

# Menopausia y comorbilidad psiquiátrica

Dr. Mario Souza y Machorro

## RESUMEN

Considerada la comorbilidad psiquiátrica del climaterio, en el contexto de una nueva visión histórica, política y psico-social de la mujer y la femineidad, las recomendaciones de la literatura científica enfocadas a su atención, son distintas de las observaciones tradicionales. Alcanzar una nueva y eficaz postura asistencial, requiere de superar los prejuicios prevalentes y lograr una adecuada actualización, para ser realmente efectiva y acorde a las necesidades biopsico-sociales de quien sufre la condición fisiológica. El cambio de función social de la mujer, convoca a una genuina aceptación comunitaria (actualmente en proceso), que no consolida aún la actitud favorable requerida en la mentalidad colectiva de nuestro país, para ofrecer mejores alternativas de manejo a la problemática femenina y su comorbilidad. Ello se refleja incluso, en el manejo médico y psicológico de los casos, donde la mujer es la protagonista. Se presenta una breve discusión y algunas recomendaciones con fines de divulgación.

Rev Mex Neuroci 2002; 3(3): 149-152

## Menopause and psychiatric comorbidity

### ABSTRACT

Considering psychiatric co-morbidity of menopause within the context of a new historical and psychosocial view of woman and femininity, the recommendations of the current literature focused upon the medical care, become different from traditional observations. In order to reach a new, effective assistance, prevailing prejudices must be overcome to achieve an adequate updating to be effective. That is to say, to be suitable to the psychosocial needs of those who suffer a physiological condition. The change in the social role of women (requiring a genuine community acceptance presently in process) still does not consolidate the favorable attitudes which are necessary in the general thinking in our country, in order to offer better therapeutic alternatives to women's problems and its comorbidity. Such a situation is reflected even in the medical and psychological handling of cases, where women are the protagonists. This paper offers a brief discussion and some recommendations for the purposes of diffusion.

Rev Mex Neuroci 2002; 3(3): 149-152

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<sup>1</sup>.

El climaterio se vincula a la edad de la mujer e induce cambios a todos los niveles de la economía; por la disminución fisiológica del estradiol circulante que 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<sup>2</sup>, vía autoactualización y autorrealización personal<sup>3</sup>.

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 contraversiales entre los y las especialistas de ginecología<sup>4</sup>. 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 autonomía<sup>4</sup>. La comorbilidad de la patología en la adultez y su requerimiento terapéutico, deben ser atendidos como cualquier otra entidad nosológica<sup>5</sup>. 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

Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista  
Primer Foro Ecológico Cuajimalpa 2002.  
Gobierno Delegacional de Cuajimalpa, D.F.

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, prevenibles<sup>6</sup>. 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<sup>7,8</sup> que impactan decisivamente a la mujer en forma simultánea a varios niveles de su organización funcional y repercuten en la afectación de la dinámica de pareja, el bienestar familiar y la productividad social<sup>9</sup>.

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 esteroideas, 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 límbico<sup>10</sup>. La hipótesis neuro-anatomo-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 de Alzheimer<sup>10</sup>. 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 estrogenerapia 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 de cerebro y cerebelo.

3. La administración de glucosa cerebral.

4. El tono colinérgico.

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 Alzheimer<sup>10</sup>. 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 cerebro<sup>10</sup>. Cabe destacar por otro lado, que la THR favorece asimismo, la corrección de la disfunción psicosexual de las pacientes<sup>11,12</sup> 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 necesidades<sup>13</sup>. V. gr., para el abordaje de los aspectos psiquiátricos de la comorbilidad menopáusica se emplean hoy día, distintos modelos preventivos, particularmente destinados a la depresión y otros trastornos psiquiátricos<sup>14,15,5,16</sup>, 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 adicciones<sup>17</sup>. Un tercio de las(os) pacientes que consultan, reúne los criterios diagnósticos de tales entidades nosográficas<sup>18,19</sup> y 75% son por trastornos de ansiedad, depresión<sup>20</sup> o mixtos<sup>21</sup>. Los resultados de los estudios epidemiológicos más importantes realizados en los años 80<sup>22,23</sup>, señalaron que las mujeres presentan los más altos índices de depresión<sup>23,24</sup> ansiedad<sup>25,26</sup> somatización<sup>27</sup> y trastornos de la alimentación, consumo de fármacos psicoactivos legales (sedantes, ansiolíticos, antidepresivos)<sup>28</sup>, 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<sup>29,30,31</sup>.

El climaterio y su correlato psicoorgánico favorece la presencia de enfermedades prevenibles, pues la mayoría de las pacientes se presenta a consulta por malestares psicosociales diagnosticables oportunamente. Por lo menos un tercio de las pacientes climatéricas 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, so-

matización y problemas de la alimentación y abuso/adicción a psicotrópicos, de forma aislada o como síndromes formales<sup>32</sup>. 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. Alcanzar una nueva y eficaz postura asistencial, requiere de superar los prejuicios prevalentes y lograr una adecuada actualización, *para ser realmente efectiva y acorde a las necesidades biopsicosociales de quien sufre la condición fisiológica*. El cambio de función social de la mujer, convoca a una genuina aceptación comunitaria que no consolida aún la actitud favorable requerida en la mentalidad colectiva de nuestro país, para ofrecer mejores alternativas de manejo a la problemática femenina y su comorbilidad. Ello se refleja claramente en el concepto actual y praxis médica y psicológica de los casos, donde la mujer y sus problemas no son asumidos para su correcta atención. *El éxito de una sociedad se refleja en la forma como han llegado sus miembros a la vejez.*

## REFERENCIAS

- Hillman JL, Stricker G. A linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexuality: not necessarily a uniform relationship. *Gerontologist* 1994; 34(2):256-60.
- Blackwell JT, Blackwell DA. Menopause: life event or medical disease?. *Clin Nurse Spec Jan* 1997; 11(1):7-9.
- Hawking RO. The relationship between culture, personality, and sexual jealousy in men in heterosexual and homosexual relationships. *J Homosex* 1990; 19(3):67-84.
- Defey D, Storch E, Cardozo S, Dias O, fernandez G, The menopause: women's psychology and health care. *Soc Sci Med* 1996 42(10):1447-56.
- Simon Mr, Clayton AH, Clave GJ, Pinkenton JV, Patient satisfaction with psychiatric treatment of menopausal women in a multidisciplinary women's midlife center. *Menopause* 1998 5(3):169-73.
- 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* 1996; 184(8):453-8.
- Child-Clarke A, Womens health. Pause for thought. *Nurs Times* 1996; 2:92(13):50-1.
- 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* 1996; 2:92(13):50-1.
- Pearce J, Hawton K, Blake F. Psychological and sexual symptoms associated with the menopause and the effects of hormone replacement therapy. *Br J Psychiatry* 1995; 167(2):163-73.
- Pearce MJ, Hawton K, Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996; 10(3):385-99.
- Cutson TM, Managing menopause. *Am Fam Physician* 2000; 61(5):1391-400.
- Pearlstein TB, Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(2):646-53.
- Pearlstein TB, Rosen K, Stone AB, Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 6(2):279-94.
- Haynes P, ParryBL, Mood disorders and the reproductive cycle: affective disorders during the menopause and premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34(3):313-8.
- 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*, 1985 42:583-587.
- 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-Byne P, Katon W, Broadhead WE, Subsyndromal ("mixed") anxiety depression in primary care. *J Gen Intern Med* 1994; 9:507-12.
- Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, The DSM IV field trial for mixed anxiety depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1153-62.
- Regier DA, Myers JK, Kramer M, The NIMH Epidemiologic catchment area program: Historical context, major objecti-

- ves, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:934-41.
23. Kesler RC, Mcgonagle KA, Zhao E, Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in U.S. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
  24. Kessler RC, Mcgoainagle KA, Swartz M, Sex and depression in the national comorbidity survey. *J Affect Disord* 1993; 29:85-96.
  25. Katon WJ, Von Korff M, Lin E, Panic disorder: Relationship to high medical care utilization. *Am J Med* 1992; 92 (Suppl 1):7S-11S.
  26. Nagy M, Krystal H, Anxiety disorders. In STOUDEMIRE A (Ed): *Clinical Psychiatry for Medical Students*, ed 2. Phil. JB Lippincott, 1994; pp 233-73.
  27. 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.
  28. Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones, ENA. Secretaria de Salud (SSA), México, 1998.
  29. Degruy FV, Mental health care in the primary care setting: A paradigm problem. *Families Systems Health* 1997; 15:3-26.
  30. Ranson DC, Commentary: Mental healthcare in the primary care setting. *Fam Syst Health* 1997; 15:27-36.
  31. Weihs K, Mental health care in the primary care setting. *Fam Syst Health* 1997; 15:37-9.
  32. Franck JB, Weihs K, Mnerva E, Lieberman DZ, Womens mental health in primary care: Depression, Anxiety, Somatization, Eating disorders and Substance Abuse. *Medical Clinics of North America* 1998; 52(2)359-82.

