

Diferencias en la Sintomatología Psíquica de Uno y Otro Sexo, en una Muestra de Pacientes de la Consulta Médica General

Jorge Caraveo A.*
Luciana Ramos L.*
Catalina González F.*

Summary

Sex differences in the psychiatric morbidity reported in the literature emphasize predominance among women, specially concerning depression. Such differences have been explained in different ways such as that women are more likely to make use of health services, that they are more sensible to social and emotional experiences, that women consider health as a relevant issue to their lives, unlike men, whose attention appears to be focused on work, life status and political freedom. Briscoe carried out a wide study about sex differences in psychological well-being, concluding that both, manifestation of anxiety and expression of affect, is less stigmatizing for women than for men, therefore, prevailing the minor psychiatric disorders among females.

In Mexico, Medina-Mora et al carried out a study on the prevalence of psychiatric disorders in the general practice, and reported that 26% of the male population and 38% of the female population were affected.

The objective of this paper is to analyse to a greater extent the differences reported, using the clinical information obtained through the Standardized Psychiatric Interview.

344 subjects were included in this study. They were grouped by sex and according to the global severity rating criteria given at the end of the psychiatric interview.

CHI-Square with Yate's correction and Fisher's test were carried out for each one of the symptoms in a 2 x 2 tables. Once the symptomatologic profiles were delimited, we proceeded to identify the risk factors associated by calculating the odds ratio for the following variables: marital status, occupation, place of birth, reason for the consultation, affected systems, personal and familiar psychiatric background.

In the group of non-cases, women were found to report a larger number of symptoms compared to those reported by men. Among the case-subjects a clear difference between sexes was found, prevailing the depressive mood among women and manifest anxiety among men.

Risk factors associated with sadness in the non-cases group were: place of birth for both sexes, and for women the presence of chronic disorders and being a widow or divorcee.

Among male cases, the presence of depressive mood was associated with chronic disorders as the reason for consultation, while among women it was found associated to acute disorders as well as being a housewife without other occupation.

The authors present an extense discussion of the results in the light of the different reports on the subject, concluding that special attention must be paid to the social influence in the expression of distress and the conception about psychological health and illness from both men and women.

*Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco, 101. Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Resumen

En la literatura se han reportado diferencias en la morbilidad psiquiátrica de hombres y mujeres. El presente trabajo analiza la información clínica obtenida en un estudio sobre la frecuencia de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general de un hospital, donde se encontró un 26% de trastornos en los hombres y un 38% en las mujeres. Para ello se calculó la CHI-cuadrada con corrección de Yate's y la prueba de Fisher para cada síntoma de la entrevista y, posteriormente, se calculó el *odds ratio* para determinar las asociaciones con variables tanto clínicas como sociodemográficas. El sexo femenino mostró una tendencia a reportar y manifestar sintomatología depresiva en tanto que el sexo masculino mostró un perfil de ansiedad. Los factores relacionados con estas diferencias en la expresión sintomatológica se discuten con amplitud por los autores, a la luz de los datos reportados en diversos estudios.

Introducción

En la revisión de la bibliografía se encuentra que existen diferencias entre la morbilidad psiquiátrica de uno y otro sexo, encontrándose en la mayoría de los estudios que hay una predominancia del sexo femenino, especialmente en lo que concierne a la depresión (7, 8, 9, 28, 31, 34, 35).

Se han tratado de explicar estas diferencias de diversas maneras, entre las cuales se menciona la de que por ser las mujeres las que hacen mayor uso de los servicios de salud, se les diagnostica más (18, 19, 23). Como las alteraciones presentadas por ellas corresponden a enfermedades más leves en comparación con las encontradas en los hombres, Verbrugge (33) concluye que la intervención de los factores sociales y psicológicos facilita la manifestación de las molestias en la mujer. De la misma manera, Gurin y cols (14) sugieren que las mujeres son más sensibles a las experiencias socioemocionales y, por tanto, a sentirse afectadas por ellas y manifestarlo. Hall (15) observó que la mujer considera la salud como un aspecto relevante de su vida, a diferencia del hombre, cuya atención parece estar más centrada en el trabajo, en el nivel de vida y en la política.

Briscoe (4) realizó un extenso estudio acerca de las diferencias que hay en el bienestar psicológico de uno y otro sexo, encontrando que las mujeres, tanto aquellas que fueron consideradas como "casos", como las que se tomaron como controles, se quejaban con más frecuencia de mareos, cefaleas, nerviosismo/tensión, abatimiento (*rundown*) y trastornos del sueño. Al parecer, el estado civil influye en el bienestar de las personas, pues las mujeres solteras fueron las que me-

nos molestias presentaban, en contraposición a lo encontrado en el sexo masculino. De la misma manera, Briscoe concluye que tanto la manifestación de ansiedad como la expresión de los afectos es menos estigmatizante en la mujer que en el hombre, predominando, por tanto, los trastornos psiquiátricos menores en el sexo femenino y, según la bibliografía, las preocupaciones acerca de la salud, de la familia y el temor de sufrir un colapso nervioso. Esta preocupación se relaciona con los trastornos psiquiátricos menores. En cambio, en el hombre, este tipo de trastornos se relaciona con las dificultades ocupacionales.

En México, Medina-Mora y cols. (24), en un estudio sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general, encontraron que era de un 26% en la población masculina y de un 38% en la femenina. Sin embargo, la frecuencia con la que se presentan los trastornos severos fue ligeramente mayor entre los hombres (5.4%) que entre las mujeres (4.13%). La prevalencia fue mayor entre los hombres solteros de 25 a 34 años, hallazgo que concuerda con lo encontrado por Briscoe. Las mujeres presentaron significativamente mayores puntuaciones en la subescala de síntomas somáticos y trastornos en el sueño, del Cuestionario General de Salud de Goldberg (13); y de acuerdo con la valoración psiquiátrica global, las mujeres presentaron un mayor número de síntomas psiquiátricos que los hombres.

El objeto del presente trabajo es analizar detalladamente las diferencias reportadas, basándonos en la información clínica recabada por medio de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE) (12).

Material y métodos

Las características generales de la población estudiada ya fueron reportadas en el artículo de Medina-Mora y cols. (24). Para este trabajo seleccionamos un total de 344 entrevistas de sujetos de 18 a 64 años de edad (92 hombres y 252 mujeres) que fueron hechas utilizando la EPE (versión mexicana modificada). Se incluyeron las entrevistas de aquellas personas consideradas como casos de estudio, que habían sido diagnosticadas como neuróticas, con trastornos afectivos mayores, con reacciones de adaptación y con trastornos de personalidad, sobre los que se ha centrado la bibliografía en derredor al tema de estudio. Se excluyeron 20 entrevistas de las 364 originales, por pertenecer 3 de ellas a casos de esquizofrenia; 4 a trastornos psicofisiológicos; 2 a síntomas especiales; 1 a dependencia a las drogas, 4 a síndromes orgánicos cerebrales; 2 a otro tipo de patología somática y, finalmente a cuatro expedientes más, debido a que no pudieron encontrarse cuando se hizo esta revisión. La razón por la que se excluyeron los expedientes en los que aparecían estos diagnósticos radica en que estos cuadros cursan con síntomas más o menos definidos que no interesan para el presente estudio.

Las entrevistas se agruparon de acuerdo con el sexo del entrevistado, y se calificaron de acuerdo con los criterios de la Calificación Global de Severidad (CGS), asignados al final de la entrevista psiquiátrica: Cero

para las entrevistas de los sujetos asintomáticos; uno para las de los sujetos que se quejaban de algunas alteraciones emocionales, pero que no ameritaban tratamiento psiquiátrico por no ser suficientemente intensas, o por confundirse con la estructura caracterológica del sujeto. Dos para las de aquellos en los que las quejas presentadas hacían necesaria la ayuda psiquiátrica en la consulta externa. Tres para las de los que necesitaban forzosamente ayuda psiquiátrica en la consulta externa e incluso las de aquellos a quienes podría beneficiar un internamiento, aunque no fuera indispensable, y cuatro para las de los sujetos que requerían forzosamente un internamiento psiquiátrico.

Una vez agrupada la muestra, se realizaron cálculos de X^2 con la corrección de Yates para cada uno de los síntomas, en tablas de 2×2 y prueba de Fisher. En los expedientes de los sujetos con CGS-0 y 1, se contabilizaron los síntomas calificados con 1, que corresponden tanto a las quejas mínimas como a los rasgos temperamentales de los sujetos. Así por ejemplo, para el reactivo "ánimo depresivo", la calificación de 1 representaba sentimientos ocasionales de nostalgia que no causaban malestar, o una pérdida de entusiasmo, pero sin sentimiento depresivo. En cambio, a partir de la calificación 2, el sujeto consideraba que sus síntomas eran anormales y le producían malestar. Estas calificaciones fueron las que se tomaron como positivas en los sujetos con CGS de 2 en adelante.

Habiendo delimitado los perfiles sintomatológicos de los grupos, se procedió a identificar los factores de riesgo relativo, considerando las siguientes variables: estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, motivo de consulta, sistemas afectados, antecedentes psiquiátricos personales y antecedentes psiquiátricos familiares. Esto se llevó a cabo estimando el *odds ratio* (riesgo relativo aproximado) respectivo, en el que un resultado por arriba de la unidad se considera como un factor probablemente asociado con el suceso que se toma como punto de observación. Se calculó un intervalo de confianza de 95% a fin de determinar si el límite inferior de éste era mayor que la unidad y, por tanto, estar más seguros de que el riesgo relativo aproximado significativo obtenido no hubiera estado determinado por azar.

Resultados

Basándonos en la Calificación Global de Severidad, la muestra de sujetos se distribuyó de la siguiente manera: con CGS-0: 31 hombres y 55 mujeres; con CGS-1: 29 hombres y 76 mujeres; con CGS-2: 25 hombres y 107 mujeres. Finalmente, se sumaron las entrevistas de los sujetos con CGS-3 y CGS-4, dado lo pequeño de sus frecuencias, y quedaron las de 7 hombres y 14 mujeres. Las medias de edad de los sujetos con CGS-0 y CGS-1 (que no eran consideradas como casos) fueron: de los hombres ($\bar{X} \pm$ de 45.73) \pm 13.29; de las mujeres 42.04 \pm 14.31. En los sujetos con CGS-2, CGS-3 y CGS-4 (que eran casos de estudio) fueron: de los hombres 43.68 \pm 9.11 y de las mujeres 47.57 \pm 12.46.

TABLA I

ANALISIS COMPARATIVO ENTRE UNO Y OTRO SEXO DEL GRADO DE SEVERIDAD GLOBAL DE MOLESTIAS, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE LA CONSULTA MEDICA GENERAL †

MOLESTIAS	CGS = 0 H = 31 M = 55 n = 86	CGS = 1 H = 29 M = 76 n = 105
	X ²	X ²
ANIMO DEPRESIVO	2.95 ** p < .10	6.49 ** p < .025
DEPRESION	—	5.20 ** p < .05
INSOMNIO	1.96 ns	3.23 ** p < .10
PENSAMIENTO DEPRESIVO	1.56 ns	3.72 ** p < .10
FATIGA	.53 ns	3.01 ** p < .10
BAJA CONCENTRACION	.65 ns	5 ** p < .05
CEFALEAS	—	4.65 ** p < .05
SENSACION DE DESMAYO	.09 ns	.5 ns
ANSIEDAD	1.44 ns	.05 ns
ANIMO ANSIOSO	1.06 ns	.09 ns
HIPOCONDRIASIS	.076 ns	.110 ns
OBSIONES Y COMPULSIONES	.79 ns	1.21 ns
OBS/COMPS. E IND. OBS.		

† Hospital Español, 1979

* H
** M

TABLA II
ANALISIS COMPARATIVO ENTRE UNO Y OTRO SEXO DEL GRADO DE SEVERIDAD GLOBAL DE LOS SINTOMAS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE LA CONSULTA MEDICA GENERAL †

SINTOMA	CGS 2 H = 25 M = 107 n = 132	CGS 3/4 H = 7 M = 14 n = 21	CGS 2-3/4 H = 32 M = 121 n = 153
	X ²	FISHER	X ²
ANIMO DEPRESIVO	3.01 ** p < .10	p < .025 **	3.94 ** p < .05
DEPRESION	.88 ns	p < .025 **	1.64 ns
INSOMNIO	.43 ns	p < .05 *	.05 ns
PENSAMIENTO DEPRESIVO	.37 ns	p < .05 **	.18 ns
FATIGA	2 ns	p < .05 **	1.30 ns
BAJA CONCENTRACION	7.10 ** p < .01	ns	6.76 ** p < .01
CEFALEAS	.42 ns	ns	.06 ns
SENSACION DE DESMAYO	3.84 ** p < .05	ns	—
ANSIEDAD	.05 ns	p < .005 **	.06 ns
ANIMO ANSIOSO	6.24 * p < .025	p < .01 *	6.80 * p < .01
HIPOCONDRIASIS	6.75 * p < .01	ns	5 * p < .05 *
OBSIONES Y COMPULSIONES	3.47 ** p < .10	ns	2.67 ns
OBS/COMPS E INDECISION OBSESIVA	4.47 ** p < .05	p < .005 **	3.39 * p < .05

* H
** M

Como se observa en la tabla I, que se refiere a los sujetos que no se consideraban como casos, encontramos que las mujeres reportaron una mayor cantidad de molestias en comparación con las reportadas por los hombres. En la CGS-0 el único rasgo predominante es la tendencia a reportar sentimientos de tristeza, y en la CGS-1 hay todavía más tendencia a reportar diferentes malestares. En los sujetos que se consideran como casos de estudio (tabla II) hay grandes diferencias en cuanto a su sintomatología predominante según sea su sexo. Cabe aclarar que en la CGS-3 y en la CGS-4, los síntomas predominantes en las mujeres corresponden a la

patoplastía de los estados depresivos, ya que 11 de las 14 entrevistas recibieron este diagnóstico.

En virtud de haber encontrado diferencias en la sintomatología de ambos sexos, predominando el ánimo depresivo en las mujeres y la ansiedad manifiesta en los hombres, se seleccionaron estas dos manifestaciones para analizar cómo se relacionaban con los factores biológicos y sociales.

TABLA III
RIESGO RELATIVO APROXIMADO (ODDS RATIO) DE DIFERENTES VARIABLES EN MUJERES Y HOMBRES CON ANIMO DEPRESIVO Y ANSIOSO

EJE	SEXO	CALIFICACION GLOBAL DE SEVERIDAD	VARIABLE	UNIDAD DE OBSERVACION	ODDS RATIO	I.C.**		
ANIMO DEPRESIVO	FEME-NINO	CGSO	MOTIVO DE CONSULTA	CRONICO-AGUDO	5.8	1.15 y 28.9		
			ESTADO CIVIL	VIUDA/SEPARADA O CASADA	4.35	6.18 y 30.76		
		CGSO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESPAÑA-MEXICO	3.75	1.16 y 12.07		
			ESTADO CIVIL	VIUDA/SEPARADA SOLTERA	4.10	1.02 y 16.42		
		NO SON CASOS	LUGAR DE NACIMIENTO	ESPAÑA-MEXICO	1.48	1.21 y 5.1		
			ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES	PRESENTES-NO PRESENTES	2.87	1.15 y 7.09		
		CASOS	MOTIVO DE CONSULTA	AGUDO-CRONICO	3.92	1.10 y 13.75		
			OCUPACION	AMA DE CASA*-NO ES AMA DE CASA	2.69	1.05 y 6.88		
		ANIMO DEPRESIVO	MAS CULINO	CGSO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESPAÑA-MEXICO	7.10	1.04 y 48.42
					MOTIVO DE CONSULTA	CRONICO-AGUDO	7.82	1.13 y 53.33
ANSIOSO	FEME-NINO	CASOS	CONSULTA	AGUDO-CRONICO	4.10	1.61 y 10.39		

* SIN OTRA OCUPACION
**INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

En la tabla III puede verse que según la CGS-0, las manifestaciones de tristeza de los hombres y de las mujeres se deben principalmente a la nostalgia que sienten por su tierra natal. En las mujeres de este grupo se encontró que el motivo de consulta era algún padecimiento crónico en el que influía el hecho de ser viudas o separadas (en comparación con las casadas). En las mujeres que no se consideraban como casos (CGS-0 y CGS-1), influyó mucho el hecho de estar lejos de su tierra con el de ser viudas o estar separadas (en comparación con las solteras), además de sus antecedentes psiquiátricos personales. En los hombres considerados como casos, el ánimo depresivo se relacionó con los padecimientos crónicos que fueron el motivo de la consulta, mientras que en las mujeres se relacionó con los padecimientos agudos, así como con el hecho de ser amas de casa sin otra ocupación. En las mujeres, la ansiedad manifiesta únicamente influyó cuando el motivo de consulta era algún padecimiento agudo.

Discusión

En este estudio no se trata de establecer relaciones de tipo causal, sino que aprovechando la información obtenida en un estudio acerca de la frecuencia con la que se presentan los trastornos psíquicos en la práctica médica general, averiguar si hay diferencias en la sintomatología de uno y otro sexo, y cuáles de los factores obtenidos durante el estudio se relacionan con estas diferencias. A la vez, queremos recalcar que estos son los resultados del estudio que se hizo en una institución determinada.

Hubo diferencias predecibles tanto en los entrevistados como en los entrevistadores. Respecto al primero,

la selección de sujetos fue al azar, pero antes de considerar a alguien como un probable caso, se estudiaron sus respuestas al Cuestionario General de Salud, entrevistándose a todos aquellos sujetos que tenían una calificación alta (7 síntomas presentes). Como se formó otra muestra con los sujetos que obtuvieron calificaciones bajas (0-6 síntomas presentes), podemos decir que la muestra fue representativa de la población que asistió a consulta durante el periodo de estudio.

Los entrevistadores establecieron de antemano la confiabilidad en el manejo del instrumento y, por tanto, del registro de la sintomatología, según consta en reportes anteriores. El análisis de varianza, realizado posteriormente por los entrevistadores, evidenció cierta variación en el criterio de unos y otros, pero no influyó en forma determinante para estimar la frecuencia. Las entrevistas fueron distribuidas al azar, lo cual, en cierta forma, uniformó la manera de calificar. Es importante mencionar que no se pensaba hacer este análisis cuando se hizo el estudio, lo que podría haber influido en el juicio de los entrevistadores.

Los resultados obtenidos confirman que, efectivamente, existen diferencias entre los sexos, como han señalado otros autores, tanto respecto a la morbilidad psíquica (en los sujetos considerados como casos) como en la salud psíquica (en los sujetos que no se consideran como casos) siendo importante delimitar ambas perspectivas.

Sujetos que no se consideran como casos clínicos

En la salud psíquica, la marcada tendencia de las mujeres a reportar mayor cantidad de molestias, como tristeza, irritabilidad, fatiga, olvido, dolor de cabeza, sensación de desmayo y trastornos del sueño, parece responder a la imagen que generalmente se tiene acerca de la mujer. Esto puede deberse a que tienen más sensibilidad ante las experiencias socioemocionales, como señala Gurin y cols. (14), o a su tendencia a reportar más fácilmente sus molestias psicológicas, como señalan Ingham y Miller (21). Es probable que culturalmente sean más aceptables las expresiones emocionales en el sexo femenino, y por esto, las reporten más (27), lo cual quiere decir que las condiciones psicológicas y las exigencias sociales no son las mismas para uno y otro sexo. Se ha señalado frecuentemente que la enfermedad es más estigmatizante en los hombres que en las mujeres (1), y que las mujeres perciben más sus síntomas porque se interesan más por su salud (11). En efecto, las mujeres que acudieron a consulta por un padecimiento crónico reportaron experimentar sentimientos de tristeza, lo que significa que su enfermedad les molestaba más que a los hombres.

Es importante observar que, efectivamente, algunos factores pueden predisponer más a que se experimenten y a que se comuniquen los sentimientos de tristeza: vivir fuera de su país afecta tanto a los hombres como a las mujeres, probablemente por el sentimiento de pertenencia al lugar de origen. Fue más frecuente que las mujeres viudas o separadas informaran que estaban tristes, lo que coincide con los resultados de otros estudios, en los que se sostiene que en este tipo de per-

sonas es más común que se presenten trastornos mentales (2), específicamente síntomas depresivos (3, 7, 16, 25). El hallazgo de que las mujeres con antecedentes psiquiátricos tengan sentimientos de tristeza, indica que a estas personas no se les consideró como casos clínicos cuando se hizo el estudio, pero antes sí lo habían sido, por lo que forman parte de la población en riesgo.

Sujetos considerados como casos clínicos

Cada sexo parece tener su propia expresión patoplástica, es decir, mientras que la mujer comunica frecuentemente sus estados depresivos, el hombre sabe que vive en estado de ansiedad, pero no lo reconoce ni lo dice, probablemente, como señala Briscoe (4), por lo estigmatizante que resulta para el hombre aceptar su ansiedad. Ante esto, surge la pregunta: ¿Cómo manifiesta el hombre sus estados afectivos desagradables?: Por medio de su preocupación hipocondríaca de tipo obsesivo. Su indecisión obsesiva, hace que se declare este síntoma. Este hallazgo concuerda con lo encontrado en otros niveles socioeconómicos, especialmente en lo que se refiere a que le dan más atención a sus funciones corporales. Kessler (22) dice que las mujeres consideran sus sentimientos de malestar no específico, como un problema emocional, más fácilmente que los hombres, por lo que podemos pensar que el hombre enfoca sus sentimientos de malestar hacia una excesiva preocupación por su cuerpo, pues como considera socialmente estigmatizante la enfermedad psíquica, quiere pensar que su enfermedad es física y no mental.

Los factores de riesgo muestran que en las mujeres está relacionado el hecho de acudir a consulta por un padecimiento agudo, y presentar ánimo depresivo y ansiedad. En cambio, los hombres presentaron el ánimo depresivo con padecimientos crónicos.

Algunos autores han encontrado que la presencia de un trastorno físico o psiquiátrico puede aumentar el riesgo de que se presente la depresión (26, 36). ¿Por qué el hombre se queja más por la cronicidad de un padecimiento y la mujer por un episodio agudo? Se ha reportado en otros estudios que los padecimientos crónicos en el hombre son más frecuentes (incluyendo las enfermedades ocupacionales), que en las mujeres, quienes padecen más de enfermedades agudas. En nuestro estudio, se encontró una proporción similar de ambos padecimientos. No se hallaron diferencias en cuanto a los sistemas afectados, pero sí en el malestar psíquico que generan en cada sexo.

Hulka (20) señala que el que las personas acudan al médico depende de la idea que tengan acerca de la gravedad de su enfermedad. En este sentido, parece que cada sexo percibe la enfermedad de diferente manera, pues mientras que las mujeres dicen que están deprimidas cuando sufren un padecimiento agudo que probablemente tenga un papel disruptivo e inesperado en su vida, el hombre, en cambio, se deprime cuando padece de una enfermedad recurrente y crónica, de la cual no puede desentenderse fácilmente.

Suponemos que la enfermedad aguda favorece la aparición de estados limítrofes reactivos y, por esto

eleva las tasas de morbilidad psiquiátrica en la mujer, aunque esto es sólo una especulación porque sería necesario hacer un estudio longitudinal para confirmarlo. Lo que resulta importante señalar es que estos padecimientos agudos se presentaron más frecuentemente en las amas de casa, factor que también se asoció significativamente con los informes que tenemos del ánimo depresivo. Weissman y Klerman (34) consideran que es probable que estas mujeres se depriman debido a la desventaja social que les impide desarrollarse en ciertos ámbitos, y que genera en ellas una gran dependencia hacia los otros, baja autoestima, pocas aspiraciones y, finalmente, depresión. Algunos investigadores, como Brown y Harris (5); Dupuy y cols. (10); Hare y Shaw (17) y Tonge y cols. (32) encontraron más malestar psicológico en las mujeres que no trabajaban fuera de su casa que en las que lo hacían. Roberts y cols. (29) consideran el trabajo como un factor protector tanto para las mujeres casadas como para las solteras, y dicen que la falta de contacto social es el factor de riesgo más importante para experimentar malestar psicológico. Bebbington y cols. (2) proponen que los síntomas neuróticos se presentan no tanto por las escasas relaciones sociales, sino por la percepción que tiene la gente de éstas, ya que si las consideran inadecuadas e insatisfactorias existe mayor riesgo de que desarrollen estos síntomas.

Recientemente, Collette (6) planteó que el papel de la mujer, en lo que se refiere a sus obligaciones, privacidad y bienestar psicológico, es diferente del de los

hombres. Las mujeres generalmente son las principales proveedoras del cuidado de los miembros de su familia, y sus tareas son más difusas y más generales, ya que no se llevan a cabo en un tiempo-espacio definido, ni tienen obligaciones específicas, mientras que el trabajo fuera de casa tiene parámetros más definidos al respecto. En este estudio se encontró que las mujeres tenían menos privacidad que los hombres, por lo que tienen menos bienestar psicológico. Suponemos que cuando la mujer sin otra ocupación que el hogar, contrae un padecimiento agudo, genera síntomas depresivos, ya que éste afecta todas sus obligaciones y no solamente una función específica durante un tiempo determinado.

En resumen, creemos que es muy importante diferenciar los problemas psicológicos de aquellos sujetos que no están enfermos, de la sintomatología psíquica de los sujetos considerados como casos, separándolos por sexo, ya que en ambos tienen matices diferentes. Es necesario tomar en cuenta la influencia social en la manifestación del malestar, así como la idea que tienen de la salud y de la enfermedad psíquica el hombre y la mujer.

Finalmente, creemos que es necesario repetir este mismo análisis en las diferentes poblaciones de distinta edad y nivel socioeconómico de la práctica médica general. Actualmente se está haciendo un estudio en el que se ha encontrado que es mayor la proporción de hombres que reciben diagnósticos de ansiedad, mientras que las mujeres reciben diagnósticos diversos.

REFERENCIAS

1. BARKER RG: *Adjustment to Physical Handicap and Illness*. McGraw-Hill. Nueva York, 1953.
2. BEBBINGTON P, HURRY J, TENNANT C, STURT E, WING JK: Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine* 11: 561-579, 1981.
3. BLUMENTHAL MD: Measuring depressive symptomatology in a general population. *Arch Gen Psychiat* 32: 971-978, 1975.
4. BRISCOE M: Sex differences in psychological well-being. Monograph Supplement 1. *Psychological Medicine* 1-46, 1962.
5. BROWN GW HARRIS T: *Social Origins of Depression*. Tavistock Publications: Londres, 1978.
6. COLLETE J: Role demands, privacy and psychological well-being. *The International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 30/3: 222-230, 1984.
7. COMSTOCK GW, HELSING KJ: Symptoms of depression in two communities. *Psychol Med* 6: 551-563, 1976.
8. CRAIG TJ, VAN NATTA PA: Presence and persistence of depressive symptoms in patient and community populations. *Am J Psychiatry* 133: 1426-1429, 1976.
9. CRAIG TJ, VAN NATTA PA: Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms. The relation of prevalence and persistence of symptoms with sex, age, education, and marital status. *Arch Gen Psychiatry* 36: 149-154, 1979.
10. DUPUY HJ, ENGEL A, DEVINE BK, SCANLON J, QUERE L: Selected symptoms of psychological distress. National Center for Health Statistics Series 11, No. 37. US Government Printing Office, Washington, D.C., 1970.
11. FELDMAN JJ: *The Dissemination of Health Information*. Aldine: Chicago, 1966.
12. GOLDBERG DP, COOPER B, EASTWOOD MR y cols. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit J Prev Soc Med* 24: 18-23, 1970.
13. GOLDBERG DP: The detection of psychiatric illness by questionnaire. Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs 21, Oxford University Press: Londres, 1972.
14. GURIN G, VEROFF J, FELD S: *American view of their Mental Health*. Basic Books: Nueva York, 1960.
15. HALL J: Subjective measures of quality of life in Britain; 1971 to 1975 some developments and trends. *Social Trends* 7: 47-60 HMSO: Londres, 1976.
16. HALLSTROM T: Mental disorder and sexuality in the climacteric. En: Forssman H (ed.): *Reports*

- from the *Psychiatric Research Centre*, St. Jorgen's Hospital, University of Goteborg, Suecia Scandinavian University Books, Stockholm, 1973.
17. HARE EH, SHAW GK: Mental Health on a New Housing Estate: A Comparative Study of Health in two Districts in Croydon. Maudsley Monograph No. 12 Oxford University Press: Londres, 1965.
 18. HICKS D: *Primary Health Care*. HMSO: Londres, 1976.
 19. HINKLE LE, REDMONT R, PLUMMER N y cols: II An explanation of the relation between symptoms, disability and serious illness in two homogeneous groups of men and women. *J Public Health* 50: 1327-1336, 1960.
 20. HULKA BS: Determinants of physician utilization. *Med Care* 10: 300, 1972.
 21. INGHAM J, MILLER P: Consulting with mild symptoms in general practice. *Social Psychiatry* 17: 77-88, 1982.
 22. KESSLER RC, BROWN RL, BROMAN CL: Sex differences in psychiatry help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behaviour* 22: 49-64, 1981.
 23. KOHN R, WHITE K (eds.): *Health Care An International Study*: Report of the World Health Organization/International Collaborative Study of Medical Care Utilization. Oxford University Press: Londres, 1976.
 24. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, MAS CC y cols: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. (Aceptado para su publicación en Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina), 1984.
 25. MELLINGER GD, BALTER MB, PARRY HJ, MANHEIMER DI, CISIN IH: An overview of psychotherapeutic drug use in the United States. Reprinted from Josephson, E & EE. Carroll (eds.): *Drug use: Epidemiological and sociological approaches*. Hemisphere Publishing Corp., Nueva York, 336-366, 1974.
 26. PAYKEL ES, MYERS JK, DIEHELT MN y cols: Life events and depression: A controlled study. *Arch. Gen Psychiatry* 21: 753-750, 1969.
 27. PHILLIPS DL: Rejection of the mentally ill; the influence of behaviour and sex. *American Sociological Review* 29: 679-687, 1964.
 28. RADLOFF LS, RAE DS: Susceptibility and precipitating factors in depression: Sex differences and similarities. *J Abnorm Psychol* 88: 174-181, 1979.
 29. ROBERTS CR, ROBERTS RE, STEVENSON JM: Women, Work, Social Support and Psychiatric Morbidity. *Soc Psychiatry* 17: 167-173, 1982.
 30. SCHLESSELMAN JJ: *Case-Control Studies*. Oxford University Press: Nueva York, Oxford, 1982.
 31. STEELE RE: Relationship of race, sex, social class, and social morbidity to depression in normal adults. *J Soc Psychol* 104: 37-47, 1978.
 32. TONGE WL, CAMMOCH DW, WINCHESTER J, WINCHESTER ENM: Prevalence of neurosis in women. *Br J Prev Soc Med* 15: 177-179, 1961.
 33. VERBRUGGE LM: Females and illness. Recent trends in sex differences in the United States. *Journal of Health and Social Behavior* 17: 387-403, 1976.
 34. WEISSMAN MM, KLERMAN GL: Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 34: 98-111, 1977.
 35. WEISSMAN MM, MYERS JK: Rates and risk of depressive symptoms in a United States urban community. *Acta Psychiatr Scand* 57: 219-231, 1978.
 36. WEISSMAN MM, POTTENGER M, KLEBER H y cols: Symptom patterns in primary and secondary depression: A comparison of primary depressives with depressed opiate addicts, alcoholics, and schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 34: 854-862, 1977.