

Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas docentes de primaria y bachillerato*

Isabel Eugenia Jáuregui-Durán, MD**

Luis Alfonso Díaz-Martínez, MD MSc[†]

Resumen

Antecedentes: La depresión es la principal causa de años saludables de vida perdidos en todo el mundo; los cambios hormonales de 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 el Área Metropolitana de Bucaramanga. **Metodología:** Encuesta transversal con el cuestionario CES-D y análisis multivariado para ajustar confusión frente a la presencia de síntomas depresivos de importancia clínica (SDIC). **Resultados:** Participaron 581 mujeres (promedio de edad 50.3 años), 19.2% con terapia de reemplazo hormonal (TRH). 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. 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 SDIC fueron edad (RP 0.948, IC 95% 0.912-0.986), tener vida sexual activa (RP 0.492, IC 95% 0.384-0.632), 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 y SDIC entre profesoras entre 45 y 55 años es similar a la de la población general, siendo los factores de riesgos los mismos informados en la literatura. [Jáuregui-Durán IE, Díaz-Martínez LA. Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas docentes de primaria y bachillerato. *MedUNAB* 2005; 8:65-70].

Palabras clave: Menopausia, depresión, CES-D.

Summary

Prevalence of depressive symptoms among perimenopausal female teachers for both Primary and High School levels.

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

Aim: To establish depressive symptoms prevalence among female teachers aged 45 to 55 living at the Metropolitan Area of the City of Bucaramanga. **Method:** 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), 19.2% took hormonal therapy (HT); 50.2% (95%CI 45.3-55.2) were at their menopause. CES-D score oscillated between 0 and 39 points (average 13.6), being superior among women with more time of amenorrhea, but not according to age, marital status, HT or 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%CI 1.057, IC 95% 1.035-1.080), being divorced (PR 0.604, 95%CI 0.371-0.983), being single (PR 0.590, 95%CI 0.381-0.914) and living out of wedlock. (PR 1.707, 95%CI 1.352-2.155). **Conclusions:** The depression prevalence among perimenopausal female teachers is similar to the general population, being their risk factors similar to ones already informed in the medical literature.

Key words: Menopause, depression, CES-D.

* Nota del Comité Editorial: El Dr. Díaz es el editor de MedUNAB, razón por la cual el proceso de este artículo fue realizado por el Comité de manera independiente. El artículo fue evaluado por los miembros del Comité y los revisores sin que conocieran el nombre de los autores y se nombró un editor ad hoc, garantizando así la independencia del proceso.

** Director, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Santa Teresa, Bucaramanga, Colombia.

[†] Profesor Asociado, Grupo de Neuropsiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr. Díaz, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 # 19-55, Bucaramanga, Colombia. E-mail: ldiaz6@unab.edu.co

Artículo recibido: 17 de abril de 2005; aceptado: 30 de junio de 2005.

Introducción

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 trae como consecuencia que casi un tercio de la vida femenina transcurriría después de la menopausia.¹ De una manera general, se define al climaterio 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.²

Una de las principales problemáticas en ese sentido es la depresión, la cual llega a afectar a más del 20% de todas las mujeres en esa edad.³ Sin embargo, no conocemos cuál es la prevalencia de esta patología entre las mujeres que llegan a la consulta médica, como cimiento que permitiría sensibilizar a los profesionales que hacen esta consulta indagar sobre la problemática de los trastornos del afecto entre las mujeres que acuden a ellos, facilitando manejos interdisciplinarios. Es más, en 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.

A pesar de existir un volumen importante de trabajos en los que se explora la prevalencia de depresión en mujeres perimenopáusicas (tabla 1), es difícil comparar los hallazgos dado que los instrumentos utilizados para establecer la presencia de depresión son muy diversos, desde la simple pregunta “¿se siente Ud. deprimida?”, hasta entrevista clínica estructurada por psiquiatra, lo cual explica la gran variabilidad de los resultados.⁴⁻¹⁵

Una de las estrategias para abordar este problema es la de realizar una encuesta de tamizaje en la sala de espera.¹⁶ siendo el Cuestionario para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) el más utilizado. Esta escala ha sido utilizada ampliamente, con varios estudios de validación en diferentes poblaciones y entre pacientes con distintas patologías, teniendo una adecuada sensibilidad (95 a 100%), especificidad (88 a 91%) y consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.85 y 0.93).¹⁷⁻²¹

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, datos de fácil recolección, de tal manera que sea posible estar alerta ante estas personas de mayor riesgo.

Ante lo anterior, se decidió realizar un estudio transversal de prevalencia de síntomas depresivos de importancia clínica (SDIC) adicionando un componente analítico al comparar la población que los presenta frente a aquella que

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

Sitio (año)	Tipo de estudio	Método de evaluación	Mujeres evaluadas	Prevalencia
E.U. (2003) ⁴	Trasversal como línea de base de cohorte WHI	CES-D	29,705 (50-59 años)	18.1%
			41,197 (60-69 años)	14.8%
			22,774 (70-79 años)	14.5%
Polonia (2003) ⁵	Trasversal en consulta ginecológica	Entrevista clínica	2,262 (45-55 años)	19.0%
Inglaterra, Escocia y Gales (2003) ⁶	Trasversal poblacional	Entrevista clínica	736 (55-64 años)	6.3%
Holanda (2002) ⁷	Trasversal poblacional	Escala de depresión de Edimburgo	475 en premenopausia	9.0%
			982 en perimenopausia	10.8%
			646 en postmenopausia	5.9%
Taiwán (2002) ⁸	Trasversal poblacional	“Sentirse deprimida”	161 en menopausia	20.0%
Austria (2002) ⁹	Trasversal en consulta de medicina preventiva	Cuatro preguntas diseñadas <i>expofeso</i>	5,247 (40-74 años)	17.0%
Turquía (2001) ¹⁰	Serie de casos de consulta especializada	Inventario de Depresión de Beck	32 (40-55 años) con menopausia	56.3%
			32 (40-55 años) en premenopausia	6.3%
Filipinas (1999) ¹¹	Trasversal poblacional	CES-D	165 (35-56 años)	24.8%
Chile (1998) ¹²	Trasversal poblacional	CES-D	171 (45-55 años)	39.0%
E.U. (1995) ¹³	Serie de casos	“Sentirse deprimida”	320 (40-65 años) con historia de cáncer mama	44.0%
México (1995) ¹⁴	Trasversal poblacional	Escala de Hamilton	222 (36-61 años)	40.8%
E.U. (1995) ¹⁵	Trasversal poblacional	“Sentirse deprimida”	589 (50-89 años)	20.0%

no los tiene. Para ello se abordó una población de mujeres educadas, todas laboralmente activas como profesoras de primaria y bachillerato.

Materiales y métodos

Tipo de estudio. Se realizó un estudio trasversal por medio de una encuesta anónima. El trabajo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la empresa prestadora de servicios de salud a la que están afiliadas las encuestadas; igualmente se obtuvo permiso de las directivas de cada una de las instituciones educativas donde laboran las profesoras, así como de las docentes.

El universo de este estudio fueron las mujeres de 45 a 55 años derechohabientes a una empresa prestadora de servicios de salud que aglutina a profesores empleados por el Estado y que viven en el Departamento de Santander, al noreste de Colombia. Estas mujeres son docentes de primaria y bachillerato en servicio activo; no se incluyeron mujeres beneficiarias del servicio ni a aquellas que no laborasen por jubilación anticipada o incapacidad médica de más de 15 días.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de las 1.747 afiliadas residentes en el Área Metropolitana de Bucaramanga (capital del Departamento de Santander), una prevalencia esperada de depresión de $10\% \pm 2.5\%$ y un nivel de confianza del 99%, lo que arrojó 618 mujeres a encuestar. Se escogieron para hacer la encuesta a todas las 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 o no ser parte de la población objetivo.

Variabes. La variable de salida fue la presencia de síntomas depresivos de importancia clínica según el cuestionario CES-D. Este cuestionario autodiligenciable 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, que puntúa cada una de 0 a 3 las cuatro opciones de nunca, a veces, muchas veces o siempre, dando como resultado final desde 0 hasta 60 puntos; 17 o más puntos indica que una persona tiene SDIC. En Bucaramanga, el grupo de Neuropsiquiatría de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) hizo una validación del CES-D como herramienta de tamizaje para trastorno depresivo mayor (TDM) entre 245 adultos entre 18 y 65 años, seleccionados al azar en un proceso de muestreo poblacional, encontrando que su sensibilidad es 97.7%, especificidad de 66.5%, valor predictivo positivo de 36.8% y negativo de 99.3%.²²

Dado que la población es de profesionales de características socioeconómicas y académicas similares, solo se tuvieron en cuenta seis variables que pueden estar relacionadas con el fenómeno menopausia-depresión, dos sociodemográficas (edad y estado civil) y cuatro de la historia sexual y la clínica de menopausia (tiempo de amenorrea, historia de histerectomía, uso de terapia de reemplazo hormonal -TRH- y vida sexual activa).

Análisis estadístico. El análisis descriptivo se hizo por medio de proporciones para las variables nominales y ordinales, incluyendo su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), y 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 múltiple para ajustar por las demás covariables.

Posteriormente se estimó la prevalencia de SDIC según las categorías de las variables explicatorias, ajustando los datos obtenidos en la encuesta por los valores predictivos informados por Campo-Arias y sus colegas para estimar la prevalencia de TDM.²²

Para establecer la significancia estadística de la asociación entre los síntomas de importancia clínica con las covariables estudiadas, se utilizó la prueba de chi cuadrado de Mantel y Haenzel o t de student según fuera el caso. 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, proceso que se realizó en SPSS 11.0 (Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Se realizaron 609 encuestas, de las cuales se descartaron 28 (4.6%), 17 por corresponder a mujeres con edad por fuera del rango de estudio y 11 que no la contestaron completamente el CES-D, quedando 581 mujeres para el análisis.

La edad osciló entre 45 y 55 años, con promedio en 50.30 (DE 3.25) años. Más del 60% eran casadas (figura 1). 153 (26.3%) mujeres habían tenido histerectomía por diferentes razones; 108 (16.6%) recibían TRH; 376 (64.7%) tenían vida sexual activa. 207 tenían amenorrea por más de 12 meses, correspondiendo entonces a una prevalencia de menopausia de 35.6% (IC 95% 31.7-39.7).

El puntaje de la encuesta CES-D osciló entre 0 y 39 puntos, con promedio de 13.6 (DE 8.4) puntos; 26% de las mujeres se ubicaron entre 0 y 7 puntos, mientras que el 24% superior lo hizo entre 20 y 39 puntos. Este puntaje no

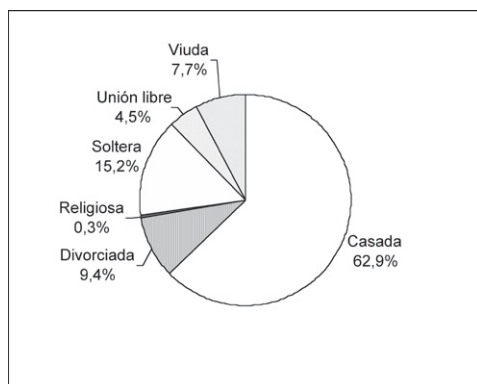


Figura 1. Estado civil de las 581 mujeres encuestadas

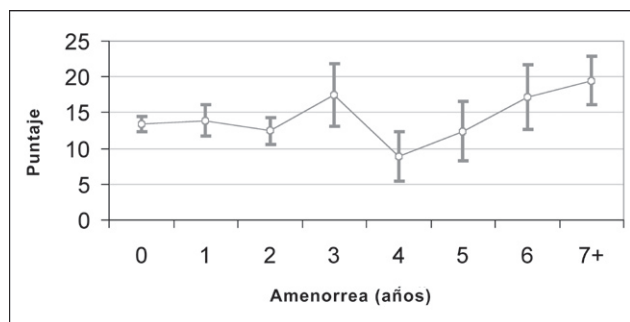


Figura 2. Puntaje de la encuesta CES-D según el tiempo de amenorrea. Las líneas unen el valor promedio del puntaje de CES-D, mientras que las barras corresponden a los intervalos de confianza.

es estadísticamente diferente entre las mujeres de cada grupo de edad, de estado civil, si usan o no TRH, o si han sido sometidas a histerectomía; sin embargo, 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 ($p = 0.087$), al igual que el tiempo de amenorrea (figura 2, $p = 0.001$).

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 $\beta = 0.67$, IC 95% de 0.29 a 1.06), mientras que la edad lo es en forma negativa (coeficiente $\beta = -0.63$, IC 95% 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.

188 de las 581 encuestadas tuvieron un puntaje igual o superior a 17, correspondientes a SDIC, 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).

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

Característica	Depresión		Prevalencia	p
	Si	No		
Edad (años)				
45	22	36	37,93	0.770
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				
Casada	120	241	33.2	0.882
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				
Si	49	104	32.0	0.958
No	139	286	32.7	
Reemplazo hormonal				
Si	27	81	25.0	0.070
No	155	300	34.1	
Vida sexual activa				
Si	114	262	30.3	0.101
No	72	122	37.1	
Amenorrea (años)				
0	65	140	31.7	0.214
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

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

Discusión

En este estudio de prevalencia, donde se encuestaron profesoras de los principales centros de primaria y bachillerato 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 TDM del 11.5%

Comparar estos hallazgos con los de otros lugares del mundo es difícil, ya que las poblaciones estudiadas varían 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 limitante de este estudio: la encuesta se realizó entre mujeres entre 45 y 55 años con un nivel cultural alto, 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.²³

De todas maneras, los hallazgos de este trabajo por sí 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 cinco millones de mujeres, y para Santander 250.000 mujeres.²⁴ 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, lo que para el país es un reto en términos de hacer eficientes las políticas de atención de las mujeres en menopausia, así como de los programas de promoción y prevención que garanticen un adulto mayor sano.

Si bien no se encontraron mayores diferencias por edad o por antecedente de histerectomía en cuanto a la prevalencia de SDIC, sí se halló una evidencia importante sobre la mayor prevalencia de los síntomas en las mujeres que tienen más tiempo en amenorrea. Estos hallazgos traen a la mente la posibilidad de utilizar algún tipo de 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 de reemplazo hormonal pudiera mejorar los síntomas depresivos leves, mas no los cuadros graves, sin que se haya demostrado su utilidad a largo plazo a más que los afectos adversos son serios.²⁵

Por otro lado, el no tener vida sexual activa pareciera estar relacionado con la prevalencia de SDIC, lo que contrasta

con que las mujeres casadas y en unión libre tienen un mayor puntaje en el CES-D comparado con las mujeres solteras, viudas o divorciadas; en otro estudio colombiano, donde se estudiaron mujeres adultas, no se encontró que las puntuaciones de la escala para depresión guardasen relación con la edad, la escolaridad, el estado civil o la ocupación.²⁶

Determinar si la menopausia causa o no depresión sigue siendo un gran reto. Este estudio, dada su naturaleza trasversal, no permite establecer una asociación causal, pero orienta hacia su factores asociados. 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 tienden a desaparecer luego de terminada la fase inicial de la menopausia.^{16, 27, 28}

Sin embargo, es posible que una gran cantidad de mujeres con síntomas depresivos, muchas en menopausia, de las cuales, casi siempre, el principal motivo de consulta son los síntomas depresivos, más que los propiamente médicos; 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.²⁹ En la práctica clínica diaria podemos encontrar 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.

La menopausia pertenece a los llamados “síndromes delimitados culturalmente”, ya que la mayoría de los trastornos observados aparecen en contextos culturales específicos.³⁰ 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 percibidos de una determinada manera. 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.¹⁴

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.¹³ 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.

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.

Referencias

- García CRV, Maestre S. Climaterio y bienestar psicológico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003; 29:1-8.
- Lugones-Botell M, Valdés S, Pérez J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27:16-21.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581-90.
- 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.
- Wojnar M, Drod W, Araszkiwicz 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 Mental Health* 2003; 6:193-201.
- 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.
- Maartens LW, Knottnerus JA, Pop VJ. Menopausal transition and increased depressive symptomatology: A community based prospective study. *Maturitas* 2002; 42:195-200.
- Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL, Huang KE. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002; 41:269-74.
- 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.
- Sagsoz N, Oguzturk O, Bayram M, Kamaci M. Anxiety and depression before and after the menopause. *Rch Gynecol Obstet* 2001; 264:199-202.
- Berg JA. The perimenopausal transition of Filipino American midlife women: biopsychosociocultural dimensions. *Nurs Res* 1999; 48:71-1.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4:214-20.
- Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1:385-401.
- Wong YL. Measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in a homeless population. *Psychol Assess* 2000; 12:69-76.
- 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.
- 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.
- 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.
- Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Cadena LP, Hernández NL. Validez concurrente y consistencia interna de la escala CES-D en población general de Bucaramanga, Colombia. IV Encuentro de Medición y IV Encuentro de Investigadores en Ciencias del Comportamiento, Bogotá, Septiembre de 2005.
- 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.
- 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>
- Women's Health Initiative (WHI). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288:321-33.
- 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. *Biol Psychiatr* 2004; 55:406-12.
- 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.
- Palinkas LA, Barrett-Connor E. Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1992; 80:30-6.
- 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.
- Comelles J. *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid, Eudema, 1 ed, 1993.