

Menopausia y depresión

*J. Sempere Pérez, C. Mouriño Sánchez, M. González Hidalgo
MIR Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. Madrid*

La función menstrual ha sido fuente de numerosas interpretaciones, mitos y temores a lo largo de la historia. Durante un largo período de tiempo la menopausia fue interpretada como la acumulación de productos peligrosos para la salud, determinantes de cambios de humor o, incluso, de la locura. En este contexto, la mujer menopáusica era considerada como un ser disminuido, que pasaba a una situación socialmente irrelevante cuando cumplía con su misión de perpetuar la especie. Todavía hoy en día perdura esta visión peyorativa cuando se hace un juicio negativo de una mujer, diciendo que “está menopáusica”.

La cultura occidental fomenta el mito de que la mujer menopáusica sufre cambios en su personalidad, con tendencia a padecer depresión y disminución de su interés sexual; lo cual, a su vez, refuerza la consideración negativa que la propia mujer tiene de su proceso de menopausia¹⁻³.

Aunque se ha constatado que durante el período postmenopáusico el interés y actividad sexual tiende a declinar como consecuencia de los efectos de la disminución de estrógenos, como la sequedad vaginal y el aumento de infecciones vaginales^{4,5}, también se ha constatado que en numerosos casos no sólo no se da una disminución de la libido, sino que, incluso, puede experimentar una intensificación al sentirse la mujer libre del temor al embarazo no deseado y de las atenciones a los niños pequeños⁶. En muchas ocasiones, la menopausia puede, probablemente, convertirse en el centro de proyección de todas las causas de los conflictos que se presentan concomitantemente a nivel físico, emocional, laboral y familiar, cuando, por lo general, habrían de atribuirse estos síntomas psíquicos asociados al proceso menopáusico a la combinación de los cambios físicos, las influencias culturales y las expectativas y percepciones individuales del proceso^{7,8}.

Los trastornos afectivos han sido, probablemente, los que con mayor frecuencia se han asociado a la menopausia. Incluso Kraepelin se refirió a ella al escribir acerca de la melancolía involutiva en relación con la menopausia. Sin embargo, los estudios más recientes vienen a desmitificar esta conexión, ya que no hallan evidencias significativas que permitan establecer la existencia de un trastorno depresivo asociado específicamente a dicho período, ni la mayor prevalencia de

mujeres depresivas entre las menopáusicas^{9,10}, señalándose la excepción en aquellas mujeres con trastornos afectivos previos de curso cíclico o asociados a acontecimientos relacionados con la reproducción (mujeres que han padecido previamente síndrome premenstrual, depresión postparto y/o depresión en los años previos a la menopausia)^{11,12}. Por el contrario, sí se aprecia un aumento en la incidencia de depresión en los años previos al cese total de la menstruación, por lo que se ha sugerido que es el desequilibrio hormonal que sucede en esta etapa lo que causa los síntomas psicológicos (fatiga, irritabilidad, problemas de sueño, variaciones bruscas del humor...), por el mismo mecanismo que actuaría en el síndrome premenstrual. Experimentar un largo período perimenopáusico (de, al menos, 27 meses) se ha asociado con un riesgo aumentado de depresión^{13,14}. Este aumento de prevalencia de depresión en estos períodos alargados de perimenopausia parece ser transitorio.

Cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la mayor o menor severidad de sus síntomas no parecen apartarse de los patrones que caracterizan las otras formas de depresión. No tiene, pues, peculiaridad clínica alguna que la distinga de la de otras etapas de la vida. De hecho, la depresión durante la menopausia no está específicamente asociada con los cambios hormonales de la menopausia fisiológica, sino con otros factores^{15,16}: menopausia quirúrgica, depresión previa (la variable más predictiva)¹⁴, estado de salud, problemas menstruales, estrés social o familiar y actitudes negativas hacia la menopausia. De entre ellos, ha sido la menopausia quirúrgica¹⁷ la que se ha relacionado con mayor índice de depresión. No está claro si sólo se debe al déficit brusco hormonal, a la situación psicosocial o a la enfermedad que provocó la intervención.

Algunos estudios^{18,19} han demostrado que las tensiones familiares y sociales, así como el pensamiento negativo asociado, parecen más implicados en la etiología de los trastornos depresivos concomitantes a la menopausia que el cambio biológico-hormonal.

Mucho se ha escrito acerca del síndrome del “nido vacío” y del “ama de casa”, sugiriéndose una tasa más elevada de depresión entre las amas de casa que han estado exclusivamente dedicadas al cuidado de los hijos y que sienten la pérdida del papel maternal coincidiendo con la edad de la menopausia, en la que los hijos se inde-

pendizan^{20,21}. Sin embargo, las estadísticas no han podido ratificar lo que, probablemente, es otro mito erróneo²². Diversos estudios^{23,24} demuestran que las diferencias de género en la depresión no sólo no aumentan, sino que disminuyen en este rango de edad.

Los acercamientos terapéuticos a la depresión en la menopausia vienen a confirmar lo anteriormente enunciado, y se añaden a la controversia sobre si la menopausia debe ser medicalizada o tratada como un acontecimiento normal en la vida.

La terapia sustitutiva estrogénica parece tener propiedades antidepressivas, según estudios de diversos autores, y se ha confirmado como efectiva en la mejoría del estado de ánimo durante la perimenopausia y después de la menopausia quirúrgica^{25,26}. Asimismo, se ha sugerido¹¹ la utilización de hormonoterapia estrogénica en la menopausia acompañada de síntomas vasomotores. Los progestágenos y andrógenos también han sido utilizados, si bien no ha sido suficientemente documentado su resultado. En cualquier caso, en las depresiones clínicamente severas se ha de utilizar medicación antidepressiva unida o no a hormonoterapia¹¹.

Por la bibliografía consultada, parece que son necesarios nuevos estudios que confirmen la efectividad de la terapia hormonal en la depresión que cursa después de la menopausia²⁷, puesto que, por el momento, ésta no ha sido científicamente comprobada.

Quizás lo más llamativo sea la escasa atención que ha recibido el papel de los tratamientos no farmacológicos, a pesar de que en la mayoría de los casos el tratamiento psicológico y el abordaje educativo se han confirmado como más apropiados que la hormonoterapia²⁵. Sirva como ejemplo que se han publicado estudios sobre cómo el ejercicio, en especial el de tipo aeróbico, mejora significativamente el estado de ánimo en un elevado porcentaje de mujeres menopáusicas, independientemente del estadio del proceso²⁸.

Desde diversos sectores se apunta la imperiosa necesidad de educar a las mujeres y a los sanitarios que las atienden acerca del proceso de la menopausia, de forma que encaren de forma más positiva los síntomas que aparecen en la perimenopausia²⁹ y prevenir así la aparición de sintomatología depresiva reactiva a las múltiples variantes que se relacionan con este proceso.

Bibliografía

- Jones JB. Representations of menopause and their health care implications: a qualitative study. *Am J Prev Med* 1997;13(1):58-65.
- Pham K, Grisso J, Freeman E. Ovarian aging and hormone replacement therapy. Hormonal levels, symptoms and attitudes of african-american and white women. *J Gen Intern Med* 1997;12(4):230-236.
- Barile L. Theories of menopause. Brief comparative synopsis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35(2):36-39.
- Omu A, Al Qattan N. Effects of hormone replacement therapy on sexuality in postmenopausal women in a dieast country. *J Obstet Gynaecol Res* 1997;23(2):157-164.
- Sulak P. The perimenopause: a critical time in a woman's life. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1996;41(2):85-89.
- Lee K. Korean urban women's experience of menopause: new life. *Health Care Women Int* 1997;18(2):139-148.
- Robinson G. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(8):453-458.
- Wilbur J, Miller A, Montgomery A. The influence of demographic characteristics, menopausal status and symptoms on women's attitudes toward menopause. *Women Health* 1995;23(3):19-39.
- Nicol-Smith L. Causality, menopause and depression: a critical review of the literature. *BMJ* 1996;313(7067):1217-1218.
- Avis EN, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994;4(3):214-220.
- Pearlstein T, Rosen K, Stone A. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997;26(2):279-294.
- Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry* 1996;153(2):163-173.
- Huerta R, Mena A, Malacara J, Díaz de León J. Symptoms at perimenopausal period: its association with attitudes toward sexuality, life-style, family function and FSH levels. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20(2):135-148.
- Woods N, Mitchel E. Pathways to depressed mood for midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Res Nurs Health* 1997;20(2):119-129.
- Coope J. Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas* 1996;23(2):159-168.
- Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas* 1996;23(2):147-157.
- Díez M, González-Tablas M, López-Sosa C, Manzano JM, Lanchares JL, Llorca G. Incidencia y génesis multivariable de la depresión en la postmenopausia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1995;23(4):172-177.
- Giusto MD, Lambiasi A, Cantonetti G, Morini A. The emotive and cognitive reactions in temporary pharmacological menopause. *Minerva Ginecol* 1995;47(7-8):319-325.
- Defey D, Stoch E, Cardozo S, Díaz O, Fernández G. The menopause: women's psychology and health care. *Soc Sci Med* 1996;42(10):1447-1456.
- Robinson G. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(4):453-458.
- Mas J, Tesoro A. Mujer y salud mental. Mitos y realidades. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1993.
- Silverstein B, Perlick D. Gender differences in depression: histological changes. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:327-331.
- Kornstein S et al. Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;31(4):711-718.
- 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):163-173.
- Pearce MJ, Hawton K. Psychological and sexual aspects of menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996;10(3):385-399.
- Slaven L, Lee C. Modd and symptom reporting among middle-aged women: the relationship between menopausal status, hormone replacement therapy and exercise participation. *Health Psychol* 1997;16(3):203-208.
- Li S et al. Perimenopause: the transition into menopause. *Health*