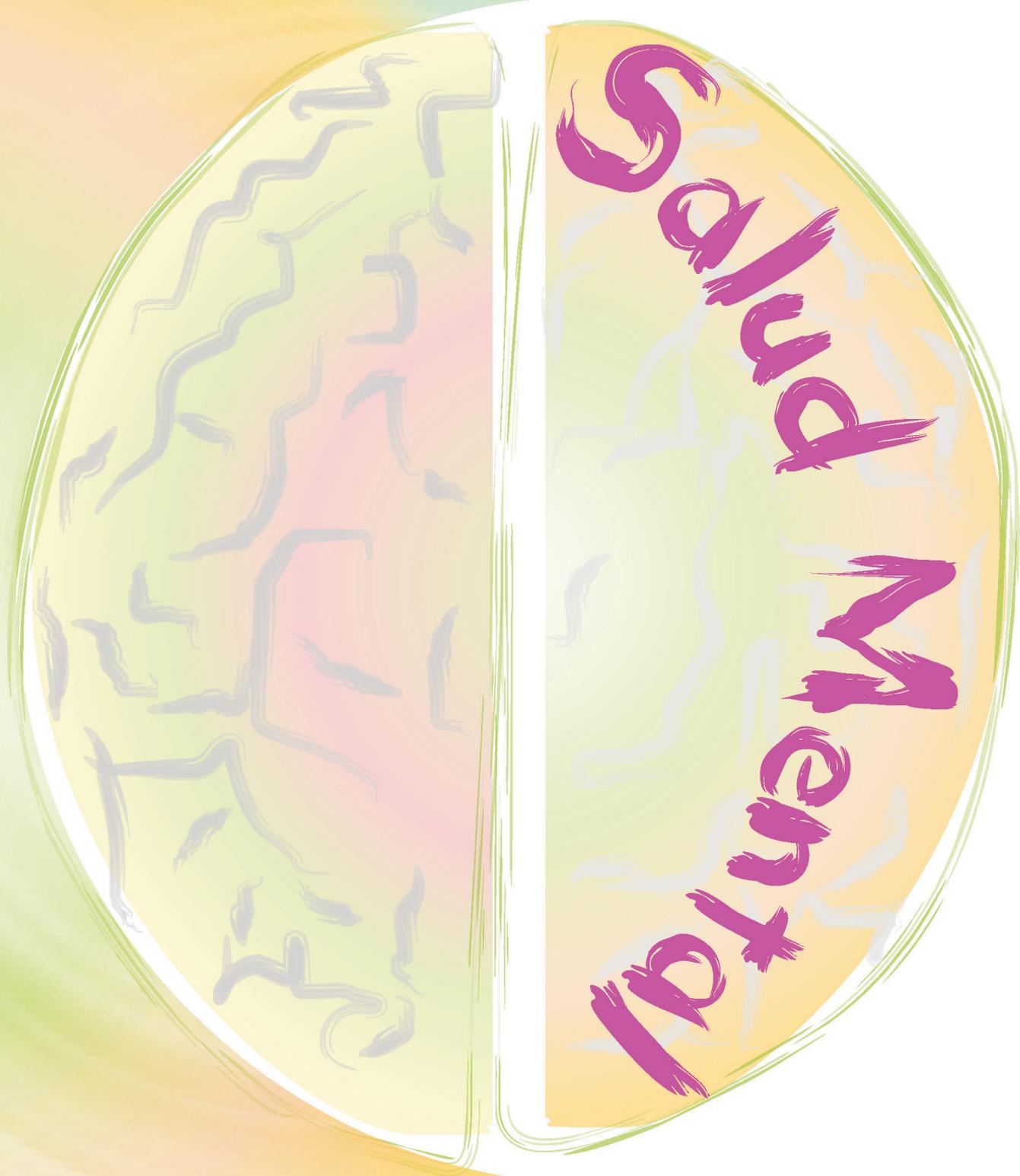




Salud Mental



Isabel Montero Piñar
- [Universidad de Valencia] -



INTRODUCCIÓN

No hay sociedad en que la mujer sea tratada igual que el hombre y eso inevitablemente afecta a su salud⁽¹⁾. Hoy contamos con una extensa bibliografía, donde se documenta en torno a la falta de equidad y su impacto en la salud de las mujeres. La existencia de normas sociales que refuerzan las diferencias en responsabilidades y en roles sociales hacen que muchas mujeres estén sometidas a una importante sobrecarga, especialmente entre aquellas que tienen que compaginar su trabajo con las tareas domésticas y la crianza de los hijos. La falta de apoyo y los abusos por parte de otros miembros de la familia, así como diferencias en el nivel de ingresos económicos han sido quizá los más estudiados⁽²⁾. Por lo tanto, el género como factor social determinante de la salud no actúa solo, sino que interactúa con otros determinantes sociales. Al poner de relieve la influencia del género en la salud y en la salud mental en particular se destaca el hecho de que otros factores sociales puedan profundizar ó contrastar el efecto del género en la salud.

Los factores sociales pueden exacerbar las diferencias biológicas, ya que obviamente la salud tiene una base biológica ó al menos un referente biológico, llegando en muchas circunstancias, a ser las desventajas sociales los factores determinantes en la salud mental. La comprensión de la forma en que los factores biológicos y sociales interactúan en diferentes aspectos de la salud mental, es fundamental entender como funciona el género en su relación con la salud.

Las diferencias de género en salud y enfermedad han sido relativamente ignoradas ó marginadas por clínicos e investigadores pasando posteriormente a analizar las simples diferencias cuantitativas. De hecho, la mayor vulnerabilidad de las mujeres a determinadas formas de enfermar, las diferentes formas de curso y de duración de los trastornos mentales en hombres y mujeres ó las variaciones en la respuesta terapéutica, no se conoce ó no se ha podido todavía confirmar. Tampoco se ha estudiado la interacción entre el fenómeno psicopatológico y los aspectos biológicos, ambientales y los psicológicos y sociales⁽³⁾.

Actualmente la investigación clínica se esta moviendo desde la simple documentación numérica a estudiar procesos y mecanismos, lo que compromete variables biológicas y sociales, análisis complejo que se enfrenta a un numero potencial de variables independientes y de confusión. Resulta evidente que el desarrollo de las neurociencias y de la biología molecular ofrecerá información fundamental para conocer diferencias biológicas entre genes, pero esto no es suficiente. No podemos olvidar que las diferencias son menos importantes que la relevancia que estas tienen en el impacto en la salud mental.

Así mismo se precisa de formación que incorpore conocimientos de variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, en el manejo terapéutico y en la investigación de los trastornos mentales en las mujeres. La adquisición de conocimientos por profesionales de la SM no presenta grandes dificultades. Pero la enseñanza de destrezas, basada en una práctica guiada por el esfuerzo, participación activa y modelado es más compleja, requiriendo escenarios de apoyo con una fuerte presencia de mujeres entre el profesorado⁽⁴⁾.

Con este capítulo pretendemos transmitir información y conocimientos sobre algunas de las principales áreas de este campo: frecuencia y distribución de las principales enfermedades mentales en la mujer, políticas de salud mental y provisión de servicios, impacto de la enfermedad mental en la familia y sesgos de género en la investigación psiquiátrica.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

“Al finalizar el estudio de esta unidad los/las participantes de este curso serán capaces de...”

- 1.- Conocer** las diferencias cuantitativas y cualitativas en la morbilidad psiquiátrica y de la conducta de enfermedad, de hombres y mujeres.
- 2.- Argumentar** las principales hipótesis explicativas en torno a las diferencias cuantitativas detectadas.
- 3.- Identificar** los principales grupos de riesgo.
- 4.- Describir** las diferencias en la expresión sintomatológica de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la mujer.
- 5.- Conocer** las diferencias en consumo de psicofármacos y el uso y frecuentación de servicios.
- 6.- Reconocer** la importancia del género en las políticas de salud y en la provisión de servicios.
- 7.- Conocer** el impacto de la enfermedad mental en la familia.
- 8.- Establecer** la relación entre la experiencia de prestar cuidados a pacientes mentales graves y dependientes y la repercusión en la salud mental de las mujeres.
- 9.- Conocer** las líneas prioritarias de investigación en esta área.
- 10.- Identificar** los sesgos de género mas frecuentes en la investigación psiquiátrica y las consecuencias de los mismos.

1. Frecuencia y distribución de los trastornos mentales en función del género:

Parece conveniente el diferenciar el trastorno mental de un problema de salud mental. Por salud mental se entiende la capacidad del individuo, del grupo y del ambiente de interaccionar de forma que promueva el bien-estar, el desarrollo y las habilidades mentales (cognitivas, emocionales y relacionales). Cuando surge una disrupción de la interacción efectiva entre los factores individuales, grupales ó ambientales, hablamos de un problema de salud mental. Mientras que el trastorno mental es una entidad médica que causa una discapacidad significativa.

1.1 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN

Una de cada cuatro personas adultas sufre, a lo largo del último año, un TM identificable (20.000/ 100.000). De ellas, 3000-5000 (3-5%) son lo suficientemente graves como para precisar tratamiento especializado y la mayoría de ellas son mujeres.

Las mujeres están relativamente protegidas de algunos de los trastornos más graves asociados al neurodesarrollo⁽⁵⁾, que se manifiestan en la infancia y en la época de la preadolescencia. Pero al partir de la adolescencia este patrón cambia y la mujer desarrolla más problemas psiquiátricos que el hombre⁽⁶⁾. Todos los estudios comunitarios ponen de manifiesto una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las mujeres.

En la tabla se muestran los datos de estudios de prevalencia llevados a cabo en población general española. (elaboración propia)

Prevalencia de trastornos mentales en población adulta					
Área	Año	Edad	Periodo	Hombre	Mujer
Cantabria	1987	+17	Puntual	8.1	20.6
Barcelona	1987	+16	Puntual	21.7	36.1
Galicia	1989	+18	Puntual	20.8	33.6
Madrid	1993	18-65	Puntual	8.3	24
La Rioja	1992	15-65	Puntual	- -	34.2
Pamplona	1996	18-70	Anual	19.2	8.3
Cataluña	1998	+14	Puntual	15.8	18.7
Formentera	1999	+15	Mensual	15	23.6

Como se puede observar las mujeres de todas las comunidades investiga-



das muestran una cifras más elevadas de alteraciones psiquiátricas, situándose la prevalencia para la globalidad de los trastornos mentales entre el 18,7 y el 36,1%. Esta variabilidad depende en gran parte del instrumento de exploración psicopatológico utilizado. Este exceso de morbilidad psiquiátrica se debe fundamentalmente a la presencia significativa de cuadros depresivos y ansiosos entre las mujeres, siendo la razón mujer/hombre de 1,9-3/1 en España según el último estudio europeo publicado. Y este significativo predominio es un fenómeno que se encuentra sistemáticamente en las mujeres a lo largo de su vida adulta⁽⁷⁾.

Pero también se detectan diferencias importantes en la distribución de otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos de la conducta de la alimentación, que afectan de forma predominante a las mujeres ó los trastornos de personalidad antisocial y los trastornos asociados al consumo de alcohol, a los hombres.

Las diferencias no solo son cuantitativas, sino que se han detectado también diferencias en el inicio y en el curso de algunos trastornos mentales. Por ejemplo, la psicosis esquizofrénica tiene un inicio más tardío en las mujeres que en los hombres, con una mejor evolución y con una mejor respuesta terapéutica requiriendo dosis menores de psicofármacos hasta la menopausia⁽⁸⁾, lo que sugiere la posibilidad de una susceptibilidad para los diferentes subtipos de esquizofrenia así como el posible papel protector de los estrógenos. Pero otros factores inciden en la evolución y en las posibilidades de adaptación y ajuste social, asociados a factores sociales y culturales. Así por ejemplo, los estudios realizados en países industrializados indican que la mujer que padece una esquizofrenia suele tener más ventajas sobre el hombre, con el mismo trastorno, a la hora de vivir independiente. Su inicio más tardío le permite haber adquirido una serie de destrezas y las habilidades necesarias, es posible que se haya casado y haya tenido hijos, por lo que tiene mayores relaciones sociales y una red social que le facilita la vida independiente. En cambio, en otras regiones menos desarrolladas, las mujeres suelen ser abandonadas por sus maridos tras haber sufrido abusos físicos y sexuales antes de la separación.

También la expresión sintomatológica de un mismo trastorno psiquiátrico difiere entre hombres y mujeres. Mientras que las mujeres deprimidas tienden a mostrar más quejas somáticas, apatía, aumento de peso, tendencia al llanto y soledad, los hombres tienden a la irritabilidad, a las rumiaciones y a la inhibición⁽⁹⁾. El género no determina las diferencias en salud mental solo a través de las diferentes experiencias ó a través del rol social específico, sino también el género ayuda a construir diferencias en la propia presentación y en la formulación de las quejas lo que contribuye al sesgo de género en el diagnóstico y en el tratamiento.

Los trastornos mentales se asocian a un grado significativo de discapacidad. Cabe señalar que un único trastorno mental, como la depresión, la patología más prevalente entre las mujeres, aparece como la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad en la estimación para el 2020 y la primera causa para las mujeres.⁽¹⁰⁾

Las diferencias también se encuentran en otros indicadores como en el consumo de psicofármacos, significativamente mayor en la mujer que en el



hombre, y aunque los datos de los estudios muestran una importante variabilidad, las diferencias en consumo entre hombres y mujeres se mantienen para los diferentes grupos de edad, incluso es mayor el consumo en las mujeres en ausencia de diagnóstico psiquiátrico. Este hecho se ha venido interpretando como que el hombre tiende a consumir alcohol como forma de aliviar temporalmente las tensiones causadas por el exterior y considera la utilización de psicofármacos como una pérdida de autoestima; la mujer en cambio, recurre a los psicofármacos como forma de restaurar su capacidad para continuar con las demandas emocionales en la esfera privada. La falta de datos fiables sobre prescripción desagregados por género, resulta difícil conocer si se trata de una diferente conducta de enfermedad ó de un sesgo médico asociado al estereotipo sexual.

La mayoría de los trabajos que han estudiado las diferencias farmacocinéticas de los psicofármacos en función del sexo han hallado que las mujeres presentan concentraciones plasmáticas más elevadas así como parecen presentar un mayor número de efectos secundarios a los diferentes psicofármacos. Por lo que respecta a las diferencias en respuesta al tratamiento psicofarmacológico, los datos más contrastados son una respuesta a los antipsicóticos más rápida y a dosis mas bajas en las mujeres y una posible mejor respuesta en las mujeres en la premenopausia a los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina⁽¹¹⁾.

Pero no solo la respuesta al tratamiento psicofarmacológico presenta diferencias sino también se han detectado en la respuesta al abordaje psicoterápico en pacientes diagnosticados de depresión: mujeres con cuadros depresivos responden mejor a la terapia interpersonal que al abordaje cognitivo, mientras que los hombres parecen responder a ambas de forma favorable. Es posible que la mejor respuesta de las mujeres a la terapia interpersonal pueda basarse en que ésta se centra mas en los roles, emociones y procesos interpersonales mas acorde con el estilo de afrontamiento utilizado por las mujeres.

1.2 HIPOTESIS BIOLÓGICA Y DE FACTORES SOCIALES

La investigación llevada a cabo en las últimas décadas ha demostrado de manera inequívoca la existencia de claras diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta de enfermedad, desarrollados por hombres y mujeres⁽¹²⁾.

Los mecanismos que se han venido utilizando para explicar estas diferencias pertenecen a dos tipos de formulaciones teóricas. La primera de ellas postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias en morbilidad entre hombres y mujeres. Sin embargo la mayor parte de los estudios realizados en esta línea se muestran insuficientes para explicar el distinto comportamiento frente a esta problemática.

Por el contrario, las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en ultima instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias



que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica.

1.2.1 HIPÓTESIS BIOLÓGICA

Un rango amplio de influencias hormonales, genéticas y metabólicas ejercen un papel a la hora de diferenciar patrones de morbilidad, mortalidad, respuesta y pronóstico. La exposición perinatal a las hormonas sexuales parece ser la causa del dimorfismo sexual cerebral, tanto en morfología como en función, lo que regula la síntesis y actividad de enzimas, neurotransmisores, receptores y efectores.

Las fluctuaciones de progesterona, estrógenos y tetrahidroprogesterona durante el ciclo pueden contribuir a los cambios que se producen en el ánimo de algunas mujeres. Y el curso de los diversos trastornos psiquiátricos puede también verse afectado por el ciclo menstrual. La fase premenstrual parece revertir una especial vulnerabilidad para el inicio de un episodio depresivo ó para el empeoramiento de la sintomatología depresiva; entre un 3 y un 8% de las mujeres en edad reproductiva presentan un trastorno disfórico premenstrual⁽¹¹⁾

Más de un 50% de mujeres experimentan cambios de humor al inicio del postparto y entre el 12-15% llegan a desarrollar una depresión. Los trastornos depresivos no psicóticos han mostrado tener una fuerte asociación con los factores sociales implicados en el desarrollo de la depresión en general, mientras que las investigaciones en las psicosis postparto no han detectado asociación con tales factores sociales, proponiéndose como hipótesis un incremento de la sensibilidad dopaminérgica⁽¹³⁾ Estas diferencias pueden estar basadas en diferencias biológicas, influencias sociales, sesgos en el diagnóstico y en tratamiento ó a una combinación de todos ellos.

Existe una considerable controversia en relación a si la perimenopausia y la menopausia son momentos en que las mujeres experimentan un incremento en la tasa de depresiones, así como la causa de dicho incremento. En general, los estudios longitudinales realizados en población general no han corroborado que durante la menopausia exista un incremento significativo del riesgo de depresión, a excepción de la menopausia quirúrgica. Por el contrario, los estudios con muestras clínicas, sobre todo los que proceden de las consultas ginecológicas, detectan un incremento significativo durante la perimenopausia. Probablemente la explicación de esas discrepancias hay que buscarlas en las diferencias entre las muestras. Como tuvimos ocasión de comprobar en un estudio previo, existían diferencias significativas entre las mujeres que acudían a consultas de ginecología por quejas asociadas a la menopausia y mujeres de la misma edad procedentes de la población general⁽¹⁴⁾.



1.2.2 INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES

a) Roles sociales

Los factores sociales y culturales tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de la enfermedad mental cuya influencia se manifiesta de forma diferente en hombres y mujeres en función de las matizaciones en los roles que cada uno se ve obligado a desempeñar en las distintas sociedades.

El incremento de la morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, con hijos menores, en comparación con las solteras, es un hecho frecuentemente observado. Hoy se admite que dicha asociación es un rasgo característico de las mujeres, que no aparece en los hombres, para los que el estado civil de “casado” se comporta como un factor de protección frente al desarrollo de la enfermedad mental. En las personas solteras y en las personas sin hijos el porcentaje de varianza explicada por el género es pequeña. Algunos estudios han detectado que cuando los grupos son homogéneos, en términos de nivel educativo, culturales, estado civil y factores asociados al mismo, las diferencias en la morbilidad de trastornos del ánimo se reduce de forma muy significativa⁽¹⁵⁾.

El papel que el trabajo desempeña en el bienestar psicológico de las mujeres es complejo y depende de una amplia serie de variables ligadas a la naturaleza de éste, su valoración social y las posibilidades que ofrece en su proceso de desarrollo personal. De ahí a que al analizar el papel que el trabajo puede ejercer en la salud mental de la mujer sea necesario tener en cuenta los aspectos inherentes al significado y el sentido personal y social del mismo, así como la clase social y la situación familiar⁽¹⁶⁾.

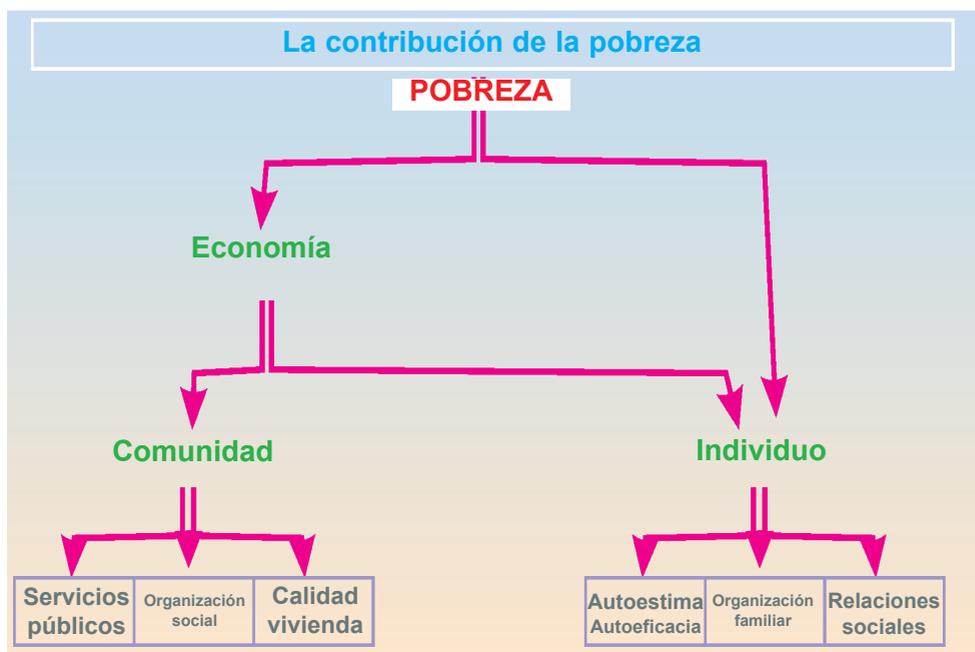
Los cambios sociológicos afectan tanto a hombres como a mujeres, pero plantean una problemática mayor en las mujeres, sobre todo a las casadas con hijos pequeños pertenecientes a clases sociales más desfavorecidas. Todo ello apunta a que los factores sociales y estructurales son clave para explicar las diferencias en la frecuencia y distribución de la depresión entre hombres y mujeres.



b) Exposición a factores de estrés

Una de las hipótesis que se ha barajado para explicar las diferencias de género en la depresión se basa en asumir que las mujeres presentan un mayor número de acontecimientos estresantes. Estudios recientes no encuentran diferencias ni en el número ni en la sensibilidad a del efecto depresógeno entre mujeres y hombres, aunque las mujeres refieren con una mayor frecuencia que los hombres acontecimientos de pérdida de relaciones interpersonales, mientras que en los hombres los acontecimientos que aparecen como más significativos son las pérdidas de objetivos y de metas⁽¹⁷⁾ El contexto social valora más los logros y la autonomía que los vínculos y la conexión a los que juzga como vulnerables, signo de dependencia ó inmadurez.

Las diferencias de género son mas marcadas en las situaciones de sobrecarga crónica, entre ellos la soledad, la pobreza, las normas sociales, los embarazos y la crianza, la prestación de cuidados ó la falta de apoyo así como el abuso por parte de familia: el 19% de carga de enfermedad en mujeres países desarrollados se debe a la violencia domestica y a las violaciones⁽¹⁸⁾.



1.2.3 ARTEFACTO METODOLÓGICO

Se ha venido planteando si las diferencias detectadas no serían más que artefactos metodológicos, de manera que la socialización y las normas sociales predispondrían a la mujer de forma selectiva a admitir la sintomatología, ó una mayor aceptación social de que una mujer pueda estar enferma. Pero no se confirma al hallar los mismos resultados cuando se utilizan métodos estandarizados que controlan los potenciales sesgos de respuesta (expresión, deseabilidad, tendencia a mentir, si/no).

Otros, en cambio plantean, que la mayor capacidad de la mujer para identificar aspectos emocionales, haría que ésta confundiera el estado de ánimo triste ó la insatisfacción con una depresión. Esta hipótesis tampoco ha podido confirmarse, obteniéndose los mismos resultados cuando se utilizan



informantes clave. Y por último se ha venido planteando que los hombres no reconocen los problemas emocionales ni tampoco los reconocen sus allegados, al ser su expresión sintomatológica más frecuente la irritabilidad en vez de la disforia y la anhedonia.

Incluso cuando se evalúa el nivel de “salud mental” a través de cuestionarios de salud autopercibida, los resultados refuerzan los resultados anteriores; es decir, una peor salud mental autopercibida en mujeres, en grupos de edad avanzada, en aquellos con una situación económica más desfavorable y entre los que carecen de apoyo social⁽¹⁹⁾.

2. Políticas de salud mental y provisión de servicios:

2.1 CONSECUENCIAS DE LOS CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Independientemente del contexto donde se lleven a cabo las reformas, los cambios van a tener consecuencias fundamentales en el bienestar y en el día- a -día de muchas personas. Y entre los grupos más afectados se incluyen a aquellos necesitados de cuidados por parte del sistema sanitario, los trabajadores del sistema formal de cuidados y los cuidadores no remunerados del sistema informal de cuidados.

Un análisis sensible al género sugiere que muchas de estas reformas afectan más a las mujeres que a los hombres, debido a sus respectivos estatus tanto como pacientes como productoras de cuidados en salud mental.

Así por ejemplo la reforma psiquiátrica llevada a cabo en España puso de manifiesto, entre otros aspectos, el alto porcentaje de pacientes mentales graves que viven con sus familias de origen. La falta de creación de dispositivos intermedios en muchas partes de España ha tenido un claro impacto en la salud y la economía de la mujer, al ser esta la que en su gran mayoría viene a prestar los cuidados que antes se prestaban en los asilos y en los hospitales psiquiátricos.

La financiación en salud es de sumo interés ya que determina la disponibilidad de cuidados, a quien van dirigidos esos cuidados y el grado de protección ante un problema de salud mental agudo ó crónico. La tendencia cada vez más marcada hacia la privatización de cuidados con el objetivo de mejorar la eficiencia, la equidad y la efectividad del sector sanitario y en muchos países europeos, la rápida incorporación del gasto farmacéutico y los cuidados a largo plazo y en el domicilio, tienen consecuencias negativas que afectan más a la mujer que al hombre, ya que estas están sobrerrepresentadas tanto como pacientes como por ser prestadoras de cuidados en salud mental, con el consiguiente incremento de carga derivada de prestar cuidados así como el incremento del desempleo. Un informe reciente del INE documenta que cada año 380.000 trabajadoras dejan su empleo para ocu-



parse de su familia, frente a 14.500 hombres que lo han dejado por las mismas razones. (El País, 3 de marzo 2006)

La baja representación de mujeres en los órganos de toma de decisiones en salud impide que las necesidades de las mujeres sean visibles y tenidas en cuenta en la provisión y planificación de servicios.

Un parámetro que se tiene en cuenta a la hora de planificar servicios de salud es el concepto de carga. Este concepto tiene implicaciones de género ya que introduce sistemáticamente sesgos en la estimación de la carga de enfermedad mental en las mujeres. Además no tiene en cuenta la sobrecarga y el impacto de los cuidados informales en las mujeres e ignora los factores sociales y culturales que son determinantes para evaluar la gravedad de la discapacidad.⁽²⁰⁾

Si los servicios deben de ser equitativos y eficientes es necesaria una mayor sensibilidad hacia los aspectos de género. Y esto debe quedar reflejado tanto en la investigación como en los patrones de prestación servicios. No obstante ni mujeres ni hombres son grupos homogéneos, por lo que los cambios en las políticas en salud mental les afectaran de forma diferente, dependiendo de la edad, clase social ó etnia.

2.2 GÉNERO Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Según la mayoría de los estudios, las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos en los servicios ambulatorios especializados y las diferencias son mas patentes en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa. De ahí que se haya dicho que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos⁽⁴⁾ En países industrializados se ha podido constatar que el hombre acude mas tarde y cuando los síntomas son mas evidentes: Cuando reconoce tener problemas emocionales utiliza los servicios de salud mental de forma similar a la mujer.

En muchas regiones del mundo la accesibilidad de la mujer a los servicios esta muy limitada. Para un mejor acceso a los servicios las mujeres necesitan mejores transportes y apoyo en el cuidado de hijos ó familiares enfermos a su cargo, así como una mayor flexibilidad horaria por parte de los centros de salud mental.

En el ámbito de los servicios hospitalarios los datos no son tan concluyentes. Un aspecto que empieza a ser preocupante es el potencial terapéutico que para las mujeres puedan tener algunas instituciones psiquiátricas en las que predomine un ambiente dominado por hombres. El hecho de los casos de abusos hacia las mujeres por parte de los hombres institucionalizados de nuevo abre el debate en torno a que dichas unidades continúen siendo mixtas ó se destinen algunas solo para mujeres.

Mientras que los hombres predominan entre aquellos “sin techo”, no se puede olvidar que en este grupo de población hay un porcentaje de muje-



res con una enfermedad mental y con hijos, cuyas necesidades no quedan recogidas en la planificación de los servicios de salud mental.

A pesar de que las psicosis parece afectar a un número similar de hombres y mujeres, resulta significativo el que en la mayoría de estudios llevados a cabo con esta población, el número de hombres siempre supera al de mujeres, lo que en algunos casos hace preguntarse donde estarán las mujeres que sufren cuadros psicóticos. ¿La tolerancia familiar y social hacia ellas es mayor que en el hombre, al presentar éstas menos trastornos graves de conducta? ¿Son las expectativas sociales y su mejor adaptación a tareas derivadas de estereotipos sociales tradicionales lo que explica su menor presencia en centros de rehabilitación y reinserción social? Incluso algunas autoras han detectado un sesgo de género en el esfuerzo terapéutico: mientras que los hombres con un trastorno mental grave y discapacitante eran entrenados en tareas ocupacionales y laborales, las mujeres que acudían al mismo centro y que sufrían de la misma enfermedad eran “entretenidas” con tareas de ocio.

3. Impacto de la enfermedad mental en la familia:

Es un hecho bien conocido que prestar cuidados a largo plazo a un enfermo crónico y dependiente tiene un impacto en la salud física, psíquica y en la economía familiar. En el caso de las familias de los enfermos mentales siempre ha habido una carga importante pero actualmente parece que ésta se está incrementando al producirse un menor número de ingresos y ser estos más breves así como también debido a la falta de recursos y las dificultades para obtener respiros.

En nuestro medio, aproximadamente el 87% de las personas que cuidan a un familiar con un trastorno mental grave son mujeres, con un perfil muy similar al de las cuidadoras informales de otras patologías somáticas crónicas. Gran parte de ellas prestan cuidados a lo largo de los años, en ocasiones hasta la muerte de la cuidadora. A pesar de que muchos estudios han mostrado una mayor repercusión emocional y morbilidad psiquiátrica entre mujeres y hombres, que se ha atribuido a las diferentes expectativas de rol y a las estrategias de afrontamiento utilizadas, lo cierto es que cuando el cuidador principal es un hombre, esa diferencia es controvertida.

Este tipo de atención no solo incluye una atención personal, médica y doméstica sino que también incluye a menudo una relación emocional. Estas tareas generan malestar al 55% de los cuidadores, y al menos la mitad de ellos viven siempre preocupados⁽²¹⁾ Es frecuente por tanto, que los familiares experimenten niveles elevados de preocupación y estrés, presenten un amplio rango de respuestas emocionales, tengan redes sociales reducidas, con los problemas resultantes de aislamiento y de estigma, y además encuentren muy difícil enfrentarse a las conductas disruptivas, a los síntomas negativos y a la discapacidad.



La evaluación de la carga que supone la prestación de cuidados informales y la repercusión en la salud de las mujeres es un aspecto que los servicios de salud mental no pueden seguir ignorando, siendo necesario un mayor apoyo institucional, la búsqueda de nuevas alternativas y de formas más equitativas de reparto de la carga. Muchas campañas de promoción de la salud son poco sensibles al género, considerando que los cuidados son áreas propias de la mujer reforzando así el rol de cuidadora y olvidando el bienestar de la propia mujer.

Con la entrada al mundo laboral de la mujer, el modelo familiar ha cambiado, produciéndose cambios sociológicos que afectan a la estructura de la familia y dificultando el cuidado de pacientes dependientes. Y esto en España, donde, como señala Vicent Navarro⁽²²⁾, el porcentaje de la población dependiente y de ancianos va experimentando mayores tasas de crecimiento de las mayores de la UE, situándose en el 46% según la WHO (2004), tiene uno de los índices de fertilidad más bajos del mundo, y la mujer joven no tiene una infraestructura de servicios de apoyo que le permitan compaginar sus labores profesionales con sus responsabilidades familiares, puede convertirse en un grave problema para un sistema sanitario apoyado en las mujeres como cuidadoras informales. Y si a esto le añadimos el envejecimiento de la población, la cantidad y la calidad de los cuidados podrían verse, en un futuro no muy lejano, comprometidas.

Otro aspecto a resaltar es que las mujeres con enfermedad mental son con frecuencia ellas mismas las cuidadoras de los hijos y se ha podido constatar que el vínculo madre-hijo/a puede verse afectado por la enfermedad mental de la madre.





4. Sesgos de género en la investigación psiquiátrica:

La investigación médica y los ensayos clínicos son actualmente criticados por su falta de perspectiva de género. Los problemas de salud que afectan de forma particular ó predominantemente a las mujeres han recibido menor atención y fondos que las investigaciones sobre problemas de salud que predominan en el hombre. Una excepción es la anticoncepción. Podría este ser el momento de recomendar que la investigación en un solo género, si no esta debidamente justificada, no deba ser financiada⁽²³⁾

Además la mayoría de la investigación medica continúa estando basada sobre la asunción de que hombres y mujeres son fisiológicamente similares en todos los aspectos excepto en sus sistemas reproductivos. Otras diferencias biológicas son ignoradas así como las diferencias sociales y de género que tienen un gran impacto en la salud. Se ha asumido por la Psiquiatría que todos los hallazgos psicopatológicos son idénticos para ambos géneros, de forma que lo que es anormal para el hombre se espera que sea anormal para la mujer.

Pero no solo el sesgo puede surgir de esa asunción de igualdad sino también de asumir diferencias cuando no hay pruebas contrastadas para ello. Los sesgos de género están contaminando gran parte de la investigación en áreas de conocimiento como la psiquiatría y acaban de emerger sus implicaciones en el campo de la prevención y en las estrategias terapéuticas.

Por tanto, entendemos por sesgo de género todo planteamiento erróneo de igualdad ó de diferencia entre hombres y mujeres, en cuanto a su naturaleza, a sus comportamientos y/ o a sus razonamientos que puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios incluida la investigación y que es discriminatoria para un género respecto al otro.

El genero es una variable significativa en el desarrollo, diagnostico y tratamiento de los trastornos mentales, que no suele estar conceptualizada en teorías para explicar la enfermedad mental. Las diferencias en las tasas y en la distribución de las enfermedades mentales son tan llamativas que cualquier teoría propuesta debería siempre tenerlo presente.

La investigación dirigida a proporcionar información y conocimiento en torno a las vidas de las mujeres y que proporcione estrategias para introducir cambios en sus roles y en su estatus resulta fundamental para una prevención primaria. Pero no podemos olvidar las dificultades metodológicas. Así por ejemplo, gran parte de la investigación de las diferencias de género en la cognición están basadas en aspectos anecdóticos ó en una investigación que no es capaz de corregir los factores de confusión procedentes de la normativa social ó de las expectativas.

En los últimos años temas relacionados con el ciclo reproductivo, aborto, anticoncepción, mastectomía, maltrato ó violación, son considerados temas de interés para la investigación, pero no es suficiente. Las implicaciones



sociales son tan altas como para empezar a estudiar los mecanismos implicados que nos permitan comprender adecuadamente el proceso que genera las diferencias, es decir los determinantes de las diferencias y desigualdades en salud mental.

La respuesta quizá no resida únicamente en contar con mejores métodos cuantitativos, variables y modelos. Los resultados de la investigación cualitativa que vinculan el poco sentido de control de las mujeres, su frustración social y la pobreza con sus resultados más pobres en salud mental ofrecen hipótesis sugestivas.

Dado que los trastornos que afectan a las mujeres son etiológicamente heterogéneos la investigación debe moverse hacia subgrupos definidos por factores de riesgo y dimensiones clínicas para que los resultados de la investigación sean más útiles.

4.1 LA IMPORTANCIA DE FORMULAR LA PREGUNTA ADECUADA

La selección del tema es el resultado de un conocimiento que esta permanentemente cambiando y que gira dentro de un contexto cultural y político, generándose la pregunta de investigación a partir de de la teoría y de la investigación previa. A la hora de formular la pregunta de investigación no existen reglas sencillas que eviten un sesgo potencial de género. Hombres y mujeres tienen experiencias diferentes y expectativas de rol distintas por lo que suelen generar hipótesis diferentes, no siendo siempre coincidentes en los temas y áreas de interés.

Pocas mujeres actualmente están involucradas en el escenario de la investigación psiquiátrica dominada por el hombre, tanto como investigadoras como sujetos de estudio. Los hombres y de clase media han estado sobrerrepresentados como investigadores sobre todo en instituciones con recursos y tradición investigadora. De hecho, en España solo contamos con un porcentaje muy bajo de profesoras titulares de Universidad y con solo una mujer catedrática y aproximadamente un 20% de jefaturas de servicio de psiquiatría están dirigidas por mujeres.

En muchas ocasiones las preguntas se formulan de forma que implícita ó explícitamente se aplican ó se tiene en cuenta solo a hombres ó a mujeres. Por ejemplo: preguntas sobre el “efecto del trabajo de la madre en la salud mental y desarrollo de los hijos” pero no se cuestiona la del padre. O bien las características ligadas del trabajo se vienen relacionando con niveles de adaptación laboral del hombre y factores ligados a las tareas de casa como determinante del nivel de adaptación de las mujeres.

Se han venido incorporando las expectativas de rol masculino como el ideal de ajuste y de maduración. Algunos comportamientos tradicionalmente “masculinos” como la autonomía, la independencia, la competitividad ó la ambición se han considerado valores superiores en relación a la dependencia y al vínculo afectivo, tradicionalmente valores “femeninos”. Pero a la vez, estas categorías “propias de la mujer” se valoran como un factor de riesgo para el desarrollo de determinados procesos mentales. Cuando individuos



pertencientes a ambos géneros, pero mucho más frecuentemente en las mujeres, se comportan de forma aparentemente inconsistente con su género y con su estereotipo sexual, se categoriza como un sujeto que exhibe cierto grado de patología. En cambio la incapacidad del hombre para expresar sentimientos no se define como un “defecto emocional”.

La investigación en torno a estas características de la mujer y sus relación con los roles sociales podría proporcionar un avance importante, pero para ello habría que subsanar el error tradicional de atribuir a rasgos de personalidad lo que pueden ser formas de enjuiciamiento y de conducta derivadas de la interacción con el ambiente⁽²⁴⁾.

Un ejemplo bien llamativo, es la descripción de algunos trastornos de personalidad, entre ellos el trastorno histriónico y el dependiente, diagnósticos mucho mas frecuentemente adjudicados a las mujeres que a los hombres, donde quedan retratadas las formas tradicionales femeninas. Es incongruente que un a sociedad que espera y exige a las mujeres que se concentren en su aspecto físico, muestren sus emociones y no sean agresivas, a continuación se cataloguen esas conductas como patológicas. Es cierto, que resulta difícil encontrar la manera de describir y clasificar las deformaciones caracterológicas resultantes de las condiciones sociales sin culpar ni patologizar a las víctimas.

4.2 SEGOS QUE COMPROMETEN LA VALIDEZ DEL ESTUDIO

4.2.1 SEGOS DE SELECCIÓN

“Distorsión del efecto como consecuencia de cómo son seleccionados los sujetos a estudio”. Comprometen la validez externa.

Uno de los ejemplos mas claros son aquellos estudios donde solo participan hombres y se generalizan a todos los individuos Las mujeres han sido sistemáticamente excluidas de los ensayos clínicos, por la preocupación de un potencial daño fetal, así como para evitar factores de confusión debidos a los cambios hormonales y a la interacción con otros fármacos (anticonceptivos, THS..). En 1993 la FDA exige que se incluyan mujeres en todos los ensayos clínicos y elaboran una guía de estudio y evaluación de diferencias según sexo⁽²⁵⁾. Si bien es cierto que se observa una tendencia cada vez mayor a incorporar a mujeres en los ensayos, el análisis desde una perspectiva de género esta ausente en los ensayos con nuevos psicofármacos. (Montero I, Talavera M., en prensa) De ello se deriva una falta de información sobre eficacia y efectos secundarios en la mujer, así como respuestas relacionadas por la interacción del psicofármaco con tratamientos anti-conceptivos ó de terapia hormonal sustitutiva. Se mantienen los criterios embarazo y lactancia como criterios de exclusión, por lo que en enfermedades mentales graves, con tendencia a recidivar y de larga evolución, donde los psicofármacos han mostrado ser efectivos en la prevención de recaídas psicóticas así como en los trastornos bipolares, obliga a la mujer que desea quedarse embarazada a decidir, si interrumpe la medicación con el consiguiente riesgo de una nueva recaída ó renunciar a la maternidad.



Y son precisamente estas razones de exclusión las que hacen más recomendable su inclusión. Uno de los objetivos del nuevo programa de Salud Pública Europeo es la evaluación del valor terapéutico de los productos farmacéuticos. Si se quiere que éste sea efectivo, será necesario incluir la evaluación de la sensibilidad de género en los datos de seguridad y eficacia para cada producto y un análisis de sus diferentes implicaciones para informar a las usuarias y usuarios.

Pero también son frecuentes otros sesgos derivados de comparar hombres y mujeres sin controlar suficientemente por otras variables como edad ó clase social. O la generalización a todas las mujeres partiendo de muestras clínicas, donde las características tanto biológicas, como socio-culturales y de conducta de enfermedad son diferentes.

Se ha prestado poca atención a variables correlacionadas con el grupo: el peso, la distribución de la grasa y de lípidos es diferente entre hombres y mujeres y son aspectos farmacocinéticos importantes que se relacionan con la respuesta, ya que la dosis se fija por el peso.

4.2.2 SESGOS DE INFORMACIÓN

Sesgos que comprometen la validez interna del estudio.

Incluyen desde las características que rodean a la investigación, como la familiaridad, la relevancia ó el significado que puede ser distinto entre hombres y mujeres. En ocasiones la selección de la tarea refleja una forma sutil de “sesgos” que no se ajusta por igual a ambos géneros.

Los sesgos asociados al género continúan arrastrándose en muchas entrevistas y cuestionarios. Incluyen desde no reseñar todo el material relevante para la mujer así como el no estar validado para mujeres. Los instrumentos que registran los acontecimientos estresantes a través de escalas precisan de revisión. Por ejemplo, la mayoría no incluyen situaciones estresantes agudas que como el aborto ó los malos tratos. Este tipo de inventarios además no recogen bien determinados aspectos que son fundamentales, como la repercusión emocional ó la duración de los efectos, que parecen tener clara importancia para la mujer, problemas en las relaciones de pareja, pobreza ó problemas crónicos de salud.

Algunos instrumentos de detección de morbilidad psiquiátrica y sobre todo los instrumentos para establecer el diagnóstico de depresión, no discriminan bien entre humor disfórico, tristeza u otros síntomas depresivos, como son la reducción de actividades cotidianas, autorreproches y culpa, sentimientos de irritabilidad, quedando mejor recogidos la tendencia al llanto y la tristeza, lo que para algunos estaría relacionado con una sobrerrepresentación de la frecuencia de depresiones en las mujeres, cuando se utilizan cuestionarios autoaplicados.



Los observadores tienden a puntuar de forma diferente basados en estereotipos sexuales, incluso cuando los resultados de una determinada prueba son idénticos. Las consecuencias de todo ello suelen ser diferentes para mujeres y hombres. Por ejemplo, se ha podido detectar una relación entre el estereotipo cultural asignado y la decisión de tratamiento. Es más frecuente el ingreso hospitalario de un hombre que presenta una patología más prevalente en la mujer, como la depresión, que en una mujer. Y viceversa, una mujer con problemas de abuso de sustancias ó con un trastorno de personalidad tiene más posibilidades de ser tratada en régimen hospitalario que un hombre⁽³⁾.

4.2.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Un estudio bien planeado y ejecutado puede todavía contener algún sesgo de género, tanto en el análisis como en la interpretación de los resultados. Son frecuentes las conclusiones basadas en estereotipos más que en los propios datos. Dado que el sesgo de género es un sesgo potencial, los profesionales de la Salud Mental tienen una responsabilidad social y ética de reconocerlos e intentar evitarlos ó controlarlos.

4.3 PROPUESTAS DE CONTENIDOS DE INVESTIGACIÓN EN GÉNERO Y SALUD MENTAL: POSIBLES ÁREAS PRIORITARIAS

- Vulnerabilidad de la mujer a las alteraciones del estado de ánimo: asociación con trastornos relacionados con la reproducción e interacción ambiente-factores socioculturales y factores biológicos.
- Cambios a lo largo del ciclo vital y su influencia en el curso clínico y en la biología de los trastornos mentales y como pueden modificar los efectos de los diferentes tratamientos farmacológicos y psicosociales.
- Ampliar los enfoques de la investigación clínica y epidemiológica para determinar que mujeres están a riesgo de sufrir un trastorno, cuando el riesgo es mayor y que factores contribuyen a él. Como los trastornos que afectan desproporcionadamente a la mujer son etiológicamente heterogéneos, se percibe la necesidad de ir más allá de la clasificación estrecha de categorías diagnósticas y buscar subgrupos definidos por factores de riesgo específicos y dimensiones clínicas para que los resultados de la investigación sean más útiles⁽²⁶⁾.
- Mayor información sobre riesgos y beneficios de tratar ó no tratar durante el embarazo.
- Estandarizar y validar instrumentos de medida para evaluar aspectos de salud mental en las mujeres.
- Predicción de respuesta terapéutica en la depresión en mujeres.
- Impacto de la salud mental de la mujer en la familia.
- Farmacocinética y farmacodinámica de los psicofármacos.



CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE GÉNERO

🌱 Género: desigualdades estructurales marcadas por acceso desigual de hombres y mujeres a recursos materiales y no materiales. Forma la base para definir y distinguir comportamientos masculinos y femeninos, expectativas y roles, así como las relaciones entre mujeres y hombres. Como fenómeno social, el género impone relaciones desiguales de poder mediante normas y valores culturales y simbólicos. Además el género impregna las instituciones sociales a través de sus estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas.

🌱 El enfoque de la salud mental desde la perspectiva de género visibiliza las diferencias de los factores sociales y biológicos asociados a la salud mental de la mujer y del hombre, a la vez que explora sus interacciones y tiene en cuenta la forma en que las desigualdades influyen en las experiencias de salud, sirviendo de orientación para identificar respuestas más equitativas.

🌱 La salud mental de las mujeres se puede definir de forma operativa como: “aquellos aspectos biológicos, conductuales, cognitivos, de la percepción y del estado de ánimo, asociados específicamente a la condición de mujer ó a situaciones donde las diferencias de género sean sustanciales”.

🌱 A pesar de la mayor morbilidad psiquiátrica de las mujeres con respecto a los hombres, no se ha podido demostrar que éstas sean más vulnerables constitucionalmente.

🌱 Hasta la fecha la mujer ha estado poco representada en la investigación, tanto como investigadora como paciente, lo que ha llevado a generalizar los resultados de los estudios llevados a cabo fundamentalmente con hombres, asumiendo la igualdad entre hombres y mujeres, en las formas de enfermar y en las respuestas terapéuticas. Este hecho ha contribuido a una falta de visibilidad de determinados sufrimientos psicológicos de la mujer, con las consiguientes implicaciones preventivas y terapéuticas.

🌱 Constituye por tanto una necesidad el que los estudios incorporen el género como una variable clave cuando sea apropiado. A corto plazo ayudara a promover la equidad y a disminuir el vacío que actualmente existe sobre los conocimientos de la salud mental de las mujeres. A largo plazo incrementara la calidad de la ciencia médica, por lo que se beneficiaran también los hombres

🌱 Para entender adecuadamente la influencia del género en la salud mental, se precisa de un nuevo marco que trascienda las barreras tradicionales. Las herramientas de las ciencias sociales deben de seguir desarrollándose y ser usadas solas ó en combinación con los abordajes metodológicos biomédicos.

🌱 La introducción desde una perspectiva de género en la investigación no es suficiente. La información generada debe después traducirse en políticas prácticas que promuevan la equidad en la salud mental.



AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Enlaces a páginas Web

http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14.htm

Documento interesante que elabora la Paho y la universidad de Harvard. Argumentación detallada de la necesidad de incorporar la perspectiva de género en salud.

<http://www.who.int/gender/documents>

Revisión crítica de la información empírica existente sobre diferencias de género en diferentes aspectos relacionados con la salud mental

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Vlassof C, Garcia-Moreno C. Placing gender at the centre of health planning: challenges and limitations. *Social Science & Medicine*, 2002, 54:1713–1723.
- 2 Burge SK. Gender and Power in Family Medicine. *Fam Medicine* 2000, 32: 625-7
- 3 L Doyal, Sex, gender and health: the need for a new approach. *Brit Med J* 2001, 323,1061-1063
- 4 Montero I, Aparicio D, Gomez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, Vazquez-Barquero JL. Género y salud mental en un mundo cambiante. En Informe SESPAS 2004, La salud pública desde la perspectiva del género y clase social. Borrell C, Garcia-Calvente MM, Martí-Boscá JV.(Edit) *Gac. Sanit* 2004,18 , supl 1: 175-181
- 5 Crimlisk H, Welch S. Women and Psychiatry. *Brit J Psychiatr* 1996, 169, 6-9
- 6 Galdós P, van Os J. Gender, psychopathology and development: from puberty to early adulthood. *Schizophrenia Research* 1995 , 14: 105-112
- 7 ESEMeD / MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psych Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 21–27
- 8 Häfner H, Gender differences in Schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2003, suppl 2: 17-54
- 9 Show J, Kennedy S, Joffe R Gender differences in the expresion of mood disorders. En: Seeman MV (ed) *Gender and Psychopathology* ,Washington, American Psychiatric Press, 1ª ed. 1995, cap 5, pag: 89-111
- 10 Murray CJL, López-Ibor JJ Global comparative assessment in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva: World Health Organisation 1994
- 11 Usdall J, Psicofarmacología sensible al género: influencia del sexo en el tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr* 2004, 32 (5), 307-313
- 12 Montero I. Factores de riesgo de depresión en las mujeres. En: Leal C (edit), *La depresión en la mujer*. Barcelona, Masson, 1999, cap 3, p: 37-48
- 13 Busfield J. Men, women and madness: understanding gender and mental disorder. London, MacMillan 2000
- 14 Ruiz I, Montero I, Hernandez-Aguado I. Factores asociados a la utilización de servicios de Ginecología por la mujer durante el climaterio. *Medicina Clínica*, 102, 1994,761-764
- 15 Wilhem K, Parker G, Asghari A. Sex differences in the experience of mood state over fifteen years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,1998, 33, 16-20
- 16 Artancoz L, Borrell C, Rohlfs I, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud de la población ocupada. *Gac Sanit* 2001, 15 (2): 150-153
- 17 Kendler KS, Thorton LM, Prescott CA Gender differences in the rates of exposure to stressful life events: sensitivity to their depressogenic effects , *Amer J Psychiatr* 2001, 154 (4) 587-93
- 18 World Bank. *World Development Report: Investing in Health*. New York, Oxford University Press,1993



- 19 Lehtinen V, Sohlman B, Koress-Masfery V. Level of positive mental health in the European Union. Results from the Eurobarometer 2000 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005,1:9
- 20 Östlin P, What evidence is there about the effects on health care reform on gender equity, particularly in health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Ginebra Nov 2005
- 21 Montero I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Asencio A, García E. Intervención familiar en la esquizofrenia: efecto a largo plazo en las cuidadoras. *Actas Esp Psiquiatr*, (aceptado Enero 2005)
- 22 Navarro V. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad. *Gac Sanit* 2004,18 (supl 1): 147-57
- 23 Gender equity and public health in Europe - A discusión Document. <http://www.eurohealth.ie/gender> (consultada el 8 de Febrero 2006)
- 24 Widiger Th A. Sex biases in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1998, 12 (2), 95-118
- 25 Guideline for the study and evaluation of gender differences in the clinical evaluation of drugs. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. *Federal Register* 1993,58, n° 139: pag:39409-11
- 26 Halbreich U. Future directions for studies of women's mental health. *Psychopharmacological Bulletin* 1998, 34 (3) 327-331

