

# Salud mental de la mujer

**IGNACIO FORESTIERI**

CÁTEDRA LIBRE DE SALUD DE LA MUJER (UNLP)

## Resumen

Los distintos ciclos vitales de la mujer caracterizan psicopatologías, que muestran singularidades según la etapa que transcurran. Las diferencias que marcan el género y las desigualdades respecto a los hombres definen aspectos que motivarán un enfoque diagnóstico y terapéutico particular. A la mujer se la ha educado para que reprima los afectos hostiles, con la consiguiente aparición de patologías relacionadas con la inhibición y hostilidad volcadas contra sí mismas.

## Palabras clave

Mujer; psicopatología; determinantes; contexto.

## Introducción

En la actualidad asistimos a un cambio sociocultural que ha puesto en cuestionamiento consideraciones como el género femenino (¿hay características distintivas?) y la conducta femenina (¿la forma de ser es un aprendizaje social?). Surge un nuevo paradigma.

Ser mujer ¿es un determinismo biológico-genético absoluto o una construcción?

La gestación, tal vez el hecho más elemental del ser genérico femenino, ¿ha perdido importancia?

La posición femenina actual implica un rol activo y una construcción yoica alejada de una otrora esencia femenina.

Sin soslayar lo expuesto, encontramos en la mujer una psicopatología particular.

## Diferencias de género, desigualdad e influencia en el proceso de salud/enfermedad

### Conducta y reacción

Mujeres: viven hacia dentro, más reflexivas, conservadoras, estables, pacíficas. Ante el estrés: responden con reflexión, elaboración, metabolizan los problemas (introspección).

Hombres: activos, impulsivos, tendencia a la conquista, descarga ante el estrés (sexual, violencia, etc.).

## Anatomía, neurobiología y habilidades

Cuerpo calloso más desarrollado en la mujer: mejor integración entre cerebro emocional y cerebro racional. Mayor desarrollo de áreas corticales asociadas al lenguaje y al sistema límbico. Mayor rapidez perceptual (identificar rápido objetos mezclados). Mayor fluencia verbal. Mayor precisión manual. Mayor cálculo aritmético.

En cuanto a la esperanza de vida, la sobrevivida en la mujer es mayor pero la calidad de vida es peor.

Datos: 76,9 años es el promedio: 80,3 mujer, 73,5 el hombre (datos de OMS y del Banco Mundial).

La mujer tiene una vida vulnerable y el hombre una salud vulnerable

El hombre estará más expuesto a accidentes, suicidios, homicidios, conductas adictivas.

Determinantes negativos en la mujer: más proclive a duelos complicados e inhibiciones (somatizaciones); enfermedades endocrinas y reumatológicas en una relación 10-50/1; anemia y déficit de hierro, trastornos del metabolismo fosfocálcico, entre otros.

## Padecimientos y contexto

- Ansiedad (trastornos del espectro serotoninérgico)
- Mayor impacto del trauma
- Síntomas corporales (estrés oculto)
- Depresión
- Secuelas de violencia física y sexual (una verdadera epidemia)
- Secuelas de estrés laboral (6 veces > que en hombres trabajadores)

- Alzheimer
- Sólo en un tercio de los hogares las mujeres son fuente primaria de ingreso
- Víctimas de discriminación
- Menor acceso a la educación

La vinculación de la identidad de la mujer con el cuerpo y los requerimientos de belleza la convierten en objeto de manipulación simbólica y económica.

## La psicopatología y los ciclos vitales

### Infancia

En esta etapa vital encontramos los siguientes cuadros clínicos:

**Trastorno del espectro autista (TEA):** se caracteriza por una alteración primaria del desarrollo de la comunicación y las habilidades sociales antes de los 3 años de edad. La prevalencia es más alta en niños (4-5:1) y se asocia con discapacidad intelectual en el 80 % de los casos. En las mujeres se compensa con síntomas psiquiátricos (tímidas, inhibidas, solitarias, perfeccionistas, rutinarias, mutismo selectivo) y es menor el trastorno del comportamiento.

**Trastorno de Rett:** de naturaleza genética neurológica, presenta un desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal entre los 5 y 12 meses de vida, posteriormente se presenta un deterioro del crecimiento craneal y del funcionamiento en general. Pérdida de habilidades manuales, de la relación social y discapacidad intelectual grave.

**Trastornos de ansiedad:** fobias específicas, síntomas obsesivos, quejas somáticas, etc.

**Depresión.**

**Trastornos de la alimentación:** en ascenso, vinculado con el espectro autista.

## Pubertad

Se trata de una etapa de cambios físicos, psíquicos y de rol social. Mayor prevalencia de enfermedades mentales, especialmente anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros.

12-15 % de los adolescentes presentan trastornos de la conducta alimentaria (90 % son mujeres).

*Factores de riesgo:* rasgos de personalidad como el perfeccionismo, meticulosidad, autoexigencia sumado a los requerimientos sociales de cierto tipo de belleza, la ambición por la optimización y el éxito en metas académicas, laborales y deportivas en individuos insatisfechos corporalmente.

El síntoma eje hoy está en discusión; fobia a engordar, trastorno de la imagen corporal, ¿es el adelgazamiento extremo que lleva a los síntomas?

En relación al ciclo menstrual destacamos al *trastorno disfórico premenstrual*: el 2 al 9 % de las mujeres en edad fértil sufre un grave trastorno en relación al periodo premenstrual y el 20 % padece síntomas moderados de disconfort. Puede aparecer en la menarquia, su mayor prevalencia es la cuarta década y desaparece durante el embarazo y la menopausia.

Los síntomas se presentan en la fase lútea con ausencia de ellos en el resto del ciclo y es característica la limitación del funcionamiento habitual. La irritabilidad, la angustia y la labilidad emocional son los síntomas más reportados.

Existe relación entre paridad y gravedad (a mayor número de hijos mayor gravedad).

*Tratamiento:* privación del sueño, luminoterapia, diuréticos; antidepresivos: fluoxetina, sertralina y paroxetina en uso intermitente durante la segunda quincena del ciclo menstrual.

Debe distinguirse del *síndrome premenstrual*. En este los síntomas son predominantemente físicos, vagos y no es limitante.

Otra entidad de particular interés es la *psicosis menstrual*. Un cuadro raro y desconocido en su fisiopatología; polimorfo en su presentación clínica, no incluido en los manuales diagnósticos de los trastornos mentales pero se cree sería una forma atípica de psicosis tal vez vinculada al trastorno bipolar. Es de comienzo y resolución aguda, de duración breve y recuperación total en días. Es requisito absoluto la sincronización con el ciclo menstrual (según su comienzo puede ser perimenstrual, premenstrual o catamenial).

## **Embarazo**

Es un periodo de vulnerabilidad para la mujer. Ocurren cambios fisiológicos que dificultan la diferenciación entre lo normal y lo enfermo. Un tercio de las mujeres padecen síntomas ansiosos y/o depresivos inespecíficos.

Menor incidencia de psicosis, suicidio y agresividad debido a un posible rol protector de estrógenos.

## Infertilidad

Se refiere a la imposibilidad de una pareja para lograr el embarazo en un periodo de doce meses donde se mantienen relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos o a una mujer que no puede llevar un embarazo a término.

Afecta al 15 % de las parejas y en un 20 % la causa es desconocida.

Presentaciones: sentimientos de inconformidad, rabia, ira, celos, impotencia, culpa, depresión a partir de autoproclamarse responsables del fracaso del embarazo deseado. Puede dar lugar a procesos de duelo prolongados.

## Puerperio

El período de mayor riesgo de psicopatología en la vida de la mujer.

50-75 %: disforia posparto o *maternity blues*, insomnio, cansancio, ánimo descendido, llanto, generalmente al tercer día, en relación a cambios hormonales concomitantes, dura horas-días, leve y autolimitado.

10-15 %: depresión posparto, la mayoría ocurren durante el primer mes de puerperio, cursa con síntomas de un episodio depresivo: ánimo triste, anhedonia, falta de energía, sentimientos de culpa, obsesiones, llanto, ideas suicidas. Debe tratarse debido a la afectación en el vínculo madre-hijo que el cuadro provoca, así como el desarrollo infantil posterior. Según la intensidad del cuadro se utilizarán: psicofármacos, hospitalización, terapia electroconvulsiva, luminoterapia.

0,1-0,2 %: psicosis posparto, inquietud, irritabilidad, ánimo depresivo o exaltado, delirios y alucinaciones con trastorno de la conciencia. Es una emergencia psiquiátrica, mayormente dentro de las dos primeras semanas

del puerperio, se cree que se trataría de una psicosis afectiva con predisposición genética. Habitualmente, requiere la internación debido al riesgo para terceros que implica.

## **Menopausia y climaterio**

En la menopausia natural no aumenta la frecuencia de episodios depresivos significativamente, pero sí ocurren en la perimenopausia síntomas depresivos aislados. En la menopausia quirúrgica sí se ha evidenciado aparición de episodios depresivos.

Depresión en climaterio: «melancolía involutiva», un tipo de depresión agitada, con hipocondria y delirios nihilistas o de ruina e ideas suicidas en mujeres posmenopáusicas.

Considerar que el estereotipo de la cultura occidental es la mujer delgada y joven, siendo aquella envejecida un estereotipo negativo.

El diagnóstico diferencial es con los sofocos, síntomas típicos del climaterio asociado a inestabilidad emocional, trastornos del sueño y apetito e irritabilidad.

Tratamiento: ejercicio, dieta sana, no fumar (por la vinculación de este hábito con un aceleramiento de la menopausia), antidepresivos y psicoterapia.

## Algunas características de los trastornos mentales de la mujer adulta

### Depresión unipolar y bipolar

El trastorno depresivo mayor afecta al 10-25 % de las mujeres y se perfila como la segunda causa de discapacidad en el mundo según la OMS.

Triada depresiva: tristeza + ausencia de placer + falta de energía

Mayor frecuencia de trastorno bipolar tipo II (depresión + hipomanía = exaltación leve del ánimo con aumento de la vitalidad y de la actividad), comorbilidad con trastornos de ansiedad y de alimentación, ciclos rápidos, estados mixtos y fases depresivas.

### Trastornos de ansiedad

El síndrome ansioso se caracteriza por expectación aprensiva que puede llegar al pánico acompañada por síntomas somáticos.

Síntomas psicológicos (apremio, preocupación, indecisión, fatiga psíquica, intranquilidad, irritabilidad) + síntomas físicos (tensión motora, hiperactividad autonómica y estado de alerta).

La edad de comienzo se sitúa entre los 20 y los 40 años. En la mujer prevalecen todos los trastornos de esta serie: trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastornos fóbicos.

*Síntomas somáticos y trastornos relacionados*

Relación mujer/hombre 2,5:1

Trastorno de síntomas somáticos: 1) Presencia de tres o más síntomas vagos, mal definidos, en distintos aparatos; 2) Los síntomas se expresan con una preocupación excesiva y desproporcionada.

Trastorno de conversión: déficit motor o sensorial no orgánico pero no intencional. Son las pseudoparálisis y las pseudocrisis convulsivas.

Dismorfia corporal: preocupación excesiva por la presencia de un defecto real o imaginado. Motivo común de múltiples intervenciones quirúrgicas estéticas.

### **Patologías funcionales**

- Síndromes dolorosos: cefaleas, contracturas musculares, algias pelvianas, dolores articulares, dolor abdominal crónico o recurrente, dolor torácico no cardiogénico
- Diarrea-constipación, dispepsia funcional
- Fibromialgia
- Fatiga crónica
- Prurito crónico
- Dermatitis
- Síndrome vesico-ureteral y vejiga irritable
- Mareos
- Tos crónica
- Síndrome premenstrual

### **Adicciones**

Casi no hay diferencias en los patrones de consumo de alcohol entre varones y mujeres, tal como se observaba en el pasado. No obstante, el consumo episódico excesivo sigue siendo inferior respecto al hombre. Es

frecuente el antecedente de maltrato físico, emocional o sexual en los casos de mujeres con problemas relacionados con el alcohol.

- Asocia gran estigma («mala madre»)
- Tiene menor aceptación social
- Menor solicitud de atención por parte de especialistas
- Peores consecuencias sociales, laborales y psicológicas

### **Exposición a estresores**

Durante las etapas vitales: menarca, cambios físicos, embarazo, puerperio, menopausia, envejecimiento.

Propios de cambios vitales: viudez, nido vacío, divorcio, cumplir años.

De rol: profesional, control doméstico.

Por dependencia: asistencia a padres, a hijos discapacitados.

### **Esquizofrenia**

El comienzo es más tardío, el curso menos grave, generalmente las internaciones son menos frecuentes. El uso concomitante de estrógenos en la fase aguda puede ser una alternativa si bien su práctica no es habitual.

### **Trastorno límite de la personalidad**

Disturbio grave de la personalidad. El 75 % de los casos son mujeres.

Comienzo en la adolescencia. Sin deterioro terminal.

Se proclama clásicamente que «sufren y hacen sufrir».

Ante el estrés pueden desarrollar episodios psicóticos transitorios, impulsividad, abuso de sustancias, labilidad emocional, crisis de bulimia, etc.

Toleran mal la soledad, las relaciones íntimas son tormentosas pudiendo ser extremadamente perversos como dependientes.

Tratamientos prolongados donde el éxito deviene de mantenerse en forma empática junto al paciente, más que de realizar interpretaciones reconstructivas o genéticas del malestar.

## ¿Qué protege la salud mental?

Habilidades: autonomía, manejo de problemas, capacidad para enfrentar el estrés o la adversidad, empoderamiento, adaptabilidad, personalidad, confianza, seguridad.

Red de apoyo: participación, responsabilidad, integración, lazos, servicios sociales, relaciones interpersonales positivas, red social comunitaria.

## Conclusiones

En todas las sociedades existen desigualdades entre mujeres y hombres y eso influye en el proceso de salud y enfermedad.

A la mujer se la ha educado para que reprima los afectos hostiles, con la consiguiente aparición de patologías relacionadas con la inhibición y hostilidad volcadas contra sí mismas.

Por el contrario, el hombre ha sido estimulado para dar muestras de fortaleza y dominación social, por lo cual muestra una mayor tendencia a las transgresiones, a las actuaciones disruptivas y a imponer su voluntad.

El actual cambio de paradigma que fomenta la participación social de la mujer y la ubica en un rol central y activo propicia una nueva organización de las relaciones humanas y una configuración diferente de los actores sociales en las generaciones venideras con nuevas presentaciones clínicas, nuevos abordajes terapéuticos y una intrigante psicopatología de la mujer.

## Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2013.

BANCO MUNDIAL. <<https://www.bancomundial.org/es/home>>

CAPPONI R. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. 2ª edición. Santiago de Chile: Ed. Universitaria; 1992.

CARVAJAL C, FLORENZANO R, WEIL K. *Psiquiatría*. 2ª edición. Buenos Aires: Mediterráneo; 2000.

CHINCHILLA A. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2ª edición. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2011.

MARCHANT N, MONCHABLON ESPINOZA A. *Tratado de Psiquiatría*. 1ª edición Buenos Aires: Grupo Guía; 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). <<https://www.who.int/es>>

