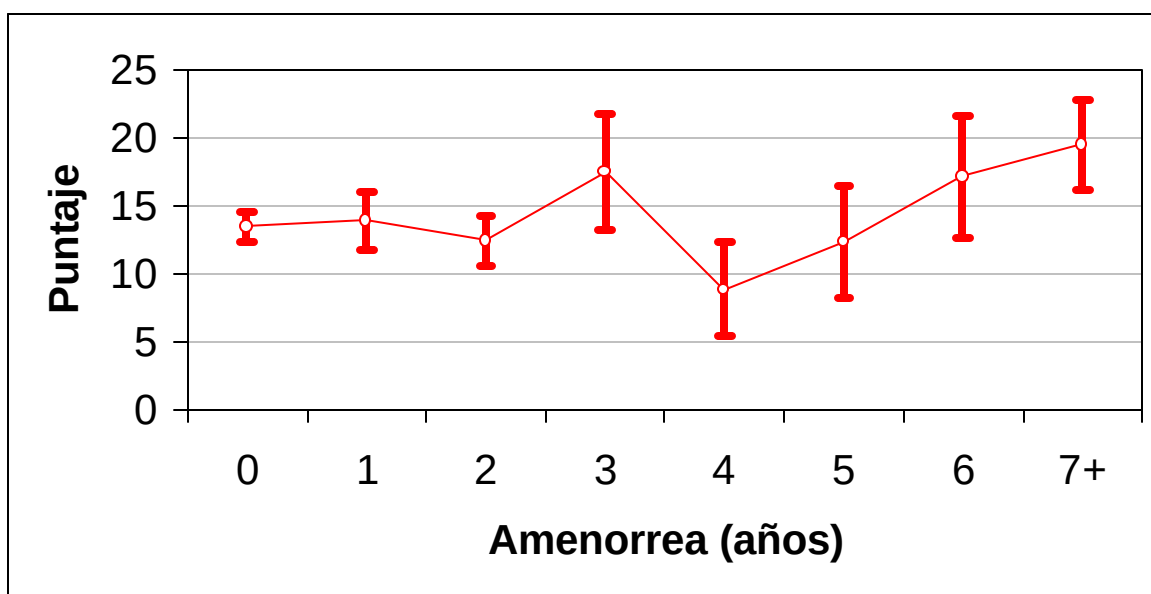


Figura 7. Puntaje de la encuesta CES-D según el tiempo de amenorrea

Ahora bien, solo dos factores se asocian con el puntaje de la encuesta CES-D; por un lado, el tiempo de amenorrea lo es positivamente (coeficiente $\hat{\alpha} = 0.67$, IC 05% de 0.29 a 1.06), mientras que la edad lo es en forma negativa (coeficiente $\hat{\alpha} = -0.63$, IC 05% de -0.63 a -0.07). Esta asociación es luego de ajustar por la historia de histerectomía y el uso de terapia de reemplazo hormonal, mientras que el estado civil y el tener una vida sexual activa no afectan en forma alguna el modelo.

5.3 SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

188 de las 581 encuestadas tuvieron un puntaje igual o superior a 17, correspondientes a síntomas depresivos de importancia clínica, lo que equivale a una prevalencia de 32.4% (IC 95% 28.6 – 36.3). Al ajustar por los valores predictivos informados por Campo-Arias y sus colegas,²⁴ la prevalencia estimada de depresión sería de 11.5% (IC 95% 8.4 – 17.0).

Ninguna de las variables estudiadas se encuentra asociada con este aspecto en el análisis bivariado (tabla 2); sin embargo, al hacer modelamiento para ajustar por la potencial confusión se encuentran asociaciones significativas con la edad y tener vida sexual activa (tabla 3).

Tabla 2. Asociación entre las características estudiadas y los síntomas depresivos de significación clínica (análisis bivariado)

Característica	Depresión			p
	Si	No	Prevalencia	
Edad (años)				0.770
45	22	36	37,93	
46	6	23	20,69	
47	12	23	34,29	
48	33	52	38,82	
49	15	28	34,88	
50	14	34	29,17	
51	14	34	29,17	
52	16	37	30,19	
53	14	33	29,79	
54	14	36	28,00	
55	25	57	30,49	
Estado civil				0.882
Casada	120	241	33.2	
Divorciada	16	38	29.6	
Religiosa	1	1	50.0	
Soltera	29	58	33.3	
Unión libre	8	18	30.8	
Viuda	11	33	25.0	
Histerectomía				0.958
Si	49	104	32.0	
No	139	286	32.7	
Reemplazo hormonal				0.070
Si	27	81	25.0	
No	155	300	34.1	
Vida sexual activa				0.101
Si	114	262	30.3	
No	72	122	37.1	
Amenorrea (años)				0.214
0	65	140	31.7	
1-3	47	91	34.1	
4-6	13	35	27.1	
7+	12	9	57.1	

Tabla 3. Asociación entre las características estudiadas y los síntomas depresivos de significación clínica (análisis multivariado)

Característica	Razón de prevalencia	IC 95%
Edad (por cada año)	0.948	0.912 – 0.986
Histerectomía	0.944	0.699 – 1.274
Vida sexual activa	0.492	0.384 – 0.632
Amenorrea (por cada año)	1.057	1.035 – 1.080
Estar divorciada	0.604	0.371 – 0.983
Estar soltera	0.590	0.381 – 0.914
Estar en unión libre	1.707	1.352 – 2.155
Estar viuda	0.620	0.316 – 1.215

6. DISCUSIÓN

La investigación y la práctica clínica en la menopausia son un campo que se encuentran en rápida expansión, tienen una gran importancia social y económica a nivel nacional y global, tanto en países en desarrollo como en los desarrollados; este estudio se realizó con el objetivo de tener un numero representativo a nivel local que nos diera luces sobre los estados depresivos y la menopausia, ya que la literatura existente plantea muchas dudas y la evidencia disponible para nada es concluyente.²⁰

Este estudio de prevalencia, donde se encuestaron 609 mujeres de los principales colegios del Área Metropolitana de Bucaramanga, con edad entre los 45 y 55 años, se pudo encontrar una prevalencia de síntomas depresivos del 32.0%, con una proyección a prevalencia de depresión del 11.5%, proporción similar a la hallada entre estudiantes universitarias de la ciudad.⁸³

Comparar estos hallazgos con los de otras lugares del mundo es difícil, ya que las poblaciones estudiadas varía de un estudio a otro, pero sobre todo, porque se utiliza un amplio espectro de métodos de evaluación de síntomas depresivos, desde escalas hasta la entrevista psiquiátrica estructurada, tal como se presentó en la tabla 1.

Con todo, hay que tener en cuenta la gran limitante de este estudio: la encuesta se realizó entre mujeres entre 45 y 55 años, todas con un nivel cultural alto, ya que fueron todas profesoras de los colegios de Bucaramanga, lo que obliga a extrapolar estos hallazgos con gran precaución a otros medios sociales y estratos socioculturales, tal como se ha visto necesario en otras latitudes.⁸⁴

De todas maneras, los hallazgos de este trabajo por si solos son de gran significancia clínica dado el tamaño poblacional en Bucaramanga, quienes serían objeto de atención especial en esta edad. Para Colombia en esta franja de edad están cerca de 5 millones de mujeres,⁸⁵ y para Santander 250.000 mujeres;⁸⁶ adicional a lo anterior, es importante tener en cuenta que el segmento poblacional de mayor crecimiento es el de las personas de más de 45 años, dado en parte por el aumento en la expectativa de vida, sin que en el país existan verdaderas políticas de atención efectiva en la menopausia, y menos programas de promoción y prevención que garanticen un adulto mayor sano, con los cual este fenómeno es más que un verdadero problema de salud pública, una emergencia de salud pública.

Si bien no se encontraron mayores diferencias por edad o por antecedente de histerectomía en cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos de importancia clínica, sí se halló una evidencia importante sobre la mayor prevalencia del trastorno en las mujeres que tienen más tiempo en amenorrea. Estos hallazgos traen a la mente la posibilidad de utilizar terapia de reemplazo hormonal para reducir la sintomatología depresiva; sin embargo, en este estudio no pareciera haber diferencia con la administración de terapia hormonal, lo cual se relaciona con los estudios donde se habla de que la terapia pudiera mejorar los síntomas

depresivos leves, mas no los cuadros graves, pero es algo que no solo no ha demostrado su utilidad a largo plazo sino que tendría afectos adversos serios.^{54-56, 87}

Por otro lado, el tener vida sexual activa pareciera estar relacionado con la prevalencia de síntomas depresivos de significancia clínica, lo que concuerda con la evidencia que indica que las mujeres casadas tienen más depresión; sin embargo, el estado civil en este estudio no se asoció con los síntomas, de la misma forma que ha ocurrido en otro estudio colombiano, donde se estudiaron mujeres adultas, sin que las puntuaciones de la escala para depresión guardasen relación con la edad, la escolaridad, el estado civil ni la ocupación.⁸⁸

Determinar si la menopausia causa o no depresión sigue siendo un gran reto. Este estudio, dada su naturaleza transversal, no permite establecer una asociación causal, pero orienta hacia si relación. La literatura actual no ha mostrado evidencia suficiente para afirmar o para negar si la menopausia produce, condiciona o precipita depresión; es más, la evidencia más reciente señala hacia que los síntomas tiene a desaparecer luego de terminada la fase inicial de la menopausia.^{23, 32, 89-91}

Sin embargo, en nuestro medio existe una gran cantidad de mujeres depresivas, muchas en menopausia, de las cuales, casi siempre, el principal motivo de consulta son los síntomas depresivos, más que los propiamente ginecológicos. Es por eso que es muy importante correlacionar los ámbitos social, cultural y epidemiológico con los niveles hormonales, para así establecer la relación que pudiese existir, paciente a paciente, entre menopausia y depresión.⁹²

En la práctica diaria encontramos un sinnúmero de quejas que pudieran clasificarse como síntomas depresivos; lo importante es estar preparados para reconocer a aquellas mujeres que necesitan tratamiento para un trastorno afectivo y no simplemente señalarlas como que tienen cambios fisiológicos normales, ya que lo que para el médico puede ser pasajero, para la mujer puede convertirse en toda una tragedia personal o familiar.

7. CONCLUSIONES

Encontramos que la depresión es frecuente entre las mujeres estudiadas, con una frecuencia de síntomas depresivos muy importante (32%); sin embargo, la una probable prevalencia de depresión mayor en el último mes (11.5%) es similar a la de la población general.

Si bien no se posible afirmar que la menopausia causa severos trastornos depresivos, si obliga a pensar que los cambios ocurridos durante esta fase alteran la calidad de vida de las mujeres y que, de alguna manera, quienes tenemos a cargo su cuidado no podemos dejarlos pasar desapercibidos.

Se encontró asociación negativa entre síntomas depresivos con la edad de la persona y tener una vida sexual activa, así una asociación positiva como con tener una pareja estable.

8. RECOMENDACIONES

Por lo general las decisiones que el médico toma en relación con un tratamiento están guiadas por el grado y el modo en que el profesional comprende el fenómeno que pretende intervenir.⁹³ Por tanto, cuando una mujer de mediana edad presenta síntomas de depresión, el médico debiera evaluar las fluctuaciones hormonales, que según se sabe ocurren en esta época, y que podrían ser la causa del cuadro clínico o uno de los factores que contribuyen en su génesis, sin dejarlo simplemente como el efecto de la casualidad. Los síntomas de la menopausia están relacionados con los factores biológicos, socioculturales e individuales, por lo que el anterior llamado de atención debiera servir para tener claro que la menopausia amerita intervención y que se deben adoptar estrategias integrales a nivel local y nacional de prevención y tratamiento de enfermedades en las mujeres.

Es necesario entonces, unificar criterios y establecer diferentes enfoques en el manejo preventivo y terapéutico de las múltiples patologías relacionadas con el envejecimiento para crear espacio y oportunidades para todos. En el caso específico de menopausia-depresión, es muy importante que todos los actores del sistema de salud que atienden mujeres menopáusicas se preparen para descubrir los problemas del afecto, que larvadamente pueden afectar a sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. García CRV, Maestre S. Climaterio y bienestar psicológico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003; 29:1-8.
2. Lugones-Botell M, Valdés Domínguez S, Pérez Piñero J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27:16-21.
3. Comelles J. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid, Eudema, 1 ed, 1993.
4. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull* 1999; 125:276-302.
5. Posada-Villa JA, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Medunab* 2004; 7: 65-72.
6. Wassertheil-Smoller S, Shumaker S, Ockene J, Talavera GA, Greenland P, Cochrane B, et al. Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI). *Arch Intern Med* 2004; 164:289-98.
7. Wojnar M, Drod W, Araszkiewicz A, Szymanski W, Nawacka-Pawkaczyk D, Urbaski R, et al. Assessment and prevalence of depression in women 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland: screening for depression among midlife gynecologic patients. *Arch Women Ment Health* 2003; 6:193-201.
8. Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Int Rev Psychiatr* 2003; 15:74-83.
9. Yahya S, Rehan N. Age, pattern and symptoms of menopause among rural women of Lahore. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2002; 14:9-12. [MedLine]
10. Maartens LW, Knottnerus JA, Pop VJ. Menopausal transition and increased depressive symptomatology: A community based prospective study. *Maturitas* 2002; 42:195-200.
11. Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL, Huang KE. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002; 41:269-74.
12. Concin H, Ulmer H, Hefler L. Mental well-being in 5000 women participating in the "Women-Plus" preventive medicine program. *Maturitas* 2002; 41:S9-S12.
13. Botell ML, Valdés S, Pérez J. Caracterización de la mujer en la etapa de climaterio (II). *Rev Cuban Obstet Ginecol* 2001; 37:22-7.
14. Sagsoz N, Oguzturk O, Bayram M, Kamaci M. Anxiety and depression before and after the menopause. *Rch Gynecol Obstet* 2001; 264:199-202.
15. Berg JA. The perimenopausal transition of Filipino American midlife women: biopsychosociocultural dimensions. *Nurs Res* 1999; 48:71-1.
16. Lagos X, Navarro N, Illanes E, Bustos L. Prevalencia de síntomas biológicos y psicológicos en mujeres perimenopáusicas, según estrato socioeconómico, en la ciudad de Temuco. *Rev Méd Chile* 1998; 126:1189-94.

17. Chow SN, Huang CC, lee YT. Demographic characteristics and medical aspects of menopausal women in Taiwan. *J Formosa Med Assoc* 1997; 96:806-11.[MedLine]
18. Zhao G, bao Y, Qu C. Occurrence of depression symptoms and their influence factors in perimenopausal women. *Zhoghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1996; 31:614-6. [MedLine]
19. Courzi RJ, Jelzlsouer KJ, Fetting JH. Prevalence of menopausal symptoms among women with a history of breast cancer and attitudes toward estrogen replacement therapy. *J Clin Oncol* 1995; 13:2737-44.
20. Huerta R, Mena A, Malacara JM, de León J. Symptoms at perimenopausal period: its association with attitudes toward sexuality, life-style, family function, and FSH levels. *Psychoneuroendocrinology* 1995; 20:135-48.
21. Von Mahlen DG, Kritz-Silvertein D, Barrett-Conor E. A community-based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 1995; 22:71-8.
22. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatr* 1994; 164:513-6.
23. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A loguitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women`s health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4:214-20.
24. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda GE, Cadena LP, Hernández NL. CES-D self- rating scale among Colombian general population. *Send to Psychiatry Res*
25. Gómez G, Onatra W, Sánchez F. Climaterio y menopausia. Bogotá, editorial catorce, 2003: 61-2.
26. Téllez S, Burgos C. Afrodita y esculapio. Una visión integral de la medicina de la mujer. Bogotá, Editorial Nuevo Milenio, 1999.
27. Carranza S. Atención integral del climaterio. Madrid, McGraw Hill – Interamericana, 1998.
28. Gambacciani M. Terapia de reemplazo hormonal y riesgo de cáncer de mama. *Rev Colomb Menopausia* 2003; 9:4-9.
29. United States Bureau of the Censum. Projections of the population of the United States: 1977 to 2005. *Curr Pop Rep Service* 2003; 704:25.
30. Téllez J, Gaviria SL. La enfermedad depresiva y los desórdenes gineco-obstétricos. *Controv Ginecol Obstet* 2003; 11:1177-97.
31. Erickson EH. La adultez. México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
32. Bloch A. Self awareness during the menopause. *Maturitas* 2002; 41:61-8.
33. Hormone replacement therapy and menopause. Berlin, Shering AgD, 4 ed, 2002.
34. Guitérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry* 2002; 2:3. In: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/2/3>.
35. Genezzani AR, Monteleone P, Gambacciani M. Hormonal influence on the central nervous system. *Maturitas* 2002; 43: S11-S17.
36. Bueger HG. Evidence for a negative feedback role of inhibinin follicle stimulating hormonal regulation in women. *Hum Reprod* 1993; 8:129-32.

37. De Lignieres B, Vicens M. Differential effects of exogenous estradiol and progesteron on mood in posmenopausal women: individual dose/effect-relationship. *Maturitas* 1982; 4:67-72.
38. Compton J, van Amelsvoort Y, Murphy D. Mood cognition and Alzheimer's disease. *Clin Obst Gynecol* 2002; 16:357-70.
39. Zarate A, Mc Gregor A. Menopausia y cerebro, aspectos psico-sexuales y neurohormonales de la mujer climatérica. México, Editorial Trillos, 1997.
40. Hendrick V, Altshuler L, Whybrow P. Psychoneuroendocrinology of mood disorders. The hypothalamic-pituitary-thyroid axis. *Clin Psychiatr North Am* 1998; 21:277-92.
41. Felician O, Sanson TA. The neurobiology and pharmacotherapy of Alzheimer's disease. *Clin Neuropsychiatry* 1999; 11:19-31.
42. Sagsoz N, Oguzturk O, Bayram M, Kamaci M. Anxiety and depression before and after the menopause. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 264:199-202.
43. Heuser I. Depression, endocrinologically a premature aging syndrome? *Maturitas* 2002; 41:S19-S23.
44. Kingsberg SA. Reproductive senescence and depression revisited (again) *Menopause* 2002; 9:389-91.
45. O'Briant G, Grewank S. Ligth comparison of the effect of estrogen with or without progesteron on mood and physical symtoms in posmenopause woman. *Woman Health Gender Based Med* 1999; 8:637-46.
46. Judd HL, Judd GE, Lucas WE, Yen SSC. Endocrine function of the posmenopausal ovary. Concentration of androgens and estrogens in ovarian and periphereal blood. *J Clin Endocrinol Metabolism* 1999; 199:1102-4.
47. Téllez J. Neurobiología de la depresión. *Rev Argent Psiquiatría Biológica* 1997; 6:13-25.
48. American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. Manual of mental disorders. Washington, APA, 4 ed, 1994.
49. Cohen LS. Managing depression in the elderly patient. *Prim Psychiatry* 1999; 69:90.
50. Tuunainen A, Langer RD, Klauber MR, Kripke DF. Short version og the CES-D (Burman screen) for depression in reference to the structured psychiatric interview. *Psychiatr Res* 2001; 103:261-70.
51. De Battista CH, Smith D, Shatzberg A. Modulation of monoamine neurotransmitters by oestrogen: clinical implications. In: Leibelukt E (ed). *Bench to bedside*. Washington, APA, 1999:63-6.
52. Cairney J, Wade TJ. The influence of age on gender differences in depression: further population-based evidence on the relationship between menopause and sex difference in depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:401-8.
53. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wrigth R, et al. The impact of reproductive events on the curse of bipolar disorders in women. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 284-7.
54. Tracey L, Leuner B. Estrogen mediated effects and depression and memory formation in females. *J Affectiv Disord* 2003; 74:85-96.
55. Women's Health Initiative (WHI). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy posmenopausal women. *JAMA* 2002; 288:321-33.

56. López-Jaramillo P, Díaz LA, Pardo A, Cortés J, Parra GA, Jaimes H, et al. Estrogen replacement therapy increases the plasma concentrations of nitric oxide metabolites but not affect flow mediated vasodilation in healthy postmenopausal women. *Fertil Steril* 2004 (In press).
57. Wise LA, Krieger N, Zierler S, Harlow BL. Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:851-60.
58. Shors TJ, Leuner B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. *J Affectiv Disord* 2003; 74:85-96.
59. Parry BL, Newton RP. Chronological basis of female specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25:S102-S108.
60. Kaplan NN, Sadock HG. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Lippicott, Williams and Wilkins, 7 ed, 2001.
61. Kornstein SG. The evaluation and management of depression in women across the life span. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:S11-S17.
62. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001; 63:603-8.
63. Soares CN, Cohems J. Association between premenstrual syndrome and depression. *J Clin Psychiatry* 1994; 60:783-6.
64. Depression, estrogen and perimenopause. *Harvard Mental Health Letter* 2001; 2:3-4.
65. Stewart DE, BoydeLL KM. Psychologic distress during menopause: association across the reproductive life cycle. *Psychiatr Med* 1993; 23:157-62.
66. Brikhauser M. Depression, menopause and estrogen: is there correlation? *Maturitas* 2002; 41: S3-S8.
67. Facchinetti F. Female depression and menopause. *Psychother Psychosom* 2001; 70:166-7.
68. Benazzi F. Female depression before and after menopause. *Psychother Psychosom* 2000; 69:280-3.
69. Harlow BL, Wise LA, Otto MW, Soares CN, Cohen LS. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: The Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:29-36.
70. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1:385-401.
71. Wong YL. Measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in a homeless population. *Psychol Assess* 2000; 12:69-76.
72. da Silveira DX, Jorge MR. Reliability and factor structure of the Brazilian version of the Centre Epidemiologic Studies-Depression. *Psychol Rep* 2002; 91:865-74.
73. Soler J, Pérez V, Puigdemont D, Pérez J, Figueres M, Alvarez J. Validación del CES-D en una población española de pacientes con trastornos del afecto. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997; 25:243-9.
74. Spijker J, van der Wurff FB, Poort EC, Smits CHM, Verhoeff AP, Beekman ATF. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19:538-44.

75. Clark CH, Mahoney JS, Clark DJ, Eriksen LR. Screening for depression in a hepatitis C population: The reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scales (CES-D). *J Adv Nurs* 2002; 40:361-9.
76. Verdier-Taillefer MH, Gourlet V, Fuhrer R, Alperovich A. Psychometric properties of the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale in multiple sclerosis. *Neuroepidemiology* 2001; 20:262-7.
77. Hann D, Winter K, Jacobser P. Measurement of depressive symptoms in cancer patients: evaluation of Center for Epidemiological Studies Depression Scales (CES-D). *J Psychosom Res* 1999; 46:437-43.
78. Orozco LC, Orozco MV. Validación de un instrumento para medir calidad de vida. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* 2004; 18:36.
79. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993.
80. Coughlin SS, Beauchamp TL (eds). *Ethics and epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1996.
81. Excel 2000 for Windows; Microsoft Corporation, New York, U. S. A.
82. STATA 8.0; Stata Corporation, College Stations, Texas, U. S. A.
83. Campo-Arias A, Díaz LA, Barros JA, Rueda GE. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. Enviado a *Colomb Med*.
84. Anderson D, Yoshizawa T, Gollschewski S, Atogami F, Courtney M. Menopause in Australian And Japan: effects of residence on menopausal status and menopausal symptoms. *Climateric* 2004; 72:165-74.
85. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2003. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>
86. Gobernación de Santander, Secretaría de Salud, Subdirección de Salud Pública. Situación de Salud en Santander. Indicadores Básicos 2000. Disponible en <http://www.b-manga.minproteccion.gov.co>
87. Pareja-Ángel J, Campo-Arias A. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con migraña. *Rev Neurol* 2004; 39: 711-4.
88. Morrison MF, Kallan MJ, Ten Have T, Katz I, Tweedy K, Battistini M. Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Bio Psychiatr* 2004; 55:406-12.
89. Mood improves after menopause, but transition is difficult. *Nealth News* 2004; 10:2.
90. Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE, Schocken M, Kravitz HM, Cordal A. Persistent mood symptoms in a multicentric community cohort of pre- and perimenopausal women. *Am J Epidemiol* 2003; 158:347-56.
91. Palinkas LA, Barrett-Connor E. Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1992; 80:30-6.
92. Morrison MF, Ten Have T, Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA. DHEA-S levels and depressive symptoms in a cohort of African American and Caucasian Women in the late reproductive years. *Biol Psychiatr* 2001; 50:705-11.
93. Woods NF, Mitchell ES. Patterns of depressed mood in midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Res Nurs Health* 1996; 19:111-23.



ANEXO 1

El Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Industrial de Santander está interesado en conocer como se encuentra el estado de ánimo de las mujeres de 45 a 55 años de edad. Le solicitamos que conteste las siguientes preguntas lo más sinceramente posible. Usted no tendrá que identificarse en ninguna manera. Con los resultados podremos ayudar a todas las mujeres que de alguna manera tengan síntomas depresivos; puede contestar las preguntas que considere, incluso se puede negar a participar.

1. Cuanto años cumplidos tiene Usted? ____

2. Estado civil: ____ Soltera ____ Casada ____ Viuda
____ Divorciada/separada ____ Religiosa
____ Unión libre

3. Fecha de la ultima regla: Mes ____ Año ____

4. ¿Le han extraído el útero? ____ Si ____ No

5. ¿Toma hormonas para aliviar los síntomas de la menopausia? ____ Si ____ No

6. Tiene vida sexual activa ____ SI ____ No

7. **A continuación, por favor conteste las siguientes veinte preguntas según lo que haya sentido**

en los últimos siete día

PREGUNTAS	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2. No sentí deseos de comer; tuve poco apetito				
3. No pude dejar de estar triste a pesar de la ayuda de amigos y familiares				
4. Sentí que era tan valioso(a) como cualquier otra persona				
5. Tuve dificultad para concentrarme en lo que hacía				
6. Me sentí deprimido(a)				
7. Sentí que cualquier cosa que hice fue con esfuerzo				
8. Me sentí esperanzado(a) en el futuro				
9. Pensé que mi vida ha sido un fracaso				
10. Me sentí nervioso				
11. No descansé bien al dormir				
12. Estuve feliz				
13. Hable menos de lo acostumbrado				
14. Me sentí solo(a)				
15. La gente no fue amigable				
16. Disfruté la vida				
17. Tuve crisis de llanto				
18. Me sentí triste				
19. Sentí que no le caigo bien a la gente				
20. Sentí que no podía seguir adelante				

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

