

Artículos de Investigación

Riesgo para el desarrollo de Trastorno Depresivo Mayor al existir alteraciones en la sintomatología menopaúsica en mujeres de Guadalajara, Jalisco.

Adrián Enrique Hernández-Muñoz¹, Ana Méndez-Magaña^{2,3}, Melva Guadalupe Herrera-Godina², Ana Lilia Fletes-Rayas⁴, Carlos Enrique Cabrera-Pivara², Beatriz Adriana Vázquez-Pérez⁵.

¹Doctorado en Ciencias de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

²Departamento en Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

³Unidad de Medicina Familiar No. 53, Delegación Jalisco, Instituto Mexicano del Seguro Social. Zapopan, Jalisco.

⁴Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

⁵Región Sanitaria No. XIII Centro-Guadalajara. Secretaría de Salud del Estado de Jalisco. Guadalajara, México.

Correspondencia:

Adrián Enrique Hernández-Muñoz.

Correo electrónico: eidriandm@gmail.com

Teléfono: (442)-129-7850.

RESUMEN

Antecedentes: El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) puede presentarse durante el inicio de la menopausia, variando su prevalencia de acuerdo a diferentes factores de riesgo clínicos y sociodemográficos; presentándose una mayor asociación al existir alteraciones en la sintomatología menopaúsica. Ante esto, se buscará determinar el riesgo para desarrollar TDM al presentar alteraciones en la sintomatología menopaúsica.

Metodología: Es un diseño transversal analítico que incluyó a 252 mujeres iniciando su menopausia (48±1.7 años), atendidas en centros de salud de Guadalajara, Jalisco. Las variables analizadas fueron antecedentes sociodemográficos, utilizando el Inventario de Depresión de Beck para identificar el TDM y la Escala de Valoración de la Menopausia para determinar alteraciones en los principales dominios sintomatológicos de la menopausia. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación por medio de *Odds Ratio* (OR), aplicando finalmente una regresión logística.

Resultados: La prevalencia de TDM fue de 40.5%, teniendo asociación con el antecedente de uso de anticonceptivos y con el agravamiento en la sintomatología menopaúsica. El análisis ajustado determinó que hay más riesgo de presentar TDM cuando existen alteraciones en los dominios sintomatológicos, tales como en el somático (OR 3.96, IC95% 1.58-9.95), el urogenital (OR 4.29, IC95% 2.13-8.65) y el psicológico (OR 13.55, IC95% 3.97-46.30).

Conclusión: La presencia de alteraciones en la sintomatología menopaúsica se encuentra asociado con un mayor riesgo de presentar TDM, sobre todo si el dominio psicológico está afectado, por lo cual es necesario que el personal de salud identifique estas alteraciones y brinde un manejo temprano en esta etapa de la vida.

PALABRAS CLAVE: menopausia; depresión; trastorno depresivo mayor; factores de riesgo

ABSTRACT

Background: Major Depressive Disorder (MDD) can occur during the onset of the menopause, varying its prevalence according to different clinical and sociodemographic risk factors; presenting a greater association with the existence of alterations in the menopausal symptomatology. Given this, we will seek to determine the risk to develop MDD by presenting alterations in the menopausal symptoms

Methodology: It is an analytical cross-sectional design that included 252 women beginning their menopause (48±1.7 years old), and who were attended in health centers of Guadalajara, Jalisco. The analyzed variables were their sociodemographic background, using the Beck Depression Inventory to identify the MDD and the Menopause Rating Scale to determine alterations in the main symptomatological domains of the menopause. Descriptive and association analyzes were performed by means of Odds Ratio (OR), subsequently applying a logistic regression model.

Results: The prevalence of MDD was 40.5%, with significant associations with the history of contraceptive use and the worsening of menopausal symptoms. The adjusted analysis allowed us to determine that there is more risk for developing MDD when there were alterations in the symptomatological domains, such as in the somatic (OR 3.96, 95% CI 1.58-9.95), the urogenital (OR 4.29, IC95% 2.13-8.65) and in the psychological (OR 13.55, IC95% 3.97-46.30).

Conclusion: The presence of alterations in the menopausal symptomatology is associated with an increased risk of developing MDD, especially if the psychological domain is affected, which is why it is necessary for health personnel to identify these alterations and provide early management in this stage of life.

KEYWORDS: Menopause; depression; depressive disorder, major; risk factors.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es uno de los padecimientos mentales más frecuentes en todo el mundo, afectando a más de 350 millones de personas y siendo reportado como un problema de Salud Pública al contribuir con 4.3% de los años de vida ajustados por discapacidad (1-3). Asimismo, este padecimiento afecta en mayor medida a las mujeres, ubicándose en el cuarto lugar de la carga de la morbilidad de la enfermedad a comparación de los hombres (4); no obstante, la magnitud epidemiológica del TDM radica en que actualmente sólo una de cada cinco mujeres con sintomatología depresiva es identificada y tratada correctamente por el personal de salud (5, 6).

Como tal, el TDM puede presentarse durante las etapas de cambios hormonales tales como el inicio de la menarca o el embarazo (7), siendo una de las principales, la etapa menopaúsica, la cual constituye el cese de la capacidad reproductiva de las mujeres; iniciando alrededor de los 48 años en mujeres mexicanas (± 1.7 años) (8-9). La importancia del TDM durante este período de la vida radica no sólo en las complicaciones laborales y funcionales que terminan alterando la vida de las mujeres (10,11), sino además en su prevalencia que puede variar entre 20% a 50% (12, 13).

Debido a esto, diversos trabajos de investigación se han dedicado a identificar posibles factores de riesgo para este padecimiento tales como el nivel educativo de las mujeres (14), su estado marital (15); así como vivir con más de un familiar en sus hogares (16). Incluso se ha estudiado la asociación con antecedentes ginecológicos tales como la edad del inicio de la menarca, el número de gestas, el uso de anticonceptivos orales (ACO) durante la etapa reproductiva o el uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH) (14, 17, 18). Sin embargo, recientes investigaciones describen la importancia de la sintomatología menopaúsica sobre los demás factores (16, 19), teorizándose que la presencia de alteraciones en los principales dominios sintomáticos puede producir un efecto en cascada que aumente el riesgo para la aparición del TDM (20).

Considerando no sólo la importancia de estos factores en la salud mental de las mujeres, sino además las proyecciones epidemiológicas que predicen que la tasa de mujeres durante la menopausia aumentará en los siguientes años hasta representar más del 30% de las mujeres mexicanas (21, 22), crea la necesidad de estudiar esta problemática antes de convertirse en un grave problema de salud pública. Por lo tanto, se pretende determinar el riesgo de presentar TDM al haber alteraciones en la sintomatología menopaúsica u otras características sociodemográficas y clínicas de las mujeres.

Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico que incluyó a mujeres que se encontraban iniciando su menopausia, las cuales fueron seleccionadas mediante muestreo de casos consecutivos. Para el cálculo muestral se consideró la prevalencia de depresión en mujeres jaliscienses de 21.3% (11, 23), tomando como universo de población de 10,854 pacientes no derechohabientes atendidas en el año 2018 en Secretaría de Salud y un nivel de confianza de 95%; resultando en una muestra mínima de 252.

El estudio fue realizado en siete centros de salud pertenecientes a la Región Sanitaria No. XIII de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco durante los meses de septiembre del 2018 a enero de 2019, en donde sólo se incluyeron unidades de atención médica que prestaran servicios de atención psicológica. La consideración de estos centros de salud se debió a la facilidad de derivar pacientes que fueran identificadas con sintomatología grave de TDM al personal correspondiente para su inmediata atención con previo consentimiento de la participante. En cuanto a la selección, se incluyeron mujeres dentro del rango de edad de inicio de la menopausia (48 años \pm 1.7) (9) y que se encontraran en espera de atención médica de alguno de los centros de salud participantes, excluyéndose aquellas con el antecedente de histerectomía radical y de trastornos neurocognitivos que les impidiera participar en la investigación.

Las variables que se analizaron fueron los antecedentes sociodemográficos como el estado marital, nivel educativo, el número de familiares con los que vivía; así como antecedentes clínicos: la edad de inicio de la menarca, el número de gestas, el antecedente de uso de ACO, el uso actual de TRH, la presencia de alteraciones en la sintomatología menopáusica y la presencia de TDM. Para la captación de información se utilizó una cédula de recolección de datos para la identificación de las variables sociodemográficas de las mujeres, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para determinar la presencia de TDM (24-26) y la Escala de Valoración de la Menopausia (MRS) para determinar alteraciones en los principales síntomas menopáusicos.

Habitualmente, la MRS se utiliza para medir la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia (27); no obstante, puede ser usado para evaluar los 11 principales síntomas menopáusicos por medio de una escala de Likert, la cual califica el grado de molestia

percibido por las mujeres por medio de un puntaje que va del 0 (Ninguna molestia) al 4 (1= Leve molestia; 2= Molestias moderadas, 3= Molestias graves; 4= Demasiadas molestias). A su vez estos síntomas son agrupados, de acuerdo a sus características, en tres dominios sintomáticos: el Dominio Somático (DS), que comprende los elementos que evalúan los bochornos, palpitaciones, insomnio y dolor muscular en las mujeres; el Dominio Psicológico (DP) donde se califican sensaciones de depresión, irritabilidad, ansiedad y cansancio; y el Dominio Urogenital (DU), el cual agrupa las preguntas que identifican alteraciones sexuales, urinarias y vaginales (28-30).

Los puntajes de cada elemento pueden ser expresados con promedios y desviación estándar de manera individual (D.E.); sin embargo, su agrupación por dominios, seguido de la sumatoria de sus respectivas puntuaciones, permite generar puntos de corte que estratifican los síntomas menopáusicos de acuerdo a su grado de severidad en ausentes (DS= 0-2; DP= 0-1; DU= 0), síntomas con severidad leve (DS= 3-4; DP= 2-3; DU= 1), aquellos con severidad moderada (DS= 5-8; DP= 4-6; DU= 2-3), y graves (DS= \geq 9; DP= \geq 7; DU= \geq 4) (30-32).

El análisis estadístico de estas variables se realizó en tres etapas, una primera etapa descriptiva donde se calcularon la media (\bar{x}), D.E. y frecuencias; seguido del análisis bivariado para determinar asociación por medio de *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confianza de 95, y las pruebas de χ^2 para analizar variables cualitativas y *t* de student para variables cuantitativas, considerando un valor de $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo (33). Finalmente, se hizo un análisis de regresión logística donde se incluyeron las variables con un valor de $p \leq 0,25$, para poder estimar el riesgo para la aparición de TDM, se reportaron OR ajustado (ORa) e intervalos de confianza de 95%. Este análisis fue realizado en el paquete estadístico IBM SPSS, versión 22.

Resultados

Se estudió una muestra de 252 mujeres, de las cuales se identificó una prevalencia de TDM de 40.5%. Con respecto a los antecedentes sociodemográficos y clínicos de las mujeres se encontró que tener el antecedente del uso de ACO en la edad reproductiva estaba asociado con la presencia de TDM (OR 1.74, IC95% 1.04-9.21). Aunque se estudiaron también las asociaciones con los demás antecedentes, ninguna de ellas presentó significancia estadística (Tabla 1)

En la evaluación de las molestias de la menopausia, se identificó que los puntajes en cada uno de los

síntomas eran más elevados en el grupo de mujeres con TDM en comparación con aquellas sin este padecimiento (Tabla 2). Cabe resaltar que los síntomas reportados con mayor puntaje de alteración en el grupo de mujeres con TDM fueron los pertenecientes al DP ($\square = 7.2 \pm 3.8$), seguido del DS ($\square = 8.5 \pm 3.8$) y por último, el DU ($\square = 3.6 \pm 2.7$).

De acuerdo a la presencia de alteraciones en la sintomatología menopáusica, se encontró que existe asociación estadísticamente significativa para TDM con cada uno de los dominios sintomatológicos, en especial con el DP (OR 20.23, IC 6.12-66.81). Asimismo, al estratificar los dominios de acuerdo a su grado de severidad, se encontró que incrementaba la asociación conforme aumentaba la severidad en la sintomatología menopáusica (Tabla 3).

Finalmente, para el análisis multivariado se utilizó la presencia de alteraciones en cada uno de los dominios sintomatológicos, así como aquellas variables sociodemográficas que presentaron un punto de corte de $p \leq 0,25$. No se encontraron interacciones ni variables confusoras, pero si se determinó que la presencia de alteraciones en la sintomatología menopáusica incrementa el riesgo de presentar TDM, siendo el de mayor riesgo el DP, ya que aumenta 12.5 veces más el riesgo para TDM, seguido del DU con un riesgo de 3.29; y un riesgo de 2.96 para la sintomatología depresiva al existir alteraciones en el DS (Tabla 4).

Discusión

El TDM es una alteración psiquiátrica que condiciona el estado de ánimo depresivo y cambios somáticos en el estado físico de una persona (34, 35), los cuales al estar presentes durante el inicio de la menopausia condicionan sensaciones de estrés, ansiedad y vulnerabilidad emocional que alteran la vida de las mujeres (36,37). Investigaciones realizadas en otros países (17, 38, 39) han determinado que la prevalencia de TDM en mujeres con sintomatología menopáusica es similar a 40%, lo cual se asemeja a los resultados encontrados por medio del BDI-II.

En el caso de Venezuela y Brasil (26, 40), la prevalencia de sintomatología depresiva fluctuó de 36 a 39% en las primeras etapas menopáusicas, cifras inferiores en comparación con el presente estudio; en cambio en otros estudios realizados en México, se identificó una prevalencia superior a 50% (41, 42). Esta última diferencia se debe a que la población de mujeres estudiada tenía un mayor rango de edad, que abarcaba mujeres de los 45 a los 60 años de edad, las

cuales pudieron presentar una mayor probabilidad de depresión al aumentar su edad.

Las características sociodemográficas obtenidas no mostraron diferencias con lo reportado en estudios coreanos y norteamericanos (16, 17). Con respecto al antecedente del uso de ACO, se coincide con lo reportado en la literatura como un factor asociado a la presencia de sintomatología depresiva, la cual incrementaba si estos eran usados por un período mayor a dos años (17, 43).

Los puntajes obtenidos por medio de la MRS nos permitieron observar que el dominio con mayor puntaje fue el DP coincidiendo con otros reportes latinoamericanos (31) y siendo dos veces mayor a lo referido por el Centro Epidemiológico de Berlín (30); lo cual podría ser explicado por aspectos socioculturales de las mujeres que varían dependiendo de la región o país de origen (26, 44-47). En investigaciones de Ecuador y de Estados Unidos se identificó que la presencia de alteraciones en la sintomatología menopáusica incrementaba el riesgo de aparición para TDM (47-50), coincidiendo con las asociaciones obtenidas tanto en el análisis bivariado como en el modelo ajustado. Una diferencia importante fue que nuestro estudio presentó una elevación del riesgo cuatro veces mayor en el dominio DP, a lo reportado en investigaciones ecuatorianas (47).

Este trabajo presenta como fortalezas la consideración de las alteraciones en la sintomatología menopáusica como factores de riesgo para la aparición de TDM e incluso su análisis con algunos factores sociodemográficos y clínicos propios de las mujeres; que aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas requieren considerarse otros aspectos que pudieran influir en la presencia de este padecimiento. Además, expone una situación que aunque no es nueva le permite al profesional de la salud que atiende a esta población valorar la posibilidad diagnóstica de TDM durante la atención clínica (44).

Como limitaciones del estudio, no se determinó la fecha de inicio de las alteraciones en la sintomatología menopáusica, siendo solamente valorada la presencia o ausencia de las molestias en ese momento; de igual forma, con respecto al consumo de ACO sólo se determinó el antecedente de uso y no el tiempo de uso.

Conclusiones

Es necesario considerar que el aumento de padecimientos psicológicos durante la menopausia se ha considerado recientemente como un problema actual de salud pública, ya que al no ser identificados correctamente culminan en incapacidades laborales o depresiones resistentes al tratamiento (51, 52).

La comparación con investigaciones latinoamericanas indican la alta prevalencia del TDM en las mujeres especialmente en las mexicanas, por lo que la identificación de las alteraciones en la sintomatología menopáusica en este grupo bajo esta condición, genera la necesidad de que el personal médico busque y trate correctamente esta situación, antes de que repercuta en aspectos individuales, familiares o sociales, e inclusive se vuelva una condición psicológica o psiquiátrica más severa en las mujeres.

BIBLIOGRAFIA

- Mental health and older adults, 2019. Hallado en URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acceso el 05 de marzo del 2019.
- Lépine J, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011; 7(1):3-7.
- Üstun T, Ayuso-Mateos J, Chatterji S, Mathers C, Murray C. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004; 184:386-92.
- Kessler R. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*. 2003; 74(1):5-13.
- Tello-Rodríguez T, Alarcón R, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(2):342-50.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1371-8.
- Soares C, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability? *J Psychiatry Neurosci*. 2008; 33(4):331-43.
- Cohen L, Soares C, Vitonis A. Entering menopause increases the risk of first episode depression. *Evid Based Ment Health*. 2006; 9(4):109.
- Sosa L, Corrales F, Díaz K. Síndrome Climaterio. En: *Climaterio y Menopausia*. Ciudad de México. México, D.F.: FLASOG, 2016; 29-44.
- Chávez-Ramírez D, Zegbe J, Sánchez-Morales F, Castañeda-Iñiguez M. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2014; 11(29):73-8.
- Ontiveros-Urbe M, Chávez-León E. ¿Por qué se deprimen más las mujeres? *SALME*. 2014; 1:9-19.
- García-Viniegras C, Porta M. Climaterio y bienestar psicológico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2003; 29(3):1-9.
- Zender R, Olshansky E. Women's mental health: Depression and anxiety. *Nurs Clin North Am*. 2009; 44:355-64.
- Prairie B, Wisniewski S, Luther J, Hess R, Thurston R, Wisner K, et al. Symptoms of depressed mood, disturbed sleep, and sexual problems in midlife women: cross-sectional data from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Womens Health*. 2015; 24(2):119-26.
- Grochans E, Szkup M, Kotwas A, Kopeć J, Karakiewicz B, Jurczak A. Analysis of sociodemographic, psychological, and genetic factors contributing to depressive symptoms in pre-, peri- and postmenopausal women. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(4):712.
- Freeman E, Sammel M, Liu L, Gracia C, Nelson D, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:62-70.
- Jung S, Shin A, Kang D. Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: Results from Health Examinees Study (HEXA). *J Affect Disord*. 2015; 15(187):127-35.
- Brown C, Bromberger J, Schott L, Crawford S, Matthews K. Persistence of depression in African American and Caucasian women at midlife: findings from the Study of Women Across the Nation (SWAN). *Arch Womens Ment Health*. 2014; 14(6):549-57.
- Muharam R, Setiawan M, Ikhsan M, Ryzkinya H, Sumapraja K. Depression and its link to other symptoms in menopausal transition. *Middle East Fertil Soc J*. 2017; 8:1-4.
- Pineda-Hernández G. Significados de la menopausia y el climaterio: Experiencia corporal en un grupo de mujeres en el medio urbano. *Género y Salud*. 2011;9(3):3-16.

21. Ortiz G, Arias-Merino E, Flores-Saiffe M, Velázquez-Brizuela I, Macías-Islas M, Pacheco-Moisés F. Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012; 175019:1-6.
22. Willi J, Ehlert U. Assessment of perimenopausal depression: A review. *Journal of Affective Disorders*. 2019.
23. Arias-Merino E. Salud Mental en el adulto mayor. *SALME*. 2014; 3:3-13.
24. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res*. 2011; 63 (11): 454-66.
25. Sanz-Fernández J. 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo*. 2013; 34(3):161-8.
26. Patruno DH, Manzo Z, González-Blanco M. Depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2016;76(3):176-81.
27. Aedo S, Porcile A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginec*. 2006; 71(6): 402-9.
28. DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. Menopausia y Posmenopausia. En: *Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos*. Barcelona, España: McGraw-Hill; 2014, 963.
29. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2007; 57(3):271-8.
30. Heinemann LA. Population reference values. Menopause rating scale. Center for Epidemiology and Health Research Berlin, 2019. Hallado en URL: http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountrGr.pdf Acceso el 11 de abril de 2019.
31. Del Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Rev Med Chil*. 2008;136(12):1511-7.
32. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004; 2(1):67.
33. Celis-De la Rosa A, Labrada-Martagón V. Análisis estratificado y regresión logística. En: *Bioestadística*. México, D.F.: Manual Moderno, 2014; 209-229.
34. American Psychiatric Association. Trastornos depresivos. En: *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2000; 103-129.
35. George SA. The menopause experience: a woman's perspective. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(1):77-85.
36. Saucier MG. Midlife and beyond: Issues for aging women. *J Couns Dev*. 2004; 82(4):420-5.
37. Wilkinson L, Pierce L. The lived experience of aloneness for older women currently being treated for depression. *Issues Ment Health Nurs*. 1997;18(2):99-111.
38. Bromberger J, Kravitz H. Mood and menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 38(3):609-25.
39. Timur S, Sahin NH. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*. 2010;17(3):545-51.
40. Polisseni ÁF, Polisseni F, Fernandes LM, Moraes MA, De Oliveira Guerra M. Depressão em mulheres climatéricas: fatores associados. *HU Revista*. 2009;35(3).
41. Zavala-González M, Bautista-Torres J, Quebedo-Tejeiro E. Depresión en mujeres con perimenopausia de una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México. *Archivos de Medicina*. 2009; 5(4):171-7.
42. Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(5).
43. Böttcher B, Radenbach K, Wildt L, Hinney B. Hormonal contraception and depression: A survey of the present state of knowledge. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2012; 286(1):231-6.
44. Couto-Núñez D, Nápoles-Méndez D. Social and psychological aspects of climaterium and menopause. *MEDISAN*. 2014; 18(10).

45. Heredia-Hernández B, Lugones-Botell 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):0-.
46. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Womens Health.* 2017; 17(1):128.
47. Chedraui P, Pérez-López F, Morales B, Hidalgo L. Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. *Climacteric.* 2009; 12(5):395-403.
48. Ziagham S, Sayhi M, Azimi N, Akbari M, Dehkordi ND, Bastami A. The relationship between menopausal symptoms, menopausal age and body mass index with depression in menopausal women of Ahvaz in 2012. *Jundishapur. J. Chronic. Dis. Care* 2015; 4(4).
49. Reed SD, Ludman EJ, Newton KM, Grothaus LC, LaCroix AZ, Nekhlyudov L, et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas.* 2009; 62(3):306-10.
50. Freeman EW. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause.* 2010;17(4):823-7.
51. Lugones-Botell M, Quintana-Riverón T, Cruz-Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1997; 13(5): 494-503.
52. Punia A, Lekha S, Punia MS. Assessment of menopausal problems among rural women using modified menopause rating scale. *Int J Med Sci Public Health.* 2017; 6(5):873-9.

Cuadro de abreviaturas utilizado a lo largo del manuscrito

Abreviatura	Significado
1.TDM /MDD	Trastorno Depresivo Mayor / Major Depressive Disorder
2.BDI-II	Inventario de Depresión de Beck / Beck Depression Inventory II
3.MRS	Escala de Valoración de la Menopausia / Menopause Rating Scale
4.DS /SD	Dominio Somático / Somatic Domain
5.DP /PD	Dominio Psicológico / Psychological Domain
6.DU / UD	Dominio Urogenital / Urogenital Domain

Tabla 1
Antecedentes sociodemográficos y clínicos de las mujeres según la presencia de TDM*

Variables	Con TDM		Sin TDM		Total		OR**	IC al 95%	p***
	No	%	No	%	No	%			
Estado marital									
Sin Pareja	36	35.3	47	31.3	83	32.9	1.195	0.69-2.04	0.51
Con pareja	66	64.7	103	68.7	169	67.1	-	-	-
Nivel educativo									
Superior a educación básica	67	65.7	92	61.3	159	63.1	1.2	0.71-2.04	0.48
Educación básica	35	34.3	58	38.7	60	36.9	-	-	-
Familiares con los que residía									
> 1	75	73.5	123	82.0	198	78.6	0.54	0.19-1.50	0.22
1	18	17.7	19	12.7	37	14.7	0.84	0.26-2.73	0.77
Ninguno	9	8.8	8	5.3	17	6.7	-	-	-
Edad de inicio de la menarca									
16 a 18 años	17	16.7	25	16.7	163	16.7	1.00	0.50-1.96	>0.99
< 15 años	85	83.3	125	83.3	89	83.3	-	-	-
Número de gestas									
5 a 7	27	26.5	33	22.0	60	23.8	1.46	0.43-5.34	0.53
3 a 4	42	41.2	65	43.3	107	42.5	1.16	0.36-4.06	0.80
1 a 2	28	27.5	43	28.7	71	28.2	1.16	0.35-4.21	0.80
Ninguno	5	4.9	9	6.0	14	5.5	-	-	-
Uso de TRH⁺									
Se encuentra usando TRH	10	9.8	12	8	22	8.7	1.25	0.50-3.05	0.62
Nunca la ha utilizado	92	90.2	138	92	230	91.2	-	-	-
Antecedente de uso de ACO⁺⁺									
Utilizó ACO	49	48.0	52	34.7	101	40.1	1.74	1.04-2.91	0.03
Nunca los utilizó	53	52.0	98	65.3	151	59.9	-	-	-

*Trastorno Depresivo Mayor, ** Odds Ratio, *** p≤0,05

⁺ Terapia de Reemplazo Hormonal, ⁺⁺ Anticonceptivos Orales

Tabla 2
Puntaje de la MRS* en la población con presencia y ausencia de TDM **

Resultados de la MRS	Con TDM Puntaje de los síntomas ($\bar{x} \pm D.E.$)	Sin TDM Puntaje de los síntomas ($\bar{x} \pm D.E.$)	P***
Dominio Somático			
Bochornos	1.6±1.4	0.9±1.2	<0.001
Palpitaciones	1.4±1.2	0.7±1.1	<0.001
Insomnio	2.1±1.5	1.1±1.5	<0.001
Dolor muscular	2.1±1.4	1.4±1.3	<0.001
Sumatoria de la sintomatología	7.2±3.8	4.4±3.6	<0.001
Dominio Psicológico			
Sensación de depresión	2.0±1.3	0.7±1.0	<0.001
Sensación de irritabilidad	2.0±1.1	0.7±0.9	<0.001
Sensación de ansiedad	2.1±1.2	0.6±0.8	<0.001
Sensación de cansancio	2.3±1.3	1.0±1.1	<0.001
Sumatoria de la sintomatología	8.5±3.9	2.9±2.7	<0.001
Dominio Urogenital			
Alteraciones sexuales	1.5±1.4	0.4±0.9	<0.001
Alteraciones urinarios	0.9±1.2	0.3±0.7	<0.001
Resequedad vaginal	1.2±1.3	0.5±1.0	<0.001
Sumatoria de la sintomatología	3.6±2.7	1.4±1.8	<0.001
Total	19.2±8.4	8.5±6.5	<0.001

*Escala de Valoración de la Menopausia, **Trastorno Depresivo Mayor, ***p≤0,05
 \bar{x} = Media, DE = Desviación Estándar

Tabla 3
Grados de severidad en la sintomatología de los dominios* y su asociación con la presencia de TDM **

Variables (Puntos de corte)	Con TDM		Sin TDM		Total		OR	IC al 95%	p ***
	No	%	No	%	No	%			
Grado de severidad en el DS ¹									
Leve (3-4)	21	20.6	47	31.3	68	26.9	3.1	(1.23-8.51)	≤0.01
Moderada (5-8)	32	31.4	37	24.7	69	27.4	6.1	(2.41-15.23)	≤0.01
Grave (≥9)	42	41.2	17	11.3	59	23.4	17.3	(6.54-47.32)	≤0.01
Presencia de alteraciones****	95	93.1	101	67.3	196	77.8	6.6	(2.93-16.34)	≤0.01
Ausencia de alteraciones (0-2)	7	6.8	49	32.7	56	22.2	-	-	-
Grado de severidad en el DP ²									
Leve (2-3)	7	6.8	63	42.0	70	27.7	2.1	(0.52-8.55)	0.34
Moderada (4-6)	35	34.3	23	15.3	58	23.0	28.9	(8.55-124.7)	≤0.01
Grave (≥7)	57	55.9	7	4.7	64	25.4	154.7	(38.61-628.3)	≤0.01
Presencia de alteraciones****	99	97.0	93	62.0	192	76.2	20.23	(6.12-66.81)	≤0.01
Ausencia de alteraciones (0-1)	3	3.0	57	38.0	60	23.8	-	-	-
Grado de severidad en el DU ³									
Leve (1)	10	9.8	33	22.0	43	17.0	1.6	(0.65-4.03)	0.29
Moderada (2-3)	32	31.4	19	12.7	51	20.2	9.0	(4.04-20.18)	≤0.01
Grave (≥4)	46	45.1	23	15.3	69	27.4	10.7	(5.02-22.89)	≤0.01
Presencia de alteraciones****	88	86.3	75	50.0	163	64.7	6.3	(3.29-12.02)	≤0.01
Ausencia de alteraciones (0)	14	13.7	75	50.0	89	35.3	-	-	-

* Obtenidos de la sumatoria total de los puntajes y agrupados de acuerdo a puntos de corte

** Trastorno Depresivo Mayor

*** p≤0,05.

**** Sumatoria total de los grados de severidad de los dominios

¹ Dominio Somático, ² Dominio Psicológico, ³ Dominio Urogenital

Tabla 4
Análisis ajustado para estimar el riesgo de TDM *

Variables	Con TDM		Sin TDM		Total		OR	IC al 95%	ORa**	IC al 95%	p***
	No	%	No	%	No	%					
Alteraciones en la sintomatología del DS ¹											
Presencia	95	93.1	101	67.3	196	77.8	6.6	2.93-16.34	3.96	1.58-9.95	0.003
Ausencia	7	6.9	49	32.7	252	2.6	-	-	-	-	-
Alteraciones en la sintomatología del DP ²											
Presencia	99	97.0	93	62.0	192	76.2	20.23	6.12-66.81	13.55	3.97-46.30	<0.001
Ausencia	3	3.0	57	38.0	60	23.8	-	-	-	-	-
Alteraciones en la sintomatología del DU ³											
Presencia	88	86.3	75	50.0	163	64.7	6.3	3.29-12.02	4.29	2.13-8.65	<0.001
Ausencia	14	13.7	75	50.0	89	35.3	-	-	-	-	-
Número de familiares											
> 1	75	73.5	123	82.0	198	78.6	0.61	0.33-1.12	-	-	-
< 1	27	26.5	27	18.0	54	21.4	-	-	-	-	-
Antecedente de uso de ACO											
Presencia	49	48.0	52	34.7	101	40.1	1.74	1.04-2.91	-	-	-
Ausencia	53	52.0	98	65.3	151	59.9	-	-	-	-	-

* Trastorno Depresivo Mayor, **ORa = OR ajustado, , ***p≤0,05

¹ Dominio Somático, ² Dominio Psicológico, ³ Dominio Urogenital