

Menopausia y comorbilidad psiquiátrica

* Dr. Mario Souza y Machorro

RESUMEN:

El climaterio en la mujer induce cambios fisiológicos a todos los niveles de la economía. El síndrome inicia con síntomas neurovegetativos y se sigue con cambios metabólicos en aparato urogenital, piel, manejo de lípidos, estructura ósea, etc. que afectan emocionalmente a la mujer, al sistema familiar y a la sociedad. Las alteraciones más frecuentes son: depresión, ansiedad, somatización, problemas en la alimentación y abuso/adicción de psicotrópicos legales. La atención de estos problemas no es satisfactoria e idealmente deberá incluir terapia hormonal sustitutiva así como tratamiento farmacológico y psicoterapéutico junto con medidas tendientes a corregir el malestar existencial.

Revista Mexicana de Neurociencia 2001; 2(4): 232-234

ABSTRACT:

Climaterio in woman induces physiological changes in the whole body. This syndrome begins with neurovegetative symptoms and is followed by metabolic changes in urogenital tract, skin, lipid management, bone structure, etc. That affect woman in her emotions, family system and society. The most frequent problems are: depression, anxiety, somatization, alimentary disorders and abuse/addiction to legal psychotropic drugs. Attention of these problems is not satisfactory and ideally should include hormonal replacement therapy as well as pharmacologic and psychotherapy treatment along with measures to correct existential discomfort.

Revista Mexicana de Neurociencia 2001; 2(4): 232-234

Sólo siendo congruentes con los postulados de una atención humanitaria, se podrán eliminar paso a paso las discrepancias sociales y culturales que permanecen en torno de la vejez y lo que se espera de ellas(os) como individuos!

El climaterio se vincula a la edad de la mujer e induce cambios a todos los niveles de la economía, la disminución fisiológica del estradiol circulante aparece de 2 a 8 años antes del establecimiento formal del climaterio. Este síndrome, que depende del grado y tiempo de la hipofunción ovárica, inicia con sintomatología neurovegetativa, a la que siguen cambios metabólicos en los órganos estrógenorreceptores (aparato urogenital, piel, metabolismo de lípidos, estructura ósea, etc.), los cuales afectan emocionalmente a la mujer, al sistema familiar y a la sociedad. De ahí, que la preocupación profesional se dirija al fomento de la calidad de vida,² vía autoactualización y autorrealización personal³.

Descrito en la literatura como un periodo de pérdida y decaimiento, la menopausia, cuya relevancia se centra en la aparición acentuada de sentimientos de soledad, falta de compañía, pérdida de la belleza, rechazo y en su conjunto de "vacío" existencial, reúne síntomas contrastantes entre los y las ginecólogos⁴. Algunos de ellos, consideran este periodo como una oportunidad de desarrollo y

actividad sexual libre, aún cuando exista decaimiento y falta de proyectos para el futuro. Las segundas subrayan además, la relevancia del periodo cesante como una etapa de crisis que puede promover con su fuerza positivizable, oportunidades y cambios en la vida que consoliden un estado de crecimiento y autonomía⁴. La comorbilidad de la patología en la adultez y su requerimiento terapéutico, deben ser atendidos como cualquier otra entidad nosológica⁵. Las razones psicodinámicas participantes (mecanismos inconscientes de negación, racionalización, proyección, etc.) llevan a la reiterada omisión de su reconocimiento y aceptación, lo mismo en el plano de su presencia colectiva como fenómeno psicosocial (la mitad de la población lo enfrenta alguna vez), como en la tarea asistencial de la salud. Más aún, en lo individual, su omisión merece ser interpretada no sólo como mera ignorancia o subestimación de algo amenazante y antiplacentero que se teme, sino como un deseo de alejamiento de la realidad (proceso de envejecimiento), el cual da paso a distintas complicaciones, hoy día por fortuna, prevenibles⁶. En su conjunto, la sintomatología psicoorgánica de la menopausia se muestra además, en: 1. Las expectativas psicosociales y culturales manifiestas en la interpretación de la pérdida de la reproductividad. 2. La redefinición de los papeles conyugales y familiares. 3. El Síndrome del "Nido Vacío". 4. El ataque a la femineidad y ciertos cambios del status^{7,8} que impactan decisivamente a la mujer en forma simultánea a varios ni-

* Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista.

Correspondencia y reimpresos: Dr. Mario Souza y Machorro
J. Ma. Ibarán 47, 7-8º piso. Col. San José Insurgentes
C.P. 03900 Delegación Alvaro Obregón.
Souzaym@mexis.com

veles de su organización funcional y repercuten en la afectación de la dinámica de pareja, el bienestar familiar y la productividad social⁹.

En los últimos años la terapia hormonal de reemplazo (THR) ha sido un importante tópico de la investigación en ginecología, psiquiatría y neurociencias, debido a que el SNC, uno de los órganos blanco de las hormonas esteroides, durante el periodo sufre la rápida declinación sanguínea de los compuestos gonadales, provocando cambios neuroendócrinos en diferentes áreas cerebrales. A nivel hipotalámico la baja del nivel estrogénico habitual incrementa los síntomas vasculares, provoca trastornos alimentarios y defectos en el control de la presión sanguínea. A nivel psíquico, produce irritabilidad, afectación del talante y síndromes ansioso-depresivos inducidos por su efecto sobre el sistema límbico¹⁰. La hipótesis neuro-anatómo-fisiológica de la especificidad de los efectos estrogénicos sobre el cerebro, parece explicar la correlación de su deficiencia con los disturbios cognitivos, tal como ocurre en la demencia Alzheimer¹⁰. El elevado interés en la influencia esteroidea sobre la función cerebral enfocó la atención en la THR, a partir de que distintos estudios clínicos y epidemiológicos documentaron la conveniencia de la estrogénoterapia, por su efecto sobre la inestabilidad vascular. La cual puede mejorar, pero como era de esperarse, no erradica los disturbios psicológicos y de personalidad en las pacientes. Sin embargo, tal positividad sobre el talante puede correlacionarse con: 1. La estimulación del tono adrenérgico y serotoninérgico 2. El incremento de la circulación total del cerebro y cerebelo 3. La administración de glucosa cerebral y 4. El tono colinérgico. De hecho la acetilcolina es un conocido neurotransmisor clave para la función del aprendizaje y la memoria, por lo que distintos estudios muestran evidencia de que la terapia hormonal de sustitución puede reducir el riesgo de desarrollar Alzheimer¹⁰. Por su parte los progestágenos y los andrógenos, también juegan un papel en el control de los trastornos del afecto. Sin embargo, hoy día existen pocos datos disponibles respecto de la influencia selectiva de los receptores moduladores, una nueva clase de compuestos que pueden estimular el cerebro¹⁰. Cabe destacar por otro lado, que la THR favorece asimismo, la corrección de la disfunción psicosexual de las pacientes^{11,12} lo cual refuerza una parte importante de la mejoría de la calidad de vida que plantea cualquier terapéutica integral. Todo lo cual induce a recomendar el creciente número de opciones que han de individualizarse para satisfacer sus muy particulares necesidades¹³. V. gr., para el abordaje de los aspectos psiquiátricos de la comorbilidad menopáusica se emplean hoy día, distintos mo-

delos preventivos, particularmente destinados a la depresión y otros trastornos psiquiátricos^{14,15,5,16} debido a que tales problemas son un serio reto para los servicios médicos de atención primaria a la salud. De hecho la OMS ha señalado que para el año 2020, las prioridades de salud mental serán la depresión y las adicciones¹⁷. Un tercio de las(os) pacientes que consultan, reúne los criterios diagnósticos de tales entidades nosográficas^{18,19} y 75% son por trastornos de ansiedad, depresión²⁰ o mixtos²¹. Los resultados de los estudios epidemiológicos más importantes realizados en los años 80^{22,23} señalaron que las mujeres presentan los más altos índices de depresión^{23,24} ansiedad,^{25,26} somatización²⁷ y trastornos de la alimentación, consumo de fármacos psicoactivos legales (sedantes, ansiolíticos, antidepresivos)²⁸. Panorama que no sorprende al (la) profesional de la salud, quien siempre ha observado los niveles psicopatológicos en la mujer. Lo que llama la atención en todo caso, es que no obstante tal identificación, el manejo adecuado del trastorno mental es aún insatisfactorio^{29,30,31}.

El climaterio y su correlato psicoorgánico favorece la presencia de enfermedades prevenibles. La mayoría de las pacientes se presenta a consulta por malestares psicosociales diagnosticables oportunamente. Por lo menos un tercio de las pacientes climáticas atendidas por el médico de primer contacto muestra trastornos psiquiátricos. En la paciente menopáusica las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales son muy frecuentes, especialmente depresión, ansiedad, somatización y problemas de la alimentación y abuso/adicción a psicotrópicos, de forma aislada o como síndromes formales³². Más aisladamente se presentan reacciones emocionales diversas relacionadas con estados agudos o crónicos de estrés, confusión de la identidad, disfunción sexual individual y/o de pareja, y necesidad imperiosa de establecer un sentimiento de control personal para enfrentar la vida. Lamentablemente, no todas las personas en la sociedad, incluidos los profesionales de la salud, relacionan las alteraciones del ciclo menstrual, la ingestión de anovulatorios, embarazo, postparto y climaterio con estados emocionales alterados y su comorbilidad. Lo cual se complica con el hecho de que en la sociedad, padecer algún trastorno emocional es todavía un estigma que se rechaza y/o niega, antes que asignarle manejo apropiado. A ello se debe también, que muy pocas personas deseen asumir la responsabilidad de su salud afectada por estos malestares, especialmente cuando se vislumbran como asuntos conectados con la actividad psicosexual. En tal sentido, se debe considerar que la atención a las características biológicas y psicosociales únicas de la mujer, facilita las condiciones para el manejo de la

problemática de esta etapa, la cual debe incluir, terapia combinada (farmacológica y psicoterapéutica) apoyada de todas aquellas medidas tendientes a corregir el malestar existencial. Se debe poder reconocer que el climaterio, no es sólo una etapa fisiológica capaz de generar trastornos, sino que representa también una oportunidad para la asunción personal de la libertad, como una responsabilidad individual a vencer, que factiblemente promueve el uso adecuado de las posibilidades de cambio a favor de una vida mejor.

En suma, considerada la comorbilidad psiquiátrica del climaterio, en el contexto de una nueva visión histórico, política y psicosocial de la mujer y lo femenino, la recomendación de la literatura científica deviene distinta de la observación tradicional.

REFERENCIAS

- Hillman JL; Stricker G. A linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexuality: not necessarily a uniform relationship. *Gerontologist*, 34(2):256-60, 1994.
- Blackwell JT; Blackwell DA. Menopause: life event or medical disease?. *Clin Nurse Spec*, Jan 11(1):7-9, 1997.
- Hawkins Ro. The relationship between culture, personality, and sexual jealousy in men in heterosexual and homosexual relationships. *J. Homosex*, 19(3):67-84, 1990.
- Defey D; Storch E; Cardozo S; Diaz O; Fernandez G. The menopause: women's psychology and health care. *Soc Sci Med*, May 42(10):1447-56, 1996.
- Simon MR; Clayton ah; Clavet GJ; PINKERTON JV. Patient satisfaction with psychiatric treatment of menopausal women in a multidisciplinary women's midlife center. *Menopause*, Fall 5(3):169-73, 1998.
- US. Preventive Services task force: Guide to Clinical Preventive Services. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995. pp114-16.
- Robinson G. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis*, Aug 184(8):453-8, 1996.
- Child-Clarke A. Womens health. Pause for thought. *Nurs Times*, Mar 27 Apr 2:92(13):50-1, 1996.
- Souza Y MM. Dinámica y Evolución de la Vida en Pareja. Editorial El Manual Moderno. México, 1996. pp 223-25.
- Child-Clarke A. Womens health. Pause for thought. *Nurs Times*, Mar 27 Apr 2:92(13):50-1, 1996.
- Pearce J; Hawton K; Blake F. Psychological and sexual symptoms associated with the menopause and the effects of hormone replacement therapy. *Br J Psychiatry*, Aug 167(2):163-73, 1995.
- Pearce MJ; Hawton K. Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, Sep 10(3):385-99, 1996.
- Cutson TM. Managing menopause. *Am Fam Physician*, Mar 61(5):1391-400, 2000.
- Pearlstein TB. Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol*, Aug 173(2):646-53, 1995.
- Pearlstein T; Rosen K; Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*, Jun 26(2):279-94, 1997.
- Haynes P; Parry BL. Mood disorders and the reproductive cycle: affective disorders during the menopause and premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacol Bull*, 34(3):313-8, 1998.
- Souza Y MM. Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos. *Ciencia y Cultura Latinoamérica. México*, 2000. pp.128-132.
- Kessler LG; Cleary PD; Burke JD. Psychiatric disorders in primary care: Results of a follow up study. *Arch Gen Psychiatry*, 42:583-587, 1985.
- Levenson JL. Psychiatric aspects of medical practice. In Stoudemire A (Ed): *Clinical Psychiatry for Medical Students*, ed 2. Phil. JB Lippincott, 1990, pp. 580.
- Roy-Byrne P; Katon W; Broadhead We. Subsyndromal ("mixed") anxiety depression in primary care. *J Gen Intern Med*, 9:507-12, 1994.
- Zinbarg Re; Barlow Dh; Liebowwitz M. The DSM IV field trial for mixed anxiety depression. *Am J Psychiatry*, 151:1153-62, 1994.
- Regier Da; MyersJK; Kramer M. The NIMH Epidemiologic catchment area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 41:934-41, 1984.
- Kessler RC; Mcgonagle Ka, Zhao E. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in U.S. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19, 1994.
- Kessler RC; Mcgonagle Ka; Swartz M. Sex and depression in the national comorbidity survey. *J Affect Disord*, 29:85-96, 1993.
- Katon WJ; Von Korff M; Lin E. Panic disorder: Relationship to high medical care utilization. *Am J Med*, 92 (Suppl 1):75-115, 1992.
- Nagy M; Krystal L H. Anxiety disorders. In STOUDEMIRE A (Ed): *Clinical Psychiatry for Medical Students*, ed 2. Phil. JB Lippincott. 1994. pp 233-73.
- Folks Dg; Ford Cv; Houck C. Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. In Stoudemire A (Ed): *Clinical Psychiatry for Medical Students*, ed 2. Phil., JB Lippincott. 1994. pp 274-305.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, ENA. Secretaría de Salud (SSA), México, 1998.
- Degrug Fv. Mental health care in the primary care setting: A paradigm problem. *Families Systems Health*, 15:3-26, 1997.
- Ransom DC. Commentary: Mental healthcare in the primary care setting. *Fam Syst Health*, 15:27-36, 1997.
- Weihls K. Mental health care in the primary care setting. *Fam Syst Health*, 15:37-9, 1997.
- Frank JB; Weihls K; Mnerva E; Llieberman DZ. Womens mental health in primary care: Depression, Anxiety, Somatization, Eating disorders and Substance Abuse. *Medical Clinics of North América*, Mar 52(2)359-82, 1998.