

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## Menopausia: aspectos psiquiátricos

Dr. Mario Seguel Lizama  
Profesor Auxiliar de Psiquiatría  
Departamento de Psiquiatría

La prevalencia de trastornos psiquiátricos muestra una importante diferencia por sexo. Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en diversos países y culturas, tanto en la población general como en grupos especiales de población (pacientes de atención primaria, hospitales generales y servicios psiquiátricos), son consistentes en sugerir que las mujeres tienen más síntomas psiquiátricos que los hombres. En la búsqueda de una explicación de estos hallazgos se ha planteado una serie de hipótesis:

1. Las mujeres refieren más libremente la existencia de síntomas psiquiátricos que los hombres.
2. Las mujeres hacen más uso de los servicios médicos que los varones, aumentando con ello la probabilidad de ser diagnosticadas como portadoras de un trastorno psiquiátrico.
3. Existe una mayor vulnerabilidad biológica que se expresa genéticamente.
4. El desarrollo diferenciado por sexo del sistema nervioso central implica diferencias estructurales y funcionales. Estas se expresan en el proceso reproductivo y en la conducta sexual y pudieran estar asociadas a un riesgo diferencial del enfermar.
5. El rol social que debe desempeñar la mujer se asocia a factores de riesgo específicos para el desarrollo de un determinado tipo de trastorno psiquiátrico.

Una vez superadas las dificultades metodológicas planteadas por las diversas hipótesis, se ha concluido que son más frecuentes en el sexo femenino los síntomas derivados de los estados de ánimo asociados a cambios negativos en la vivencia y en la percepción de la realidad.

En la búsqueda de explicaciones etiopatogénicas de dichos hallazgos, la investigación se ha polarizado en dos áreas fundamentales:

- a) Los fenómenos psicosociales relacionados con el papel de la mujer y con las dificultades en su desempeño social.
- b) Los fenómenos biológicos debidos a los cambios asociados a la fisiología reproductiva, tales como los ciclos menstruales, embarazo y menopausia.

Los trastornos conductuales y del ánimo asociados a la menopausia han constituido un área de interés médico desde la Antigüedad, desarrollándose, de acuerdo a la época y a la cultura, distintas explicaciones sobre el origen y sentido de esta etapa en la vida de la mujer. En la Antigüedad se creía que la pérdida de la "función del útero" incidía en algunos síntomas de déficit que formaban un continuo, cuya expresión más grave era la depresión; a pesar de ello, esta concepción de la menopausia no constituía un estigma.

Desde la publicación de Tilt en 1857, cambia la concepción de este periodo, describiéndolo como una "tragedia", un "ataque catastrófico", y a la mujer postmenopáusica, como "irritable", "nerviosa", con "episodios histéricos" muy frecuentes y pérdida de la capacidad para enfrentar "adecuadamente la vida". Estas descripciones pesimistas y peyorativas fueron repetidas por otros clínicos y confirmadas con observaciones llevadas a cabo en mujeres hospitalizadas en instituciones psiquiátricas de pacientes crónicos. Estas apreciaciones fueron aceptadas como válidas hasta mediados de este siglo, época en la cual fueron sometidas a un juicio crítico y a estudios metodológicamente válidos y representativos de la población general.

El estudio de la menopausia puede ser enfocado desde diversas perspectivas:

- a) La dimensión antropológica, que privilegia el enfoque de cómo la cultura impone creencias, actitudes y valores, los cuales son aprendidos a través del ciclo vital, siendo capaces de influir en un periodo de importantes cambios biológicos.
- b) La dimensión psicológica, vinculada a los cambios ocurridos en relación al término del periodo reproductivo.
- c) Como un problema médico.

Muchos trastornos psiquiátricos se desarrollan también en esta dimensión biopsicosocial, trascendiendo el campo de lo estrictamente médico. Esta revisión tendrá este enfoque más amplio e integral de la menopausia.

### Trastornos psiquiátricos y menopausia

Desde el siglo XIX se ha descrito la asociación entre menopausia y trastornos psiquiátricos como altamente frecuente. En 1906 Kraepelin, uno de los fundadores de la moderna nosología psiquiátrica, describió la melancolía involutiva, modalidad de depresión independiente de la psicosis maníaco-depresiva. La melancolía involutiva sería más frecuente en mujeres y comenzaría durante el periodo de vida "involutivo"; la sintomatología asociada al cuadro clínico clásico de depresión estaba conformada por agitación, hipocondría y delirios de contenido depresivo, tales como ruina y enfermedad. El mismo autor, en el año 1921, corrigió su opinión, describiendo la entidad sólo como la exacerbación de una enfermedad que se iniciaba precozmente en la vida, no existiendo a su juicio evidencia clínica suficiente para plantear una enfermedad específica de este periodo.

A pesar de la evidencia clínica, persistió el interés en relacionar a la mujer, la depresión y la menopausia. Así, por ejemplo, Werner postuló en 1934 a la melancolía involutiva como una forma extrema del síndrome menopáusico, e independiente de la psicosis maníaco-depresiva. Presumía su origen en una insuficiencia ovárica. En los años posteriores se describieron series clínicas en las cuales se

administraron diferentes dosis y formas de estrógenos con resultados muy variables, que oscilaban entre ausencia de efecto y la mejoría completa. Por otra parte, en Inglaterra se desarrollaron una serie de estudios destinados a validar la entidad clínica "melancolía involutiva" o "depresión climatérica", utilizando para ello información sobre factores etiológicos, síntomas, personalidad premórbida y curso clínico. Estos estudios concluyeron en 1963, afirmándose que no existe evidencia de un síndrome involutivo específico diferente de las formas clásicas de depresión: trastorno bipolar o depresión mayor.

Las clasificaciones actuales, tales como el DSM III-R (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987, Tabla 1) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS, 1992), señalan las depresiones en el capítulo de trastornos del ánimo. Estos trastornos se dividen en trastorno bipolar, depresión mayor y distimia.

Los estudios de prevalencia de depresión mayor y distimia en población general muestran un predominio en mujeres de hasta dos veces a lo largo de toda la vida, 2,6% en los hombres y 7% en las mujeres. En el trastorno bipolar, en cambio, la distribución por sexo es la misma: 1%.

En relación al curso de la depresión mayor a lo largo de la vida, se ha demostrado que cuando el episodio se inicia después de los 50 años de edad, éste es clínicamente diferente, presentando más agitación psicomotora, duración más prolongada y mayores tasas de recurrencia a lo largo de la vida. Estas características de las depresiones durante la menopausia hacen comprensible la descripción de la "melancolía involutiva".

Además, se ha observado que no existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología del trastorno bipolar entre mujeres pre y postmenopáusicas, que permitan afirmar que el cuadro clínico es más grave durante este periodo. Esto es también válido para la prevalencia del suicidio en cualquiera de las formas de presentación de los trastornos del ánimo.

Por otra parte, se ha descrito que los estrógenos pueden aumentar el ánimo de un modo inespecífico, efecto frecuentemente descrito como "tónico mental". Para validar la relación entre depresión y déficit estrogénico se han efectuado dos tipos de estudios:

a) Medición del nivel de estrógenos en pacientes con depresión durante el periodo menopáusico, correlacionándolo con los síntomas clínicos;

b) Ensayos terapéuticos con estrógenos, administrados a pacientes deprimidas en la modalidad doble ciego.

En ambos tipos de estudios no se ha logrado establecer una relación positiva.

### Síntomas psiquiátricos y menopausia

Durante la década de los '50 se intentó identificar síntomas psiquiátricos específicos que, en forma aislada o en una constelación determinada, fuesen más frecuentes durante la menopausia. Los síntomas propuestos fueron cansancio, nerviosismo, parestesias, desánimo, vértigo, cañalea e insomnio. Estudios con diseños metodológicamente válidos encontraron que estos síntomas son tan frecuentes como en otros periodos de la vida. El síntoma más frecuente durante la menopausia fue el cansancio, el cual se correlacionó en forma específica con mujeres con alto nivel de dependencia social, rasgo distintivo del trastorno de personalidad denominado personalidad dependiente.

**TABLA 1**

### **TRASTORNOS DEL ANIMO (CLASIFICACION DSM-R)**

1. **DEPRESION MAYOR.** La depresión típica se define como la presencia diaria de cinco síntomas característicos, uno de los cuales debe ser específico del ánimo (disforia o anhedonia): cambios de apetito y/o peso, insomnio o hipersomnia, retardo o agitación psicomotora, fatiga y pérdida de la energía, sentimiento de desesperanza y culpa, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Duración mínima: dos semanas.
2. **TRASTORNO BIPOLAR.** Existen alternadamente ambas formas de trastornos del ánimo:
  - 2.1 **Episodio maníaco.** Lo característico es un aumento del ánimo, con expansividad e irritabilidad, asociado a tres de los siguientes síntomas característicos: aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, habla mayor que lo habitual, fuga de ideas o sensación subjetiva de flujo, distraibilidad, aumento de la actividad y/o agitación psicomotora, los enfermos se involucran excesivamente en actividades placenteras que implican grave riesgo personal. No existe una duración mínima.
  - 2.2 **Episodio depresivo.** Cuadro clínico igual al de depresión mayor, con duración mínima de dos semanas.
3. **DISTIMIA.** Existe subdepresión crónica, que no alcanza a reunir los criterios de depresión mayor. Hay disforia y a lo menos dos de los siguientes síntomas: pérdida del apetito o comer en exceso, insomnio o hipersomnia, disminución de la energía y fatiga, baja de la autoestima, disminución de la concentración y dificultades para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. Duración mínima: dos años.

### **Sexualidad y menopausia**

A la sexualidad, al igual que a los síntomas psiquiátricos, se le ha atribuido una serie de cambios durante la menopausia. Una de tales afirmaciones es su deterioro en función de la edad. Los estudios llevados a cabo en mujeres de edad media sobre interés y actividad sexual, fracasan en demostrar un deterioro predecible y consistente durante la menopausia.

Si bien existe una gran variabilidad en la mantención de la vida sexual, la presencia de una pareja adecuada es un factor más determinante que la edad. Un gran número de estudios son concordantes en describir una disminución de la actividad sexual después de los 50 años en ambos sexos. El factor limitante es la disminución de la libido en la mujer, más que la dispareunia atribuida al déficit estrogénico o a problemas derivados de una disfunción masculina.

La mayor parte de las mujeres estudiadas que no usaban terapia de sustitución hormonal habían abandonado conductas y actitudes femeninas. No tenían interés en incrementar su actividad sexual, aun si hubieran dispuesto de fármacos que la mejoraran y que estuviesen libres de efectos colaterales. No estimaban que la menopausia fuera determinante en esta actitud frente a la sexualidad.

Se describe que las mujeres que usan terapia de sustitución hormonal tienen un nivel superior de actividad sexual, se interesan más por su presentación personal, efectúan más ejercicios y actividades físicas en general y se preocupan de mantener un peso adecuado. Este subgrupo tiene, a su vez, un nivel de educación formal más alto y están mejor informadas en relación a las consecuencias de la menopausia. La interpretación de estos hallazgos debe ser cautelosa, ya que las diferencias de estilos de vida y de conducta alimentaria entre usuarias y no usuarias de la terapia de sustitución hormonal pueden falsear la interpretación de los datos en estudios no diseñados adecuadamente.

### Aspectos antropológicos de la menopausia

La importancia de los aspectos antropológicos en la menopausia quedan de relieve al estudiar cómo una cultura determina la adquisición de información relevante que permite a la mujer saber qué es la menopausia, cuál es su relación con el proceso reproductivo y cómo debe responder a ella. Las vivencias de la mujer durante la menopausia están vinculadas a la percepción de los cambios biológicos que ocurren en su cuerpo. Esta percepción está determinada por múltiples factores, y la cultura es uno de los más importantes. Desde la infancia, la mujer está expuesta a un aprendizaje que, consciente o inconscientemente, influirá en sus respuestas durante todo el proceso reproductivo y en especial durante la menopausia.

Los estudios antropológicos se iniciaron en 1951, precisándose la influencia de los factores psicológicos y sociales de cada cultura durante la menopausia. Los resultados permitieron separar los síntomas que dependen directamente del trastorno biológico central, de los que varían considerablemente de acuerdo a los grupos estudiados, relacionadas con diferencias en el nivel educacional, religión y cultura.

Los estudios transculturales permitieron identificar al grado de occidentalización como una de las variables más determinantes de las diferencias observadas entre las culturas. Este factor se determina principalmente por la pérdida de las características originales y específicas de cada cultura.

Existen aún numerosas sociedades que por distintas razones han permanecido al margen del desarrollo y de las comunicaciones. Los estudios llevados a cabo en Indonesia han comparado grupos con diversos grados de occidentalización y pertenecientes a la misma cultura; concluyen que las mujeres que viven en zonas rurales y con altos índices de analfabetismo refieren menos síntomas menopáusicos, en relación a las que viven en ciudades, con niveles socioeconómicos más elevados y niveles de escolaridad mayor. En la India, ninguna de las mujeres menopáusicas entrevistadas refirió síntomas, interpretando este periodo como una recompensa y una etapa de enriquecimiento personal. Asociado a lo anterior, ellas adquieren un mayor estatus social que el resto de las mujeres en periodo reproductivo.

Estos resultados han sido reproducidos en otras culturas que se han mantenido autóctonas y marginadas del desarrollo, tales como los sikh en Canadá, las mujeres mayas y grupos tradicionales israelíes. Por otra parte, los países con niveles intermedios de occidentalización, como muchos de los países en desarrollo, muestran consistentemente un aumento del estatus social de la mujer menopáusica.

Como el interés por el estudio del conjunto de fenómenos psicosociales y niveles hormonales en la menopausia es reciente, aún existen dificultades para establecer cuál es la relación entre los

fenómenos sociales y los fenómenos biológicos, pues pueden modificar funciones en ambos sentidos. Por ejemplo, un estrés psicosocial puede contribuir a una disfunción biológica y éste llevar a una adaptación social diferente.

Por otra parte, al no existir síntomas ni trastornos psiquiátricos específicos, las investigaciones actuales evalúan preferentemente la calidad de vida. Evaluar la calidad de vida en esta etapa es aún más difícil que en otros periodos, ya que durante la menopausia confluyen una serie de factores, tales como:

1. cambios en las dietas y nutrición;
2. cambios en la actividad física (sedentarismo);
3. uso de tabaco, drogas, alcohol;
4. medicamentos (fármacos, hormonas, vitaminas);
5. soporte social (efecto positivo de grupos de apoyo);
6. educación y disponibilidad de recursos;
7. fortalecimiento del Yo y oportunidad de tener consejo.

Cada uno de estos factores en forma independiente, y en especial su asociación, puede determinar cambios importantes en la calidad de vida y en el incremento de factores de riesgo, que involucran no sólo la calidad de funcionamiento corporal, sino que pueden determinar fuertemente un empeoramiento emocional y facilitar la irrupción de síntomas y trastornos psiquiátricos. Estos factores pueden asociarse a los cambios que implican niveles más altos de occidentalización, y de esta manera explicar las diferencias encontradas en los estudios transculturales.

Como se ha revisado, durante décadas se ha asociado a la menopausia una serie de síntomas o trastornos psiquiátricos. Estos se describían en los textos clásicos de ginecología y psiquiatría en un capítulo especial como específicos de este periodo. Esta tendencia desaparece progresivamente en el transcurso de la década de los '80, y definitivamente en las ediciones de los años '90, las cuales sólo consideran como problemas psiquiátricos propios de la mujer la depresión postparto, el síndrome de la fase lútea tardía, o síndrome premenstrual, y el abuso y violencia contra la mujer. Con estos cambios se elimina toda relación específica entre trastornos o síntomas psiquiátricos con la menopausia.

Este cambio mueve necesariamente a reflexionar sobre la tendencia de la Medicina a relacionar síntomas y trastornos psiquiátricos con periodos de cambio significativo en la vida. Si bien puede existir una relación temporal, no se ha demostrado en todos los casos una relación causa-efecto. En el caso de la mujer, esta tendencia no ha significado necesariamente una mejoría en la perspectiva de dignificarla, y pudiera haber contribuido a suponer una mayor susceptibilidad en este periodo de la vida y a magnificar la prevalencia de los problemas psiquiátricos.

### REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Ballinger C.A. Psychiatric aspects of menopause. *Br J Psychiatry*. 1990; 156:773-87.
2. Greene J. G. y Visser. Longitudinal studies of the climacteric. *Maturitas*, 1992; 14:93-160.
3. Flint J. G. y Suprati R. Cultural and subcultural meanings of the menopause. *Ann N Y Acad of Sci* 1990; 592:134-147.
4. De Lignieres B., Weill E., Mauvais P., Knellisen, S. y Deutsch, E. Interactive relations between sexual behavior and postmenopausal replacement hormone therapy: a survey. *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1990; 85:581-6.