

ANSIEDAD EN EL CLIMATERIO Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Francisco Morales Carmona, Evangelina Aldana Calva
y Jorge Carreño Meléndez¹
Instituto Nacional de Perinatología (México)

Introducción

El 75 % de las mujeres en la etapa del climaterio mencionan un alto número de síntomas de tipo físicos derivados del hipoestrogenismo, propio de esta etapa, que, con frecuencia, son asociados con manifestaciones emocionales, comúnmente de fondo depresivo, lo que amplía la gama de síntomas, entre los que se pueden observar disminución del apetito sexual, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, entre otros. La conjunción de estos síntomas, a su vez, se complica con algunos sucesos que se presentan durante este momento de la vida, tales como la muerte de personas emocionalmente significativas, la conclusión de la vida laboral así como cambios en el funcionamiento de la familia y la relación de pareja (Arne, 1992; Livial, 1994; Neri *et al.*, 1993; Schmit y Rubinow, 1991). Existen informes (p.ej., Livial, 1994) en los que se relacionan malestares físicos con mitos de origen cultural e ideológico que hacen proclive a la paciente a la expresión de sintomatología, tal como pueden ser el fin de la vida reproductiva y la vejez, los cuales inciden en la imagen corporal, la identidad y el concepto que se tiene de sí misma (Carranza, 1998; De la Garza, 1993; Grochow, Anderson y Barboriak, 1988; Pérez de Salazar, 1987).

Diversos investigadores, desde la primera mitad de siglo hasta la década de los años 70. informaron sobre la estrecha asociación entre la mayor acentuación de los síntomas y la tendencia a la depresión y a los trastornos de ansiedad (Kaufert, Gilbert y Tate, 1992).

En las últimas dos décadas, los trabajos de investigación se han orientado hacia la vinculación entre cambios hormonales, con alteraciones emocionales, sintomatología física y vida sexual. A diferencia de décadas anteriores, en las que se trató de explicar la sintomatología exclusivamente a partir los cambios anatómicos

1 *Correspondencia:* Francisco Morales Carmona, Dpto. de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología, Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes Del. Miguel Hidalgo, 11000 México D.F. (México). Correo electrónico: fmoralesc@buzon.main

y fisiológicos, no tomando en cuenta los cambios en la respuesta sexual como evolución normal, desde luego matizadas por aspectos de orden cultural (Chris, 1998, Lorna, 1985, Nambudiri, 1988, Zarate, 1993).

Por otra parte, se ha informado que la presencia de síntomas somáticos correlacionados con los trastornos de ansiedad y la calidad de vida no es específico de la etapa del climaterio, llegando a presentarse en otros momentos y circunstancias de la vida de la mujer (Chiris, 1988, Livial, 1994). Por lo expresado, parecería encontrarse una interacción entre síntomas somáticos y estados emocionales, proponiéndose el período del climaterio como una etapa de mayor vulnerabilidad para los trastornos afectivos. Esto se observa cuando se asocian algunas características de calidad de vida y se toman en cuenta variables de origen psicosocial (Schmit y Rubinow, 1991; Revista del Climaterio, 1998).

En consecuencia, el propósito de éste estudio es relacionar los síntomas físicos con reacciones de ansiedad, por considerar que dicho estado matiza el informe de las quejas somáticas, en especial de la intensidad con que se perciben. Resulta importante abrir la posibilidad de un acercamiento psicológico que fomente una mayor calidad de vida en las pacientes climatéricas, además de proporcionar al médico especialista una forma de abordar estos eventos desde su propia especialidad, siendo un objetivo del presente trabajo detectar oportunamente a la paciente que requiere atención especializada en salud mental mediante un instrumento de aplicación breve.

Método

Se diseñó una investigación de tipo exploratoria, transversal, para lo cual se estudiaron 149 pacientes de la clínica de climaterio del Instituto Nacional de Perinatología, en una selección por conveniencia, bajo los siguientes criterios de inclusión: recibir atención en la clínica de climaterio del INPer, ser de nacionalidad mexicana, encontrarse en etapa del climaterio, saber leer y escribir; se excluyeron aquellas que cursaran con un trastorno psiquiátrico grave o que no cumplieran con los requisitos.

Se utilizó la versión en español del Inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (1975), el cual consta de 40 ítems de los cuales los 20 primeros corresponden a la ansiedad estado y los 20 restantes a ansiedad rasgo. Cada ítem tiene cuatro opciones, tomando puntos de corte de las normas para esta población de ansiedad estado= 43 y de ansiedad rasgo= 47 (Morales y González, 1990). Para la medición de los síntomas se diseñó un cuestionario de 34 síntomas somáticos, síntomas descritos por la literatura especializada, siendo clasificados con categorías de leve, moderado y grave, así como la frecuencia de aparición en el último mes. A las pacientes se les solicitó autorización para que se sometieran a una entrevista y respondieran al instrumento aplicado. El procedimiento se desarrolló en un consultorio de la consulta externa del Departamento de Psicología del INPer en una sesión de 30 minutos.

Se empleó como definición conceptual de *climaterio* la usada por el Manual de normas y procedimientos de Ginecología del propio Instituto, que textualmente dice:

«Después de tres décadas de función menstrual ovulatoria y aproximadamente a la edad de 40 a 45 años, disminuye la frecuencia de ciclos ovulatorios. Se inicia un período en el que disminuye la función ovárica (climaterio), el cual dura en ocasiones hasta 20 años y lleva a la mujer a través de la disminución en su fecundidad a la menopausia (desaparición de las menstruaciones), además de algunas manifestaciones de atrofia tisular. Es probable que un factor en este cuadro evolutivo sea la menor producción de estrógenos y su descenso progresivo conduce a la pérdida sucesiva de muchas de las funciones dependientes de ellos» (INPer, 1990).

Esta variable se operacionalizó como los síntomas y la intensidad que manifestaron en el último mes.

La definición conceptual de ansiedad se realizó de acuerdo con el manual del Inventario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, 1975) que la divide en dos dimensiones cuyas definiciones son:

- a) Ansiedad-estado. Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.
- b) Ansiedad-rasgo. Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

Esta variable (definición operacional) fue medida por medio del Inventario anterior utilizando las normas de Morales y González (1990) para una población de pacientes del INPer. Para la dimensión estado se establece que existe ansiedad cuando la puntuación directa es igual o mayor a 43 puntos; y para la dimensión rasgo igual o mayor a 47 puntos.

La definición conceptual de *sintomatología* se planteó como una manifestación de un estado psicológico. Aunque en algunas acepciones el término se limita a las quejas subjetivas, el uso común incluye dentro del síntoma signos objetivos que reflejan el estado patológico (APA, 1995).

La definición operacional se centró en el malestar físico y psicológico informado por las pacientes, independientemente de su intensidad, durante el último mes.

Resultados

Se presenta la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra en donde se encontró que la edad promedio fue de 49 años, encontrándose el 57% entre los 40 y los 49 años. El 53,7% de la muestra se encontraba en etapa posmenopáusica tardía, el 8,1% en etapa posmenopáusica temprana y el 38,3% era premenopáusica. El 61,1% tenía una escolaridad entre 5 y 9 años de estudios, el 20,7% entre 10, el 13, 9,4% entre 14 y 17 y el 0,7% 18 o más años. El 57% de la muestra era de casadas, el 12,1% de viudas, separadas y divorciadas constituían el 18,2% y las solteras y la unión libre el 11,4%.

Al 80,5% de la población le fue asignada la clasificación baja clase económica, en la clase media se encontró el 17,4% y solamente el 2,0% fue clasificado de clase económica alta. El 66,4% de la población se dedicaba a labores del hogar en tanto que el 33,6% restante se dedicaba a trabajar. El 4,0% no tenía hijos, el 53,0% de 1 a 3 hijos, de 4 a 6 el 27,0%, de 7 a 9 el 6,0%, con un promedio de 3,4 hijos. El 1,3% no se había quedado embarazada, el 37,7% entre 1 y 3 embarazos, entre 4 y 6 el 42,3%, entre 7 y 9 el 13,4%, entre 10 y 12 embarazos el 4,8%, y el 7,0% más de 12. En cuanto a partos, el 14,1% no había tenido ningún parto, de 1 a 3 el 43,7%, de 4 a 6 el 36,2% y entre 7 y 9 el 6,1%. Respecto a abortos, el 51,7% no tuvo ninguno, de 1 a 3 el 41,0%, entre 4 y 6 el 5,4%, entre 7 y 9 el 1,3% y más de 20 el 0,7%.

La encuesta de 34 síntomas que se aplicó a las 149 pacientes reveló los siguientes síntomas: tristeza en el 81,21%, piel seca en el 73,83%, irritabilidad en el 70,47%, cansancio en el 70,47%, dolor articular 68,46%, depresión 61,74%, insomnio 61,74%, sofocos 59,06%, llanto 58,39%, dolor muscular 57,72%, trastornos gastrointestinales 57,05%, cefaleas 56,38%, parestesias 54,36%, mareos 54,36%, sudoración 53,69%, aumento de peso 53,69%, dolor de espalda 53,02%, disminución de la libido 52,35%, labilidad afectiva 52,35%, apatía 51,68%, dolor de huesos y columna 48,99%, incontinencia urinaria 45,64%, calambres 45,64%, taquicardia 45,64%, otros 43,62%, sequedad vaginal 43,62%, sentimientos de minusvalía 41,61%, ambivalencia 34,90%, prurito vulvar 30,87%, dispareunia 26,85%, mastodinia 24,83%, hirsutismo 18,79%, disminución de peso 15,44%, sangrado genital 8,72% y lipotimia 4,03%. De éstos se presentan los diez más frecuentes, encontrándose la intensidad y la frecuencia de los mismos en la tabla 1.

En lo que se refiere a la ansiedad en su dimensión de estado, se encontró que ésta correlacionó positiva y significativamente a partir de la aparición del síntoma como moderado, y en mayor grado conforme la ponderación de la gravedad fuese mayor. De la misma manera el total de síntomas tuvo un comportamiento en ese mismo sentido.

Por otra parte, se aplicó una diferencia de medias, considerando el punto de corte del instrumento (T-43) y se obtuvo que con el total de síntomas, así como en aquellos percibidos como moderados o graves sí hubo una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 2). El mismo procedimiento se realizó con la dimensión rasgo y se encontró que al igual que el estado la diferencia de medias considerando T-47 fue significativa en el total de síntomas y las categorías de moderado y grave (Tabla 3). Con respecto a la correlación, se aprecia también que ésta es positiva en los síntomas referidos como moderados o graves, así como en el total de síntomas (véase tabla 3).

Discusión

Como ha podido apreciarse en los resultados, se trata de una muestra de pacientes que manifiesta una alta incidencia de síntomas físicos asociados con el climaterio y que éstos, a su vez, tienen una estrecha relación con los estados de ansiedad, tanto en lo que se refiere al estado como al rasgo. Tal hallazgo permite supo-

Tabla 1
Los diez síntomas más frecuentes

Síntomas	%	Ligero Frec.	Moderado Frec.	Grave Frec.
Tristeza	81,21	38 31-4-3*	41 18-9-14*	42 10-6-26*
Piel seca	73,83	31 14-4-13*	43 6-5-32*	36 3-2-31*
Irritabilidad	70,47	21 19-0-2*	39 17-12-10*	45 10-7-28*
Cansancio	70,47	17 12-1-4*	40 23-8-9*	48 6-6-36*
Dolor articular	68,46	18 11-4-3*	45 13-13-19*	39 2-5-32*
Depresión	61,74	25 18-3-4*	29 10-13-6*	38 10-5-23*
Insomnio	61,74	20 15-0-5*	36 13-12-11*	36 4-11-21*
Sofocos	59,06	32 25-3-4*	31 16-3-12*	25 2-6-17*
Llanto	58,39	36 27-2-7*	29 11-9-9*	22 6-2-14*
Dolor muscular	57,72	21 17-2-2*	37 10-10-17*	28 5-3-20*

* Frecuencia de su presencia en el último mes por intervalos
1 a 5 días al mes - 6 a 10 días al mes - 10 o más días al mes

Ejemplo: El síntoma tristeza, se presentó en el 81,21% de los casos, referido como leve por 38 pacientes, de las cuales 31 mujeres lo percibieron con una frecuencia de 1 a 5 días, 4 de ellas entre 6 y 10 días y 3 mujeres más, de 10 días o más en el último mes.

Tabla 2
Comparación de medias con respecto a la percepción de la gravedad de los síntomas respecto de la dimensión ansiedad-estado (43 puntos) y sus correlaciones

Gravedad	t	p	r	p
Leve	-0,087	0,931	-0,085	0,302
Moderado	2,096	0,038*	0,191	0,019*
Grave	3,667	0,000**	0,365	0,000**
Total de síntomas	4,215	0,000**	0,363	0,000**

* p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 3

Comparación de medias con respecto a la percepción de la gravedad de los síntomas respecto de la dimensión ansiedad-rasgo (47 puntos) y sus correlaciones

Gravedad	t	p	r	p
Leve	-1,044	0,298	-0,085	0,299
Moderado	5,300	0,000**	0,359	0,000**
Grave	5,396	0,000**	0,438	0,000**
Total de síntomas	6,920	0,000**	0,508	0,000**

** $p < 0,01$

ner que la ansiedad es un contribuyente para que los síntomas cobren una mayor fuerza en el momento de informarlos, lo que nos permite establecer una relación entre los síntomas físicos y emocionales, asociados con el climaterio, entendiendo que esta asociación abre la posibilidad de detectar casos que están complicados con el estado afectivo y, por lo tanto, se favorece una derivación hacia el especialista en salud mental de manera oportuna y adecuada.

Para dar tratamiento estadístico inferencial al número de síntomas, se establecieron dos estratos, de 1 a 5 síntomas y de 6 o más, con respecto a las puntuaciones del Inventario de ansiedad estado-rasgo. En las tablas 2 y 3 resulta significativo que un informe de 6 o más síntomas que son percibidos como moderados o 5 percibidos como graves, son indicadores de reacciones de ansiedad que se relacionan con la circunstancia actual de la paciente (ansiedad estado) y que 5 o más síntomas percibidos como moderados o 4 graves, indican reacciones de ansiedad como rasgo, es decir, síntomas de ansiedad crónica. En otras palabras, el que una paciente informe de 5 o más síntomas con una apreciación de intensidad moderada o bien 4 como graves, son indicadores de la presencia de un proceso ansioso que debe de ser tratado por un especialista.

A su vez, si las pacientes informan de 15 o más síntomas, independientemente de su gravedad, sería indicador de ansiedad estado y 13 síntomas o más, de ansiedad rasgo o crónica. Está claro que a consecuencia de la etapa de vida por la que esta atravesando la paciente, la vida emocional se encuentre complicada por una variedad de afectos, como la ansiedad, manteniendo una estrecha relación con el informe verbal de los síntomas (INPer, 1993). El tener que enfrentar diferentes cambios de tipo madurativo, tales como el cese de la vida reproductiva, el replanteamiento de metas y objetivos de vida, la reestructuración de la vida de pareja, la dificultad de establecer vínculos afectivos así como la muerte de personas significativas, la hacen proclive a cambios emocionales que se van a ver complicados por la sintomatología climaterica. En consecuencia, se hace evidente la necesidad de una atención integral interdisciplinaria en la que se aborden las dificultades desde una aproximación médica y psicológica que conduzca hacia un bienestar global, dado el evento por el que cursa, y que prepare una senectud con mejores perspectivas.

Conclusiones

La población de mujeres que están atravesando el climaterio presentan una alta incidencia de reacciones y características de tipo ansioso, pudiendo destacar como datos de importancia la expresión de la gravedad de síntomas y el número de los mismos. El Inventario de ansiedad estado-rasgo muestra ser un instrumento sensible en la detección de las pacientes con riesgo relativo de sufrir los síntomas somáticos. La aplicación de un instrumento de cribado posibilita la detección oportuna de aquellas pacientes que pueden mejorar su sintomatología a través de la intervención temprana en las reacciones de ansiedad, sabiendo que la expresión de 4 o más síntomas moderados o graves es un buen indicador de un probable trastorno de ansiedad.

Referencias

- Arne, H. (1992). Influence of natural menopause on health complaints: a prospective study of healthy norwegian women. *Maturitas*, 14, 127-141.
- Carranza, L. S. (1998) *Atención integral del climaterio*. México: McGrawHill.
- Chris, A.R. (1988). *Medical news & perspectives. Studies question how much role menopause plays in some women's emotional distress*. *JAMA*, 259, 3522-3523.
- De la Garza, T. (1993) *Boletín informativo*. Asociación Mexicana del Noreste para el estudio del climaterio, N1. 3.
- Grochow, H. V., Anderson, A. J. y Barborkiak, J. J. (1988). Post menopausal use of estrogen and occlusion of coronary arteries. *American Heart Journal*, 115, 954-63.
- Instituto Nacional de Perinatología (1993). *Manual de normas y procedimientos de ginecología*. México: Editorial INPer.
- Kaufert, P., Gilbert, P. y Tate, R. (1992). The Manitoba Project: A reexamination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14, 143-155.
- Lorna, D. C. y Suvan, E.B. (1985). Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression. *British Journal of Psychology*, 59, 173-180.
- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (40 edición) (DSM-IV). Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- Morales, C.F., Edgar, D.F. y Evangelina, A.C. (1995). Síntomas somáticos durante el climaterio asociados con estados depresivos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 9, 85-91.
- Morales, C.F. y González, C.G. (1990). Normatización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 7, 75-80.
- Nambudiri, D., Shamolan, C.H. y Jain, C.H. (1988). *Sexualidad después de menopausia*. Nueva York: Centro Médico Hospitalario de Cornell.
- Neri, I., Granella, F., Nappi, R., Manzoni, F., Facchinetti, F. y Genazzani, A.R.. (1993) Characteristics of headache at menopause: A clinico-epidemiologic study. *Maturitas*, 7, 31-37.
- Perez de Salazar, J.L. (1987). Climaterio femenino. México: INPer (monografía).
- Perfil Clínico de Livial (1994). *Folleto Informativo*. México: Organón.
- Revista del Climaterio (1998). *Medicina integral de la mujer*. México: Comunicaciones Científicas Mexicanas
- Schmit, P.J. y Rubinow, R.D. (1991). Menopause related affective disorders: A Justification for further study. *American Journal of Psychiatry*, 7, 884-852.
- Spielberger, C.D. (1975) *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Zárate, A. (1993). Algunas recomendaciones terapéuticas en el manejo de la menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 36, 103-106.