

Depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia

Drs. Daniela Helena Patruno¹ Zulaimy Manzo¹ Mireya González Blanco²

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia

Métodos: Se reclutaron 212 mujeres peri o posmenopáusicas del Servicio de Ginecología. Se les hizo una entrevista para recabar información sobre los factores socio-bio-demográficos, y presencia de síntomas depresivos. Se utilizó una ficha de identificación, la escala de Graffar-Méndez Castellano y el inventario de depresión de Beck. Los instrumentos fueron aplicados por los investigadores, entre agosto y septiembre de 2012.

Resultados: La frecuencia de depresión en las perimenopáusicas fue de 43,8 %, en las posmenopáusicas la frecuencia fue de 27,3 % (P=0,047). Entre las primeras, 65,6 % fueron catalogadas como depresión moderada. Los factores de riesgo para depresión en este grupo, fueron la historia de un evento negativo (P=0,025), el grado de educación (P=0,046) y los síntomas vasomotores (P=0,000). En las posmenopáusicas, hubo 47,4 % de depresión moderada, 42,1 % intermitente, 7,9 % grave y 2,6 % extrema. En este grupo, los factores de riesgo significativos fueron el estatus marital (P=0,001), la historia de un evento negativo (P=0,000) y la actividad sexual (P=0,001).

Conclusiones: La frecuencia de depresión es mayor en las mujeres perimenopáusicas que en las posmenopáusicas. La depresión en la mayoría de las perimenopáusicas es moderada. La historia de un evento negativo es un factor de riesgo para presentar depresión durante la perimenopausia y posmenopausia.

Palabras clave: Depresión, Perimenopausia, Posmenopausia.

SUMMARY

Objective: To evaluate depression in perimenopause and postmenopause women.

Methods: 212 perimenopausal or postmenopausal women, who came to the Gynecology Service, were recruited. Interviews were conducted in order to collect socio-demographic-biological factors, and depressive symptoms. For these purposes, three sources were used: an identification form, the Graffar-Méndez Castellano scale, and the Beck Depression Inventory. The investigators collected the data between August and September 2012.

Results: Perimenopausal women got a depression frequency of 43.8%. Among postmenopausal women, the depression frequency was 27.3 % (P=0.047). Among perimenopausal patients, there were 65.6% with moderate depression. Depression risk factors in this group were previous negative event (P=0.025), educational level (P=0.046), and vasomotor symptoms (P=0.000). In postmenopausal group, there were 47.4% with moderate depression, 42.1% rarely depressed, 7.9% with severe depression and 2.6% with extreme depression. In this group, depression risk factors were marital status (P=0.001), previous negative event (P=0.000), and sexual activity (P=0.001).

Conclusions: Depression frequency is higher in perimenopausal patients than in postmenopausal women. Majority of perimenopausal depressive patients have moderate depression. Previous negative event is a risk factor in both groups.

Keywords: Depression, Perimenopause, Postmenopause.

INTRODUCCIÓN

La menopausia corresponde a una etapa de la vida de la mujer cargada de diferentes connotaciones, generalmente de carácter involutivo. Esta etapa conlleva a un incremento en el riesgo de numerosas enfermedades, deterioro físico y cognitivo. Dentro de la esfera psicológica, los trastornos que se presentan

¹Médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, egresados del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela con sede en Maternidad "Concepción Palacios" ²Especialista en Obstetricia y Ginecología, Jefa del Servicio de Ginecología y Directora del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela con sede en Maternidad "Concepción Palacios".

con mayor frecuencia en este periodo son depresión, ansiedad y trastornos del sueño, la mayoría de ellos relacionados con factores sociales estresantes, como cambios en la estructura familiar, cambios en la dinámica de pareja, nuevas situaciones laborales y cambio de roles (1). De estos factores, es conocido que la depresión puede constituir una causa importante de discapacidad. Si además se considera el creciente número de mujeres que alcanza la menopausia, se hace evidente la necesidad de prevenir, diagnosticar y tratar las depresiones que se presentan alrededor de esta época de la vida (2). En este contexto, se han realizado diversos trabajos de investigación enfocados a estudiar la depresión en mujeres peri y posmenopáusicas, sus causas, factores influyentes, e impacto sobre ellas, así como alternativas de tratamiento (3, 4).

La menopausia es un estado fisiológico de la mujer, representado por el momento en el cual se genera el “cese permanente de la menstruación que ocurre debido a la pérdida de la función ovárica folicular”, lo que se corresponde con el fin de la vida reproductiva de toda mujer (5). Usualmente se presenta entre la quinta y sexta décadas de la vida, la mayoría la presenta entre los 47 y los 52 años con alrededor de 1 % antes de los 40 años, según se describe en la literatura internacional (1,6). En Venezuela, la edad promedio de aparición de la menopausia toma lugar a los 48,7 años con un rango previo y posterior calculado en 4,6 años para la menopausia espontánea, y de 43 años con un rango previo y posterior calculado en 3,2 años para la menopausia quirúrgica. Su diagnóstico, se establece clínicamente de manera retrospectiva doce meses posteriores a la última menstruación, o paraclínicamente con valores séricos de hormona folículo estimulante (FSH) superiores a las 20 mUI/L (5).

La transición menopáusica es un período variable que va de 2 a 8 años previos a la menopausia (edad media calculada entre 45,5 y 47,5 años) y duración media de 4 años, caracterizada clínicamente por irregularidad menstrual que termina con el último sangrado, y bioquímicamente se manifiesta por una caída de los niveles de inhibina-B y el consecuente aumento de la hormona folículo estimulante (FSH). La perimenopausia se refiere al período de la transición menopáusica y al año posterior a la última menstruación. La posmenopausia, es el período que sigue a la última menstruación. Se ha clasificado como temprana (los primeros 4 años) y tardía. Por último, la ventana terapéutica se define como

el lapso que se extiende desde la transición menopáusica hasta alrededor de los 59 años, y se considera el período en el cual existen condiciones de susceptibilidad para responder positivamente a la terapia estrogénica (5).

La menopausia, por representar el momento en el que toda mujer pasa de un estado reproductivo a uno no reproductivo, cursa con un conjunto de cambios adaptativos que suelen producirse antes, durante y después de su instalación definitiva. En este orden de ideas los síntomas menopáusicos se han clasificado en tres fases según su aparición, inicial, intermedia o tardía; y su apreciación ayuda a caracterizar la etapa en la que se encuentra la mujer. Los síntomas iniciales o tempranos incluyen irregularidades menstruales, síntomas vasomotores, cambios del humor y del sueño. Los síntomas intermedios son resequedad vaginal, dispareunia, disfunción sexual e incontinencia urinaria. Finalmente, los síntomas tardíos se resumen en enfermedades degenerativas como las cardiovasculares y la osteoporosis (7).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (DSM) (8), presenta una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. Según este manual, la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El individuo también debe experimentar al menos cuatro síntomas adicionales procedentes de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso, el sueño y la actividad psicomotora, la energía disminuye, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones, o pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, planes o intentos. Para contar un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de aparición reciente o debe haber empeorado en comparación con un episodio existente. Los síntomas deben persistir durante la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe ir acompañado de malestar clínicamente significativo o deterioro en importantes áreas sociales, ocupacionales o de otro tipo de funcionamiento. Para algunas personas con leves episodios, el funcionamiento puede parecer normal,

pero requiere un esfuerzo considerablemente mayor.

Los criterios para un trastorno depresivo mayor son: (8)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para experimentar placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un

ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Algunos trabajos han demostrado que existe una asociación entre la menopausia y la depresión; otros refutan dicha asociación, y describen únicamente "síntomas depresivos típicos". Además, las pacientes con antecedentes de depresión, en particular durante episodios relacionados con la reproducción, también parecen tener mayor riesgo de depresión durante la menopausia (3, 4, 9 -11).

Por otro lado, las mujeres menopáusicas parecen tener respuestas físicas y psicológicas muy variables de acuerdo al país de origen y a las condiciones socio-culturales del mismo. Algunas de esas condiciones incluyen la estructura familiar de la mujer, su relación con esposo e hijos, condición laboral, participación en actividades sociales, aspecto físico y expectativas sobre su futuro (1, 3, 12).

Atribuir la sintomatología anímica únicamente a la menopausia puede privar a muchas mujeres del cuidado adecuado que necesitan. Es necesario diferenciar los síntomas anímicos inespecíficos, que suelen verse durante la menopausia, de la enfermedad depresiva propiamente, así como identificar los factores sociales, demográficos, culturales y biológicos que aumentan el riesgo de presentar depresión en este período de la vida de las mujeres.

Desde la década de los 90, se ha incrementado el interés por el conocimiento y estudio de los factores socio-culturales, en las mujeres que se encuentran en el proceso de la menopausia. Novaes y col. (13) realizaron una revisión de la literatura en Estados Unidos, y reportaron una relación entre la perimenopausia y los síntomas depresivos. Además, encontraron que las mujeres con historia previa de depresión y/o experiencia de síntomas depresivos durante períodos de gran variabilidad hormonal (períodos premenstrual y el puerperio) parecen ser más vulnerables a la depresión en la perimenopausia.

Tres estudios prospectivos de cohorte, realizados durante los años 2006 y 2007, indican que la frecuencia de depresión es aproximadamente 30 % mayor en mujeres en transición menopáusica, comparada con

la de mujeres en estado premenopáusico (14-16). Timur y col. (1), en Turquía, determinaron que la prevalencia de síntomas de depresión entre las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas fue de 41,8 %. El análisis de regresión logística reveló que el desarrollo de síntomas de depresión fue 1,8 veces mayor en el período de perimenopausia y posmenopausia que en el período premenopáusico, 3,6 veces mayor entre aquellas con un historial de eventos que afectan la vida de una manera negativa que entre las que no, y 2 veces mayor entre aquellas con un índice de masa corporal de 25 kg/m² o mayor, que entre aquellas con un índice de masa corporal menor de 25 kg/m². También se ha encontrado mayor prevalencia de depresión en mujeres que experimentan alta frecuencia de síntomas vasomotores (4). Por el contrario, un estudio publicado por Maki y col. (2), basado en un simposio avalado por la Sociedad Norteamericana de Menopausia, en el que varios especialistas discutieron el impacto de la transición menopáusica sobre el humor y sobre los desórdenes cognitivos, señala que la mayoría de las mujeres no experimentan síntomas depresivos importantes durante la transición menopáusica.

En Latinoamérica se han publicado varios estudios al respecto. Heredia y col. (17) observaron que las manifestaciones psicológicas están presentes, y las mismas dependen de cómo la mujer acepte o no esta etapa de transición de la perimenopausia a la menopausia, las más frecuentes son la ansiedad y la depresión. Además, describen que aquellas que experimentan síntomas vasomotores e insomnio, parecen encontrarse especialmente en riesgo de presentar depresión durante este período. Por su parte, Vega y col. (18) encontraron que la depresión se veía influenciada por el entorno familiar, conyugal, y una predisposición negativa hacia la menopausia. Polisseni y col. (9), en el año 2009, en Brasil, determinaron una prevalencia de depresión del 36,8 %, sin diferencias entre las tres fases del climaterio (premenopausia, perimenopausia y posmenopausia) y concluyeron que la depresión es más frecuente en mujeres portadoras de ansiedad e insomnio, y que la actividad remunerada es un factor protector.

En Venezuela, Hernández y col. (19) encontraron que la perimenopausia es el momento de mayor incidencia de síntomas vasomotores y psicológicos, incluyendo la depresión. Finalmente, Stanbury y col. (20), en el Consenso Venezolano de Menopausia, presentan un apartado con respecto a los trastornos en la esfera psíquica, dentro del cual estudian la depresión. Refieren

que las mujeres en transición menopáusica tienen más riesgo de desarrollar depresión que aquellas posmenopáusicas. Así mismo, consideran como factores de riesgo la presencia de síntomas vasomotores, el estrés psicosocial, las actitudes negativas frente a la menopausia, la depresión previa, la depresión posparto, el síndrome premenstrual y el hábito tabáquico.

Se han diseñado varios instrumentos para diagnosticar depresión de manera sistemática en diferentes poblaciones. El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) es uno de ellos, desarrollado originalmente por Beck y col. (21), un psicólogo, en 1961. Actualmente, este inventario cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en poblaciones clínicas y no clínicas, así como su uso transcultural. Es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de múltiples respuestas, y se considera uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para diagnosticar depresión, porque contempla los criterios del DSM (22, 23). Este instrumento está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cognitivos como culpa o sentimientos de estar siendo castigada, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961 (21), la revisión de 1979 bajo el título de BDI-IA (22); y el BDI-II, publicado en 1996. (23). El BDI-IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III, que se miden mediante 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos. Estudios recientes del BDI-IA han arrojado una estructura factorial de dos dimensiones, en concordancia con el modelo original propuesto por Beck. El factor 1 se denomina cognitivo-afectivo y el factor 2, somático-vegetativo (22). La versión del BDI-IA se revisó y actualizó en 1996 para conformar el BDI-II, que evalúa las últimas dos semanas, e incluye los nueve síntomas depresivos del DSM-IV (23).

El objetivo del presente estudio fue evaluar la depresión en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, analítico, de corte transversal, que incluyó una muestra intencional no probabilística, de 212 pacientes en

perimenopausia o posmenopausia, según criterios establecidos en el Consenso Venezolano de Menopausia (5), que acudieron a la consulta del Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios. Se excluyeron mujeres con menopausia quirúrgica, pacientes con trastornos depresivos u otros trastornos psiquiátricos crónicos diagnosticados previamente y las usuarias de medicamentos antidepressivos. A todas las pacientes incluidas se les explicaron los objetivos de la investigación, así como los detalles sobre los tres instrumentos que se aplicarían y todas firmaron un formulario de consentimiento informado. A continuación, de manera individual y confidencial, se les realizó una entrevista, en la cual se utilizaron 3 instrumentos. El primero de ellos fue la ficha de identificación y factores socio-bio-demográficos, el segundo fue la escala de Graffar-Méndez Castellano (24), y el tercero el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (23), que consta de 21 preguntas de selección múltiple, este instrumento clasifica la depresión como intermitente cuando se obtiene una puntuación entre 17 y 20 puntos, moderada entre 21 y 30, grave entre 31 y 40 puntos y extrema cuando la puntuación obtenida es mayor a 40.

Todos los datos fueron descritos mediante frecuencias absolutas, porcentajes, media y moda, comparados mediante diferencia de proporciones y de aproximación a la curva normal. Se utilizó un software SPSS 18 para Windows.

RESULTADOS

De las 212 pacientes evaluadas, 73 fueron perimenopáusicas y 139 fueron posmenopáusicas. Hubo 70 pacientes con depresión para una frecuencia global de 33 %. Entre las perimenopáusicas la frecuencia de depresión fue del 43,8 % (32 pacientes), y entre las posmenopáusicas, del 27,3 % (38 pacientes) ($\chi^2 = 9,636$, $P = 0,047$).

En la tabla 1, se observa la distribución de pacientes de acuerdo a la severidad de la depresión. El 65,6 % (21 casos) de las pacientes perimenopáusicas deprimidas, fueron catalogadas como moderada, 25 % (8 casos) como intermitente y 9,4 % (3 casos) como grave. La distribución de las pacientes posmenopáusicas fue de 47,4 % (18 mujeres) moderada, 42,1 % (16 casos) intermitente, 7,9 % (3 casos) grave, y se encontró un caso en categoría extrema (2,6 %) ($P = 0,033$).

Tabla 1
Distribución de pacientes de acuerdo a la severidad de la depresión.

Depresión	Perimenopausia		Posmenopausia	
	N	%	N	%
Moderada	21	65,6	18	47,4
Intermitente	8	25	16	42,1
Grave	3	9,4	3	7,9
Extrema	0	0,0	1	2,6

$\chi^2 = 9,534$ ($P = 0,033$)

La tabla 2 muestra los factores socio-demográficos de riesgo para depresión en mujeres perimenopáusicas. No hubo relación estadísticamente significativa con el estatus marital, la ocupación ni el nivel socio-económico con respecto a la depresión. Entre las 22 perimenopáusicas que referían historia de un evento negativo en los últimos 5 años, 63,6 % (14 mujeres), presentaron algún grado de depresión; y 64,7 % de

Tabla 2
Factores socio-demográficos de riesgo para depresión en perimenopáusicas.

Variables	N	Deprimidas		No deprimidas		P
		N	%	N	%	
Estatus marital						0,232
Solteras	15	4	26,6	11	73,4	
Casadas	38	16	42,2	22	57,8	
Concubinas	10	6	60	4	40	
Divorciadas	9	6	66,6	3	33,4	
Viuda	1	0	0,0	1	100	
Historia de evento negativo en los últimos 5 años						0,025
Si	22	14	63,6	8	36,4	
No	51	18	35,3	33	64,7	
Nivel socioeconómico						0,737
I	26	13	50	13	50	
II	38	16	42,1	22	57,9	
III	9	3	33,3	6	66,7	
Grado de educación						0,046
Analfabeta	3	2	66,7	1	33,3	
Básica y/o Media	44	21	47,7	23	52,3	
Superior	26	9	34,6	17	65,4	
Ocupación						0,855
Empleada	51	22	43,1	29	56,9	

las 51 que no referían historia de evento negativo, no presentaron depresión. ($P = 0,025$). El 66,7 % de las pacientes analfabetas, presentó depresión, 52,3 % de las que cursaron básica o media y 65,3 % de las que cursaron educación superior, no estaban deprimidas. ($P = 0,046$)

Con respecto a los factores biológicos de riesgo en las perimenopáusicas, la presencia de síntomas vasomotores se asoció a una mayor frecuencia de depresión (61,4 %) ($P = 0,000$). No se encontró asociación entre la depresión y la presencia de enfermedad crónica, hábito tabáquico ni actividad sexual en este grupo de pacientes. (Tabla 3).

En la tabla 4, se presentan los factores socio-demográficos de riesgo para depresión en las pacientes posmenopáusicas. En este grupo, se encontró depresión en 63,6 % (35 pacientes) de las solteras y en 100 % de las viudas (una única paciente). No hubo depresión en 98,3 % de las casadas, 93,3 % de las concubinas ni en 100 % de las divorciadas ($P = 0,001$). De las 25 posmenopáusicas que refirieron historia de un evento negativo en los últimos 5 años, 76 % (19 casos) presentaron algún grado de depresión. Entre las 114 que no refirieron este antecedente, 83,3 % no estaban deprimidas ($P = 0,0000$). El nivel socioeconómico, el grado de educación y la ocupación no estuvieron asociados a la depresión en este grupo de pacientes.

Con respecto a los factores biológicos de riesgo en las posmenopáusicas, no se encontró relación entre la depresión, los síntomas vasomotores, el hábito tabáquico ni la enfermedad crónica en este grupo de pacientes. Entre las 41 posmenopáusicas que referían actividad sexual, 9 (21,9 %) estaban deprimidas y 32 (78,1 %) no lo estaban ($P = 0,001$). (Tabla 5).

Tabla 3
Factores biológicos de riesgo para depresión en perimenopáusicas.

Variables	N	Deprimidas		No deprimidas		P
		N	%	N	%	
Síntomas vasomotores	44	27	61,4	17	38,6	0,000
Enfermedad crónica	10	7	70	3	30	0,073
Hábito tabáquico	16	8	50	8	50	0,574
Actividad sexual	55	23	41,8	32	58,2	0,544

Tabla 4
Factores socio-demográficos de riesgo para depresión en posmenopáusicas.

Variables	N	Deprimidas		No deprimidas		P
		N	%	N	%	
Estatus marital						0,001
Solteras	55	35	63,6	20	36,4	
Casadas	60	1	1,7	59	98,3	
Concubinas	15	1	6,7	14	93,3	
Divorciadas	8	0	0,0	8	100	
Viuda	1	1	100	0	0,0	
Historia de evento negativo en los últimos 5 años						0,000
Si	25	19	76	6	24	
No	114	19	16,7	95	83,3	
Nivel socioeconómico						0,662
I	45	13	28,9	32	71,1	
II	69	20	29	49	71	
III	25	5	20	20	80	
Grado de educación						0,160
Analfabeta	13	6	46,2	7	53,8	
Básica y/o Media	89	25	28,1	64	71,9	
Universitaria	37	7	18,9	30	81,1	
Ocupación						0,132
Empleada	73	16	21,9	57	78,1	

Tabla 5
Factores biológicos de riesgo para depresión en posmenopáusicas.

Variables	N	Deprimidas		No deprimidas		P
		N	%	N	%	
Síntomas vasomotores	52	12	23,1	40	76,9	0,384
Enfermedad crónica	60	39	65	21	35	0,077
Hábito tabáquico	38	13	34,2	25	65,8	0,265
Actividad sexual	41	9	21,9	32	78,1	0,001

DISCUSIÓN

El incremento en la expectativa de vida de la mujer, trae como consecuencia que casi un tercio de la misma transcurra después de la menopausia. Este período se ha asociado a trastornos físicos y psicológicos de carácter involutivo, que suponen cambios importantes en la vida femenina. Dentro de la esfera psicológica, uno de los

trastornos más estudiados ha sido la depresión, porque constituye en muchos casos una causa de discapacidad. Debido al incremento de los síntomas depresivos durante este período, diversos autores han sugerido que las fluctuaciones en las cantidades de hormonas gonadales, podrían ser responsables de los cambios anímicos de la mujer (10, 14, 25). Bajo esta premisa, se han estudiado a las mujeres en perimenopausia y en posmenopausia, en la búsqueda de factores influyentes en el desarrollo de depresión de acuerdo a los cambios hormonales de cada grupo.

Se ha reportado la prevalencia de depresión en pacientes menopáusicas entre 30 % y 50 % (1, 3, 4, 13, 16). Timur y col. (1) en 2010, estudiaron a pacientes premenopáusicas, perimenopáusicas y posmenopáusicas; reportaron una frecuencia de depresión entre mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas de 41,8 %, la cual fue 2 veces mayor que en las pacientes premenopáusicas.

En este trabajo, se encontró una frecuencia de depresión de 33 %, más alta entre las pacientes perimenopáusicas (43,8 %) que entre las posmenopáusicas (27,3 %), coincidiendo con investigaciones previas (1, 3, 4, 16). Esta diferencia entre los dos grupos pudiera deberse a las fluctuaciones hormonales propias de la perimenopausia, que se presentan de novo y que suelen causar síntomas vasomotores, cambios en la actividad sexual, trastornos afectivos y actitudes negativas frente a la menopausia, descritos por Stanbury y col. (20) como factores de riesgo para desarrollar depresión en este período. A diferencia de las posmenopáusicas, en quienes los cambios hormonales ya están establecidos, y las pacientes tienden a presentar menos factores de riesgo para trastornos depresivos (14, 15, 20).

Con respecto a la severidad de la depresión, llama la atención que en el grupo de perimenopáusicas, predominó el grado moderado (65,5 %), mientras que en el grupo de posmenopáusicas la distribución según la gravedad fue más heterogénea: 47,4 % en moderada, 42,1 % en intermitente, 7,9 % en grave y 2,6 % en extrema. A pesar de haber una frecuencia de depresión mayor en las perimenopáusicas que en las posmenopáusicas, la gravedad de la enfermedad se encontró mayor en el último grupo, reportándose inclusive un caso de depresión extrema. Esta distribución pudiera atribuirse a que en las pacientes posmenopáusicas hay mayor frecuencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que llegan a ser discapacitantes y suele

observarse una menor frecuencia de actividad sexual, lo que pudiera constituirse en un factor de riesgo importante para depresión en este grupo.

Es conocido que las mujeres en esta etapa de la vida, acuden a la consulta ginecológica en busca de respuestas y soluciones a múltiples interrogantes y dolencias de diversa índole. El papel del ginecólogo, por ende, debe adecuarse para cubrir la totalidad de estas necesidades, enfocándose en la detección temprana de ciertos factores de riesgo que pudieran presentar estas pacientes, y que posteriormente pudieran influir en el desarrollo de cuadros depresivos.

Entre los factores de riesgo que se estudiaron, se encontró que la historia de un evento negativo en los últimos 5 años, fue un factor determinante que aumentó los casos de depresión. Entre las pacientes que refirieron este antecedente, 63,6 % de las perimenopáusicas y 76 % de las posmenopáusicas estaban deprimidas. Estos resultados coinciden con otros estudios que han reportado una relación importante entre la depresión y eventos negativos en la vida, como la pérdida del esposo, de los hijos, o dejar el hogar (15, 16).

Otro de los factores que se asoció con incremento de depresión fue el estatus marital en las mujeres posmenopáusicas. Entre las solteras, 63,6 % estaban deprimidas, mientras que entre las casadas, el porcentaje de deprimidas fue de 1,7 % ($P = 0,001$), es decir, 98,7 % no estaban deprimidas y este porcentaje es similar entre las pacientes que reportaron vivir en concubinato. Es conocido que en la sociedad venezolana, el matrimonio y la vida en pareja juegan un rol importante en relación con las disfunciones físicas y psicológicas que se presentan en esta etapa de la vida (26). El hecho de que la depresión sea más frecuente en mujeres posmenopáusicas solteras, apoya lo descrito en la literatura.

El grado de educación fue un factor de riesgo significativo en las pacientes perimenopáusicas. Las analfabetas, presentaron mayor frecuencia de depresión que aquellas con mayor nivel de educación ($P = 0,046$), coincidiendo con Timur y col. (1). Este resultado posiblemente se deba a que el nivel de educación está relacionado con actividades laborales diarias, entorno social, capacidad de compartir experiencias, de conocer y entender las situaciones por las que se atraviesa, etc.

Con respecto a los factores biológicos, se encontró

que entre las pacientes perimenopáusicas, la mayoría de las que presentaron síntomas vasomotores, estaban deprimidas. Se debe considerar, que este grupo de pacientes está sometido a cambios hormonales de inicio reciente, que a su vez producen cambios en el estilo de vida. Esta situación toma un tiempo para ser controlada por la mujer, y este hecho explica que se depriman con más frecuencia en la perimenopausia que en la posmenopausia (4).

En las posmenopáusicas, fue importante el factor de la actividad sexual. La mayoría de las que refería vida sexual activa, no estaban deprimidas. Estos resultados coinciden con otros autores (10, 12), y apoyan la premisa de que la vida en pareja es un factor protector de depresión en esta etapa de la vida. Sin embargo, se han descrito varias situaciones que afectan la vida sexual de estas mujeres. Stanbury y col. (20) reportaron que el interés por la sexualidad y la capacidad de respuesta de la mujer menopáusica se ve afectada por dificultades provenientes de la duración y calidad de la relación de pareja, disfunciones sexuales o enfermedades crónicas en el compañero, así como la ausencia de la pareja. Con base en esta premisa, se hace necesario que el ginecólogo evalúe la historia sexual de las pacientes, con el fin de identificar, prevenir o corregir los factores que puedan condicionar un cambio negativo en su vida sexual, y por ende, un cuadro depresivo posterior.

Después de analizar los resultados de la investigación se puede concluir que la frecuencia de depresión es elevada (33 %), mayor en las mujeres perimenopáusicas que en las posmenopáusicas pero es más severa en este último grupo, los factores de riesgo para depresión en la perimenopausia son el grado de educación y los síntomas vasomotores y en la posmenopausia son el estatus marital y la actividad sexual. La historia de un evento negativo es un factor de riesgo para presentar depresión durante la perimenopausia y la posmenopausia.

Las autoras expresan su agradecimiento al Lic. Douglas Angulo, por su colaboración en el análisis estadístico de los datos obtenidos en el trabajo.

REFERENCIAS

1. Timur S, Hotun N. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause* 2010; 17 (3): 545 -551.

2. Maki P, Freeman E, Greendale G, Henderson V, Newhouse P, Schmidt P, y col. Summary of the National Institute on Aging Y sponsored conference on depressive symptoms and cognitive complaints in the menopausal transition. *Menopause* 2010; 17 (4): 815-822.
3. Veras A, Rassi A, Martins A, Nardi A. Prevalence of depressive and anxiety disorders in a Brazilian outpatient sample of menopausal women. Student Graduation Program (UFRJ) 2006.
4. Dørmænen A, Rye M, Arfwedson C, Grimsgaard A. Depression in postmenopause: a study on a subsample of the Acupuncture on Hot Flushes Among Menopausal Women (ACUFLASH) study. *Menopause* 2011; 18 (5): 525 - 530.
5. Fernández M, Molina R, Muñoz L, Lilue M. Atención a la Mujer, en Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. P.11 - 22.
6. Speroff L, Fritz M. *Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility*, 7th Edition. USA. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
7. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F. *Williams Ginecología*. McGrawHill Companies 2008. P. 468 - 510
8. López I, Valdés M, DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Masson ISBN 2002; 3: 978 - 1087.
9. Polisseni A, Polisseni F, Fernandes L, Aredes M, Guerra M. Depressão em mulheres climatéricas: fatores associados. *HU Revista, Juiz de Fora* 2009; 35 (3): 183 - 189.
10. Akdeniz F, Gönül A. The relationship between reproductive processes in women and depression. *Klinik Psikiyatri* 2004; 2: 70 - 74.
11. Tot S. Psychiatric aspects of menopause. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 114 - 119.
12. Pérez J, Garcia F, Palacios S. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009; 62: 30 - 36.
13. Novaes C, Almeida O. Depression During the Perimenopause. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (3): 306 - 306.
14. Freeman E, Sammel M, Lin H, Nelson D. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 375 - 382.
15. Cohen L, Soares C, Vitonis A, Otto M, Harlow B. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 385 - 390.
16. Bromberger J, Matthews K, Schott L. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect*

- Disord 2007; 103 :267 - 272.
17. Heredia B, Lugones M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2007; 33 (3): 1 - 8.
 18. Vega G, Hernández A, Leo G, Vega J, Escartin M, Luengas J, y col. Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72 (5): 314 - 320.
 19. Hernández G, Romero, N. Caracterización del climaterio y menopausia en la mujer venezolana. Hospital Materno "Comandante Manuel Piti Fajardo" 2006. Citado en febrero 2013. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol17_1_11/hab09111.pdf
 20. Stanbury G, Segnini I, Pérez L. Sistema Nervioso Central, Sexualidad, y Calidad de Vida, en Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. *Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008*. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. P.53 - 60.
 21. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. 1961. Citado en julio 2012. Disponible en <http://archpsyc.jamanetwork.com>
 22. Beltrán M, Freyre M. El inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia psicológica* 2012; 30 (2): 5 - 13.
 23. Ruiz, T. Estandarización de la escala de Beck para medir trastornos depresivos en mujeres menopáusicas de la población mexicana que acude al Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2001; 13: 9 - 13.
 24. Méndez-Castellanos H, Méndez M. *Sociedad y Estratificación: método Graffar-Mendez Castellano*. Caracas: Fundacredesa; 1994.
 25. Flores M, Ontiveros M. Hormonas gonadales y depresión en la perimenopausia. *Rev Colomb. Psiquiat*; 2008; 37 (2): 236 - 244.
 26. Bayraktar R, Ucanok Z. A review of the attitudes toward menopause and cross-cultural studies. *Ail eve Toplum Dergisi* 2002; 5: 5 - 12.

Viene de pág. 168

Reporte citológico Bethesda 2014 (continuación)

El segundo aspecto se refiere a la respuesta que da el consenso a la solicitud de establecer un término diagnóstico específico para aquellos casos límites entre lesiones de bajo grado (LIEbg) y lesiones de alto grado (LIEag). La propuesta era incorporar un término como "LIEbg que no excluye LIEag" o "LIEbg-H". Esta sugerencia no fue aprobada y la decisión fue limitar los términos a los originales LIEbg y LIEag. Agregar nuevos términos elimina los beneficios de la nomenclatura de dos niveles del Sistema Bethesda, además, la pobre reproducibilidad y el sobre uso de nueva terminología indeterminada traería confusión entre los clínicos y, posiblemente, manejo inadecuado de la patología.

REFERENCIAS

- Nayar R, Wilbur D. The Pap test and Bethesda 2014. *Cancer Cytopathology*. 2015; 123(5): 271-281
 Resumido por Mireya González Blanco. American Cancer Society. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncy.21521/full>

Sistema Bethesda 2014 para el reporte citológico

1. TIPO DE MUESTRA
 - 1.1. Indique si se trata de citología convencional, preparación en base líquida u otros.
2. CALIDAD DE LA MUESTRA
 - 2.1. Satisfactoria para evaluación (describir presencia o ausencia de componentes endocervicales o de la zona de transformación y cualquier otro indicador de calidad, por ejemplo, parcialmente oscurecida por sangre, inflamación, etc.)
 - 2.2. Insatisfactoria para evaluación (especificar la razón)
 - 2.3. Muestra rechazada/no procesada (especificar la razón)
 - 2.4. Muestra procesada y examinada pero insatisfactoria para evaluación de anomalías epiteliales (especificar la razón)

Continúa en pag. 187.