

Artículo Original

Depresión en mujeres con perimenopausia de una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México.

Marco Antonio Zavala-González*, Juana Bautista-Torres**, Elsy del Carmen Quevedo-Tejero**

*Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. **División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Tabasco, México. e-mail: zgma_51083@yahoo.com.mx

Estudio transversal, para determinar prevalencia de depresión y factores asociados, en mujeres rurales con perimenopausia de Huimanguillo, Tabasco, México. Se estudiaron 40 mujeres de 40-59 años de edad, encuestadas previo consentimiento informado, aplicándoseles Apgar Familiar y Test de Depresión de Zung, recopilándose información sociodemográfica y ginecobstétrica. Se estimaron estadísticas descriptivas y razón de posibilidades (OR) con 95% confianza ($p \leq 0,05$). La media de edad fue $47,7 \pm 5,6$ años. La prevalencia de depresión fue 55%. Se encontró asociación significativa con escolaridad: baja OR 13,36 (IC95 1,45-122,88), media-alta OR 0,07 (IC95 0,01-0,69). La prevalencia de depresión fue mayor a la reportada por otros autores; no encontrándose diferencia en su frecuencia entre premenopausia y posmenopausia, contrario a otros reportes. La edad concordó con la literatura consultada. La escolaridad es determinante.

Introducción

La Depresión (Clave CIE-10 F32), se define como episodios leves, moderados o graves, de decaimiento del ánimo, con reducción de energía y disminución de la capacidad de sentir placer, el interés y la concentración, con frecuente cansancio, incluso con esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se perturba, disminuye el apetito, decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves.[1,2] Los problemas depresivos más comunes son: Depresión Mayor, Distimia y Desorden Bipolar.[3] Es el padecimiento psiquiátrico más frecuente que el médico de atención primaria enfrenta.[4,5] Sin embargo, cerca del 50% de los médicos no muestra buena disposición para la atención de quienes la padecen, por lo que es subdiagnosticada.[6-9]

En España, afecta aproximadamente 9,6% de los adultos.[10] En Estados Unidos de América, se estima que cada año, el 10% de la población adulta la padece; la población más afectada es la de 18-44 años, de este grupo, las mujeres jóvenes presentan dos veces más episodios que los hombres.[11] En México, tiene su máxima incidencia en mujeres de 35-45 años. La prevalencia en población general es 6-12% a lo largo de la vida, en varones 6%, y 10% en mujeres. En poblaciones de alto riesgo, como adultos mayores, la prevalencia es más alta, afecta hasta el 37,2%. [12] En los Estados de la República Mexicana, las tasas más elevadas de suicidio X 100.000 habitantes, se han registrado en: Querétaro 23,5, Oaxaca 12,7, Aguascalientes 12,1, Sonora 11,8, Morelos 11,1, Campeche 9,0, Durango 8,8, Tabasco 8,7, Colima 8,6, y San Luis Potosí 8,5.[13] El hecho de que la Depresión sea más frecuente en mujeres "maduras", ha sido ampliamente estudiado. La hipótesis más aceptada, explica que se debe a la disminución de los estrógenos, asociado con la perimenopausia, que ejerce efecto en el eje hipotálamo-hipófisis, modificando algunas áreas de la conducta.[14]

Diversos autores, han investigado la prevalencia de Depresión en mujeres con perimenopausia, hallando tasas desde 14,9% hasta 30%, presentándose habitualmente en una edad media de 49,5 años, variando su frecuencia de presentación en función del período premenstrual, ciclos menstruales regulares, posmenopausia, y trastornos relacionados con disfunción endotelial.[15-18] Estos hallazgos, han sido obtenidos en poblaciones de Estados Unidos de América. Son escasos los estu-

dios llevados a cabo en países de habla hispana; sólo se encontró uno procedente de España y otro de México. El estudio español, reporta que 42% de las mujeres con perimenopausia presentan Depresión.[19] Mientras que el estudio mexicano reportó una prevalencia de Depresión de 57,2% en mujeres de 40-59 años de edad.[20] Esta carencia de estudios en español, evidencia desconocimiento.

En México, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) implementó en 1997 el "Programa Oportunidades", dirigido a familias rurales y urbanas en situación de pobreza (alimentaria, de capacidades o patrimonial), que padecen mayor deserción escolar, mayores enfermedades y desnutrición, y menores posibilidades de encontrar empleos más productivos y mejor remunerados. Su finalidad, es alcanzar igualdad de oportunidades. Está constituido por los siguientes apoyos a los beneficiarios: recursos monetarios bimestrales, becas educativas hasta el último grado de educación media superior, apoyo económico diferido para los jóvenes que concluyen la educación media superior antes de cumplir 22 años de edad, apoyo monetario para adquirir útiles escolares al inicio de cada ciclo escolar, paquete básico garantizado de salud y talleres comunitarios de capacitación para el auto-cuidado de la misma, complementos alimenticios para niños con desnutrición y mujeres embarazadas o en período de lactancia, apoyo económico para adultos mayores de 70 años, apoyo para compensar gastos realizados en el consumo de energía, y apoyo bimestral para gastos alimentarios. Actualmente existen 5 millones de familias beneficiarias.[21] Para que las familias beneficiarias reciban los apoyos señalados, es necesario que sus integrantes asistan mensualmente a los Centros de Salud Comunitaria (CSC) para que reciban atención médica preventiva y capacitación para el auto-cuidado. La falta de uno de los integrantes a cualquiera de estas actividades, constituye una falta familiar y los priva temporalmente de los beneficios del programa, mientras que la reincidencia causa baja definitiva.

Durante la implementación del "Programa Oportunidades" en el CSC "Río Seco y Montaña 1ª Sección", ubicado en Huimanguillo, Tabasco, México, al cual están afiliadas la mayoría de las familias, de ésta y otras comunidades adyacentes, se observó que las mujeres suelen acudir solas a las consultas médicas y preventivas, causándoles aflicción. Asimismo, se apreció que las portadoras de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, no logran mantenerse en control pese a que refieren cumplir

el tratamiento farmacológico y no-farmacológico. También se observó en este grupo, frecuentes consultas por crisis conversivas, desencadenadas por desencuentros familiares. Este contexto, llevó a centrar la atención en el grupo, observándose que el fenómeno descrito se presentaba con mayor frecuencia en mujeres de 40-59 años de edad. Esta observación, llevó a formular una pregunta, ¿qué característica posee este grupo, que lo lleva a presentar frecuentemente los sucesos descritos?, la respuesta que explicaba razonablemente el fenómeno, fue una: "Depresión". Así pues, se decidió realizar este estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de Depresión y los factores asociados a ésta, en mujeres con perimenopausia, residentes en la Ranchería Río Seco y Montaña 1ª Sección, de Huimanguillo, Tabasco, México.

Material y métodos

Se realizó una investigación transversal en la que se estudió una muestra universal de 40 mujeres de 40 a 59 años de edad, residentes en la Ranchería Río Seco y Montaña 1ª Sección, Huimanguillo, Tabasco, México, sin disfunciones cognitivas ni discapacidades físicas, que aceptaron participar, y autorizaron su participación mediante firma de consentimiento informado.

Se incluyeron las variables: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, ingresos económicos mensuales, número de hijos, embarazos, partos, cesáreas, abortos, óbitos, e hijos muertos, histerectomía, climaterio, premenopausia (mujer de 40-59 años de edad que menstrúa, aún en períodos irregulares), posmenopausia (mujer de 40-59 años de edad, que ha dejado de menstruar por un año o más, ya sea de forma natural o como consecuencia de una histerectomía, salpingotomía y/u ooforectomía) – al intervalo entre pre- y posmenopausia en el citado rango de edad, se le denomina perimenopausia (antes y después de la última menstruación) –, y terapia hormonal de reemplazo.

Para la recolección de la información, se seleccionaron dos instrumentos validados, el "Apgar Familiar" y la "Escala Autoaplicada de Depresión de Zung", para determinar la percepción de la funcionalidad familiar y Depresión, respectivamente, ambos instrumentos autoaplicados. El punto de corte para el primero fue una puntuación igual o menor a 6 (para considerar la percepción del funcionamiento familiar como disfuncional), y para el segundo se consideró con Depresión una puntuación mayor a 50.

El "Apgar Familiar" evalúa el funcionamiento sistémico de la familia, en función de la percepción del individuo sobre si ésta puede considerarse un recurso o si por el contrario influye negativamente sobre su persona. Está integrado por cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. La validación de este instrumento, ha reportado una fiabilidad de hasta 80% ($\alpha=0,8$). [22-26] La "Escala Autoaplicada de Depresión de Zung", es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica, derivada en cierto modo de la escala de Depresión de Hamilton. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas. Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, e índice α de Cronbach entre

0,79 y 0,92). [27,28] Los índices de correlación con otras escalas (escala de Depresión de Hamilton, inventario de Depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0,50 y 0,80. [29-30] No se considera una escala adecuada para detección de casos en población geriátrica, en la que la escala de Yessavage ofrece mejores índices psicométricos. [31-33] Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, [34] y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

Adicionalmente, se formularon 15 preguntas para obtener datos socio-demográficos y ginecobstétricos, para definir el perfil del grupo estudiado y obtener datos que permitieran identificar factores asociados a Depresión.

Los datos fueron recopilados por los investigadores, quienes coordinaron reuniones con los sujetos de estudio en la Casa Ejidal de la comunidad y realizaron visitas domiciliarias durante Octubre/2007-Abril/2008. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación correspondiente.

La información recopilada fue analizada mediante medidas de dispersión, de preferencia y de tendencia central, además de razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0,05$), estimadas con el software Epi-Info, versión 3.3.2 (freeware distribuido por el Center of Disease Control and Prevention [CDC] de E.U.A.). Para la estimación de las razones de posibilidades, se consideró como grupo de "casos" a los sujetos con Depresión, mientras que los grupos de "expuestos" fueron definidos en función de la presencia o ausencia de variables sociodemográficas y ginecobstétricas, referidas como factores de riesgo para Depresión por los autores consultados, [14-20,35-37] para este y otros grupos etarios, con la finalidad de comprobar o descartar la presencia de tales asociaciones en la población objeto de estudio en esta serie.

Resultados y Discusión

La edad media de la población fue de $47,7 \pm 5,6$ años, con una mínima de 40, máxima de 59, mediana de 47, y moda de 42 años.

En cuanto al perfil sociodemográfico, predominaron las mujeres casadas (55%), dedicadas a "labores del hogar" (92,5%), con escolaridad primaria o menor (80%), ingreso promedio mensual menor a \$2.000,00 (pesos mexicanos). El resto de características sociodemográficas de la población se muestran en la Tabla I.

Con respecto al perfil ginecobstétrico, la media de embarazos fue de $4,7 \pm 2,9$, con un mínimo de 0 y un máximo de 10, los cuales se resolvieron por vía vaginal, a excepción de un aborto y dos óbitos. El 25% manifestó tener hijos fallecidos (sin especificar la edad a la que ocurrió el deceso o el tiempo transcurrido desde el fallecimiento). Los antecedentes ginecobstétricos de mayor relevancia: histerectomía, menopausia y terapia hormonal de reemplazo, se presentaron en 7,5%, 45% y 42,5%, respectivamente.

El 52,5% percibió funcionalidad en su núcleo familiar, 30% disfunción moderada, y 17,5% disfunción severa; en suma, la prevalencia de disfunción familiar fue de 47,5%.

La prevalencia de Depresión fue de 55%, equivalente a 22 casos, de los que 42,8% fueron leves, 33,3% moderados, y 23,9% severos. Esta tasa es mayor a la reportada por otros autores extranjeros, como Bromberger y cols., que informaron una prevalencia de 14,9-18,4% de síntomas

Tabla I. Características sociodemográficas de la población.

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casada	22	55
	Divorciada	1	2,5
	Soltera	3	7,5
	Viuda	7	17,5
	Unión Libre	7	17,5
Ocupación	Campesina	2	5
	Comerciante	1	2,5
	Labores del hogar	37	92,5
Escolaridad	Analfabeta	5	12,5
	Primaria	27	67,5
	Secundaria	7	17,5
	Preparatoria	1	2,5
Ingresos económicos (pesos mexicanos)	\$500 a \$1,000	8	20
	\$1,001 a \$1500	13	32,5
	\$1,501 a \$2,000	13	32,5
	\$2,000 a \$2,500	3	7,5
	\$2,501 a \$3,000	3	7,5

depresivos en este grupo etario (en E.U.A)[15]; Richards y cols., que refirieron 26% (en E.U.A.)[16]; y Barreiro y cols., que comunicaron 42% (en España)[19]. Tal diferencia, puede ser atribuida a las divergencias sociodemográficas existentes entre las poblaciones de E.U.A. y España (países desarrollados) en comparación con México (país en vías de desarrollo), y a los instrumentos utilizados en dichos estudios para llegar al diagnóstico de Depresión, que son diferentes al empleado en este estudio. Asimismo, la prevalencia obtenida en esta serie, es menor a la reportada en el estudio mexicano consultado, realizado por Peralta-Predero y cols.,[20] quienes informaron una prevalencia de 57,2%, diferencia que pudiera ser atribuida, por una parte a las diferencias demográficas entre las poblaciones, ya que el citado estudio se realizó en población urbana de nivel socioeconómico medio, mientras que el presente se llevó a cabo en población rural de bajo nivel socioeconómico, y por otra parte, también puede ser atribuible a la divergencia en los instrumentos utilizados, pues los autores referidos emplearon el "Cuestionario para estudios epidemiológicos de Depresión".

Por otra parte, la media de edad a la que se presentaron los casos de Depresión fue de 46,2±4,1 años, que es similar a la dada a conocer por Harlow y cols., quienes la hallaron de 49,5 años,[14] y con la informada por Peralta-Predero y cols., quienes señalaron 48,2 años,[20] dicha similitud, es probablemente debida al aspecto biológico de la enfermedad, que no varía en gran medida en función de la región geográfica en cuestión.

Al buscar asociación entre Depresión y las variables sociodemográficas y ginecobstétricas incluídas, sólo se encontró asociación significativa con escolaridad: "primaria o menor" – factor de riesgo – OR 13,36 (IC95

1,45-122,88), "secundaria o mayor" – factor protector – OR 0,07 (IC95 0,01-0,69); el resto de las variables no presentaron asociación estadísticamente significativa (Tabla II). Al no encontrar evidencia en esta serie para afirmar o negar que la posmenopausia es un factor de riesgo para Depresión, los resultados obtenidos son contrarios a los reportados por Wagner y cols.[17], quienes hallaron asociación estadísticamente significativa entre estos dos fenómenos; diferencia que puede ser atribuida a un error de sistematización del citado autor, quien estudió solamente a mujeres en la posmenopausia, excluyendo de este modo a aquellas en la premenopausia y climaterio, lo que imposibilita saber si el fenómeno, en este caso, Depresión, se presenta con igual, menor o mayor intensidad, en comparación con el grupo de posmenopausia. Asimismo, este autor, informó asociación estadísticamente significativa en este mismo grupo, entre trastornos endoteliales y Depresión, tal asociación, no fue buscada en esta serie. En el aspecto contrario, Lara-Tapia y cols.,[35] reportaron asociación estadísticamente significativa entre climaterio (premenopausia) y Depresión, la cual aumentó ante la administración de tratamiento hormonal, ambas asociaciones no fueron halladas en esta investigación, al no encontrar evidencia en ésta para afirmar o negar dichas asociaciones. En otro orden de ideas, en este estudio, no se hicieron indagaciones sobre la influencia de los ciclos menstruales regulares sobre la prevalencia de Depresión, aludida por Freeman y cols.,[18] por lo que se puede afirmar o negar que tal asociación exista.

Tabla II. Fuerza de asociación para Depresión con variables sociodemográficas y ginecobstétricas.

Factor	OR	IC ₉₅	p
Estado civil unido (casadas, en unión libre)	2,86	0,68 12,08	>0,05
Estado civil no unido	0,35	0,08 1,47	>0,05
Ocupación "labores del hogar"	0,59	0,05 7,07	>0,05
Ocupación distinta a "labores del hogar"	1,70	0,14 20,42	>0,05
Escolaridad primaria o menor	13,36	1,45 122,88	<0,05
Escolaridad secundaria o mayor	0,07	0,01 0,69	<0,05
No tener hijos	0,38	0,03 4,58	>0,05
Antecedente de hijo(s) muerto(s)	0,44	0,10 1,92	>0,05
Antecedente de histerectomía	1,70	0,14 20,42	>0,05
Posmenopausia	0,69	0,20 2,43	>0,05
Premenopausia	1,44	0,41 5,07	>0,05
Antecedentes de haber recibido terapia hormonal	0,87	0,25 3,05	>0,05
Percepción disfuncional del núcleo familiar	1,25	0,36 4,36	>0,05

Con respecto a los factores sociodemográficos investigados, en este estudio no se encontró asociación con disfunción familiar, lo que coincide con lo reportado por Peralta-Pedrero y cols., en este mismo grupo etario.[20] No obstante, los citados autores encontraron asociación significativa entre Depresión y disfunción familiar en mujeres de 20-39 años de edad. Esto puede ser atribuido a que los jóvenes (en los primeros años de la adultez) presentan mayor sensibilidad a los cambios y pérdidas personales (ejemplos: disfunciones familiares, rupturas familiares, ruptura con un novio/a, cambios de domicilio y/o de escuela, embarazo, etc.), en comparación con las personas en una edad más madura. Por último, en lo referente a la asociación Escolaridad/Depresión encontrada en esta serie, ésta constituye un hallazgo en este grupo etario, pues aunque dicha asociación ha sido descrita en investigaciones realizadas por autores como Chevalier & Feinstein,[36] y

Zavala-González & Domínguez-Sosa,[37] quienes refieren que el riesgo de Depresión aumenta hasta en un 20% en sujetos de baja escolaridad (en población general y adultos mayores, respectivamente), no se encontraron referencias que hicieran alusión a dicho hallazgo en mujeres de 40-59 años (grupo de características específicas estudiado en esta serie).

Conclusiones

La prevalencia de Depresión en mujeres con perimenopausia de esta serie, es elevada. Encontrándose también una alta prevalencia de disfunción familiar, sin asociación con el padecimiento objeto de estudio. La escolaridad, es un factor determinante para la presencia de Depresión en las mujeres de 40-59 años, cuya frecuencia de presentación es indirectamente proporcional al nivel de instrucción escolar. Se requieren estudios más amplios, con muestras más grandes, criterios de inclusión más estrechos e inclusión de otras variables, para presentar mejores conclusiones.

Los hallazgos de esta investigación, evidencian que Depresión y Disfunción Familiar, son padecimientos subdiagnosticados, que juegan un papel importante en el proceso salud-enfermedad de la comunidad. Por lo que se recomienda establecer lineamientos técnico-médicos para efectuar tamizajes para éstos entre la población general, con énfasis en los grupos vulnerables, que permitan hacer diagnóstico precoz y ofertar tratamiento oportuno.

Asimismo, dada la carencia de estudios iberoamericanos sobre Depresión en mujeres con perimenopausia, que constituyen un grupo de riesgo, cuyo número aumenta a consecuencia de la transición demográfica, se recomienda reproducir este estudio en otras regiones de habla hispana, con énfasis en México y Latinoamérica, para mejorar el conocimiento local y regional que se tiene del fenómeno.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen al personal del Centro de Salud Comunitario "Río Seco y Montaña 1ª Sección" de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco (México), las facilidades otorgadas para la ubicación de la población y el apoyo en la convocatoria de los sujetos de estudio.

Referencias

1. Elkin GD. *Psiquiatría Clínica*. México D.F.: McGraw Hill, 2000:64-85.
2. Halabe J, Lifshitz A, López-Barcena J y cols. *El internista*. México D.F.: McGraw Hill, 1997:780-5.
3. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª Edición. Buenos Aires: Masson, 1996.
4. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus R, Brater DC, et al. Improving treatment of late depression in primary care. *J Am Geriatry Soc*. 1994;42:839-46.
5. Casal E, Vázquez E, Payanas R y Oréese C. Motivos de consulta en medicina Interna general. *Rev Hosp Clin "José de San Martín"*. 1992;6:35-40.
6. Silver FW, Ruckle JL. Depression: management techniques in primary care. *Post Med*. 1989;85:359-66.
7. Muñoz RF, Hollon SD, McGrath E et al. The AHCP depression in primary care guidelines. *Am Psychologist*. 1994;49:42-61.
8. Lista-Várela A, Boussard M, Labarthe A. La depresión en el escenario del médico general e internista. México D.F.: Pfizer Corp., 2000:1-78.
9. De-Santillana HP, Alvarado ME. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en una unidad de primer nivel de atención médica. *Rev Med Ins Mex Seguro Soc*. 1999;37(2):111-5.
10. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009.
11. Solomon DA, Leon AC, Maser JD, et al. Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P). *J Clin Psychiatry*. 2006;67(3):434-42.
12. Bautista-Sánchez A, Rodríguez-García R, Rodríguez-Guzmán LM. Epidemiología de la depresión en México. *Boletín de Epidemiología*. 2004;21(39):17.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas de suicidios consumados*. Cuaderno No. 7. México D.F.: INEGI, 2004.
14. Harlow BL, Wise LA, Otto MW, Soares CN, Cohen LS. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;60:29-36.
15. Bromberger JT, Assman SF, Avis NE, Schoken M, Kravitz HM, Cordal A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. *Am J Epidemiol*. 2005;158:347-56.
16. Richards M, Rubinow DR, Daly RC, Schmidt PJ. Premenstrual symptoms and perimenopausal depression. *Am J Psychiatry*. 2006;163:133-7.
17. Wagner JA, Tennen H, Mansoor GA, Abbott G. History of major depressive disorder and endothelial function in postmenopausal women. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68:80-6.
18. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;61:62-70.
19. Barreiro AC, Safont TA, Sánchez A, Durbán FJ, Manget S. Estudio de morbilidad psíquica en la perimenopausia. Concordancia diagnóstica entre un equipo de atención primaria y su centro de salud mental de referencia. *Aten Primaria*. 1998;21(9):613-6.
20. Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García MC. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Rev Med Ins Mex Seguro Soc*. 2006;44(5):409-14.
21. Secretaría de Desarrollo Social. *Oportunidades, un programa de resultados [monografía en internet]*. México: SEDESOL, 2008. [consultado 2009 agosto]. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_Publicaciones/index.html
22. Smilkestein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
23. Smilkestein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982;15:303-11.
24. Arias L, Herrera A. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica*. 1994;25:26-8.
25. Bellón AS, Delgado S. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar Familiar. *Aten Primaria*. 1996;18(6):289-96.
26. Gómez FJ, Irigoyen AE, Ponce ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam*. 1999;1(2):45-57.
27. Vázquez C, Jiménez F. Depresión y manía. En: Bulbena A, Berrios G, Fernán-

- dez de Larrinoa P (eds). Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson S.A., 2000:271-2.
28. Conde V, Esteban T. Fiabilidad de la SDS (Self-Rating Depresión Scale) de Zung. *Rev Psicol Gen Aplic.* 1975;30:903-13.
29. Hamilton M, Shapiro CM, Depression. En: Peck DF, Shapiro CM (eds). *Measuring human problems.* New York: Wiley, 1990:27,37.
30. Steiz R. Five psychological measures of neurotic depression. A correlation study. *J Clin Psychol.* 1970;26:504-5.
31. Burns A, Lawlor B, Craig S. *Assessment scales in old age psychiatry.* London: Martin Dunitz Ltd., 1999:252.
32. Okimoto JT, Barnes RF, Veith RC, et al. Screening for depression in geriatric medical patients. *Am J Psychiatry.* 1982;139:799-802.
33. Van Marwijk H, Hoeksema HL, Hermans JO, et al. Prevalence of depressive symptoms and depressive disorder in Primary Care patients over 65 years of age. *Family Practice.* 1994;11:80-4.
34. Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB, et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med.* 1995;122:913-21.
35. Lara-Tapia H, Bravo LM, Meléndez-Montiel JD, Gutiérrez-Campos E. Depresión mayor y menopausia. Un estudio controlado. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.* 2002;35(3):138-43.
36. Chevalier A, Feinstein L. The causal effect of education on depression [monografía en internet]. Londres: TINBERGEN, 2004. [consultado 2009 agosto]. Disponible en <http://www.tinbergen.nl/cost/cost/chevalier.pdf>
37. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de zonas urbanas de Cárdenas, Tabasco [resumen]. *Aten Fam.* 2009;16(Suppl1):4.

Publicado por iMedPub Journals

<http://www.imedpub.com>

ARCHIVOS DE MEDICINA

es una revista en español de libre acceso
Publica artículos originales, casos clínicos, revisiones e imágenes de interés sobre todas las áreas de la medicina

ARCHIVOS DE MEDICINA

se hace bilingüe.

Para la versión en inglés los autores podrán elegir entre
publicar en Archives of Medicine
(<http://archivesofmedicine.com>)
o International Archives of Medicine
(<http://www.intarchmed.com>)

Depression in women with perimenopause in a rural community of Huimanguillo, Tabasco, Mexico

Abstract

A concurrent study was carried out, in order to determine the prevalence of depression and associated factors in rural women with perimenopause, living in Huimanguillo, Tabasco, México. Sample consisted in 40 women, aged between 40-59 years, interviewed after previous informed consensus. The Apgar Familiar and Test of Depression of Zung were applied, obtaining sociodemographic and gynecobstetric information. Descriptive statistics and odds ratio (OR) with 95% confidence level ($p \leq 0,05$). Mean of age was $47,7 \pm 5,6$ years. Depression prevalence was 55%. A significant association was found with school years: low OR 13,36 (IC95 1,45-122,88), medium-high OR 0,07 (IC95 0,01-0,69). Depression prevalence was bigger than the one reported by other authors; contrary to other studies, there was no difference found in frequency between premenopause y postmenopausal. Rates of age were in concordance with literature studied and school years figured as determinants.

Keywords: depression, perimenopause, Apgar familiar, Zung test depression