

Trastorno de ansiedad en el climaterio*

JORGE FORERO**

RESUMEN

Llama la atención la escasa información existente acerca de trastornos de ansiedad en el climaterio y la elevada prescripción y automedicación de ansiolíticos que se observa en mujeres en esa etapa de la vida. En éste artículo se revisa el cambio en la fisiología de las hormonas en el cerebro y sus implicaciones en la conducta ansiosa durante el climaterio y los aspectos psico-sociales de ésta etapa de la vida. También se analiza cómo las diferentes condiciones inherentes a la edad: viudez, abandono de los hijos, estado socioeconómico y aspectos culturales; influyen en los síntomas neurovegetativos. Por último se hace un enfoque del tratamiento farmacológico, cognitivo, de grupo y de familia para el desorden ansiolítico en la menopausia.

Palabras clave: Ansiedad, menopausia, TRH, trastornos psico-sociales.

ABSTRACT

There is few information about anxiety disorders during the menopause and so often high use of anxiolytic drugs that more of the time are self prescribed. In this article it is reviewed the changes of the hormone physiology in the brain and its implications in anxiety in climaterio. It is also analysed other different condition associated to this age span. Lastly, the author focus in pharmacologic, cognitive, family and group therapy.

Key words: Anxiety, menopause, HRT, psycho-social disorders.

El climaterio es un periodo en la vida en el cual declina la función ovárica, cesa la menstruación y termina la función reproductiva.

La ansiedad es un estado de inquietud o zozobra de la persona y un sentimiento de ánimo desagradable, disgusto persistente e irritabilidad, acompañado de síntomas somáticos, que no permite sosiego a quien la padece.

Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM IV

Los trastornos de ansiedad descritos en el DSM IV I son: crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia sin y con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y los trastornos de ansiedad generalizada, debido a enfermedad médica, inducidos por sustancias y no especificado.

Llama la atención la escasa información existente acerca

de los trastornos de ansiedad en el climaterio y la elevada prescripción y automedicación de ansiolíticos que se observa en mujeres en esa etapa de la vida. La ansiedad de la mujer climatérica puede ser subclínica e interferir en diferentes escenarios de la vida afectando el desempeño de su rutina cotidiana. Los niveles de ansiedad pueden no ser suficientes, dentro de la semiología psiquiátrica, para constituir diagnóstico de patología ansiosa; sin embargo las pacientes reconocen que producen un malestar significativo, lo cual nos debe movilizar a la búsqueda de un tratamiento orientado a disminuir la presencia de los síntomas.

Las mujeres climatéricas presentan manifestaciones de ansiedad, con cambios sensibles en su funcionamiento tales como: aumento de irascibilidad, tendencia al comportamiento conflictivo, nerviosismo, alteraciones del sueño, dificultades en la concentración, sentimiento de inseguridad, preocupación por eventos que previamente no les causaban inquietud, aumento de la sensibilidad emocional, disminución de la tolerancia, entre otros, además de síntomas somáticos tales como suspiros, palpitaciones, temblor fino, sudoración, malestar gastrointestinal, sensación de hormigueo, rubor o es-

calofrío. Estos signos y síntomas deben orientar al médico para pensar en la existencia de un probable trastorno por ansiedad.

La ansiedad sufrida por la mujer climatérica está relacionada con los reconocidos cambios neurobiológicos y psicosociales que se presentan en esta etapa de la vida.

En éste artículo se revisa el cambio en la fisiología de las hormonas en el cerebro y sus implicaciones en la conducta ansiosa durante el climaterio y los aspectos psicosociales de ésta etapa de la vida. Se hace referencia también al abordaje y tratamiento de las alteraciones en los niveles de ansiedad de este período de la vida, que están relacionados con los naturales cambios biológicos, y se proponen estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida de la mujer climatérica.

Metabolismo de las hormonas a nivel cerebral, interacciones con otros neurotransmisores e implicaciones en la aparición de cuadros de ansiedad

Durante el climaterio se produce una disminución en la actividad hormonal de los ovarios. La caída en la concentración de estradiol, el principal y más potente estrógeno secretado por el ovario, causa un feedback negativo sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, con un aumento de la hormona foliculo estimulante (FSH)². Estos cambios hormonales tienen directas repercusiones en la aparición de cuadros de ansiedad.

Los estrógenos y progestágenos pueden antagonizar la acción de los glucocorticoides, cuya liberación parece jugar un importante rol en la generación de cuadros de ansiedad. Los estrógenos mejoran la eficiencia de la neurotransmisión serotoninérgica³, actuando también sobre otros sistemas de neurotransmisión, incluyendo catecolaminas, acetilcolina, GABA y glutamato, entre otros.

La interacción entre neurotransmisores y esteroides gonadales es extremadamente compleja, ya que cada sistema parece tener una función moduladora del otro, por lo que importantes cambios en alguno puede provocar intensos efectos en otros. El descenso de los niveles de estrógenos observado en la menopausia, parece ser uno de estos cambios lo cual aumentaría la expresión de cuadros de ansiedad en mujeres vulnerables. Los estrógenos han demostrado poseer un efecto ansiolítico. Mujeres postmenopáusicas que reciben terapia de reemplazo hormonal (TRH) presentan una reducción de los síntomas de ansiedad cuando ésta tiene una presentación subclínica. Además, los estrógenos actuarían en varios niveles de los receptores GABA provocando efectos ansiolíticos.

Los estrógenos inhiben la actividad de la monoaminoxidasa

(MAO-A) e incrementan el turnover de la serotonina y de la dopamina. Además actúan en la síntesis y metabolismo de la norepinefrina⁴.

Relaciones en ese momento del ciclo vital

La etapa del climaterio, coincide con cambios psicosociales en el ciclo vital de la mujer, los cuales están dados por:

- 1) Aparición del Síndrome del Nido Vacío
- 2) Edad de jubilación
- 3) Cambio de rol al interior de la familia
- 4) Aparición de enfermedades
- 5) Pérdida de relaciones interpersonales
- 6) Cambios de aspectos físicos⁵.

Muchas mujeres, durante el transcurso de esta etapa de la vida, sufren pérdidas significativas tales como la muerte del cónyuge. En esta etapa suelen nacer los nietos, abriéndose la vida a una vivencia afectiva trascendental, cual es, experimentar y desarrollar el rol de abuela.

Los anteriores y muchos otros aspectos de orden psicosocial pueden ser asumidos por las mujeres climatéricas como ventajas o desventajas en sus vidas, lo cual varía según la cultura y las expectativas existentes respecto a esta etapa⁶.

La asistencia y educación brindada a las mujeres en edad del climaterio, permite convertir factores estresantes en nuevos facilitadores para mejorar su calidad de vida.

Síndrome de nido vacío

El síndrome de nido vacío es el nombre dado a la situación caracterizada por la salida de los hijos del hogar, causado por el cambio de residencia, por razones académicas o laborales, el matrimonio o la búsqueda de independencia.

El nido vacío puede ser tomado como una magnífica oportunidad para poner en marcha planes que antes no se pudieron realizar por los deberes derivados de las necesidades y presencia de los hijos, permitiendo entre otras cosas, salir de viaje sin consultar o disfrutar de la sexualidad sin temor a indiscretas interrupciones.

Para algunas pacientes, en cambio, puede ser vivido como una experiencia de abandono y soledad.

El nido vacío puede dejar a los padres la sensación del deber cumplido para con sus hijos, quienes han dejado su hogar primario para formar el propio o han salido a buscar

oportunidades esperanzados en un mañana mejor. La experiencia perenne de satisfacción de los padres, quienes ven salir a sus hijos del hogar los acompaña siempre. Jalil Gibrán acompaña a los padres en la preparación del nido vacío y en su magistral obra titulada *El Profeta* les dice:

“Vosotros sois el arco, por medio del cual vuestros hijos son disparados como flechas vivas. Porque así como él ama la flecha que dispara, ama también el arco que permanece firme”⁷.

La labor del médico es acompañar a la mujer climatérica que experimenta el alejamiento de sus hijos, y generar un diálogo fecundo que permita redefinir conceptos de connotaciones negativas, para lograr hacer amable la experiencia de la salida de los hijos del hogar.

Edad de jubilación

Las mujeres que se han desempeñado en la vida laboral en actividades de diverso reconocimiento socioeconómico, y han visto en el trabajo un medio necesario para ganarse el sustento o un camino para desarrollarse en plenitud, suelen verse idénticamente igualadas frente a la dificultad de enfrentar el retiro o la jubilación, este evento las obliga a reorganizar el tiempo disponible para poderlo invertir en un sinfín de actividades, las cuales antes no había podido o querido realizar. Llega la época en la vida cuando se disminuyen los niveles de estrés, causado hasta entonces por la necesidad de responder frente a múltiples y continuas exigencias. La jubilación debe ser, aunque no siempre lo parece, una oportunidad para concentrar renovados ánimos en el logro del bienestar personal. Es el tiempo para poner al día sueños atrasados.

El Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española señala que jubilación se puede entender como “alegría y regocijo”⁸.

La jubilación marca una ruptura entre la obligación condicionada y la libertad individual.

Da paso a la mujer climatérica a un tiempo donde poder integrar finalmente los propios intereses, dejados de lado décadas atrás. Es una época de la vida en la cual es preciso no sólo adaptarse sino que activamente acoger un nuevo rol, desde donde se puedan explorar oportunidades que ampliarán la satisfacción de vida.

Cambio de rol al interior de la familia

Llegada la etapa del climaterio, el rol al interior de la familia cambia. Ya no es necesario ejercer con severidad el rol de educador y dictar rígidas reglas de formación, pues las normas ya están inculcadas en los hijos quienes han madura-

do con el paso de los años. Para esta etapa están reservados roles de suma importancia en el mantenimiento de la estructura social y familiar. Los padres pasan a ser consultores de la vida porque sin duda albergan sabiduría acumulada y aquilata-da por la experiencia.

Este nuevo papel está previsto con el único interés de ampliar la visión de los hijos. La mujer posee el don divino de transmitir su conocimiento con amor y esta condición le permite jugar un papel trascendental en el mantenimiento de fluidas redes de comunicación con sus hijos, para esta época ya ausentes de casa.

El nuevo rol al interior de la familia de la mujer en edad del climaterio, precisa de preparación y enorme capacidad de adaptación. Alejar la idea de ser innecesaria, es vital para asumir con entereza el rol de protagonista en un escenario de armónicas relaciones, con quienes ahora han pasado a ser nuevos miembros de la familia, nietos, yernos y nueras.

El médico puede ayudar a su paciente a crear conciencia de la importancia del rol de ella al interior de la familia en este período de vida y orientarla para que conozca la importancia de su papel como participante de la dinámica familiar.

Pérdida de relaciones interpersonales

El establecimiento de relaciones interpersonales no tiene edad particular; ocurre a lo largo de la vida y algunas se mantienen vigentes desde mucho tiempo atrás. Otras relaciones son temporales y circunstanciales dadas por actividades laborales o sociales propiamente dichas. Para quienes tuvieron una actividad laboral fuera de casa y afianzaron relaciones interpersonales estables, estas se pueden mantener después de la jubilación. Sin embargo, éstas últimas particularmente son las que se dejan de mantener por la inconstancia de contacto con las personas. En el climaterio también se pueden establecer nuevas relaciones producto del encuentro con personas con intereses comunes. Como veíamos anteriormente, el climaterio es una etapa para realizar actividades nuevas y resulta ser una oportunidad para conocer personas que también estén interesadas en mejorar sus niveles de calidad de vida.

En general, las relaciones interpersonales se establecen sobre la base de una consistente autoestima, partiendo de la óptica de tener algo que ofrecer a alguien. Además, estas se logran como producto de la motivación para compartir con otra persona. Las relaciones preestablecidas, como cualquier otra, se mantienen por el placer de estar queriendo y sentirse querida, tener reconocimiento y dar reconocimiento, recibir y dar afecto.

Cambios de aspectos físicos

A partir del cambio en el balance de las hormonas apare-

cen cambios físicos que están condicionados por esta nueva situación fisiológica.

La disminución de la concentración de colágeno en la piel favorece la aparición de arrugas y un vello facial de distribución característica que compromete la imagen. La grasa se distribuye a nivel de la cintura pélvica y escapular perdiéndose las líneas que demarcaron la cintura. Por la disminución de la densidad de la trabécula ósea de los cuerpos vertebrales se puede presentar deformación de los mismos, dando origen a disminución de algunos centímetros de la estatura previa, además de xifosis dorsal. Estos cambios son experimentados por muchas mujeres como una dolorosa y hasta angustiosa pérdida de la feminidad, los cuales unidos a la ausencia de fertilidad puede acarrearles cambios en su estado de ánimo⁹.

Sin que constituya un verdadero cambio físico evidenciable en la anatomía del cuerpo femenino, también y secundario al cambio en la concentración de estrógenos, se disminuye la producción de moco cervical que contribuye con la lubricación de la vagina para las relaciones sexuales. Esta disminución puede llevar a la mujer climatérica a presentar dispareunia lo cual contribuye negativamente en su estado de ánimo. Esta experiencia puede ser vivenciada como una pérdida más, que conduciría a producir o aumentar síntomas de ansiedad.

Condición de viudez

Muchos son los temores que afloran en la edad del climaterio como el miedo a la soledad o al abandono, entre otros, se expresan con severidad con la pérdida del cónyuge. Esta situación compromete el estado de salud mental de las mujeres y en algunos casos se convierte en patología psiquiátrica de difícil tratamiento.

“La muerte es una experiencia a la que todo ser humano se enfrenta tarde o temprano” afirma Sherwin B. Nuland en su best seller: *Cómo nos llega la muerte*, publicado en 1994¹⁰. Sin embargo como suele suceder para muchas otras condiciones inevitables que vienen con la edad, no existe una preparación para minimizar los efectos deletéreos causados por estas experiencias al interior del equilibrio emocional de las pacientes.

Como profesionales de la medicina nos asiste la obligación de contribuir en la preparación, no sólo de nuestros pacientes sino de sus familiares, para la muerte. Con ello estamos salvaguardando la salud mental de aquellos quienes han confiado su ser querido al cuidado de nuestras manos.

El rol de la abuela en la sociedad actual

La abuela es el ser adorable por excelencia.

Quienes tienen la dicha de ser abuelas tienen un poten-

cial reservado para entregarlo con el amor que solo ellas saben profesar. Sus nietos son los benefactores y ellos necesitan con urgencia de amorosas atenciones.

Los médicos debemos estimular a las abuelas para que asistan a sus hijos, hijas, yernos y nueras en el cuidado de los nietos sin que ello signifique que ellas abandonen sus propios intereses. Los hijos de quienes tienen que cumplir largas y extenuantes jornadas de trabajo fuera de casa requieren de mayor tiempo para experimentar afectuosos contactos con sus seres queridos y así tener la oportunidad de aprender de un entorno amoroso. El creciente ejército de institutrices, psicopedagogas dedicadas a niños, nanas, empleadas de servicio doméstico, madres comunitarias, etc. no logran ni lograrán inmunizar a los niños contra la epidemia de enfermedades transculturales como la delincuencia juvenil, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio. La vacuna que logra prevenir la aparición de estas enfermedades la pueden aplicar las abuelas a sus nietos a través de la constante transmisión de sus sentimientos amorosos.

Tenemos que aprovechar a las abuelas quienes albergan sabiduría acumulada y poseen la autoridad para ejercer sin ningún perjuicio de la estructura del aparato psicológico de sus nietos la alcahuetería solidaria que no desautoriza las rígidas normas impartidas por los padres ausentes. Las abuelas constituyen un invaluable recurso humano porque son ellas quienes tienen la clave para proteger a la familia y a la sociedad contra enfermedades que ponen en grave riesgo la vida de los niños.

Tratamiento

Intervenciones farmacológicas

Se han realizado pocos ensayos clínicos prospectivos de tratamiento de trastorno de ansiedad en la mujer climatérica que hayan documentado sistemáticamente la eficacia de las medicaciones y terapias psicosociales en este grupo etéreo. Lo anterior obliga a utilizar la experiencia clínica en relación con la forma de iniciar un tratamiento farmacológico para un trastorno de ansiedad. La dosis inicial de la medicación debe ser menor que la utilizada en adultos jóvenes y los incrementos en las dosis deben de ser más lentos. Es recomendable conocer detalladamente los antecedentes de trastornos de ansiedad de la paciente, los resultados alcanzados con tratamientos previos, monitorizar y evaluar el comportamiento de los síntomas actuales, reconocer el comportamiento diacrónico de los mismos, reconocer y actuar sobre las variables del entorno, para establecer un tratamiento ajustado a las necesidades particulares de cada paciente¹¹.

Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

La TRH constituye sin lugar a dudas un recurso farmacológico que contribuye al tratamiento de las pacientes climatéricas. Es recomendable una evaluación general de la paciente, conocer las indicaciones, riesgos y contraindicaciones de la TRH, así como el tipo de hormona, vía de administración y dosificación. Otras medidas farmacológicas utilizadas como alternativas medicamentosas son la tibolona y los SERMs (Selective Estrogen Receptor Modulators) como el tamoxifeno y el raloxifeno.

Ansiolíticos

La decisión de iniciar un tratamiento con una medicación ansiolítica debe ser el producto de una cuidadosa evaluación, en la cual se consideren antecedentes de cuadros de ansiedad en la paciente, severidad de los actuales síntomas cognoscitivos y somáticos, la farmacocinética, farmacodinamia e interacciones medicamentosas de la medicación a prescribir.

Benzodiacepinas

Actúan sobre el complejo receptor GABA_A ionóforo para cloro-benzodiacepina (GABAA) el cual al ser estimulado permite el ingreso de cloro, y ocasiona la hiperpolarización de la membrana postsináptica, produciendo el efecto inhibidor postsináptico clásico modulando la salida de otros neurotransmisores como dopamina, noradrenalina, serotonina, glutamato y otros¹².

Para elegir bien una benzodiacepina debemos conocer sus características, tales como vida media, forma de metabolismo, potencia ansiolítica, grado de sedación, así como las pruebas de efectividad recogidas en ensayos clínicos.

Los pacientes de edad avanzada tienen más probabilidad de presentar mayor sedación, mayor tendencia a las caídas de la propia altura y deterioro de la concentración y del funcionamiento psicomotor. Pueden además ser más sensibles a la dependencia, al rebote y al deterioro de la memoria¹³.

Según el informe del grupo de trabajo sobre dependencia y toxicidad y abuso de las benzodiacepinas de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) “no hay datos que sugieran que un uso terapéutico a largo plazo de benzodiacepinas por parte de los pacientes dé lugar con frecuencia a una escalada de las dosis o a un abuso para fines no terapéuticos”.

Una vez se han utilizado las benzodiacepinas durante 6 a 8 semanas se necesita un plan de disminución gradual de la dosis y evitar la interrupción abrupta de la medicación para prevenir el síndrome de abstinencia¹⁴.

Buspirona

Es derivado de la azapirona y agonista parcial de la 5-HT_{1A}. No actúa sobre el receptor del ácido gamma-amino butírico-benzodiacepina y tiene moderada acción sobre receptores de dopamina D₂.

Produce menos somnolencia, menos deterioro psicomotor y tiene menos potencial de adicción comparado con las benzodiacepinas.

La Buspirona tiene un inicio de acción más lento lo cual puede ser inconveniente. Por ello parece ser más útil en pacientes ansiosos quienes no requieren un alivio inmediato de los síntomas. Se requieren 2 a 3 semanas para apreciar el efecto total del medicamento. Dada su lento comienzo de acción, no es una medicación recomendable para situaciones pasajeras o específicas de ansiedad¹⁵.

Inhibidores selectivos de la reparación de serotonina (ISRS)

Los objetivos del tratamiento con los ISRS son reducir la intensidad de los síntomas de ansiedad, la frecuencia de las crisis de angustia, la ansiedad anticipatoria y tratar la comorbilidad como depresión asociada y evitación fóbica.

La fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina y el citalopram han completado ensayos clínicos que indican que son eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Los ISRS se reconocen como medicaciones más seguras, carecen de efectos anticolinérgicos clínicamente significativos, tienen menos efectos letales en sobredosis y menores efectos sobre la función cardiovascular, comparados con los antidepresivos tricíclicos.

La dosis de inicio debe de ser inferior a la que suele prescribirse a los pacientes con depresión, teniendo en cuenta que algunos pacientes pueden experimentar sensación inicial de aumento de la ansiedad. Las dosis iniciales recomendadas para los ISRS son: fluoxetina 10 mg/día o menos disponible en presentación líquida, sertralina 25 mg/día, paroxetina 10 mg/día, fluvoxamina 50 mg/día y citalopram 10 mg/día. Las dosis estándar de mantenimiento, la cual se puede instaurar una semana después de la dosis de inicio es: fluoxetina 20 mg/día, sertralina 50 mg/día, paroxetina 20 mg/día, fluvoxamina 100 mg/día y citalopram 20 mg/día. En pacientes que no respondan al tratamiento con estas dosis estándar, después de 8 semanas antes de retirar y cambiar la medicación inicialmente escogida, se recomienda incrementar la dosis y observar la aparición de la respuesta. El comienzo de acción puede requerir hasta 4 semanas y en algunos pacientes no se muestra una respuesta completa hasta las 8 semanas. La eliminación de los ISRS se realiza a través del metabolismo hepático, por lo tanto es necesario ajustar la dosis a pacientes con hepatopatía o disfunción hepática. Se conocen descripciones

de casos de síndrome de retiro causado por la suspensión brusca del tratamiento, consistente en mareo, descoordinación, cefalea, irritabilidad y náuseas. Por ello se recomienda una disminución gradual hasta su suspensión a lo largo de varias semanas.

Los principales efectos secundarios de los ISRS son: cefalea, aumento de la ansiedad, irritabilidad, náuseas y otros síntomas gastrointestinales, insomnio o somnolencia, disfunciones sexuales como alargamiento del tiempo para el orgasmo o anorgasmia, temblor fino distal. No hay evidencia de que los ISRS aumenten la conducta violenta o suicida.

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales tienen el fin de acercarse al aparato psicológico de las pacientes con el objeto de conocer la construcción de sus pensamientos, experiencias humanas que se constituyan en marcadores de contexto y que tengan influencia en la presencia y manifestación de la sintomatología ansiosa.

Las intervenciones psicosociales no son patrimonio de los estudiosos de metodologías de intervención psicoterapéutica. Los médicos no psiquiatras y otros profesionales de temas relacionados con la salud mental están en condiciones de realizar intervenciones que movilicen en las pacientes pensamientos que tengan el potencial de convertirse en conductas saludables para manejar la ansiedad que se puede producir en este momento de la vida. No se precisa de profundo conocimiento y extenso dominio de una técnica psicoterapéutica específica para acercarse y poder ayudar a mejorar la calidad de vida de estas pacientes. Sin embargo resulta conveniente tener en cuenta, y por ello provechoso, hacer una breve referencia a los estudios realizados con el fin de conocer cuales son las recomendaciones básicas de intervención psicoterapéutica en los trastornos de ansiedad.

Terapia cognitiva

La Terapia cognitiva desarrollada por Aarón T. Beck de la Universidad de Pensilvania a comienzos de los años 60 y estudiada por Judith S. Beck y muchos otros investigadores, ha demostrado eficacia en el tratamiento de múltiples patologías psiquiátricas¹⁶. A la fecha no se encuentran referencias acerca de una técnica específica desarrollada y dedicada al tratamiento de la ansiedad en las mujeres climatéricas. La terapia cognitiva ha sido empleada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y por su estructura conceptual y funcional se puede creer que ésta también ha de ser útil en el tratamiento de la ansiedad durante el climaterio. Faltan estudios que corroboren este presupuesto.

La terapia cognitiva en los trastornos de ansiedad incluye

los siguientes elementos:

1. Psicoeducación
2. Vigilancia continua de la ansiedad
3. Entrenamiento en técnicas de relajación
4. Reestructuración cognitiva

La psicoeducación permite a la paciente identificar variables causantes o precipitantes de ansiedad. Esta identificación ofrece la oportunidad de revisar opciones de implementar cambios de conducta.

La vigilancia continua de la ansiedad facilita la identificación de estímulos internos y externos que producen sintomatología. El entrenamiento en técnicas de relajación facilita a la paciente la oportunidad de controlar, entre otras, el ritmo respiratorio y la tensión muscular derivada de la ansiedad.

La reestructuración cognitiva permite que la paciente conozca los pensamientos que sobrestiman la probabilidad de consecuencias negativas de su estado de ansiedad y origen probable de sus sensaciones de miedo.

En general, la terapia cognitiva precisa del desarrollo de empatía como elemento indispensable para establecer una buena relación de trabajo con la paciente.

Para establecer un marco de trabajo, resulta importante hacerse unas preguntas iniciales que sirven para entender a la paciente.

¿Cuál es el diagnóstico de la paciente?

¿Cuál es el problema corriente, cómo se desarrolló ese problema y cómo se ha mantenido?

¿Cuáles son las creencias asociadas con el problema y las reacciones (psicológicas, fisiológicas y de conducta) asociadas con el problema?

Es importante saber cómo la paciente desarrolló en particular ese cuadro de ansiedad.

Para lograrlo resulta de ayuda hacer una hipótesis a manera de pregunta.

¿Cuáles fueron sus experiencias tempranas que contribuyen con su problema de hoy?

¿Cuáles son sus creencias subyacentes fundamentales (incluyendo actitudes, expectativas y reglas) y pensamientos relacionados con el problema?

¿Cómo ella ha repetido o copiado las creencias disfuncionales?

¿Qué mecanismos de conducta, positivos y negativos ha desarrollado alrededor del problema?

¿Qué visión tiene de ella misma, de otros, del mundo y de su futuro?

¿Qué estresores contribuyen a su problema psico-social o interfieren en su habilidad para resolver su problema?

La conceptualización de la paciente en términos cognitivos es crucial para determinar mayor eficacia y eficiencia en el curso del tratamiento y establecer una buena relación de trabajo medico-paciente resulta vital para el desarrollo del mismo.

Terapia de grupo

La terapia de grupo regularmente tiene lugar dentro de los marcos de los grupos de apoyo y autoayuda. El tratamiento incluye un componente de estrategias de relajación y comunicación de experiencias individuales y formas de afrontamiento que puede ser útil para otros pacientes. La terapia de grupo puede estar dirigida por un moderador, quien a manera de facilitador, permite la participación ordenada de las asistentes.

Terapia conyugal y familiar

El tratamiento de la pareja o del sistema familiar, permite identificar patrones de dependencia o interdependencia entre cónyuges o con otros miembros de la familia e identificar si existe un miembro de la familia en el papel de "salvador". Dentro de la terapia conyugal y de familia es prudente revisar el estado de las relaciones interpersonales y reconocer el impacto que tienen al interior del sistema la presencia de los síntomas de ansiedad de la paciente. En algunas pacientes se puede identificar alteraciones

en el funcionamiento de sus relaciones conyugales y resulta recomendable explicar a los esposos las causas reconocidas de la presencia de la ansiedad en sus cónyuges, de manera que a través de este proceso educativo se pueda disminuir la frustración causada por la presencia de enfermedad de la esposa con las limitaciones que esta impone. Además se puede involucrar al cónyuge en el apoyo que su esposa requiere en determinadas oportunidades, cambiando reconocidas reacciones de hostilidad por la situación de ansiedad. La educación de los familiares acerca de la naturaleza de la enfermedad y la inclusión de sus miembros como participantes activos quienes pueden aprender posibilidades reales de ayuda, suele ser beneficiosa. El cónyuge como coterapeuta puede ser un agente catalizador en la mejoría de la paciente al tener la posibilidad de prevenir a su esposa de situaciones estresantes reconocidas potencialmente como capaces de producir ansiedad y comunicarle en forma temprana cuando detecte sintomatología ansiosa.

Referencias

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM IV. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.
2. Rodríguez Portales JA. Endocrinología Clínica. Publicaciones técnicas Mediterráneo. Santiago de Chile. 2000.
3. Yonkers K, Bradshaw K, Halbreich U. Oestrogens, progesterins and mood in Mood disorders in women (Steiner M, Yonkers K, Eriksson E, eds), London: Martin Dunitz, 2000.
4. De Battista Ch, Smith D, Shatzberg A. Modulation of Monoamine Neurotransmitters by Estrogen: Clinical Implications. Gender Differences in Mood / Anxiety Disorders.
5. Schmidt P, Rubinow D. Menopause-Related Affective Disorders: A Justification for Further Study. Am J Psychiatry 1991; 148.
6. Stewart DE, Boydell KM. Psychologic Distress During Menopause: Association Across the Reproductive Life Cycle. Psychiatry in Medicine, Vol 23 (2) 157- 162, 1993.
7. Gibrán J. E Profeta. Sexta Edición. Editorial ABC. Bogotá, 1975.
8. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española,

Vigésima primera Edición, 1992.

9. Acosta Prada AS. Osteoporosis. Afrodita y Esculapio "Una visión integradora de la medicina de la mujer" Téllez Vargas J, Gaviria SL, Burgos de Taborda C. Nuevo Milenio Editores. 1ª edición 1999.
10. Stewart D, Boydell C, Derzko C, Marshall V. Psychologic Distress During the Menopausal Years in Women Attending a Menopause Clinic. J Psychiatry in Medicine 1992; 22: (3) 213-220.
11. Nuland Sherwin B. Cómo nos llega la Muerte. "Reflexiones sobre la etapa final de la vida". Editorial Norma 1995.
12. American Psychiatric Association. Psychiatric Self-Assessment & Review. Anxiety Disorders. 1999.
13. Salín Pascal RJ. Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría. McGraw-Hill Interamericana. 1997.
14. Fuller MA, Sajatovic M. Manual informativo sobre medicamentos psicotrópicos. Media Luna. New York 2001.
15. Benzodiazepine Dependence, Toxicity, and Abuse: A task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington. D.C., APA 1990.
16. Eison AS, Temple DL. Buspirona: Revisión de su farmacología y perspectivas actuales sobre su mecanismo de acción. Am J med; 80 (3B) 1-9. Mar 31 1986.
17. Beck JS. Cognitive Therapy. "Basis and Beyond" The Guilford Press. New York and London. 1995.