

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

María Laura Dolado Mosto.

Licenciada en Psicología.

doladolaura@gmail.com

RESUMEN:

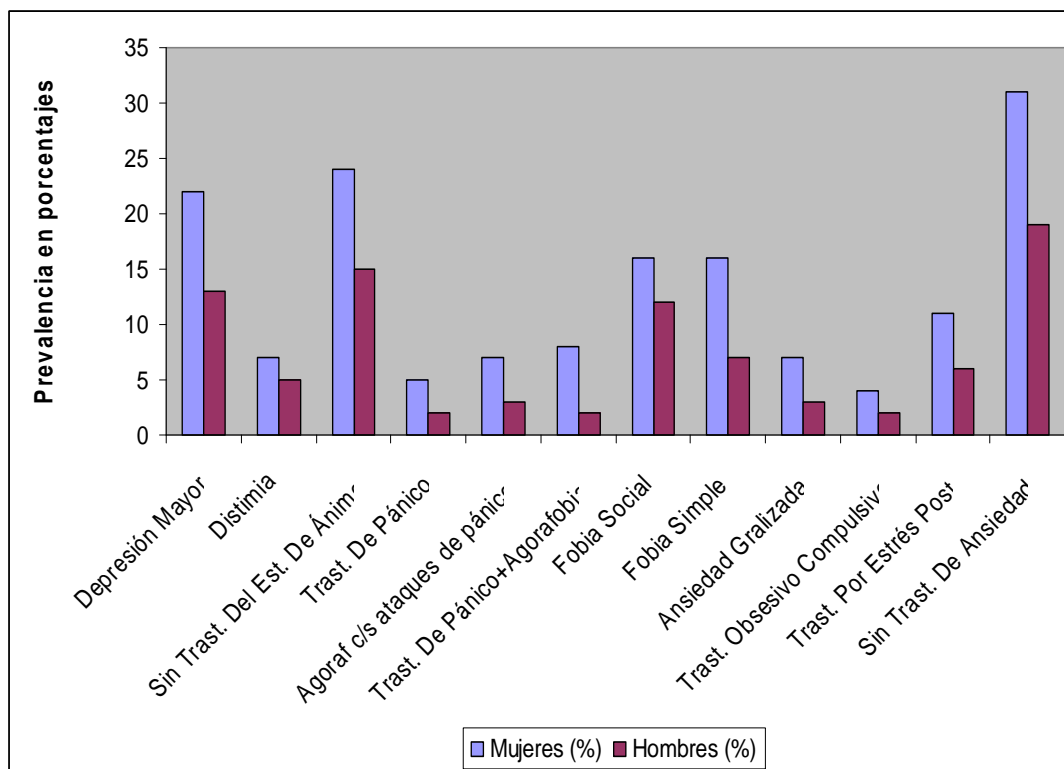
Es conocida la mayor incidencia que el género femenino presenta en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Los resultados de investigaciones realizadas en este campo, han volcado cifras que reafirman dichas diferencias. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEP) se producen con el doble de frecuencia en las mujeres que en los hombres: 6,6% frente a 3,6% y 10,4% frente a 5,0%, respectivamente. Las mujeres desarrollan trastornos de pánico y fobia simple en tasas muy superiores a los hombres: 5,0% frente a 2,0% y 15,7% frente a 6,7%, respectivamente. Las mujeres tienen dos veces más riesgo de trastorno depresivo unipolar recurrente y de trastorno depresivo mayor, en general, en comparación con los hombres (Weissman y Klerman, 1977; Weissman, Levingston y Leaf, 1991; Weissman y Olfson, 1995; Wolk y Weissman, 1995). El presente trabajo tiene como objetivo conocer los factores intervinientes en la etiología de los trastornos depresivos y ansiosos. A partir de dicho conocimiento, se intentarán registrar los diversos factores implicados, con el fin de conocer, a través de ellos, los motivos por los cuales estos trastornos no se presentan con la misma prevalencia en hombres que en mujeres. Las investigaciones que se describen en esta investigación buscan encontrar una respuesta ante el interrogante de qué genera la diferencia de géneros en trastornos como la ansiedad y del estado de ánimo.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

Es conocida la mayor incidencia que el género femenino presenta en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Los resultados de investigaciones realizadas en este campo, han volcado cifras que reafirman dichas diferencias.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEP) se producen con el doble de frecuencia en las mujeres que en los hombres: 6,6% frente a 3,6% y 10,4% frente a 5,0%, respectivamente. Las mujeres desarrollan trastornos de pánico y fobia simple en tasas muy superiores a los hombres: 5,0% frente a 2,0% y 15,7% frente a 6,7%, respectivamente. Aunque la brecha entre los géneros para el trastorno obsesivo-compulsivo (3,1% en las mujeres frente a 2% en los hombres) y la fobia social (15,5% de mujeres frente a 11,1% en los hombres) no es tan amplia, estos trastornos siguen siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres (1).

Prevalencia de Trastornos del Estado de ánimo y de ansiedad, en hombres y mujeres



Adaptado por Kessler et al., 1994a,b, 1995; Robins et al., 1984; Yonkers y Ellison, 1996

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

La investigación realizada por Yonkers y Gurguis, (1995) indica que la prevalencia de la fobia social es de un 2% en la población general, y de éstos, el 70% de los afectados son mujeres.

La agorafobia con o sin ataques de pánico se encuentra en casi el 8% de las mujeres frente al 3% de los hombres. El número de episodios aumenta antes de la menstruación en las mujeres afectadas. La ansiedad generalizada a lo largo de un año fue de un 1-2% en los hombres y de un 2-5% entre las mujeres.

Si bien el riesgo de un desorden bipolar o enfermedad maníaco-depresiva es de aproximadamente un 1% para ambos sexos, las depresiones unipolares son el doble de frecuente en las mujeres que en los hombres (2). La Distimia también es el doble de frecuente en las mujeres. Estas diferencias entre los sexos sólo se manifiestan en adultos y por lo tanto no surgen hasta la adolescencia (3), ya que es en este momento cuando comienza el desarrollo hormonal de la mujer.

Las mujeres tienen dos veces más riesgo de trastorno depresivo unipolar recurrente y de trastorno depresivo mayor, en general, en comparación con los hombres (4). Los estudios epidemiológicos de otros países como Suiza (5), Canadá (6) y Alemania (7), informan que las mujeres tienen al menos el doble de probabilidad que los hombres de sufrir de trastorno depresivo mayor. El trastorno distímico, en las mujeres y en los hombres, es de un 4,1% y de un 2,2%, respectivamente (8). En la Encuesta Nacional de Comorbilidad (ENC) de EE. UU., las tasas para el desorden distímico fueron desiguales, con un 8% de mujeres y un 5% de hombres que sufren la enfermedad (9).

La prevalencia de comorbilidad entre la ansiedad y los trastornos del ánimo es otro tema interesante en donde también se encuentran diferencias de género. En este caso, la comorbilidad fue de un 5,1% para las mujeres, y de un 1,9% para los hombres mientras que la prevalencia de los trastornos de ansiedad pura fue del 10,7% para las mujeres, y del 4,7% para los varones.

Según los estudios epidemiológicos de todo el mundo, la prevalencia del trastorno depresivo mayor entre las mujeres es de 1,5 a 3 veces mayor que en los hombres (10).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa al trastorno depresivo mayor como la primera causa de la carga de morbilidad en las mujeres de edad reproductiva (18 a 44 años) en países desarrollados y en vías de desarrollo.

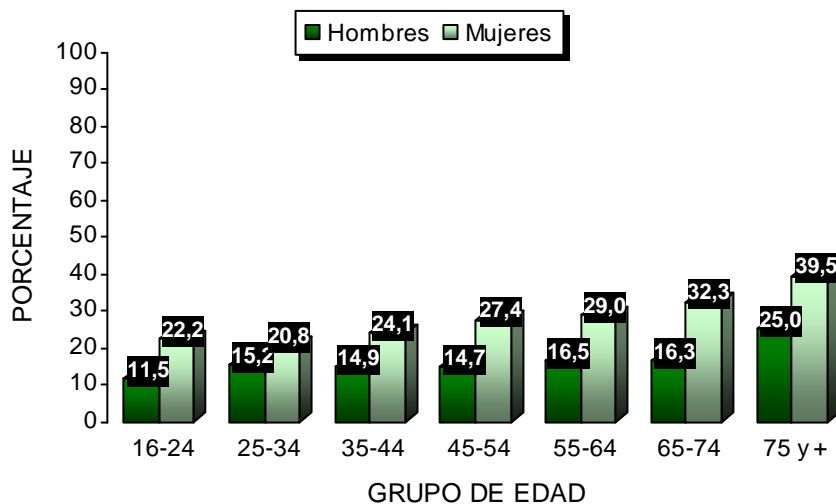
La Encuesta Nacional de Comorbilidad confirma los datos de estudios anteriores (11) e informa de que la prevalencia a lo largo de la vida con trastorno depresivo mayor es del 21% para las mujeres, en comparación con el 13% para los hombres. Para la distimia (crónica, grado bajo de la depresión), la prevalencia de vida es de un 8% para las mujeres y un 4,8% para los hombres. En comparación con los hombres, las mujeres también son más propensas a otros tipos de trastornos afectivos, incluyendo la depresión ansiosa (12), y los trastornos afectivos estacionales. (13). La prevalencia para cualquier trastorno afectivo en los EE.UU. entre las mujeres es de un 24%, en comparación con el 15% para los hombres (14).

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

Debido a esta mayor prevalencia de los trastornos afectivos y ansiosos en las mujeres, son éstas quienes consumen más psicofármacos en comparación con los hombres, con una relación de más de 2:1 (15) especialmente los ansiolíticos y los antidepresivos (16). Las mujeres también experimentan más efectos adversos de antidepresivos, en comparación con los hombres y los resultados del tratamiento con algunos antidepresivos se sugieren para mostrar algunas diferencias de género (17).

Finalmente, en España, encontramos que un 14,7% de la población adulta (de 16 y más años) presenta depresión, ansiedad y otros trastornos mentales. La distribución porcentual según el sexo muestra que un 8,69% pertenece al género masculino, y un 20,49% al género femenino. Estos datos han sido recogidos y presentados en la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2006 por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Riesgo de mala salud mental adultos (Población 16 y + años)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006, Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España.

. Factores intervinientes en la etiología de los Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo

Las investigaciones que se describen a continuación buscan encontrar una respuesta ante el interrogante de qué genera la diferencia de géneros en trastornos como la ansiedad y del estado de ánimo. En los diferentes estudios encontramos la influencia de factores biológicos, sociales y psicológicos.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

. Factores Biológicos

La mayor parte de las investigaciones realizadas en este campo, dirigen su mirada hacia una perspectiva más biológica.

La marcada diferencia entre ambos sexos en las tasas de enfermedad, que comienzan con los años reproductivos sugiere que el ambiente hormonal del cerebro durante la edad adulta puede ser un importante punto de partida en la búsqueda de una explicación (18).

Algunas investigaciones establecen la diferencia biológica que se produce entre los sexos desde la gestación. Las mujeres y los hombres son genéticamente muy similares, salvo que diferentes hormonas entran en el cerebro en diferentes momentos y en diferentes tiempos. Hay un aumento de algunas células cerebrales que brotan más que otras en períodos de tiempo crítico para el desarrollo del cerebro. Los varones y las mujeres están indiferenciados hasta la sexta semana de gestación, cuando se desarrollan los testículos en los varones y comienzan a producir andrógenos. La hormona folículo estimulante se encuentra en la glándula pituitaria de ambos sexos en la semana 10 de la vida fetal, y su concentración aumenta de manera espectacular, pero sólo en las mujeres, entre las semanas 12 y 20 (19). Se cree que la hormona folículo estimulante desempeña un papel clave en el desarrollo fetal de ovario (20).

Desde entonces hasta la pubertad, el ambiente hormonal del cerebro es de nuevo muy similar en mujeres y hombres. Las hembras alcanzan la madurez sexual antes que los varones. Aunque la magnitud de esta diferencia varía según los genes, la geografía, y los factores nutricionales (21). Posteriormente, durante la madurez sexual, los niveles hormonales de las mujeres fluctúan cíclicamente en un rango mucho mayor que los de los hombres (22).

. Efectos de los flujos de la hormona reproductiva

En comparación con los hombres las mujeres están sujetas a un mayor flujo de hormonas reproductivas durante toda la vida. Cambios de las hormonas reproductivas en el útero, durante la pubertad, el ciclo de estro, el embarazo y la menopausia, alteran claramente la estructura y función del cerebro, y es probable que jueguen un papel en el aumento de la prevalencia de los trastornos afectivos en la mujer. El Eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA) aumenta la respuesta y la sensibilidad en la retroalimentación del glucocorticoide (23) y la disminución de los contenidos de GABA en el cerebro en la fase lútea del ciclo menstrual, desestabilizando potencialmente este sistema homeostático en las mujeres vulnerables (24). Además, las catecolaminas y los sistemas de respuesta al stress del eje HPA son suprimidos durante el embarazo y la lactancia (25).

El trastorno disfórico premenstrual (TDP) ofrece el ejemplo más claro de un trastorno de ánimo

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

basado hormonalmente. Las mujeres con TDP tienen los mismos tipos de síntomas premenstruales experimentados por la mayoría de las mujeres, incluyendo irritabilidad, cambios de humor, mala concentración, e hinchazón. Sin embargo, sus síntomas son particularmente graves, siempre implican un componente de ánimo e interfieren significativamente con el funcionamiento social y ocupacional. Bajo los actuales criterios diagnósticos, el trastorno disfórico premenstrual afecta a un 3-8% de las mujeres en edad reproductiva (26).

La investigación hasta la fecha indica que las mujeres con TDP tienen niveles normales de distribución de las hormonas sexuales y suprarrenales a través del ciclo menstrual, pero sin embargo se produce una respuesta, tanto física como emocional muy fuerte a los cambios de los esteroides gonadales en todo el ciclo, en particular al aumento de la progesterona en la fase lútea (27).

Las mujeres sufren más que los hombres los estados de ansiedad, y hay indicios de que las mujeres son más ansiosas en tiempos de niveles relativamente bajos de circulación de estrógeno y progesterona. Los esteroides ováricos parecen actuar como ansiolíticos. La retirada del periodo fisiológico imita la retirada de ansiolíticos y podría ser la responsable de que las mujeres, como grupo, sean más sensibles que los hombres a los efectos ansiógenos inespecíficos del estrés.

Efectos de las hormonas gonadales

En las mujeres, la interacción bidireccional entre el cerebro y las hormonas gonadales, juega un papel clave en la precipitación y el transcurso de los trastornos del estado de ánimo (28).

Las hormonas gonadales ejercen dos tipos de acciones principales en el Sistema Nervioso Central: efectos de organización/genómica y de activational/nongenómica. (29)

Los efectos de la *organización/genómica* se producen durante el desarrollo temprano del cerebro. Son permanentes y controlan la arquitectura neuronal y la actividad futura. Entre otras influencias, los efectos organizacionales de las hormonas gonadales o de su ausencia son los responsables de las diferencias de género en el cerebro y el comportamiento

Los efectos de la *activación/nongenómica* de las hormonas gonadales se produce sobre todo durante la vida postnatal y en todo el ciclo de vida completo. Son reversibles e incluyen alteraciones de la electricidad normal y funciones bioquímicas y estructura. Se pueden añadir para la diferenciación de las funciones cerebrales del género. Los efectos activación/nongenómica incluyen muchas de las funciones que se consideran implicadas en la regulación continua del comportamiento y del ánimo, están supuestamente afectadas en los trastornos mentales, y se ven influidas por medicamentos psicotrópicos. (30).

Los Estrógenos y la Progesterona

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los datos disponibles sugieren que el estrógeno, tanto su presencia como su ausencia, está fuertemente implicado en la regulación del humor y el comportamiento de la mujer, así como también en la cognición.

Los múltiples efectos de los estrógenos y sus complejas interacciones con el sistema endocrino y el Sistema Nervioso Central han sido bien documentados. A pesar de su influencia el polifacético papel de los estrógenos, en cada estado disfórico, aún no se ha dilucidado.

Las diferencias de género en la prevalencia de la depresión se observan en la edad reproductiva, comienza a declinar en la menopausia, y se disipa después de la perimenopausia. Los períodos de las fluctuaciones hormonales de estrógenos o de la inestabilidad (es decir, premenstruación, postparto y perimenopausia) están asociados con un aumento de la vulnerabilidad a la depresión entre las mujeres susceptibles. (31).

Entre otras funciones, el estrógeno aumenta selectivamente la actividad de la noradrenalina en el cerebro y disminuye la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos (32). Debido a estos resultados es que actualmente se asocia el efecto ejercido por los estrógenos con la depresión.

Algunos de los efectos inhibitorios del estrógeno también pueden ser vistos como una contribución para el bienestar mental. Los efectos generales neuroestructurales y neurofisiológicos de los estrógenos pueden ser resumidos como prevención de la neurodegeneración, probablemente neurovegetativa, y estimular de forma selectiva la neurotransmisión.

Con respecto a los efectos de la progesterona, en un modelo de ansiedad premenstrual, a través de un retiro de ella, se ha demostrado que el aumento de expresión en el hipocampo de subunidad $\alpha 4$ del receptor GABAA (GABAA-R) está estrechamente asociado con mayores niveles de ansiedad en el laberinto. Sin embargo, varios estudios indican que las diferencias entre los sexos en la regulación de la GABAA-R en regiones específicas del cerebro puede ser un factor importante en las diferencias de género observadas en los trastornos del humor (33).

La regulación de la ansiedad está integralmente asociada a la función de los receptores GABAA (GABAA-R) (34).

. Influencia de las Hormonas Gonadales sobre los neurotransmisores

En las mujeres las hormonas gonadales, estrógeno y progesterona, así como algunos de sus precursores y metabolitos, desempeñan un papel vital en la regulación y el funcionamiento de los sistemas neurotransmisores. Sus fluctuaciones hormonales cíclicas a lo largo de la vida reproductiva en la mujer y su impacto en los neurotransmisores puede explicar, en parte, la mayor vulnerabilidad a trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico están implicados en el desarrollo de éstos trastornos. Ambas, depresión y ansiedad, pueden implicar una desregulación de la norepinefrina

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

(NE) y de los sistemas serotoninérgicos o un desequilibrio entre el estímulo y la respuesta (35); aunque se ha planteado la hipótesis de que la disminución de la actividad NE y/o disminución de la actividad serotoninérgica es un factor clave en la depresión, mientras que los trastornos de ansiedad están asociados con un aumento noradrenérgico y/o actividad serotoninérgicos (36).

. Gen transportador de serotonina

El gen promotor del transportador de serotonina (5-HTTLPR) se asocia con la ansiedad y el riesgo de desarrollar una depresión frente a la adversidad .

Las mujeres portadoras del alelo s, también presentan menores respuestas al estrés. Por extensión, los hallazgos sugieren la posibilidad de que las mujeres portadoras del 5-HTTLPR alelo s podrían ser más vulnerables a los efectos de la adversidad temprana. Este efecto interactivo puede ser la base de la mayor incidencia de determinados trastornos relacionados con el estrés en las mujeres. (37).

Dos meta-análisis también encontraron asociaciones significativas entre el alelo s y la ansiedad en relación con rasgos de personalidad. A partir de estos estudios, parece que hay pruebas de que la convergencia de rasgos relacionados con la ansiedad están asociados con el alelo variante corto (es decir, el s/s y s/l genotipos), de 5-HTTLPR (38).

Los alelos s y l tienen efectos opuestos en hombres y mujeres. De acuerdo a estos resultados, parece valioso aceptar el género como un factor importante en el estudio de la función serotoninérgica en el SNC (39).

Sin embargo, en la literatura sobre los trastornos de ansiedad, algunos estudios han encontrado mayor frecuencia de la variante corta del 5-HTTLPR entre un grupo de personas con trastornos de ansiedad (es decir, pánico, fobia y ansiedad generalizada) en comparación con los controles (40); otros estudios han encontrado mayor frecuencia de la l/l del 5-HTTLPR entre grupos de trastornos de ansiedad en comparación con los controles (41); y algunos estudios no han encontrado asociaciones entre el 5-HTTLPR y los grupos con ansiedad (42).

En conclusión, de acuerdo con las investigaciones realizadas, se observa que ya desde la gestación se va estableciendo la diferencia biológica entre los sexos, diferencia que se encuentra marcada por la influencia que ejercen las hormonas en el cerebro.

Las fluctuaciones hormonales cíclicas que sufre la mujer a lo largo de su vida reproductiva desempeñan un importante papel en los estados afectivos y ansiosos de las mismas. Las investigaciones muestran que las hormonas, en particular los estrógenos, están fuertemente implicados en la regulación del estado de ánimo de la mujer, sus comportamientos y sus cogniciones.

Las hormonas gonadales desempeñan un fuerte rol sobre los sistemas neurotransmisores

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

(noradrenérgico y serotoninérgico) ya que se ha demostrado la participación de estos sistemas en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. También, el gen transportador de serotonina se halla implicado en dichos trastornos.

. Factores Psicosociales

En la depresión se ha observado que las mujeres, en mayor grado que los hombres, involucran sus emociones en las relaciones interpersonales. En consecuencia, sufren los efectos de los acontecimientos de la vida que tienen lugar no sólo en sus propias vidas, sino también en la vida de su extensa red de amigos y familiares. Sin embargo, esta interesante hipótesis de por qué las mujeres podrían ser más propensas a la depresión, a pesar de que los hombres y las mujeres experimentan el mismo número de eventos de la vida personal, no es apoyada por las pruebas, lo que sugiere, por el contrario, que la fortaleza de las redes sociales (más frecuente entre las mujeres que entre los hombres) protegen contra la depresión (43).

Otro informe de las diferencias de personalidad es que las mujeres internalizan sus sentimientos en mayor medida que los hombres y se culpan a sí mismas por la incompetencia o el fracaso, lo que las lleva a la depresión, mientras que los hombres culpan a otros, lo que los lleva a la ira. Se trata de un clásico punto de vista de la depresión que ha sido difícil de probar empíricamente.

Por lo demás, otra diferencia entre los sexos es un pasivo estilo rumiante de hacer frente a los problemas, lo que es más prevalente entre las mujeres, y un activo estilo orientado a la distracción que es más común entre los hombres. Nolen-Hoeksema argumenta que esta diferencia de la personalidad representa al menos una parte de la variación del sexo en la depresión (44).

Y los cambios en las expectativas sociales de las mujeres, así como las mayores tasas de abuso sexual de las niñas durante la infancia y la adolescencia, también son consideradas como posibles explicaciones de las altas tasas de depresión y de ansiedad en las mujeres (45).

Por otro lado, la combinación de roles sociales puede influir en la salud mental. Según *la teoría de la acumulación de roles*, tener más funciones sociales puede estar asociado con una mejor salud mental entre ambos sexos. Una adecuada combinación de mayor cantidad de roles sociales puede proporcionar energía (46), y teniendo más roles sociales ofrecer posibilidades de compensar las experiencias negativas en uno por mejores experiencias en otros roles (47).

Un estudio examinó las asociaciones de las funciones laborales y de las funciones familiares con la prevalencia de la depresión y los trastornos de ansiedad, y si estos roles sociales podían explicar la preponderancia femenina en la prevalencia de la depresión y los trastornos de ansiedad.

Se encontraron dos importantes asociaciones en las combinaciones del rol social con la ansiedad

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

y los trastornos del estado de ánimo entre las mujeres. En primer lugar, se halló un aumento de la prevalencia de la depresión y la ansiedad entre las mujeres con niños, pero sin pareja. En segundo lugar, el efecto de la función del trabajo fue positivo para la salud mental de la mujer cuando no tenía niños, sin embargo no entre las que tenían hijos. Tanto los hombres como las mujeres presentaban una mejor salud mental cuando ejercían más funciones sociales.

Este estudio, también mostró que las horas de trabajo estaban asociadas con la prevalencia de la depresión y los trastornos de ansiedad entre los hombres, pero no entre las mujeres. El trabajo a tiempo completo, era una ventaja para los hombres en relación con su salud mental, y aquellos que no tenían trabajo o un trabajo a tiempo parcial, estaba fuertemente asociado a las malas condiciones de salud mental entre los hombres, implícitamente, pero no entre las mujeres. Sin embargo, la mayoría de los hombres trabajan a tiempo completo; esto parece contribuir a la explicación de su menor prevalencia de la depresión y la ansiedad en comparación con las mujeres. Los resultados mostraron que las mujeres trabajadoras tenían mejor salud mental en comparación con las mujeres sin empleo, a menos que tuviesen niños (48).

Por un lado, la presión del tiempo en el trabajo entre las mujeres con hijos puede causar estrés y resultar en una mayor prevalencia de la ansiedad y de la depresión. Por otra parte, muchas mujeres al comenzar a trabajar en empleos a tiempo parcial cuando se convertían en madres, resultaban tener menores expectativas de carrera y, probablemente, menor calidad de las condiciones de trabajo.

Según un estudio iniciado por la Unión Europea, las condiciones de trabajo suelen ser mejor en los hombres en comparación con las mujeres (49).

El rol del trabajo desempeña un papel importante en la identidad y la autoestima. En un estudio cualitativo, se encontró apoyo a la idea de que el significado de la función de ocupación difiere entre hombres y mujeres y pueden contribuir a las diferencias de género en el bienestar individual. Por ejemplo, tener un empleo tiene consecuencias positivas para los hombres acerca de la imagen que tienen sobre sí mismos, pero en las madres que trabajan se asocia a sentimientos de culpa. Por lo tanto, las mujeres pueden beneficiarse menos que los hombres en la función de trabajadoras, no sólo en lo económico sino también en factores tales como la autoestima y la autorrealización (50).

. Diferencias culturales en los trastornos de Ansiedad y del Estado de ánimo

Otro problema que podemos encontrar a nivel social es que en muchos países y culturas la salud mental y los servicios de diagnóstico se hallan unificados para todas las sociedades en general, sin considerar las diferencias y particularidades que hacen a cada cultura; se basan en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Décima Edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada vez más, la práctica, el diagnóstico y la investigación de los

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

trastornos mentales está influenciada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) a través del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (APA, 1994). Varias entrevistas estructuradas de diagnóstico se han desarrollado con el fin de llegar a las entidades diagnósticas del DSM-IV, en particular la americana centrada en la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM IV -SCID- (51).

Aunque los actuales sistemas de diagnóstico y los instrumentos biomédicos derivados de ellos, pretenden reflejar la presentación de los trastornos mentales a través de las culturas; en realidad, están más fuertemente sesgados hacia descripciones de los trastornos psiquiátricos en los contextos culturales de la construcción europea y norteamericana (52).

Así, somatizar puede ser una característica distintiva de una experiencia depresiva en algunas culturas, mientras que en otras, las expresiones psicológicas pueden ser las dominantes.

Una descripción descriptivo-cualitativa de expresiones culturalmente sensibles puede ser necesaria para no caer en generalizaciones respecto de los diferentes trastornos. Este paso exploratorio puede beneficiarse de un enfoque que no da por sentado una expresión ni una conceptualización cultural-universal-uniforme del estado de ánimo, sino que permite diferentes expresiones culturalmente sensibles a los síntomas y quejas, así como su agrupación en síndromes y entidades diagnósticas. Además, la percepción de orden y desorden, de los límites aceptados de "normalidad" y las definiciones de comportamientos "anormales" varían entre las culturas y no siempre encajan en la actual visión-occidental biomédica del mundo.

La percepción y la expresión de los fenómenos culturales son dependientes y diferentes en las distintas regiones, países, culturas locales y aun específicas. Por ejemplo, una evaluación del bienestar de las mujeres en el sudeste de Asia indica que las necesidades específicas de la atención de la salud de la mujer en sub-regiones debe ser personalizado de acuerdo a las necesidades locales y las tradiciones culturales. Es más, las regiones están divididas no sólo por las líneas nacionales, sino también por las confesiones religiosas. En este continente, cada religión se practica con diferentes conjuntos de tradiciones, creencias y formas de vida diferentes. Gente de todas las religiones del medio social se caracterizan por la pobreza, las condiciones de vida de hacinamiento, el desempleo y la desigualdad entre las clases sociales, así como las desventajas y la discriminación a la mujer. Los trastornos mentales están asociados con un fuerte estigma y la violencia contra la mujer es un flagelo (53). Es decir, la realidad que estas mujeres viven es muy diferente a la realidad establecida en países europeos o en norteamérica, con lo cual, no es posible generalizar categorías diagnósticas que no se acercan a las diferentes culturas, respetando sus creencias, su realidad social, sus posibilidades económicas, etc. Tal vez, estas mujeres presentan síntomas de depresión y ansiedad que se asemejan a los establecidos por los criterios diagnósticos del DSM-IV o la CIE-10, pero las manifestaciones y vivencias de síntomas para los seres humanos en general, están condicionadas por la visión establecida culturalmente de los mismos; dicho lo cual queda condicionado el diagnóstico a la idiosincrasia

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

de los sujetos como integrantes de sus culturas.

En algunos países y lenguas, no hay expresiones que sean aún comparables a los de América y de Europa occidental, conceptos como la depresión y otros trastornos mentales según el DSM4. La nosología de diagnóstico, así como los conceptos y procedimientos deben adaptarse a la diversificación de las culturas locales y los conceptos (53).

Por ejemplo, en el sur del desierto de Sub-Saharan África, las mujeres, sus principales quejas son las somáticas, aunque pueden ir acompañados de la culpabilidad y la atribución de la enfermedad a la brujería y otros modelos locales de la enfermedad. Aunque se puede reclamar que en muchas culturas de África subsahariana no existe una palabra o un concepto para la depresión, en realidad, los trastornos afectivos o su equivalente cultural son muy comunes en esa región (53).

CONCLUSIONES

En las diferentes investigaciones realizadas hasta el momento acerca de las diferencias de género en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, no se ha llegado aún a conclusiones definitivas, es decir, no hay respuestas claras ante este fenómeno. Si bien es cierto que la mayoría de los estudios se inclinan por una perspectiva más biológica, y muchas de estas investigaciones se ratifican entre ellas, es categórico en los estudios realizados, el efecto ejercido por las hormonas gonadales en los diferentes estados ansiosos y depresivos, ya que los resultados avalan las influencias de las hormonas femeninas tanto en los neurotransmisores, como así también en el gen transportador de serotonina.

Aún así, estos resultados deben tomarse con cautela ya que los estudios realizados hasta el momento no son prospectivos, y no pueden asegurar la causalidad de estos trastornos, sino tan sólo unos correlatos biológicos que no sabemos si son previos, concomitantes o posteriores.

Pero también la influencia de los factores psicosociales presenta un gran peso en los estudios acerca de la diferencia de géneros ya que se ha investigado que las influencias culturales establecen las reacciones, los comportamientos, los pensamientos y la actitudes de las mujeres, sumado a ello, las desventajosas posibilidades sociales que el género femenino tiene, a pesar de que a lo largo del tiempo han ido cambiando, aún no se halla equiparado con el género masculino. Por lo cual, tiene un gran peso en la mujer a la hora de sentirse aquejada socialmente. Sumado a ello, la uniformidad en conceptos como "*normalidad-anormalidad*", no permite poder pensar las patologías de acuerdo al contexto.

Ante esta confluencia de factores, entiendo, desde mi punto de vista, que aunar ambas líneas de investigación permitirían entender una problemática tan compleja y variada como es la aquí tratada, no sólo desde la óptica biológica (uno de los pilares de estas investigaciones) sino

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

también de la mano de los factores psicosociales (otro pilar fundamental). Por ello es posible con las herramientas obtenidas considerar los factores biológicos comprendiendo la incidencia que ejercen, y a la vez no perder de vista las influencias culturales que cada persona tiene en el momento que las padece, porque la cultura de cada persona marca y establece sus particularidades, así como también sus mecanismos biológicos determinan su conducta y comportamiento.

La confluencia de dichos factores de cara al tratamiento, sin olvidar la individualidad y particularidad de cada sujeto, pueden ser adecuados caminos para realizar un certero diagnóstico y una mejor intervención en el paciente.