

## Artículos de Revisión

Medwave 2013;13(3):e5651 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651

# Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer

Sex and gender differences in depression - proclivity in women

**Autor:** Ignacio Zarragoitía Alonso<sup>(1)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba

**E-mail:** [ignacio.alonso@infomed.sld.cu](mailto:ignacio.alonso@infomed.sld.cu)

**Citación:** Zarragoitía I. Sex and gender differences in depression - proclivity in women. *Medwave* 2013;13(3):e5651 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651

**Fecha de envío:** 3/1/2013

**Fecha de aceptación:** 17/3/2013

**Fecha de publicación:** 15/4/2013

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión externa por dos pares revisores a doble ciego

**Palabras clave:** depression, gender, sex

## Resumen

El presente artículo es una exposición y análisis de los principales factores que intervienen en la depresión, considerando aquellos que se circunscriben a las características biológicas, psicológicas y sociales relacionadas con el sexo y el género. En última instancia, éstos determinan que dicho trastorno se presente con más frecuencia en mujeres que en varones, casi duplicando los casos. Además se explican las cualidades de los trastornos depresivos en los diferentes períodos reproductivos, cuando esta enfermedad adquiere peculiaridades clínicas muy individuales según el desarrollo de las funciones sexuales y hormonales. Por último, se plantea la forma en que los roles asignados a los géneros pueden intervenir en las formas de afrontar la depresión de mujeres y hombres.

## Abstract

The article presents and analyzes the major factors involved in depression, taking into account those related to biological, psychological and social issues linked to sex and gender. Ultimately, these sex and gender-associated factors determine that the condition is present more often in women than in men, nearly doubling the cases. In addition, the article describes the singularities of depressive disorders in different reproductive periods when the disease acquires clinical specificity in accordance with sexual and hormonal functions. Finally, the way in which gender roles can intervene in how depression is approached in women vis-à-vis men is covered.

## Introducción

Desde los tiempos de la comunidad primitiva, cuando el patriarcado se establece como norma de relación y surgen las clases sociales, se crean las condicionales de las desigualdades de género. Quedan instauradas las diferenciaciones en lo referente al comportamiento, actitudes, valores y labores que debe asumir una persona según sea hombre o mujer. Es entonces que lo femenino se supedita a lo masculino en una relación de poder, donde el hombre es el dominante mientras el papel y las tareas de la mujer son devaluados socialmente.

Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y mujeres cualquier acción que se ejecute buscando incorporar las experiencias, el conocimiento, intereses, valores y actitudes para llevar adelante su propósito de desarrollo y con ellas beneficiarse de manera directa<sup>1</sup>.

Sin embargo, se hace necesario tener en cuenta las diferencias neurobiológicas desde el punto de vista histórico-evolutivo<sup>2</sup>. Cuando se plantea la problemática de género es necesario puntualizar sus tres elementos básicos<sup>3</sup>:

- Asignación de género: se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.
- Identidad de género: son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.
- Rol de género: conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo.

De estos conceptos se desprende que las diferencias entre el hombre y la mujer van más allá de las simples diferenciaciones biológicas.

Además, la igualdad de género puede tener importantes efectos en la productividad. Las mujeres representan ahora más del 40% de la fuerza de trabajo a nivel mundial, el 43% de la mano de obra agrícola y más de la mitad de la matrícula universitaria del mundo<sup>4</sup>.

Esta diferenciación matiza muchas de las enfermedades que se presentan en la mujer. Dentro de estos padecimientos, desde un punto de vista psiquiátrico, la depresión se destaca de forma relevante.

Junto con constituir una actualización en los debates surgidos al respecto y las diferentes opiniones vertidas, la importancia de la revisión de este tema radica en que es un análisis pormenorizado con aportes personales que constituyen un llamado de alerta para enfrentar especificidades en el abordaje de la depresión en la mujer. Este examen permite conocer aquellos factores de género que inciden, perpetúan y favorecen la presentación de dicho trastorno.

Obviar el factor género en los estados depresivos es realizar generalizaciones inadmisibles que no se corresponden con la realidad individual del trastorno. Es "embolizar" conocimientos teóricos a sujetos concretos.

Finalmente, es necesario conocer todos estos factores en el momento del abordaje terapéutico de la depresión para lograr una mayor y mejor efectividad del mismo. De no analizar estos aspectos de manera concienzuda, se corre el riesgo de caer en la superficialidad o limitar el razonamiento del problema a elementos intrascendentes, negando una realidad que se extiende al sufrimiento de la mujer.

## Desarrollo

Desde un punto de vista psicosocial se redefinen los valores clásicos de la "feminidad" como una variante de la indefensión aprendida y que producto a su menor estatus social, las mujeres experimentan más sucesos negativos y tienen menos control que los hombres en muchas áreas de su vida<sup>5</sup>.

Un concepto a tener en cuenta es el empoderamiento, el cual se entiende como la capacidad para tomar decisiones y llevarlas a la práctica como agentes de cambio<sup>6</sup>.

Las diferencias morfológicas y funcionales que existen entre hombres y mujeres recorren tres etapas<sup>3</sup>. La primera se inicia con el establecimiento del sexo

cromosómico durante la fertilización. La segunda sería la diferenciación gonadal y la tercera comprendería las manifestaciones que se producen durante la pubertad. Por lo tanto la feminidad tiene su diferenciación propia, la cual estaría dada en una primera instancia por la presencia de los estrógenos.

Para explicar las diferencias de género en la depresión se plantean múltiples hipótesis, las cuales se pueden agrupar en<sup>7</sup>:

- Hipótesis biológicas: rol que desempeñan las hormonas reproductivas.
- Hipótesis psicosociales: factores culturales y sociales que favorecen una vulnerabilidad en el desarrollo emocional, social y cognitivo de mujeres y hombres.
- Hipótesis de factores artefactuales: se debe estar alerta con aquellos factores que puedan amplificar artificialmente las diferencias de género, aunque su poder explicativo es restringido.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y a la ansiedad. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor<sup>8</sup>.

Tratando de interrelacionar algunos de estos elementos se ha sugerido que el estrógeno tendría un rol que interfiere con la regulación de la expresión del gen, promoviendo la producción de factores nutricionales para las neuronas y los neurotransmisores, facilitando así una expresión clínica favorable.

Además, la producción adecuada de estrógeno aumenta la producción de catecolaminas centrales así como la función y los transportadores de serotonina, lo que sumado a los factores individuales y sociales de la mujer podría explicar la mayor prevalencia de la depresión en mujeres que en hombres<sup>9</sup>.

El suicidio está relacionado con la depresión. De cada 100 intentos de suicidio, 62 son de mujeres entre 15 y 29 años. Sin embargo, en los suicidios consumados los hombres lo consiguen cinco veces más<sup>10</sup>.

## Depresión, cambios hormonales y ciclo reproductivo de la mujer

Aunque se desconoce el mecanismo mediante el cual los cambios hormonales puedan predisponer, y es necesario destacar este elemento de predisposición en la aparición de los trastornos depresivos, está comprobado que las diferentes hormonas sexuales femeninas (progesterona y estrógenos) tienen receptores propios en diversas áreas del cerebro<sup>11</sup>. Quedarían por indicar dos elementos adicionales para completar este primer análisis y exposición.

Se ha indicado la similitud del estereotipo femenino con los rasgos depresivos. Entre ellos la dependencia, pasividad, autoestima (que depende del apoyo afectivo), cuidar de otros antes que de sí misma, indefensión,

impotencia, sumisión, complacencia y baja competencia y ambiciones<sup>12</sup>. Además se sugiere que la diferencia de géneros en la prevalencia de la depresión se debe a una diferencia en la depresión somática de un fenotipo diferente<sup>13</sup>.

Por lo tanto, realizar una recapitulación y análisis de las características en cada una de las etapas del ciclo reproductivo en interrelación con la presencia de la depresión en la mujer, resulta de un valor inestimable en la evaluación y terapéutica de dicho trastorno mental.

### Menarquía y adolescencia

Algunos estudios han notado una edad menor de comienzo de los trastornos depresivos en mujeres con respecto a los hombres. En el National Comorbidity Survey esta diferencia fue más pronunciada en la adolescencia temprana, a los 10 años de edad. Se plantean las dos formas de presentaciones de la depresión en las mujeres: la que se manifiesta por primera vez entre los 10 y 14 años y la que comienza en la edad adulta<sup>14</sup>. Sin embargo, no se ha podido precisar si este aspecto tiene algún valor clínico terapéutico.

Se ha reportado que los factores genéticos que influyen en el riesgo de depresión y los acontecimientos negativos, interactúan en la pubertad y género para producir tasas superiores de depresión en chicas adolescentes. Ello sugiere que la predisposición genética para la depresión y para los acontecimientos llenos de tensión puede estar conectada en las adolescentes<sup>15</sup>.

### Período premenstrual y menstrual

**El síndrome premenstrual** fue descrito por primera vez en 1931 por Frank y Horney, quienes plantearon los posibles mecanismos fisiopatológicos de la condición y sobre algunas formas de tratamiento siendo parte de un amplio espectro de manifestaciones relacionadas con el período premenstrual y menstrual.

**Trastorno disfórico premenstrual** consiste en síntomas depresivos y somáticos en la última semana de la fase luteal y con remisión después de la menstruación. También aumenta el riesgo de depresión<sup>16</sup>.

Aún queda mucho por clarificar sobre la fisiopatología del síndrome premenstrual y puede incluir el efecto de estrógenos, el efecto de progesterona en neurotransmisores como serotonina, opioides, catecolaminas y Gamma amino hidroxibutírico ácido (GABA)<sup>17</sup>. Al igual que otros efectos como reducción relativa en el cortisol, anormalidades y disfunción suprarrenal en la regulación hormonal de agua y sal en el cuerpo, deficiencia en los efectos del modulador de gonadotropinas y su efecto directo en otros tejidos. También la deficiencia de vitamina B6, incremento de los niveles de prolactina<sup>18</sup>, resistencia a la insulina<sup>19</sup>, hipersensibilidad para las hormonas endógenas, reducción fisiológica en péptidos endógenos opioides durante el ciclo menstrual<sup>20</sup>, disfunción en el patrón del circadiano de secreción del melatonina, alteraciones intracitoplasmáticas

en electrolitos (calcio, cinc, cobre y sodio), efectos psicosomáticos y la deficiencia de prostaglandinas E1. Los factores neuroendocrinos pueden afectar a las mujeres con trastorno disfórico premenstrual, por lo tanto podrían ser más propensas a experimentar una reducción en el estado de ánimo y a la presencia de ansiedad premenstrual única durante los ciclos ovulatorios<sup>21</sup>.

### Embarazo y posparto

La alteración de la imagen corporal durante el embarazo y su incertidumbre frente a su recuperación son motivos de ansiedad. También la preocupación por la normalidad y salud del feto, así como el temor de ponerlo en peligro, pueden ser abrumadores<sup>22</sup>.

Un trastorno incapacitante y tratable como la depresión mayor afecta a más del 12% de las mujeres embarazadas. La depresión no tratada durante el embarazo ha sido asociada con riesgos de suicidio, abortos, pobre crecimiento fetal y postnatal<sup>23</sup>. A esto se añade que aquellos adolescentes cuyas madres tuvieron una depresión durante sus embarazos, presentaron un riesgo 4,7 veces mayor de estar deprimidos a los 16 años de edad, en comparación a aquellos cuyas madres no se deprimieron durante la gestación<sup>24</sup>.

Se ha indicado que la depresión en el primer trimestre del embarazo se presenta en un 7,4%, en el segundo trimestre en un 12,8% y en el tercero en un 12%<sup>25</sup>.

Se han planteado varios factores de la depresión los cuales se indican en la siguiente tabla<sup>26,27</sup>.

No parece relacionarse a una mayor incidencia de depresión posparto si el embarazo había sido planificado y deseado<sup>28</sup>.

### Depresión y eventos obstétricos

Hay variada evidencia que relaciona el estrés agudo y crónico con el sistema inmune con un desequilibrio en las citoquinas que identifican las respuestas inmunológicas de fenotipo Th1/Th2, a nivel de la unidad feto-placentaria. El primero ejercería un efecto estimulante mientras que ocurriría lo inverso durante el estrés crónico. En el estudio actual se confirma que la depresión antes de la concepción influye en el riesgo de interrupción de la gestación en mujeres con este antecedente<sup>29</sup>.

### Período premenopáusico, menopáusico y posmenopáusico

Aunque la depresión en mujeres de mediana edad presenta retos exclusivos debido a la complejidad incrementada y asociada a la transición menopáusica, que podría llamarse la "ventana de vulnerabilidad" de la depresión, constituye una oportunidad para ofrecer una atención dirigida y eficaz en el tratamiento de los síntomas físicos y de los síntomas del estado de ánimo de mujeres de estas edades<sup>30</sup>.

La transición menopáusica tardía se inicia cuando se producen al menos dos faltas de períodos menstruales. La posmenopausia es el período que se inicia después de la última menstruación<sup>31</sup>.

Aunque se ha observado una tasa elevada de disforia premenstrual, ni la depresión posparto ni la disforia premenstrual son acompañamientos coherentes de depresión perimenopáusica<sup>32</sup>. Los factores de riesgo importantes de los síntomas de depresión fueron antecedentes de depresión o tensión premenstrual, actitud negativa frente a la menopausia, así como variables del estilo de vida y psicosociales<sup>33</sup>.

Un estudio a largo plazo, prospectivo, de cohorte demuestra un aumento del riesgo para la depresión mayor durante la transición climatérica, especialmente dentro de los primeros dos años después de la menopausia<sup>34</sup>. Los factores invocados que se asocian al desarrollo de depresión durante el climaterio se indican en la tabla siguiente<sup>35</sup>:

Existen estudios que sugieren que las mujeres con disforia premenstrual o depresión posparto tienen un gran riesgo de depresión durante la transición menopáusica<sup>32</sup>. También se han evaluado las consecuencias de la violencia física, emocional o sexual en el estado de ánimo de mujeres de mediana edad. Un estudio ha indicado que la violencia por parte de la pareja predecía un estado de ánimo deprimido, el divorcio o la separación, el funcionamiento sexual bajo y el uso de fármacos psicotrónicos<sup>36</sup>.

En un estudio realizado en un grupo de mujeres que participaron en el The Women's Health Initiative Memory Study se concluyó que las mujeres que reciben suplemento de estrógeno más progesterona no presentan más accidentes vasculares cerebrales leves que la población general, por lo tanto el déficit cognitivo de la menopausia no se podría atribuir a mayor tasa de este tipo de eventos debido al soporte hormonal<sup>37</sup>. Por otra parte, los argumentos a favor y en contra de la terapia hormonal sustitutiva dependen de diferentes interpretaciones de los datos existentes en la literatura y también del manejo de conceptos tales como el de enfermedad y calidad de vida<sup>38</sup>.

### La mujer anciana y la depresión

La depresión es frecuentemente mal o subdiagnosticada en la paciente anciana<sup>39</sup>. Una razón que promueve estas características es que los profesionales de la salud pueden pensar que la depresión es una consecuencia normal de la edad y además es una actitud compartida por personas de este grupo etario<sup>40</sup>. Por otra parte, los síntomas depresivos no son fácilmente reconocibles pues se atribuyen a los múltiples problemas físicos que puedan presentar los ancianos y ancianas<sup>41</sup>.

La depresión tiene una gran influencia en la salud mental de los adultos mayores con repercusión en la salud física tanto actual como futura. Se sabe que visitan con más

frecuencia a médicos y servicios de emergencias y consumen más medicamentos<sup>42</sup>. En las mujeres ancianas se correlaciona la depresión con un incremento en las caídas y las consecuentes fracturas, no encontrándose diferencias en la densidad ósea entre pacientes deprimidas y no deprimidas<sup>43</sup>.

### Especificaciones de la depresión en hombres

Los hombres presentan más tendencia que las mujeres a evadirse a través del alcohol o drogas en casos de frustración o cuando se sienten oprimidos, desalentados, irritables, enojados y algunas veces ofensivos. Asimismo, algunos hombres se entregan por completo a su trabajo para evitar hablar de su depresión con familiares o amigos, o se involucran en comportamientos temerarios o riesgosos<sup>44</sup>.

Se plantea que desde el comienzo de la recesión en 2007, aproximadamente el 75% de quienes perdieron su trabajo en Estados Unidos fueron de hombres. Algunos han apodado estos despidos como mancesion<sup>45</sup>, lo que desde un punto de vista económico puede constituir un elemento para la aparición de la depresión en el hombre al perder su rol principal.

El papel exacto de la testosterona en la depresión mayor aún no está claro. La evidencia sostiene una asociación débil entre bajas concentraciones de testosterona y síntomas depresivos en varones adultos mayores. Son necesarios más estudios clínicos para evaluar la eficacia real de la testosterona en este tipo de población y específicamente en la distimia<sup>46</sup>.

Las características que se presentan entre hombre y mujer como elementos diferenciadores en la manifestación la depresión son varias<sup>47,48,49</sup>:

- El riesgo de recurrencia y cronicidad puede ser mayor en la mujer.
- La comorbilidad con trastornos ansiosos y alimentarios es más frecuente en la mujer.
- El hombre presenta más comorbilidad con abuso de sustancias y alcohol.
- En la mujer los episodios depresivos se asocian con mayor frecuencia a eventos estresantes, mientras que en el hombre parecen tener una dinámica propia.
- El efecto estacional sobre el ánimo es mayor en las mujeres. Éste se traduce en tristeza, aumento de peso, antojo de carbohidratos y aumento de la somnolencia. Cuando es tan intenso que perturba el funcionamiento, se habla de trastorno afectivo estacional.
- Los síntomas vegetativos inversos: la hiperfagia por carbohidratos con ganancia de peso y la hipersomnia, son más comunes en las mujeres.
- La conducta suicida también tiene un perfil distinto: los hombres intentan menos, pero son más "exitosos". Las mujeres intentan suicidarse más frecuentemente con fármacos o cortes de venas y los hombres se suicidan más con balazos o ahorcamiento.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en la presente revisión y análisis, se hace imprescindible en próximas investigaciones programar estudios longitudinales en la búsqueda de explicaciones y tratar de aclarar, en cierta medida, si las diferencias de género en la depresión se explican por tasas de incidencias de primeros episodios más tempranos y frecuentes en mujeres o por una mayor recurrencia y cronicidad de dichos trastornos en las féminas.

Para el adecuado abordaje de la depresión en el accionar de salud pública se deben tener en cuenta la suficiente autonomía para controlar de algún modo la respuesta a los sucesos graves. Además, se debe considerar el tener acceso a recursos materiales que permitan tener opciones entre las que elegir en el momento de enfrentarse a sucesos graves y, por último, contar con el adecuado apoyo psicológico ofrecido por familiares, amigos o profesionales de la salud por su efectividad demostrada.

Partiendo del concepto holístico se puede afirmar que la salud de la mujer es un proceso dinámico, multicausal y multifactorial que tiene que ver con todos aquellos procesos biológicos y psicológicos que afectan su persona y su condición social en las diferentes etapas de su vida.

De lo anterior se desprende que no puede limitarse sólo al embarazo y puerperio, como parecen indicar las políticas de salud orientadas particularmente a estos aspectos en materia de servicios y recursos destinados para tales fines. Es necesario llevar la ampliación de atención de salud al nivel de cotidianidad y a todas las edades del sexo femenino. Sólo de esta manera podrá la mujer (madre, trabajadora, ama de casa, anciana, esposa, y cuantas categorías y responsabilidades inimaginables en cantidad y compromiso) ocupar el lugar privilegiado de reconocimiento y respeto, de ayuda y de profesar hacia ellas el más sincero y admirable de todos los sentimientos: el amor.

Se hace necesario el mantenimiento de una actitud feminista de cambio<sup>50</sup> para lograr la incorporación social de la mujer de manera íntegra al desarrollo de toda la sociedad.

Por lo tanto, el modelo biológico explicaría una parte del fenómeno depresivo en la mujer, pero no todo. Los elementos que moldean la teoría de género complementarían de manera dinámica las experiencias e historicidad de la mujer en sentido positivo o negativo para dar al traste con la aparición o no de las manifestaciones depresivas.

Las particularidades de los elementos biomédicos y de salud mental en la mujer no implican la presencia de una enfermedad o la ausencia de salud. Es el pleno bienestar desde un punto de vista psíquico y físico. Es lograr la realización plena como persona donde el género no sea un factor discriminatorio y causante de insatisfacción.

## Notas

### Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

## Referencias

1. Peña AM. La transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas.[on line] | [Link](#) |
2. López-Mato AM. Diferencias neurobiológicas de género. *Alcmeon*. 2009 Oct;16(1): 5-13. | [Link](#) |
3. Herrera P. Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(6):568-73. | [Link](#) |
4. The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank. World development report 2012. Gender equality and development. Washington D.C.: The World Bank, 2011. | [Link](#) |
5. Matud MP, Guerrero K, MatíasInt RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en Depresión. *J Clin Health Psychol*. 2006;6(1):7-21. | [Link](#) |
6. Sabo D. Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. *OPS*, 2000:2-16. | [Link](#) |
7. Cova F. Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia psicológica*. 2005;23(1)43-56. | [Link](#) |
8. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1977 Jan;34(1):98-111. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. OMS. Salud de la mujer. Nota descriptiva N°334. Noviembre de 2009. Organización Mundial de la Salud. [on line] | [Link](#) |
10. Fumero I. La depresión mayor en la mujer. *Revista Galenus*. [on line] | [Link](#) |
11. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biol Psychiatry*. 1998 Nov 1;44(9):839-50. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Dio E. La depresión en la mujer. Madrid: Ediciones TH, 1991.
13. Silverstein B, Edwards T, Gamma A, Ajdacic-Gross V, Rossler W, Angst J. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Feb;48(2):257-63. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Desai HD, Jann MW. Major depression in women: a review of the literature. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2000 Jul-Aug;40(4):525-37. | [PubMed](#) |
15. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177:486-92. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

16. Rocha Filho EA, Lima JC, Pinho Neto JS, Montarroyos U. Essential fatty acids for premenstrual syndrome and their effect on prolactin and total cholesterol levels: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *Reprod Health*. 2011 Jan 17;8:2. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
17. Mortola JF, Girton L, Beck L, Yen SS. Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstet Gynecol*. 1990 Aug;76(2):302-7. | [PubMed](#) |
18. Horrobin DF. The role of essential fatty acids and prostaglandins in the premenstrual syndrome. *J Reprod Med*. 1983 Jul;28(7):465-8. | [PubMed](#) |
19. Valdes CT, Elkind-Hirsch KE. Intravenous glucose tolerance test-derived insulin sensitivity changes during the menstrual cycle. *J Clin Endocrinol Metab*. 1991 Mar;72(3):642-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Steiner M. Female-specific mood disorders. *Clin Obstet Gynecol*. 1992 Sep;35(3):599-611. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
21. Clayton AH, Keller AE, Leslie C, Evans W. Exploratory study of premenstrual symptoms and serotonin variability. *Arch Womens Ment Health*. 2006 Jan;9(1):51-7. Epub 2005 Dec 22. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. Rondón M. Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Médica Peruana*. 2005;22(1):15-18. | [Link](#) |
23. Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy. *N Engl J Med*. 2011 Oct 27;365(17):1605-11. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
24. Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord*. 2009 Mar;113(3):236-43. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
25. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr;103(4):698-709. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
26. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry*. 2007 Oct;164(10):1515-20. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
27. Quesada O. Depresión posparto. [ampmd.com](#) [on line] | [Link](#) |
28. Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy. *N Engl J Med*. 2011 Oct 27;365(17):1605-11. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
29. Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Hum Reprod*. 2002 Oct;17(10):2580-4. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Dennerstein L, Soares CN. The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World Psychiatry*. 2008 Oct;7(3):137-42. | [PubMed](#) |
31. Harlow SD, Crawford S, Dennerstein L, Burger HG, Mitchell ES, Sowers MF. Recommendations from a multi-study evaluation of proposed criteria for staging reproductive aging. *Climacteric*. 2007 Apr;10(2):112-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
32. Steinberg EM, Rubinow DR, Bartko JJ, Fortinsky PM, Haq N, Thompson K, et al. A cross-sectional evaluation of perimenopausal depression. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jun;69(6):973-80. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
33. Dennerstein L, Soares CN. The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World Psychiatry*. 2008 Oct;7(3):137-42. | [PubMed](#) |
34. Cowley D. Major depression and menopause. [psychiatry.jwatch.org](#) [on line] | [Link](#) |
35. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord*. 2003 Mar;74(1):67-83. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
36. Steinberg EM, Rubinow DR, Bartko JJ, Fortinsky PM, Haq N, Thompson K, et al. A cross-sectional evaluation of perimenopausal depression. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jun;69(6):973-80. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
37. Schei B, Guthrie JR, Dennerstein L, Alford S. Intimate partner violence and health outcomes in mid-life women: a population-based cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2006 Nov;9(6):317-24. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
38. Coker LH, Hogan PE, Bryan NR, Kuller LH, Margolis KL, Bettermann K, et al. Postmenopausal hormone therapy and subclinical cerebrovascular disease: the WHIMS-MRI Study. *Neurology*. 2009 Jan 13;72(2):125-34. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
39. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Complicaciones Patológicas de la Menopausia*. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Octubre de 1995.
40. American Psychological Association. Women and depression. [on line] | [Link](#) |
41. National Institute of Mental Health. Older adults. Depression and suicide facts. Version 2009. [on line] | [Link](#) |
42. National Institute of Mental Health. Older adults. Depression and suicide facts. [on line] | [Link](#) |
43. McGuire LC, Strine TW, Vachirasudlekha S, Mokdad AH, Anderson LA. The prevalence of depression in older U.S. women: 2006 behavioral risk factor surveillance system. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 May;17(4):501-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
44. Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS. Depression, falls, and risk of fracture in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Arch Intern Med*. 1999 Mar 8;159(5):484-90. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
45. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. *National Vital Statistics Reports*; 53(5). | [Link](#) |
46. Dunlop BW, Mletzko T. Will current socioeconomic trends produce a depressing future for men? *Br J Psychiatry*. 2011 Mar;198(3):167-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
47. Rodríguez A, Ceroni M, Celis S. Andropausia y trastornos del ánimo. *Rev Int Androl*. 2007 Abr; 5(2). | [Link](#) |

48.Kornstein SG, Sloan DM, Thase ME. Gender-specific differences in depression and treatment response. *Psychopharmacol Bull.* 2002 Autumn;36(4 Suppl 3):99-112. | [PubMed](#) |

49.Risco L. Menopause: effects of hormonal changes on mood and cognition. *Medwave* 2010 Mar;10(03):e4407. | [CrossRef](#) |

50.Gorman JM. Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gen Med.* 2006 Jun;3(2):93-109. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

## Tablas

CARACTERÍSTICAS	FACTOR
Antecedente patológico personal	Historia de depresión
Antecedente patológico familiar	Historia familiar de depresión o trastorno bipolar
Psicotraumas en la infancia	Maltratos en la infancia
Partos anteriores	Primeriza
Suporte social	Insuficiente
Hábitos tóxicos	Consumo de cigarros
Característica económica	Menores ingresos
Edad	Jóvenes menores de 20 años
Cantidad de hijos	Tener más de 3 hijos
Ambiente familiar	Violencia doméstica
Coexistencia	Enfermedades orgánicas o la asociación con de ansiedad, incluyendo desorden de pánico o el abuso de sustancias ilícitas.
Sueño	Alteraciones manifiestas

**Tabla 1.** Características y factores de la depresión.

Características	Factores
Antecedentes patológicos personales	Depresión Problemas crónicos de salud. Historia de disforia o Síndrome premenstrual
Síntomas	Vasomotores graves Sofocos.
Nivel educacional	Bajo
Situaciones estresantes	Pérdidas significativas

**Tabla 2.** Factores asociados al desarrollo de depresión durante el climaterio.

**Correspondencia a:**  
<sup>(1)</sup>Calle San Lázaro No. 701  
 Ctro. Habana  
 Ciudad de La Habana, Cuba



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.