

G.5 - La menopausia y el riesgo de morbilidad y mortalidad por depresión

Dra. María E. Ramos Cortés, FACC, FSIAC
Cardióloga Clínica
Presidenta Sociedad Puertorriqueña de Cardiología

CORRESPONDENCIA

Dra. María E. Ramos Cortés
E-mail: maria.e.ramos.cardio@gmail.com

Se estima que cada año 1.3 millones de mujeres en los Estados Unidos alcanzan la menopausia y se calcula que un 20% de estas mujeres sufrirán de depresión en algún momento de la menopausia¹. La edad promedio para el inicio de la menopausia es de 47.5 años, que es definida como el cese permanente de la menstruación por doce ciclos consecutivos menstruales².

La depresión es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres (21% vs 12.7%) y los episodios de depresión son más recurrentes, prolongados y peores en mujeres que en hombres³⁻⁴.

Durante la menopausia, la reducción en los niveles de estrógeno puede asociarse a resequedad vaginal, periodos de sangrados irregulares, sudoraciones y alteraciones en el sueño², que afectan el estado anímico propiciando desórdenes de depresión, ansiedad, pobre concentración y lapsos mentales⁴⁻⁵. Las mujeres con antecedentes personales o familiares de depresión, depresión post partum y/o trastorno disfórico premenstrual parecen ser particularmente vulnerables a la depresión durante la etapa menopáusica⁴⁻⁵.

El estrógeno aumenta el efecto de la serotonina y la norepinefrina además de disminuir la actividad de monoamina oxidasa (MAO) y las fluctuaciones de estos neurotransmisores ante el declive o ausencia de estrógeno contribuyen a las causas fisiológicas de la depresión⁶. Los altos niveles de testosterona en la etapa transicional de la menopausia conducen a mayores síntomas depresivos⁷. Estudios observacionales sugieren que la depresión está significativamente ligada a los cambios hormonales a través del tiempo en la mujer⁴⁻⁷. La disparidad en la proporción de depresión entre mujeres y hombres se comienza a observar desde la pubertad, en la mujer estos cambios hormonales contribuyen al desorden disfórico premenstrual, depresión post partum y depresión perimenopausia⁴⁻⁷. El riesgo de depresión parece ser mayor en la perimenopausia, cuando los niveles hormonales están fluctuando que durante la post menopausia cuando los niveles hormonales están bajos pero estables⁸.

Los cambios hormonales traen consigo cambios físicos y psicológicos, trastornos del sueño, irritabilidad, cansancio, sofocos y sudoraciones causando en la mujer frustración y

aislamiento¹⁻³. Los estresores del diario vivir, las altas expectativas y exigencias hacia las mujeres y sus roles sociales contribuyen al alto grado de depresión durante la perimenopausia, transición y menopausia⁴. La falta de apoyo, desempleo, bajo nivel socioeconómico y educativo, pobre cuidado médico, percepción y actitud negativa hacia la menopausia, su autoestima y entorno familiar además de la responsabilidad del cuidado de padres envejecientes, familiares y el síndrome de nido vacío son algunos de los estresores sociales y psicológicos que conducen y aumentan el riesgo de depresión menopáusica⁹.

La mortalidad y morbilidad secundaria a la depresión menopáusica no ha sido estudiada sin embargo se reconoce como un problema de salud significativo en las mujeres^{8,9}.

TRATAMIENTO

Las opciones de tratamientos incluyen psicoterapia, antidepresivos y remplazo hormonal según sea la severidad de los síntomas, grado de deterioro funcional y preferencia del paciente, junto con el análisis sobre la seguridad y eficacia del tratamiento^{3,4}. La menopausia es un proceso de transformación transitorio físico y psicológico en la mujer y no todas lo afrontan de la misma manera puesto que las irregularidades psicológicas estarán determinadas por los desajustes hormonales, por la edad en que esta etapa se presenta, la cultura y el estatus social al cual pertenece². El objetivo de una evaluación psicológica y/o psiquiátrica es evitar que la menopausia sea un proceso tortuoso y difícil de enfrentar a nivel emocional tanto para quien la padece, como para su entorno social y familiar⁴. Las alternativas no farmacológicas como la psicoterapia conductual, psicoterapia cognitiva y psicoterapia de apoyo son herramientas terapéuticas para combatir los efectos emocionales negativos generados por los estereotipos, ideas irracionales y prejuicios que se originan durante la menopausia^{3,4}.

Los antidepresivos son la primera línea de tratamiento en depresión mayor; los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son comúnmente utilizados para la depresión premenopáusica; su tiempo de acción y respuesta

al tratamiento toma entre 4-6 semanas^{3,4}. El uso de antidepresivos (ISRS) también está indicado para el manejo de síntomas vasomotores^{3,4,11,12}.

Aunque no está aprobado para esta indicación, la terapia hormonal para la menopausia puede mejorar síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas pero no posmenopáusicas, especialmente en aquellas con síntomas vasomotores¹³. Los datos sobre estrógeno más progestina son escasos y no concluyentes¹³. El remplazo hormonal no previene ni reduce los eventos cardiovasculares y por el contrario podría aumentar los mismos en la población de alto riesgo que incluye mujeres con enfermedad cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica, tromboembólica y donde el cálculo de evento aterosclerótico a 10 años es mayor del 10%^{3,4,8,11,12}.

La terapia hormonal con estrógeno para el tratamiento de la depresión en aquellas de bajo riesgo, que son aquellas que recién comienzan la menopausia, con peso y presión arterial normal, activas físicamente y con un riesgo de evento aterosclerótico a 10 años menor del 5%¹³. Por tanto, en esta población el remplazo hormonal podría ser seguro e indicado en mujeres menores de 60 años y con menos de 10 años de menopausia¹³.

Las alternativas terapéuticas van encaminadas a mitigar los síntomas de la depresión que redundan en una mejor calidad de vida y mayor motivación para el control de los factores de riesgo cardiovascular (y otros), con lo que se obtiene un beneficio indirecto en reducir el riesgo cardiovascular que conlleva la menopausia^{3,4,8,10-13}. Es esencial que las mujeres aprendan a reconocer los síntomas de la depresión durante el proceso de transición de la menopausia, validar su estado de ánimo y buscar ayuda médica porque la depresión es tratable^{3,4,8,10-13}.

REFERENCIAS

1. Soares, C. N. Perimenopause-related mood disturbance: an update on risk factors and novel treatment strategies available. Meeting program and abstracts. Psychopharmacology and Reproductive Transitions Symposium. American Psychiatric Association 157th Annual Meeting. May 1-6, 2004; New York, NY. Arlington, Va: *American Psychiatric Publishing*. 2004: 51-61.
2. Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., Simoncini, T. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nature Review-Endocrinology*. 2018; 14: 199-215.
3. Del Sueldo, M., Mendonça-Rivera, M. A., Sánchez-Zambrano, M. B., Zilberman, J., Múnera-Echeverri, A., Paniagua, M., et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Arch Cardiol Mex*. 2022; 92 (Supl): 1665-1731.
4. Maki, P. M., Kornstein, S. G., Joffe, N., Bromberger, J. T., Freeman, E. W., et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause*. 2018; 25: 1069-1085.
5. Bromberger, J. T., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Sowers, M., Avis, N. E., Gold, E. B., et al. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(6): 598-607.
6. Prior, J. C. Women's reproductive system as balanced estradiol and progesterone actions— A revolutionary, paradigm-shifting concept in women's health. *Drug Discovery Today: Disease Models*. 2020; 32: 31-40.
7. Sander, B., Muftah, A., Tottenham, L. S., Grummisch, J. A., Gordon, J. L. Testosterone and depressive symptoms during the late menopause transition. *Biology of Sex Differences*. 2021; 12: 44-53.
8. Maas, AHEM., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H., et al. Cardiovascular health aftermenopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *European Heart Journal*. 2021; 00: 1-18.
9. Carter, A. E. & Merriam, S. Menopause. *Med Clin N Am*. 2023; 107: 199 - 212.
10. El Baou, C., Desai, R., Cooper, C., Marchant, N. L., Pilling, S., Richards, M., et al. Psychological therapies for depression and cardiovascular risk: evidence from national healthcare records in England. *European Heart Journal*. 2023; 00: 1-14.
11. NAMS POSITION STATEMENT. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022; 29 (7): 767-794.
12. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal persons. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022; 328(17): 1740-1746.
13. Stutea, P., Spyropouloub, A., Karageorgioug, V., Canod, A., Bitzere, J., Ceausuf, J., et al. Management of depressive symptoms in peri- and postmenopausal women: EMAS position statement. *Maturitas*. 2020; 131: 91-101.

