



El bienestar emocional de ellas

Descripción

Recientemente, una revisión de estudios publicada en *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (2021) explicaba que el análisis de tres décadas de imágenes de resonancia magnética humana y datos posmortem evidenciaban que el cerebro del hombre y de la mujer tiene pocas diferencias confiables de sexo/género. Si bien es cierto que el cerebro de los machos es más grande que el de las hembras desde el nacimiento, sin embargo, las resonancias magnéticas basadas en tareas no encuentran diferencias de activación entre hombres y mujeres en el procesamiento verbal, espacial o emocional.

Pero si, según el artículo mencionado, las diferencias cerebrales entre hombres y mujeres parecen triviales, ¿qué es lo que les hace emocionalmente tan diferentes?

Uno de los motivos, parece relacionarse con la mayor vulnerabilidad del cerebro femenino a las situaciones de estrés. Hay investigaciones que avalan que las vías y redes cerebrales relacionadas con el estrés y con la [regulación emocional](#) se ven más afectadas por las situaciones de estrés, por el estrés mantenido en el tiempo y, por ende, por la acumulación de factores estresantes. Esta mayor sensibilidad parece condicionar un mayor riesgo de depresión.

VULNERABILIDAD NO ES DEBILIDAD

A lo largo del artículo, amparados por datos y cifras, es preciso señalar que los distintos hechos fisiológicos hablan de posibilidades, de porcentajes y probabilidad de que algo suceda y de que pueda ser revertido, tratado y mejorado. Para combatir el estigma social y ciertas inercias lingüísticas, es importante hablar en estos casos de vulnerabilidad y no de debilidad. No es lo mismo y, en ocasiones, de forma interesada se equipara. Vulnerable es aquello que puede ser dañado. Un mayor conocimiento del modelo biopsicosocial y considerar la perspectiva de género en los tratamientos, tal y como se verá al final, permite trabajar para que el daño posible que enuncia la vulnerabilidad no se traduzca finalmente en daño real.

EL PAPEL DE LAS HORMONAS

Las variaciones cognitivas entre sexos se deben a diferentes influencias hormonales sobre el desarrollo del cerebro. Las hormonas sexuales condicionan la organización del cerebro en una etapa precoz de la vida, así, las diferencias en la conectividad neuronal se aprecian con mayor claridad a partir de los trece años.

Las hormonas, que están íntimamente ligadas a las emociones y al SNC (sistema nervioso central), influyen en la sinapsis y el funcionamiento cerebral. De hecho, la mayor vulnerabilidad al estrés de las

mujeres coincide con los momentos de mayor fluctuación hormonal y con menores niveles de estrógenos.

Ligadas a las emociones y al sistema nervioso central, las hormonas sexuales condicionan la organización del cerebro en una etapa precoz de la vida

Las hormonas sexuales, como el estrógeno, la oxitocina y la progesterona, pueden modular el funcionamiento de diferentes neurotransmisores entre ellos, la serotonina. Esta tiene un papel clave en la regulación emocional, afectiva y en el comportamiento. Las concentraciones estables de este neurotransmisor son indispensables para tener un ánimo estable. La privación hormonal, las fluctuaciones intensas o la disminución de los niveles estrogénicos pueden modificar los niveles de serotonina y contribuir a las variaciones del estado de ánimo en la mujer. De hecho, el periodo de mayor riesgo de padecer depresión en la mujer es paralelo a su vida reproductiva, desde la pubertad a la menopausia. Las mujeres van a ser especialmente vulnerables durante los períodos de mayor fluctuación estrogénica: los días previos a la menstruación, el posparto o el periodo denominado como perimenopausia, el que va desde el inicio de las alteraciones menstruales al final del año posterior al cese de la menstruación.

Estas fluctuaciones normales de las hormonas ováricas pueden alterar el impacto de los eventos estresantes en las mujeres al presentar períodos de mayor vulnerabilidad durante las fases bajas de estradiol del ciclo menstrual. Esta fluctuación, relacionada con el ciclo menstrual en la vulnerabilidad al estrés, puede ser relevante para ella incremento de depresión en las mujeres.

Por ello, se conoce que la pubertad puede estar asociada con los primeros episodios de depresión en la mujer, sin embargo, el mayor riesgo de depresión puede ocurrir durante el periodo de posparto ¿más de un 10% de las madres la sufre? y en la perimenopausia, cuando la presencia de síntomas depresivos es mayor: entre el 45 y el 70% de las mujeres

LA EPIDEMIA DE DEPRESIÓN

A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio: cada año se suicidan más de 700.000 personas. En nuestro país, en el año 2020, se declararon 3.941 muertes por suicidio, lo cual supone el número más elevado de muertes en los últimos quince años en España.

La OMS destaca la depresión como la primera causa de discapacidad en mujeres entre los 18 y los 44 años de edad, de hecho, **1 de cada 5 mujeres padecerá un episodio depresivo** a lo largo de su vida. La prevalencia de la depresión en mujeres duplica a la de hombres: 7,1% frente al 3,5%. Es más, los casos de depresión con severidad grave en mujeres triplican los que se dan en hombres: por cada caso grave en hombres hay 3,5 que son mujeres.

La prevalencia de la depresión en mujeres duplica a la de hombres: 7,1% frente al 3,5%.
En los casos de depresión grave lo triplican

El mayor riesgo de depresión en la mujer, como decíamos, tiene lugar durante su etapa fértil y el pico

del inicio del trastorno depresivo mayor se sitúa alrededor de los 40 años, representando al 50% de los pacientes.

El informe SESPAS (Sociedad española de Salud pública y Administración Sanitaria) de 2020 habla de una mayor prevalencia de mala salud mental, ansiedad y depresión en mujeres adultas; principalmente en las mujeres con menores rentas y nivel educativo, trabajadoras manuales, desempleadas y de mayor edad.

A raíz de la pandemia de *COVID-19* la depresión mayor aumentó un 28%, esto significa que en 2020 se produjeron **53 millones de trastornos depresivos**. Los grupos de población más afectados fueron las mujeres y la gente joven. Tanto es así, que entre la población adolescente del sexo femenino las tentativas de suicidio aumentaron un 150% en el segundo semestre del año 2020.

Entre la población adolescente del sexo femenino las tentativas de suicidio aumentaron un 150% en el segundo semestre del año 2020

LAS DEPRESIONES EN LA MUJER Y EL CICLO REPRODUCTIVO

El ciclo vital femenino marca la «ventana de la vulnerabilidad» a los trastornos depresivos, que en la mujer suelen acompañarse con la etapa reproductiva, es decir, la edad fértil:

Síndrome premenstrual: Se caracteriza por síntomas físicos, cognitivos, afectivos y conductuales que ocurren cíclicamente durante la fase lútea del ciclo menstrual (el tiempo comprendido entre la ovulación y el primer día del periodo) y se resuelven rápidamente al comienzo o a los pocos días de iniciada la menstruación. Es común y afecta hasta al 75% de las mujeres con síntomas emocionales como irritabilidad, tensión, labilidad emocional; y síntomas físicos como sensibilidad en los senos, fatiga y distensión abdominal.

Trastorno disfórico premenstrual: Es la forma severa del síndrome premenstrual. Incluido en el DSM 5, la clasificación americana de las enfermedades mentales. Afecta del 3 al 8% de las mujeres de cualquier origen socioeconómico, cultural o étnico. Se han postulado como hipótesis la influencia de las hormonas sexuales y la regulación GABAérgica (recordemos que GABA es básicamente un neurotransmisor de características inhibitorias) y serotoninérgica (la serotonina es un neurotransmisor muy relacionado con las emociones y el estado de ánimo). Existe una mayor prevalencia entre aquellas mujeres que sufren depresión, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y mayor estrés percibido. Los síntomas deben ocurrir en tres ciclos menstruales consecutivos, deben aparecer entre una y dos semanas antes del inicio del periodo y desaparecer dentro de los cuatro días posteriores al inicio de la menstruación, causando un deterioro significativo: depresión grave, irritabilidad y tensión antes de la menstruación. También pueden aparecer otros síntomas como trastorno depresivo mayor, agorafobia, trastorno bipolar, la fobia social y la fobia específica. Su tratamiento incluye intervenciones no farmacológicas y farmacológicas.

Depresión gestacional: Entre un 10 y un 16% de las mujeres padecen una depresión durante el embarazo. Suele ser infradiagnosticada e infratratada. Puede causar parto prematuro, bajo peso al nacer y bajas puntuaciones en el test de Apgar. Contribuye a un peor autocuidado y menos revisiones. Además, los niños de mujeres que han presentado depresión son más propensos a presentar problemas de comportamiento, alteraciones cognitivas y motoras en la infancia.

Depresión posparto: Aparece en un 10% de las mujeres en las primeras semanas tras el parto con síntomas graves y alto riesgo de suicidio. Puede condicionar el apego madre/hijo, tan necesario para el futuro desarrollo emocional del bebé. No hay que confundir estos síntomas depresivos con el *blues* posparto, que es la tristeza que padecen hasta el 80% de las mujeres (asociada al cambio hormonal después de parir) y que desaparece en pocos días sin necesidad de tratamiento. La depresión puerperal es un cuadro clínico grave que muchas veces requiere ingreso hospitalario o terapia anticonvulsiva si hay síntomas psicóticos. Los factores de riesgo son depresiones previas, madres muy jóvenes y bajo nivel educativo.

Depresión perimenopáusica: La presencia de síntomas depresivos es mayor en la perimenopausia, que comprende el periodo entre los 40 a los 55 años. Se trata de una etapa de grandes y bruscas fluctuaciones hormonales que suelen durar hasta un año después del cese de la menstruación; además, confluyen importantes cambios vitales y factores estresantes significativos, como la pérdida de la capacidad reproductiva, cambios en la imagen corporal, independencia de los hijos, cuidados o soporte a sus progenitores, fallecimiento de estos, problemas de salud y limitaciones físicas, doble rol de cuidadora (padres e hijos), entre otros.

Es, en definitiva, la época en la que muchas mujeres ejercen de «superwoman». Además, como engordamos, nos ponemos a dieta y eso disminuye el triptófano, que es esencial para la producción de serotonina. Muchas de las mujeres que experimentan un episodio depresivo en esta etapa han podido vivir una historia personal previa de depresión.

A lo largo de su vida, el catálogo de depresiones que puede sufrir una mujer vinculadas al ciclo reproductivo es amplio

Depresión de la tercera edad: La depresión posmenopausia, cuando ya hay un cese total de la función ovárica, afecta del 2 al 4% de las mujeres mayores, al 12% de las que están hospitalizadas y al 16% de quienes viven en residencias. Influye decisivamente en el deterioro cognitivo y su vulnerabilidad se relaciona con el nivel educativo, las enfermedades crónicas y el apoyo social.

LA DEPRESIÓN COMO REACCIÓN Y RESPUESTA

La depresión se caracteriza por la interacción entre la vulnerabilidad genética y su interacción con los factores ambientales. Las mujeres presentan factores ambientales estresantes propios de su género y del momento del ciclo vital; ellas son más susceptibles de presentar síntomas depresivos en respuesta a sucesos vitales estresantes y traumáticos.

Las causas más destacadas de estrés asociado a etapas vitales pueden originarse por abusos sexuales o maltrato en la infancia, distorsión de la imagen corporal, conflictos madre-hija, consumo de tóxicos en la adolescencia, infertilidad, abortos, fracaso de pareja, soledad, pérdidas familiares y

jubilación, entre otras.

También podemos destacar el rol maternal, el rol profesional, las exigencias de belleza y juventud, la dependencia económica en aquellas que no tienen una actividad remunerada, y otros, como el estrés de la violencia de género o la discriminación laboral.

LA NECESARIA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de la depresión en las mujeres debe realizarse con perspectiva de género. Está ampliamente demostrado que una combinación de fármacos antidepressivos y de psicoterapia aumenta las posibilidades de remisión de la enfermedad y disminuye el riesgo de recaídas. El objetivo es siempre la remisión completa, los síntomas residuales afectan de forma muy negativa al pronóstico de la enfermedad y al funcionamiento de la persona. La fluctuación de los estrógenos puede afectar a la respuesta individual de cada mujer a los fármacos durante ciclos menstruales, uso de anticonceptivos o etapas de perimenopausia y menopausia, lo que hace necesaria la perspectiva de género.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el género condiciona de forma directa las experiencias que vive una persona. Dependiendo de su género, la sociedad le impondrá unos roles u otros y podría verse expuesta a un tipo distinto de experiencias que puedan afectar su salud mental.

Según la OMS el género condiciona de forma directa las experiencias que vive una persona y estas puedan afectar a la salud mental

Además, la tendencia de los hombres a no pedir ayuda psicológica o a no mostrar síntomas de depresión es otro de los motivos por los que hay algunos trastornos mentales que se diagnostican más a un género que a otro.

Por ello, la OMS señala que es necesario tener en cuenta el género cuando se diagnostica una enfermedad mental y se trata. Si los factores de riesgo a los que se enfrentan hombres y mujeres son diferentes, entonces su gestión debería estar especializada por género.

[+ ARTÍCULOS SOBRE BIENESTAR EMOCIONAL](#)

- [Retorno a la subjetividad](#)
- [Pablo d'Ors: «El bienestar es una tentación»](#)
- [Paradojas y disyuntivas del bienestar emocional](#)
- [De qué hablamos cuando hablamos de «bienestar emocional»](#)

Fecha de creación

21/11/2022

Autor

Marina Díaz Marsá