



Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer

## **La mujer frente a la depresión: prevalencia, diagnóstico e impacto en la calidad de vida**

**Conferencia ofrecida por la Dra. Paz García-Portilla González.  
Congreso SAMEM: Jueves 1 de Marzo de 2012.**

Los trastornos del estado de ánimo, y entre ellos especialmente la depresión mayor unipolar, son uno de los problemas de salud más prevalentes y costosos en la Unión Europea. Se considera que la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres en la edad media de la vida oscila entre el 8 y el 40%, mientras que la prevalencia vida-vida de depresión mayor es aproximadamente el 17%, siendo el doble en la mujer que en el hombre. Asimismo, se estima que la prevalencia de depresión menor es el doble que la de la depresión mayor.

Sin embargo, estas cifras sufren oscilaciones importantes en función del momento hormonal de la mujer. Así, durante la premenopausia las prevalencias de depresión mayor reportadas oscilan entre el 5.8% y el 11%, en la perimenopausia entre el 9.1% y menos del 4%, y en la postmenopausia entre el 9.8% y menos del 1%. Las tasas

reportadas para la distimia en la premenopausia son del 4.5%

En este sentido, Bromberger y cols. encontraron que en la mujeres premenopáusicas la probabilidad de tener un episodio depresivo mayor, diagnosticado mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-I), durante los 10 años de seguimiento del estudio era significativamente mayor durante la peri y postmenopausia (Odds Ratio= 2.20 y 3.57 respectivamente) comparado con la premenopausia. Esta asociación era independiente de la historia previa de depresión, uso de psicofármacos, acontecimientos vitales adversos, niveles de hormonas reproductiva, índice de masa corporal y síntomas vasomotores.

Por el contrario, los datos del estudio POAS demostraron lo opuesto: la prevalencia de los trastornos depresivos identificados con la PRIME-MD disminuían a lo largo de la transición menopáusica (desde el 11% en el estadio premenopáusico a menos del 1% en la postmenopausia), y la Odds Ratio de inicio de trastorno depresivo durante la transición comparado con la menopausia no fue estadísticamente significativa. Los factores predictores de tener un episodio depresivo mayor fueron la historia de depresión (OR 4.75), síndrome premenstrual grave, dificultades del sueño, sofocos, e índice de masa corporal.

Los datos sobre la prevalencia de depresión menor son muy escasos. Morrison y cols. reportan una tasa del 2.4% en las mujeres premenopáusicas incluidas en el estudio POAS, utilizando también la escala PRIME-MD. La depresión

menor es un diagnóstico que en la actualidad se encuentra bajo estudio por el DSM-IV-TR. Se define como la presencia de entre 2 y 4 síntomas (frente a los 5-9 de la depresión mayor), uno de los cuales ha de ser bien ánimo deprimido bien pérdida del interés o placer, durante al menos un periodo de 2 semanas.

Finalmente, existen también estudios que se centran en la existencia de síntomas depresivos en lugar de en diagnósticos formales. De nuevo los datos son contradictorios; mientras unos estudios demuestran mayor probabilidad de presencia de estos síntomas a medida que la mujer progresa hacia la menopausia, otros estudios encuentran una disminución de la probabilidad de aparición de estos síntomas en la postmenopausia.

La dificultad para encontrar una tendencia epidemiológica coherente se debe a varias limitaciones metodológicas de los estudios, siendo la definición de “depresión” una de las más importantes. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios se centran en síntomas depresivos en lugar de trastornos depresivos definidos en las clasificaciones nosográficas universales (CIE-10, DSM-IV-TR). Es más, en el limitado número de estudios en los que se ha estudiado los trastornos depresivos, éstos han sido diagnosticados principalmente basándose en puntuaciones en instrumentos de evaluación psicométrica o entrevistas estructuradas.

Los elevados costes de los trastornos depresivos no se limitan a los cuidados de salud o a la pérdida de productividad laboral. A nivel personal, el impacto del

trastorno de ánimo afecta a la vida diaria del sujeto a través las limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales que el trastorno impone. De este modo el funcionamiento personal y la calidad de vida de las personas se ven afectados.

Respecto a la calidad de vida, los estudios demuestran que la presencia de trastorno depresivo mayor impacta negativamente en ésta, incluso tras la reducción de la gravedad de los síntomas. Aunque son variados los factores relacionados con el impacto negativo sobre la calidad de vida (comorbilidad con otros trastornos mentales, comorbilidad somática, etc.), se necesitan estudios que los delimiten más precisamente y que aporten estrategias eficaces en la mejora de la calidad de vida en estas pacientes.

### **Referencias bibliográficas**

Bromberger JT, Schott LL, Kravitz HM, et al. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: Results from the study of women's health across the nation (SWAN). *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 598-607.

ESEMeD/MHEDEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 420: 21-27.

García-Portilla MP. Depression and perimenopause: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009; 37: 213-221.

Llaneza P, García-Portilla MP, Llaneza-Suarez D, Armott B, Pérez-Lopez FR.

Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas* 2012; 71:120-130.

Morrison MF, Freeman EW, Lin H, Sammel MD. Higher DHEA-S

(dehydroepiandrosterone sulfate) levels are associated with depressive symptoms during the menopausal transition: Results from the PENN ovarian aging study. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14