

PATRONES DE DAÑOS A LA SALUD MENTAL: PSICOPATOLOGÍA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

José Arturo Granados Cosme*, Luis Ortiz Hernández*

SUMMARY

Currently mental health risks represent one of the most important collective health problems. Their increasing trend in the last decades, as well as the changes in population structures indicate that mental diseases will be one of the main causes of morbidity in Mexico. The study of the relationship between social conditions and the health-illness process has been consolidated as a broad scientific field capable of contributing elements towards prevention and treatment. Different studies have reported that there is a relationship between industrialization processes, urbanization and the apparition and increase of mental diseases. At the same time, it has been documented that mental diseases are differentially distributed among the population and this is associated with specific conditions such as social class, occupation or gender.

The purpose of the present study lies in the last category. To describe gender differences in a psychiatric hospital in Mexico City, the clinical records of patients admitted for the first time at the emergency room of the hospital between 1993 and 1995 were revised. In this population a frequency analysis was carried out and tests of statistical significance were performed.

In each case the corresponding record was revised and the socioeconomic data and diagnosis were recorded, as well as its respective coding according to the International Classification of Diseases, ninth version (CIE-9). Globally, there were 1083 admissions of Federal District residents, among which 52% were women and 48% were men; the age limits were from 14 to 93 years. Four intervals were defined: 25 years old or less, from 26 to 40 years, from 41 to 60 years, 61 years or more. The age-groups more numerous were those from 26 to 40 years (38.4%) and from 41 to 60 years (31.1%). The average age among men was 40.3 years and among women 42.2 years, these differences were statistically significant ($t=-2.00$, $p=0.045$).

The changes with age and their contributions towards the make-up of each disease were later analyzed. This was done separately for men and women. To evaluate differences between groups regarding the percentage contribution of different diagnoses to the number of total cases, the X^2 test was performed, with a statistical significance of $\alpha = 0.05$.

From 30 codes comprising the mental diseases chapter of CIE-9 (chapter V), among the studied population 25 codes were found, one belonged to another chapter (suicidal attempts and ideas). The diagnoses contributing more cases were: other organic

psychoses (CIE 294, 176 cases), schizophrenic psychoses (CIE 295, 149 cases), transitory organic psychoses (CIE 293, 112 cases) and neurotic disorders (CIE 300, 98 cases), these as a whole constituted 49.4% of the total cases. It was found that other less frequent diseases contributed significantly to the total, such as: suicidal attempt (CIE E-950, 95 cases), alcohol-dependence syndrome (CIE 303, 93 cases) and unclassified depressive disorder (CIE 311, 77 cases). These three diseases made up 24.5% of the total. In both men and women, "other organic psychoses" was the diagnosis contributing most of the cases (17.1% and 15.4%, respectively). Sex differences were found practically among all disorders, even though their magnitude varied according to the age groups. The specific mental disorder profiles for men and women can be configured using those diagnoses whose gender difference was more significant

The profile for the female gender was different compared to that of men. Women contributed more cases in the following diagnoses: neurotic diseases (5.0% men and 13.5% women), suicidal attempt and ideas (7.1% men and 10.6% women), unclassified depressive disorder (4.4% men and 10.0% women), affective psychoses (2.5% men and 5.0% women) and other non-organic psychoses (0.2% men and 1.9% women). A striking difference was observed in neurotic diseases (CIE 300), which among women occupies the second place, while among men holds the seventh place.

Meanwhile, the profile for the male gender was characterized by a greater contribution of men in the following diagnoses: alcohol-dependence syndrome (15.1% men and 1.5% women), drug dependency (7.6% men and 1.0% women) and alcoholic psychoses (3.0% men and 0.4% women). It is noteworthy that among men these diagnoses occupied places 3, 5, and 9, respectively, whereas among women they were placed in ranks 13, 16 and 18, respectively.

The above posed the need to perform an analysis from the gender perspective, in order to gain insight into gender specificity for certain mental disorders. To do this the description of socialization patterns was proposed because they explain richly the modalities with which men and women manifest psychological disturbances. As a result of this analysis it was found out that the general features of gender socialization correlate strongly with the signs and symptoms conforming the psychopathology of the pathological profiles by gender.

The findings of this study confirm that social relationships correlate with the population profiles of mental disorders.

*Profesores Asociados al Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Calz. del Hueso 1100, Edificio Central Col. Villa Quietud, Coyoacán, 04960, México, D.F. Teléfonos: 5483-7204 y 5483-7118. Fax: 5483-7173. Dirección electrónica: jcosme@cueyatl.uam.mx
Primera versión: 19 de abril de 2002. Segunda versión: 15 de agosto de 2002. Aceptado: 15 de diciembre de 2002.

However, to corroborate the association between processes of a social nature and the type of mental disease manifested by individuals as a function of gender, it is necessary to perform accompanying studies that calculate measures of relative risk.

Key words: Gender, socialization, depression, alcoholism, neurosis.

RESUMEN

Los daños a la salud mental representan en la actualidad uno de los problemas de salud colectiva más importantes. La tendencia a incrementarse que han manifestado en las últimas décadas, así como los cambios en la estructura poblacional hacen suponer que los trastornos mentales serán una de las primeras causas de morbilidad en México. El estudio de la relación entre las condiciones sociales y el proceso salud-enfermedad se ha consolidado como un amplio campo científico capaz de aportar elementos para la prevención y el tratamiento. Diversos estudios han dado cuenta de que existe una relación entre los procesos de industrialización y urbanización con la aparición y el incremento de los padecimientos mentales. Al mismo tiempo se ha documentado que los trastornos mentales se distribuyen de manera diferencial en la población y que esto se asocia a condiciones específicas como la clase social, la ocupación o el género.

Es en este último rubro que se inscribe el propósito del presente estudio. Con el objetivo de describir las diferencias que se presentaron por género en un hospital psiquiátrico de la ciudad de México, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por primera vez en la unidad de urgencias entre 1993 y 1995. Con este universo de trabajo se realizó un análisis de frecuencias y se calcularon pruebas de significancia estadística.

En total resultaron 1083 ingresos de personas residentes en el Distrito Federal, de los cuales 52% fueron mujeres y 48% varones, los límites de edad fueron 14 y 93 años. Los grupos de edad más numerosos fueron los de 26 a 40 años (38.4%) y de 41 a 60 años (31.1%). El promedio de edad en los varones fue de 40.3 años y el de las mujeres fue de 42.2 años; estas diferencias fueron el su expediente correspondiente y se registraron los datos socioeconómicos y el diagnóstico realizado, así como su respectivo código según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena versión (CIE-9). Para el análisis de frecuencias, se consideraron el sexo y la edad como variables independientes, y el código de la CIE-9 como variable dependiente. Se definieron intervalos de edad y se identificó el número de casos calculándose el porcentaje de padecimientos iguales por grupo etario y por sexo para cada uno de los códigos.

De un total de 30 códigos que componen el capítulo de trastornos mentales de la CIE-9 (capítulo V), en la población estudiada se encontraron 25 códigos y uno perteneciente a otro capítulo (intento e ideación suicidas). Los diagnósticos que contribuyeron con más casos fueron: otras psicosis orgánicas (CIE 294, 176 casos), psicosis esquizofrénicas (CIE 295, 149 casos), psicosis orgánicas transitorias (CIE 293, 112 casos) y trastornos neuróticos (CIE 300, 98 casos). Estos padecimientos representaron en conjunto 49.4% del total de casos. Se encontró que otros padecimientos menos frecuentes contribuyeron de manera importante al total; éstos fueron: el intento de suicidio (CIE E-950, 95 casos), el síndrome de dependencia al alcohol (CIE 303, 93 casos) y el trastorno depresivo no clasificado (CIE 311, 77 ca-

sos); estos tres padecimientos constituyeron 24.5%.

En todos estos padecimientos se encontraron diferencias por sexo aunque su magnitud podía variar con respecto a los grupos de edad; tales diferencias se traducen en la conformación de perfiles de enfermedad mental específicos para varones y para mujeres. Lo anterior impuso la necesidad de realizar un análisis desde la perspectiva de género para profundizar en la explicación de la especificidad por género de ciertos padecimientos mentales. Para tal fin se propuso la descripción de los patrones de socialización ya que resultan ampliamente explicativos de las modalidades con que varones y mujeres manifiestan el malestar psíquico. Como resultado de este análisis se encontró que los rasgos más generales de la socialización de género se relacionan estrechamente con los signos y síntomas que conforman la psicopatología de los perfiles patológicos por género.

Los resultados hallados en este estudio confirman que las relaciones sociales tienen su correlato en los perfiles poblacionales de enfermedad mental. No obstante, para corroborar la asociación entre procesos de índole social y el tipo de trastorno mental que manifiestan los individuos en función del género es necesaria la realización de estudios de cohorte en el que se calculen medidas de riesgo relativo.

Palabras clave: Género, socialización, depresión, alcoholismo, neurosis.

INTRODUCCIÓN

El incremento de los trastornos mentales, como uno de los problemas de salud colectiva más importantes en la actualidad, impone la necesidad de profundizar en el estudio de los factores sociales asociados con su causalidad y su distribución diferencial en la población; entre estos factores se encuentra el género.

Desde 1983, estos trastornos se ubican entre los primeros veinte motivos de consulta en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (10). La morbilidad hospitalaria por esta causa en la misma institución aumentó de 21.59 por 100 000 derechohabientes, en 1986, a 29.84, en 1993 (11). En un estudio basado en una encuesta nacional de hogares en 1994 se encontró que entre 15% y 18% de la población urbana adulta de México sufría algún trastorno mental grave, y se detectó una prevalencia de esquizofrenia de 1% (18). Otro informe en adultos urbanos destaca que de 1988 a 1995, los trastornos psiquiátricos pasaron de tener una prevalencia de 18 a 22.5% (20). Por otra parte, una encuesta realizada en la Ciudad de México encontró que entre 1994 y 1995, 14.6% de la población adulta presentó algún trastorno psiquiátrico, 2.5% sufrió más de uno, poco más de 20% había padecido alguna vez en la vida un trastorno de este tipo y 3% había presentado más de tres¹.

Estos hallazgos nos revelan la dimensión colectiva

¹ Caraveo J: Estudio de la morbilidad psiquiátrica en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Documento no publicado, México. 1997.

que han adquirido los padecimientos mentales, sobre todo en las regiones urbanas, lo cual confirma estudios previos que señalaban una relación entre los procesos sociales ligados a la industrialización y el incremento de enfermedades mentales (2). Este hecho se verifica con mayor precisión en el caso de la esquizofrenia (15, 24, 25). En el caso del género también se han identificado diferencias, sobre todo en los casos de depresión y ansiedad (27).

Como conjunto, los trastornos mentales no muestran diferencias por género, pero en sus tasas específicas la prevalencia de cada trastorno varía significativamente por sexo (28). Por ejemplo, en el estudio de una cohorte en Suecia (1953 a 1983), no se encontraron diferencias en la incidencia global, pero sí diferencias considerables en la incidencia de los diagnósticos particulares (27). Este hecho orienta nuestra atención a estudiar la distribución diferencial de los trastornos mentales por género considerando por separado cada tipo de trastorno. En este sentido, Caraveo* encontró que las mujeres presentan con mayor frecuencia comorbilidad y que el trastorno más frecuente en ellas es la depresión. Por su parte, Medina-Mora (18) reporta que las alteraciones afectivas bipolares fueron similares en ambos sexos, en tanto que los trastornos depresivos mayores y las neurosis predominaron en las mujeres. En una submuestra aleatoria de la población urbana adulta en México, se encontró que los trastornos depresivos mayores y la depresión neurótica, así como el trastorno obsesivo-compulsivo, fueron más frecuentes entre las mujeres (19.5 vs. 14.3% en hombres) (20).

Algunos estudios han evaluado las diferencias de género determinando el riesgo específico de varones y mujeres de ciertos grupos sociales. Así, una investigación que estudió a la población de Naucalpan (Estado de México) encontró un mayor riesgo relativo para los trastornos psicosomáticos entre las mujeres².

Otros estudios han investigado algunos factores asociados al género como el trabajo. Uno de ellos encontró que las taquilleras del tren metropolitano de la Ciudad de México presentan un perfil patológico en el que destacan las neurosis (9). Otra investigación realizada entre costureras mostró que una parte importante de los daños a su salud se relacionaba con el estrés (1); resultados similares se obtuvieron en el caso de trabajadoras de las industrias electro-electrónica y alimenticia y en las profesoras (16).

Hay otros informes que revelan que los trastornos mentales más graves son más frecuentes en los varo-

nes. En un estudio acerca del uso de los servicios de salud mental en Estados Unidos, se observó que los daños más graves se presentan con mayor frecuencia en varones (18). En la cohorte de suecos ya mencionada se encontró que las tasas de esquizofrenia y de abuso de sustancias eran más altas entre los varones, mientras que las tasas de neurosis lo eran entre las mujeres (26). En un estudio acerca del efecto de los cambios sociales y demográficos sobre las tasas de suicidio en el Reino Unido (1961-1965 y 1985-1994) se observó una disminución de este padecimiento tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, tal descenso fue mínimo en el caso de los varones, en tanto que en las mujeres fue mucho más notorio. Resaltó como factor asociado a esta disminución general, la reducción en la disponibilidad de métodos letales, pero la diferencia por género de esta magnitud se relacionó con el uso preferente de métodos menos violentos en las mujeres (23). Estos datos coinciden con la mayor frecuencia de suicidio en varones y las mayores tasas de hospitalización por intento de suicidio en mujeres de Estados Unidos (12).

Los estudios anteriores aportan evidencias sobre la conformación de patrones de enfermedad mental específicos para varones y mujeres. De ahí que sea indispensable profundizar en la influencia que ejerce el género en esta distribución diferencial. Con esa consideración recurriremos al marco teórico provisto por los estudios de género.

Empezaremos diciendo que aunque las capacidades intelectuales tienen una base biológica depositada en el genoma, las estructuras cerebrales en que se organizan los procesos psíquicos funcionan a partir de circuitos cuyas especificidades y conexiones ("citoarquitectura neuronal") se conforman por la experiencia mediada socialmente (8). Por ello es indispensable profundizar en la influencia de las relaciones sociales en la forma en que los sujetos expresan su malestar psíquico. La identidad es un concepto útil en este sentido, ya que se refiere a la historia de vida de los sujetos que se desenvuelven en determinadas condiciones de vida. Así, la identidad se relaciona con la experiencia acumulada, con la integración de las "vicisitudes" de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y con las oportunidades ofrecidas por los roles sociales (7).

La identidad de género es un referente social que se manifiesta en los distintos ámbitos de la vida: de ahí que, respecto a los trastornos mentales, resulte útil un abordaje desde la perspectiva de género. Es indispensable precisar que no es lo mismo sexo que género. Por el primero nos referimos a la cualidad biológica definida por la morfología genital; por género aludimos a la dimensión social que adquieren las diferen-

* Op. Cit. ²

²Garduño MA: La salud laboral de varones y mujeres. Una visión de género. Universidad Autónoma Metropolitana. Mecanograma no publicado, México, 1997.

cias sexuales entre varones y mujeres (22), y que finalmente se expresan en estereotipos y roles de género que condicionan, entre otras cosas, modalidades de conducta y personalidad distintas según el sexo de las personas. El género es una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades diferenciadas entre varones y mujeres, que pasan a través de un proceso de construcción social (5). Sobre esta red se constituyen las proscripciones y prescripciones sociales en que se sustenta el *deber ser* y lo que en cada sociedad definimos como lo masculino y lo femenino.

La identidad de género es un elemento que explica una variedad de diferencias sociales, pero es necesario precisar sus alcances. Por un lado, da cuenta de los procesos más amplios en que se generan las diferencias entre varones y mujeres. Por otro, para explicar casos particulares, tienen que establecerse, no obstante, las mediaciones teóricas adecuadas, ya que los sujetos concretos modifican las representaciones y prácticas de género de acuerdo con su propia subjetividad. En ese sentido cumple un papel importante el proceso de socialización mediante el cual se incorporan las formas de representarse, valorarse y actuar en el mundo (13, 14). El género es una identidad asignada que encuentra entre sus diversas expresiones la conducta, que es precisamente uno de los elementos clave en la conformación del diagnóstico psiquiátrico.

Con base en la capacidad reproductiva de las mujeres se estableció la división sexual de las actividades humanas, así como de las demandas y expectativas de la sociedad respecto a los sujetos según su sexo. De acuerdo con la interpretación dominante de las diferencias sexuales, se considera que, dado que la mujer es quien tiene la capacidad del embarazo, la crianza de los hijos y el cuidado de la unidad doméstica son tareas que le son propias. Según esta noción, la mujer es concebida como un “ser para los otros” (13). La psique de las mujeres está entonces influida por la prodigalidad simbólica y material; esta asignación construye un espacio simbólico y material cuyo referente es la unidad doméstica, el espacio privado.

Desde la perspectiva psicoanalítica, hay un apego temprano de la mujer hacia la madre, que establece un sentido de sí misma basado en la conexión y la fusión con el otro. Este apego se ve reforzado ya que tanto la recién nacida como su primer referente identitario son mujeres; mientras que los varones deberán rechazar posteriormente este referente para construir su masculinidad. En las mujeres, el apego se trasladará en su vida adulta al esposo; este hecho podría originar la mayor responsabilidad que muestran las mujeres con los compromisos adquiridos en el matrimonio y la mayor afectación por la lesión de los vínculos familia-

res. Lo anterior opera tanto para la familia de origen como para la propia, ya que los rasgos infantiles (dependencia, temor) de las mujeres son transferidos al esposo. Este factor, junto con otros, participa en la definición de una identidad femenina caracterizada en general por la subjetividad, la subordinación, el temor, la debilidad y la dependencia.

Aunque al varón se le ha provisto de mayores posibilidades para la autorrealización personal y goza de mayores beneficios en el área sexual y laboral, al mismo tiempo esto puede implicar ciertos riesgos para la salud. Los varones construyen su identidad oponiéndose a lo femenino; el primer referente con el que interactúa el varón es una mujer (la madre) y a través de ella ingresa al mundo simbólico; este referente tendrá que ser negado ocultando las pulsiones protofemeninas de la lactancia. Dado el predominio de lo público como espacio privilegiado en la identidad masculina, parece ser que los varones desarrollan mecanismos identificatorios que se proyectan “hacia afuera”. Existen evidencias de que el movimiento es descrito por los varones, a diferencia de las mujeres, como algo externo y hacia arriba (4, 19), significaciones que pueden traducirse en la mayor extroversión masculina, y vincularse con atributos de dominio y superioridad característicos de los patrones dominantes de lo masculino.

El comportamiento que se supone esencial en el varón se configura mediante maniobras defensivas, que incluyen la agresividad, la competitividad, la independencia y el apego a la realidad externa (3, 19). Este conjunto de atributos incluye además mayor seguridad, capacidad de decisión y planeación, dominio de las circunstancias, protección de los débiles (mujeres y niños), mayor fuerza física, asunción del rol de proveedor, “instinto” de aventura -lo cual implica desafío de la estabilidad-, menos responsabilidad en los compromisos familiares y mayor experimentación.

De acuerdo con la asignación social de las identidades genéricas, la femenina adquiere en el espacio público un menor valor social. Aunque se está modificando, el reconocimiento social de las mujeres sigue restringiéndose al ámbito doméstico y familiar. Por su parte, el proceso identificatorio de los varones está modulado por exigencias sociales que incluyen el éxito económico y el reconocimiento público. El carácter femenino delimitado por la mayor interiorización de las mujeres y la desvalorización de sus preocupaciones por sí mismas pueden propiciar que ellas reconozcan con más facilidad el fracaso y la tristeza, siendo más susceptibles a la devaluación personal. Los roles asignados socialmente a las mujeres, la segregación laboral y la exclusividad del trabajo doméstico pueden originar condiciones que dificultan la elaboración y reali-

zación de proyectos personales y profesionales, lo que a su vez obstaculiza la autorrealización y la autonomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio se hizo una relación comparativa del sexo de los pacientes residentes en el Distrito Federal que ingresaron por primera vez a la unidad de urgencias del Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS, de 1993 a 1995. En total, se revisaron 1083 expedientes clínicos, de los que se recopilaron diversos datos socioeconómicos, junto con el diagnóstico principal, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su novena versión, dado que ésta era la que regía el reporte epidemiológico de la institución en el periodo de estudio. El procesamiento de datos se realizó en el programa de cómputo SPSS, relacionando las variables independientes sexo y edad con la variable dependiente trastorno mental específico.

Para el análisis estadístico, se estimó primero la contribución de cada uno de los diagnósticos al total de casos en toda la población y en cada sexo. Se analizaron las diferencias entre varones y mujeres en cuatro grupos de edad: adolescentes y jóvenes (25 años y menos), adultos jóvenes (26 a 40 años), adultos mayores (41 a 60 años) y ancianos (61 años y más). Posteriormente, se analizaron los cambios con la edad en la contribución de cada uno de los padecimientos; este análisis se hizo para varones y mujeres por separado. Para evaluar las diferencias entre grupos respecto a la contribución porcentual de los diferentes diagnósticos al total de casos, se estimó la prueba χ^2 , considerando como nivel de significancia estadística una α de 0.05. Más adelante se discuten las diferencias de género, confrontando los hallazgos del análisis estadístico con la psicopatología de los trastornos más frecuentes y los rasgos y atributos de personalidad asignados por medio de la identidad de género.

RESULTADOS

Entre toda la población del estudio (N=1083), se encontraron 26 categorías del total de 30 códigos del capítulo de trastornos mentales de la CIE-9 (1975). En el cuadro 1 se presenta la distribución por edad y sexo; 52% de los expedientes correspondían a varones y 48% a mujeres. Los grupos de edad más grandes fueron los de 26 a 40 años (38.4%) y de 41 a 60 años (31.1%). El promedio de edad en los varones fue de 40.3 años y el de las mujeres, de 42.2 años, y las diferencias resultaron estadísticamente significativas; sólo para este caso mostramos la prueba t, ya que compa-

CUADRO 1
Distribución de la población por edad y sexo

Edad (años)	Total		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
14 – 25	175	16.2	109	19.4	66	12.7
26 – 40	416	38.4	209	37.1	207	39.8
41 – 60	337	31.1	168	29.8	169	32.5
61 – 92	155	14.3	77	13.7	78	15.0
Total	1083	100.0	563	100.0	520	100.0

Para la comparación entre sexos, $\chi^2=8.89$, $p=0.031$.

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Psiquiátrico San Fernando IMSS, 1993-1995.

ramos promedios ($t=-2.00$, $p=0.045$).

La contribución de cada diagnóstico al total de casos en la población total y en cada sexo se presenta en el cuadro 2 (sólo se incluyeron las 15 causas que contribuyeron en la mayoría de los casos). En la población total, los diagnósticos que contribuyeron con más casos fueron: otras psicosis orgánicas (CIE 294), psicosis esquizofrénica (CIE 295), psicosis orgánicas transitorias (CIE 293) y trastornos neuróticos (CIE 300), los cuales representan en conjunto 49.4% de los casos. Otros diagnósticos que contribuyeron de forma importante fueron: el intento e ideación suicidas (CIE E-950), el síndrome de dependencia al alcohol (CIE 303) y el trastorno depresivo no clasificado (CIE 311); estas tres entidades representaron el 24.5% del total de casos. Tanto en hombres como en mujeres, las otras psicosis orgánicas fueron el diagnóstico que contribuyó con más casos (17.1 y 15.4%, respectivamente).

Respecto a las diferencias entre sexos, tenemos que, en comparación con los varones, en las mujeres los siguientes diagnósticos contribuyeron con más casos: trastornos neuróticos (CIE 300, 5.0 y 13.5%, respectivamente)*, intento e ideación suicidas (CIE E-950, 7.1 y 10.6%), trastorno depresivo no clasificado (CIE 311, 4.4 y 10.0%), psicosis afectivas (CIE 296, 2.5 y 5.0%) y otras psicosis no orgánicas (CIE 298, 0.2 y 1.9%). Considerando el lugar que ocupa cada diagnóstico, se observa una diferencia notoria en los trastornos neuróticos (CIE 300), ya que en las mujeres ocupa el segundo lugar, mientras que en los varones le corresponde el séptimo.

En los varones, en comparación con las mujeres, los siguientes diagnósticos fueron los que contribuyeron con más casos: síndrome de dependencia al alcohol (CIE 303, 15.1 y 1.5%, respectivamente), dependencia a las drogas (CIE 304, 7.6 y 1.0%) y psicosis alcohólicas (CIE 291, 3.0 y 0.4%). En los mismos varones

*Dentro de estos trastornos 59% estuvo conformado por la depresión neurótica; llama la atención que fueron únicamente mujeres quienes presentaron histeria.

CUADRO 2
Contribución de los diagnósticos al total de casos en la población total y en cada sexo

Clave CIE	Total		Hombres		Mujeres		χ^2	p
	% ¹	# ²	% ¹	# ²	% ¹	# ²		
295	13.8	2	15.5	2	11.9	3	2.83	0.092
300	9.0	4	5.0	7	13.5	2	23.66	0.000
E-950	8.8	5	7.1	6	10.6	5	4.07	0.044
303	8.6	6	15.1	3	1.5	13	63.31	0.000
311	7.1	7	4.4	8	10.0	6	12.65	0.000
304	4.4	8	7.6	5	1.0	16	28.44	0.000
296	3.7	9	2.5	10	5.0	7	4.80	0.028
291	1.8	13	3.0	9	0.4	18	10.88	0.001
298	1.0	16	0.2	21	1.9	12	8.19	0.004
N	1083		563		520			

¹ En la columna % se presenta la contribución porcentual de cada diagnóstico al total de casos.

² En la columna # se presenta el lugar que ocupó cada diagnóstico en términos de su contribución al total de casos.

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Psiquiátrico San Fernando IMSS, 1993-1995.

esos diagnósticos ocuparon los lugares 3, 5 y 9, respectivamente, mientras que en las mujeres se ubicaron en los sitios 13, 16 y 18, respectivamente.

Las diferencias entre hombres y mujeres para los cuatro grupos de edad se muestran en el cuadro 3. Mientras que en la población total existieron diferencias marginalmente significativas ($p=0.092$) entre hombres y mujeres, respecto a la psicosis esquizofrénica (CIE 295, 15.5 y 11.9%, respectivamente) (cuadro 2), esas diferencias (20.1 y 12.6%, $p=0.038$) en los adultos de 26 a 40 años fueron claras (cuadro 3). Al igual que en la población total, para los grupos de 14 a 25 años, 26 a 40 años y 41 a 60 años, en las mujeres los trastornos neuróticos (CIE 300) contribuyeron con más casos que en los varones. En el grupo de 26 a 40 años, en las mujeres en comparación con los varones, el diagnóstico otras psicosis orgánicas (CIE 298) contribuyó con más casos.

El trastorno depresivo no clasificado (CIE 311) y el intento e ideación suicidas (CIE E-950) contribuyeron con más casos en las mujeres adultas que en los varones de la misma edad. Para el primer diagnóstico se observaron diferencias entre los sexos en los adultos de 26 a 40 años y de 41 a 60 años; para el intento e ideación suicidas, sólo se observaron en el último grupo de edad.

Las diferencias entre hombres y mujeres en los diagnósticos relacionados con el consumo de alcohol sólo se observaron en la vida adulta y la vejez, pero no en la adolescencia y la juventud. En comparación con las mujeres, en los varones el síndrome de dependencia al alcohol (CIE 303) contribuyó con más casos en los grupos de 26 a 40 años, 41 a 60 años y 61 a 92 años. La misma tendencia se observó para la psicosis alcohólica (CIE 291), pero sólo en los dos primeros grupos de edad. Para esas mismas causas no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres de 14 a 15 años.

La dependencia a las drogas (CIE 304) fue una causa que contribuyó con más casos en los varones que en las mujeres de los grupos de 14 a 25 años y 26 a 40 años. En los otros dos grupos de edad (adultos de 41 a 60 años y ancianos), no existieron diferencias entre hombres y mujeres.

El cuadro 4 presenta las diferencias en la contribución de cada diagnóstico entre grupos de edad al interior de cada sexo. Como era previsible, tanto en hombres como en mujeres, la psicosis orgánica senil y presenil (CIE 290) contribuyó con más casos en los grupos de 41 a 60 años y de 61 años a 92 años, esto en comparación con los otros dos grupos de edad más jóvenes. De igual forma, en los dos sexos la psicosis alcohólica (CIE 291) contribuyó con más casos en los grupos de más edad en comparación con los grupos más jóvenes. Una tendencia contraria se observó en el intento e ideación suicidas (CIE E-950), ya que esta causa contribuyó con más casos en los grupos más jóvenes.

En los varones, la psicosis esquizofrénica (CIE 295) contribuyó con más casos en los dos grupos de adultos medios. Lo anterior se observó en los grupos de edades extremas (14 a 25 años y 61 a 92 años). La mayor parte de los casos correspondieron a la modalidad de esquizofrenia paranoide (81.8% de los casos con psicosis esquizofrénica). En los grupos de mayor edad, el síndrome de dependencia al alcohol (CIE 303) contribuyó con más casos que en los grupos de menor edad: en el grupo de 14 a 21 años esta entidad la presentó 2.8% de los pacientes mientras que el porcentaje fue de 20.8% en el grupo de 61 a 92 años. En los varones se presentó una tendencia inversa para la dependencia a las drogas (CIE 304); esta causa fue más frecuente entre los grupos de edad más jóvenes.

CUADRO 3
Diferencias entre hombres y mujeres en cuatro grupos de edad

Clave CIE	14 a 25 años				26 a 40 años				41 a 60 años				61 a 92 años			
	HOM		MUJ		HOM		MUJ		HOM		MUJ		HOM		MUJ	
	%	%	χ^2	p	%	%	χ^2	p	%	%	χ^2	p	%	%	χ^2	p
294	17.4	13.6	0.44	0.507	15.3	17.4	0.32	0.566	16.7	14.2	0.39	0.531	22.1	14.1	1.66	0.197
295	12.8	4.5	3.22	0.072	20.1	12.6	4.31	0.038	14.9	14.2	0.03	0.860	7.8	11.5	0.62	0.430
300	2.8	16.7	10.81	0.001	4.8	14.0	10.41	0.001	7.7	14.2	3.60	0.058	2.6	7.7	2.05	0.152
E-950	16.5	22.7	1.03	0.308	6.2	9.7	1.68	0.194	4.8	10.7	4.10	0.043	1.3	2.6	0.32	0.567
303	2.8	1.5	0.28	0.596	15.3	1.9	23.54	0.000	20.2	0.6	34.93	0.000	20.8	2.6	12.52	0.000
311	4.6	4.5	0.00	0.990	3.8	10.1	6.40	0.011	3.0	12.4	10.56	0.001	9.1	9.0	0.00	0.980
304	12.8	1.5	6.73	0.009	10.0	0.5	18.99	0.000	3.0	1.8	0.52	0.469	3.9	0.0	3.09	0.078
296	1.8	1.5	0.02	0.875	1.4	4.3	3.14	0.076	3.6	5.9	1.02	0.311	3.9	7.7	1.02	0.312
290	0.0	0.0			0.0	0.5	1.01	0.314	1.2	1.8	0.197	0.657	15.6	21.8	0.98	0.322
291	0.0	0.0			2.4	0.0	5.01	0.025	6.0	0.0	10.36	0.001	2.6	2.6	0.00	0.990
298	0.9	1.5	0.13	0.718	0.0	2.9	6.14	0.013	0.0	1.2	2.00	0.157	0.0	1.3	0.99	0.319
N	109	66			209	207			168	169			77	78		

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Psiquiátrico San Fernando IMSS, 1993-1995.

Cuadro 4
Diferencias entre grupos de edad respecto a la contribución de cada uno de los diagnósticos, en hombres y mujeres

Clave CIE	Hombres (años)						Mujeres (años)					
	14-25	26-40	41-60	61-92	χ^2	p	14-25	26-40	41-60	61-92	χ^2	p
	%	%	%	%			%	%	%	%		
295	12.8	20.1	14.9	7.8	7.51	0.057	4.5	12.6	14.2	11.5	4.34	0.226
E-950	16.5	6.2	4.8	1.3	20.19	0.000	22.7	9.7	10.7	2.6	15.78	0.001
303	2.8	15.3	20.2	20.8	18.37	0.000	1.5	1.9	0.6	2.6	1.75	0.625
304	12.8	10.0	3.0	3.9	12.61	0.006	1.5	0.5	1.8	0.0	2.64	0.450
290	0.0	0.0	1.2	15.6	63.74	0.000	0.0	0.5	1.8	21.8	75.22	0.000
291	0.0	2.4	6.0	2.6	8.65	0.034	0.0	0.0	0.0	2.6	11.37	0.010
N	109	209	168	77			66	207	169	78		

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Psiquiátrico San Fernando IMSS, 1993-1995.

DISCUSIÓN

Sin restar valor a las bases bioquímicas de los trastornos mentales, enfocaremos la atención en algunos aspectos de la socialización por género que intervienen en la psicopatología; para ello relacionaremos las consideraciones teóricas hechas en la introducción con los resultados encontrados en la población en estudio. Tenemos que aclarar que los datos aquí analizados, como en la mayoría de los estudios de carácter poblacional, no refieren el concepto amplio de género sino el de sexo (22) lo que sin duda entraña una limitación en cuanto a la subjetividad de los integrantes de la población en estudio. No obstante, es posible realizar un acercamiento interpretativo de los patrones específicos de enfermedad mental que se encontraron en este estudio, y asociarlos a los rasgos más generales de la socialización por género. Por lo mismo, no se pretende exponer conclusiones definitivas sino únicamente resaltar el papel determinante del género en la distribución diferencial de los trastornos mentales.

Las diferencias encontradas por sexo nos muestran que existe un perfil de enfermedad mental específico para mujeres, en que predominan los trastornos neuróticos, el intento de suicidio, los trastornos depresivos no clasificados, las psicosis afectivas y otras psi-

cosis no orgánicas.

Dentro de los trastornos neuróticos, los que más se presentaron fueron la histeria y la depresión neurótica. Debemos agregar a esta última el conjunto de trastornos depresivos no clasificados y el intento de suicidio, que son formas depresivas en que también se encontró una mayor frecuencia femenina. La depresión (en sus distintas modalidades) es un padecimiento que se caracteriza básicamente por tristeza, frustración, desaliento, decepción, escasa motivación, insatisfacción, sensación de fracaso e inutilidad, deterioro de la capacidad de disfrute, disminución de la capacidad de concentración, cansancio, aislamiento, perturbaciones del sueño, baja autoestima, personalidad devaluada, autodesprecio y desesperanza; un componente fundamental de la depresión es el aislamiento, que puede ser la expresión patológica de la mayor introspección femenina y que opera como mecanismo predominante en la comprensión subjetiva del conflicto psíquico.

Pese a los cambios que confirman una mayor intervención de las mujeres en la esfera pública -que promueve mayores espacios para la realización profesional y en consecuencia una progresiva autonomía-, es necesario reconocer que persiste una representación social común que concibe a las mujeres como un ser para los otros, de donde deriva el atributo de la pro-

digalidad. De ahí que frecuentemente la realización del deseo en las mujeres se da a través del éxito de los hijos o la pareja sacrificando la satisfacción personal. Cabe recordar aquí que persisten los bajos niveles de escolaridad y desempleo en las mujeres en comparación con los varones. Lo anterior impone diversos grados de insatisfacción en muchas mujeres, y acrecienta la inseguridad y el temor por la preocupación constante de no satisfacer adecuadamente las necesidades de los otros: de no ser una “buena madre” o una “buena esposa”.

Respecto a la edad, se observa que las diferencias por género se acentúan entre los 26 y 60 años de edad, periodo en el cual la mayoría de las mujeres se casa, tiene hijos y éstos alcanzan la adolescencia. Por otra parte, es pertinente recordar que, aunque las mujeres han ingresado al trabajo remunerado, siguen dedicando más horas al trabajo doméstico y al cuidado de los hijos que los varones, hecho que se traduce en un mayor riesgo de enfermedad mental ante el aumento de demandas externas en la satisfacción de las necesidades (21).

En el patrón dominante, las mujeres son encauzadas para ser débiles y dependientes, y pueden llegar a concebirse a sí mismas como necesitadas de protección lo que genera sentimientos de vulnerabilidad, temor, inseguridad y falta de autonomía, elementos que caracterizan la personalidad devaluada y la baja autoestima que manifiestan los deprimidos. Recordemos también que la ansiedad es una forma depresiva que se caracteriza por una reacción emocional condicionada por sentimientos de vulnerabilidad y amenaza.

Es posible que, debido a la demanda de posponer la satisfacción personal para cumplir con las exigencias familiares y sociales, muchas mujeres no alcancen a resolver mediante la introspección el conflicto psíquico; pero además postergan, limitan o sustituyen la expresión del malestar. Tal fenómeno puede terminar por manifestarse en una dificultad para expresar las emociones y controlar su intensidad y sus límites, rasgos característicos en las psicosis afectivas. En éstas, además, la expresión de los sentimientos puede estar ausente, disminuida o lábil, el humor puede estar estimulado o deprimido de manera inusual o inconsistente; mientras que la sustitución puede estar resultando en histeria. Al respecto, habría que tomar en cuenta la posibilidad de que los médicos se hayan visto prejuiciados o influidos por sus propias concepciones sobre lo femenino en la configuración de este diagnóstico que únicamente realizaron en mujeres.

En relación con los varones, éstos presentaron un perfil compuesto por mayor frecuencia de síndrome de dependencia al alcohol, dependencia a las drogas y psicosis alcohólicas. Por otra parte, la psicosis

esquizofrénica mostró diferencias significativas respecto de las mujeres entre los 26 y 40 años de edad, es decir, en la adultez, que conforman la mayor parte (82%) de los casos de esquizofrenia. Es probable que el predominio de varones en la psicosis esquizofrénica se relacione con los atributos de los patrones predominantes de masculinidad. El componente más frecuente en este conjunto de trastornos es la psicosis esquizofrénica paranoide, caracterizada fundamentalmente por ideas delirantes a menudo expresadas con celotipia. A su vez, este síntoma puede estar asociado a la noción que impone a los varones la tutela sobre las mujeres, particularmente la esposa y las hijas. Las ideas delirantes (características de la paranoia) y la desorganización del pensamiento (característica de la esquizofrenia) pueden estar vinculadas con algunos atributos del modelo de masculinidad predominante: la desorganización del pensamiento se vuelca sobre lo que se percibe del exterior dándole una dimensión mayor de la que en realidad tiene. Esto se puede asociar al carácter excluyente que tiene el sentido de sí mismo en los varones y a una preocupación más exhaustiva por cumplir los referentes externos en la confirmación de la masculinidad.

La dependencia al alcohol y a otras drogas, así como las psicosis alcohólicas, se relacionan con este modelo de masculinidad. En la adolescencia y la juventud temprana, experimentar es percibido como muestra de superioridad, valentía o fuerza en los varones, pero como riesgo o conducta inapropiada en las mujeres. Es posible que tales nociones se vinculen con la experimentación como primera motivación en el consumo de drogas que frecuentemente mencionan los alcohólicos y farmacodependientes, y que se agregará a otros factores de riesgo que contribuyen al abuso y la dependencia. Cabe mencionar que el síndrome de dependencia al alcohol y las psicosis alcohólicas mostraron mayores diferencias respecto de las mujeres, dado que se requieren ciertos periodos de prevalencia para el desarrollo de una dependencia.

En el caso de las drogas ilegales, es posible que la oposición a los límites y la transgresión operen como factores en el consumo inicial. Recordemos que el grado de masculinidad es probado y valorado con la toma de riesgos y la superación de pruebas. Podemos agregar que los patrones de consumo actual imponen aspiraciones que difícilmente pueden satisfacerse en etapas de crisis económica. Así, el desempleo y, en consecuencia, la incapacidad para cumplir el rol de proveedor significan fuentes de malestar, que son aliviadas parcialmente con las drogas. Éstas y el alcohol funcionan como el “sustituto” periférico del que el sujeto dispone para una adaptación a su realidad pero, además, las drogas y el alcohol pueden ser una salida para

la represión emocional con que se construye predominantemente la masculinidad. Lo anterior se suma a la susceptibilidad biológica a la dependencia observada en distintos estudios.

Hemos ratificado, en este caso, la existencia de patrones de enfermedad mental por género y así podemos plantear que la especificidad de ciertos daños a la salud mental asociada al género sintetiza de manera compleja factores de orden biológico, psicológico y social. Los resultados de este estudio pueden explicarse mediante el análisis de la socialización, pero estos hallazgos exigen la formulación de estudios donde se determinen medidas de asociación como el riesgo relativo en cohortes. Ello implica reconocer la necesidad de realizar más estudios longitudinales de prevalencia (27). Es indispensable continuar profundizando en el análisis de los factores sociales y culturales implicados en las características que adquiere poblacionalmente la enfermedad mental, toda vez que estos padecimientos significan ya un reto para los servicios de atención médica. La perspectiva de género puede seguir aportando conocimientos que contribuyan además al diseño de estrategias preventivas.

REFERENCIAS

1. ALVEAR G, RIOS V, VILLEGAS J: Salud y enfermedad en las costureras. *Revista Salud Problema*, 14:25-40, 1988.
2. ANDLAUER P: *El Ejercicio de la Medicina del Trabajo*. Editorial Científico Médica, Barcelona, 1980.
3. BADINTER E: *XY La Identidad Masculina*. Alianza Editorial. Madrid, 1992.
4. BOURDIEU P: *La Dominación Masculina*. Anagrama. España, 2000.
5. BUSTOS O: La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. En: CONAPO (Eds.) *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo I, CONAPO, 267-298. México, 1994.
6. CORONA E: Identidades de género: en busca de una teoría. En: CONAPO (Eds.) *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo I, CONAPO, 299-314, México, 1994.
7. DELAHANTY G: *Carácter e Ideología*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, 1992.
8. EISENBERG L: The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry*, 152(11):1563-1575, 1995.
9. GARDUÑO MA, MARQUEZ M: El estrés en el perfil de desgaste de las trabajadoras. *Cadernos Saúde Pública*, 11(1):65-71, 1995.
10. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social): *Boletines Informativos*. México, 1982-1984.
11. INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática): *Cuadernos de Información Estadística*. México, 1986-1994.
12. IRIBARREN C, SIDNEY S, JACOBS DR, WEISNER C: Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 35(7):288-96, 2000.
13. LAGARDE M: *Antropología de los Cautiverios: Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas*. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1992.
14. LAMAS M: Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Revista Cuicuilco*, 7(18):95-118, 2000.
15. LIBERATOS P, LINK BG, KELSEY SL: The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Rev*, 10:87-121, 1988.
16. MARQUEZ M, ROMERO J: El desgaste de las obreras en la maquila electro-electrónica. *Revista Salud Problema*, 14:9-28, 1988.
17. MCALPINE DD, MECHANIC D: Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Serv Res*, 35(1 Pt 2):277-92, 2000.
18. MEDINA-MORA ME: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultado de una encuesta nacional en hogares. En: Instituto Mexicano de Psiquiatría (Eds.) *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 22-31, México, 1994.
19. QUINTANAR J: *Lo Masculino en la Edad de la Latencia*. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, AC. México, 1987.
20. RASCON ML, VILLATORO J, MARTINEZ-VELEZ, GOMEZ M: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21, 1996.
21. ROCHA LE, DEBERT-RIBEIRO M: Work, health and gender: a comparative study on systems analysts. *Rev Saude Publica*, 35(6):539-47, 2001.
22. ROHLFS I, BORRELL C, ANITUA C, ARTAZCOZ L, COLOMER C, ESCRIBA V, GARCIA-CALVENTE M, LLACER A, MAZARRASA L, PASARIN M, PEIRO R, VALLS-LLOBET C: The importance of the gender perspective in health interview surveys. *Gac Sanit*, 14(2):146-55, 2000.
23. SCHAPIRA K, LINSLEY KR, LINSLEY A, KELLY TP, KAY DW: Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods: comparison of suicide in Newcastle upon Tyne 1961-1965 and 1985-1994. *Br J Psychiatry*, 178:458-64, 2001.
24. SEPO A, HILLEVI A, ILMO K: Socioeconomic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. *Brit J Social Psychiatry*, 40(2):87-105, 1995.
25. SHELTON B: The social and biological components of mental disorder: implications for services. *Intern J Social Psychiatry* 40(2):87-105, 1994.
26. TIMMS D: Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Soc Sci Med*, 46(9):1235-47, 1998.
27. WEICH S, SLOGGETT A, LEWIS G: Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study. *Psychol Med*, 31(6):1055-64, 2001.
28. WITTCHEN HU, NELSON CB, LACHNER G: Pervallence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28(1):109-26, 1998.