

Iñaki Markez, Mónica Póo, Nuria Romo, Carmen Meneses, Eugenia Gil, Amando Vega

MUJERES Y PSICOFÁRMACOS: LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA^(*)

WOMEN AND PSYCHOTROPICS: THE RESEARCHING IN THE FIELD OF PRIMARY CARE

RESUMEN

En este artículo se revisan algunos resultados obtenidos en investigaciones nacionales e internacionales realizadas sobre el uso de psicofármacos, especialmente de aquellos estudios sobre la prescripción y uso por las mujeres. Los resultados muestran que una parte importante de la producción científica se centra en el estudio de la detección de los trastornos en Atención Primaria o Especializada y en la morbilidad psiquiátrica de manera comparada entre los sexos.

La mayor parte de las investigaciones realizadas en este ámbito tiene un carácter clínico y epidemiológico. Constituyen una excepción investigaciones realizadas en Estados Unidos o en el norte de Europa que buscan explicar los motivos y razones para un consumo y prescripción diferencial de psicofármacos, siendo las mujeres las principales afectadas. Se han analizado investigaciones que aportan información para poder responder a la pregunta: *¿Por qué las mujeres reciben los dos tercios de las prescripciones con psicofármacos?* Vemos que las mujeres tienen mayor probabilidad que los varones de que les prescriban psicofármacos.

Palabras clave: Género, psicofármacos, medicalización, actitudes, atención primaria.

SUMMARY

This paper presents some of the results arising from an analysis of the researching performed –at both domestic and international levels– on the usage of psychotropic drugs, specially on their prescription and use by women. These results come to show that a significant part of the scientific production in this area focuses on studies about the detection of disorders in Primary or Specialized Care and about psychiatric morbidity, applying a comparative methodology between sexes.

Much of the researching performed in this field has a clinical and epidemiologic nature. An exception to this trend come from some surveys performed in the USA and the North of Europe intended to clarify the causes and reasons that may explain the persisting differences in both prescription and use of such drugs, a situation that adversely impacts women. The surveys analyzed on this paper offer some information that may help us to find an answer to the question: *Why are two thirds of the prescriptions involving psychotropics aimed to women?* It is clear that women are more prone than men to be prescribed with such drugs.

Key words: Gender, psychotropics, attitudes, Primary care

(*) Este trabajo forma parte de un estudio financiado por la Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. N/REF RS/MS. Convocatoria I+D+I. Expte.64/01, cuyo título es *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas.*

■ INTRODUCCIÓN

La enfermedad física crónica, la presencia de trastorno mental y los acontecimientos vitales estresantes se asocian con la alta frecuentación en las consultas médicas. La elevada frecuentación dificulta en ocasiones un adecuado diagnóstico y por ello es frecuente encontrar alusiones a «enfermos psiquiátricos» que evaden diagnósticos mejor definidos. El temor a la psicopatología es un hecho. Por la débil confianza del médico en sus posibilidades terapéuticas al considerar que carece de tiempo para *hablar* con la persona enferma, y también por el recelo, cuando no ignorancia, del correcto uso del tratamiento farmacológico.

Se ha demostrado que las mujeres están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto, para buscar atención a sus trastornos. Los diagnósticos de somatización son más frecuentes en las mujeres, la salud se ha psicologizado, pero casi nunca se piensa que las enfermedades de los varones tengan un componente psíquico. Estudios recientes indican prevalencias en trastorno mental parecidas en varones y mujeres, aunque las mujeres consultan más. Las mujeres consultan más por trastornos depresivos y ansiedad, y los varones por mayor abuso de sustancias y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, creemos que ambas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales frente a cada sexo. Las mujeres tienen más responsabilidad de su salud en virtud del posible embarazo y el cuidado de sus hijos a la vez que la de ancianos de sus familias que los varones, lo que explica que frecuenten más las consultas y tengan una mayor responsabilidad ante la enfermedad acudiendo a las consultas. Resulta más aceptable socialmente que una mujer acuda al médico que un varón. No se trataría, pues, de mayor presencia de morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino.

Establecer contacto con los servicios médicos forma parte de lo que desde la psicología social de la salud se ha llamado conducta de enfermar, conducta que implica una percepción e interpretación de los síntomas, asunción del papel de enfermo, búsqueda de asistencia, asunción del papel de paciente y recuperación. Como conducta de enfermar se ve definida por nosotros mismos y por otros que actúan como referentes significativos, aparece determinada por las influencias culturales y del aprendizaje social. Una vez en la consulta las formas de expresión y trasmisión de los síntomas son diferentes entre varones y mujeres, lo que se ha llamado la semiología de las mujeres. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas éstos que los médicos no identifican como signos de un malestar, por lo que tienden a infradiagnosticar e infraprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres (1). La capacidad del médico para determinar el diagnóstico

psicopatológico concreto (ansiedad o depresión) es baja. Los síntomas ansiosos con mayor expresión clínica, resultan más diagnosticados. Ello pone de manifiesto las carencias y sesgos de formación de gran parte de los profesionales de atención primaria en el ámbito de la salud mental. Estos profesionales, como muchos miembros de esta sociedad, comparten los estereotipos que en ella se manejan. Comparten las mismas actitudes negativas ante problemas como la vejez, la falta de atractivo físico, que el resto de la sociedad. Es lo que se ha llamado el sesgo sexual de médico. Los médicos a veces responden de forma diferente a los pacientes varones o mujeres que presentan la misma queja, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferenciados.

El hecho de que las mujeres sean más medicalizadas que los varones y que esta situación se aplique a la prescripción de psicofármacos nos lleva a pensar que el género es un elemento clave que influye en la relación médico-a/ paciente desde el ámbito de los dos actores.

■ GÉNERO, SEXO, Y SALUD

Las nociones de *género* surgen de los movimientos sociales de los años 60 y 70, donde se plantean la discriminación de las mujeres y explican cómo los roles sociales, actitudes y valores que se transmitían culturalmente eran responsables del estatus social y psicológico femenino. Al hablar de *sexo*, generalmente estamos hablando de algo biológico, aunque no debemos olvidar que en muchos casos los dos términos género y sexo tienden a utilizarse como sinónimos. Hablamos de sexo y hablamos de condiciones físicas como los cromosomas, las hormonas, genitales y características sexuales secundarias, aunque además de este componente físico, el sexo es entendido como aquellas experiencias que el individuo tiene tras nacer en función de su contexto sociocultural.

El sexo puede ser entendido como algo biológico, como una característica psicológica y como una categoría social. Aunque existan diferencias entre hombres y mujeres éstas se encuentran intervenidas cultural e históricamente y son modificables por cuestiones sociales y políticas. Aparecen ligados a estos dos conceptos términos como rol de género, rol sexual, identidad sexual, etc., términos que se explican en la tabla 1:

Tabla 1. Terminología al uso del concepto de género y de sexo

ROL DE GÉNERO	CONDUCTAS, RASGOS, APARIENCIA
Identidad de género	Autodefinición de ser hombre o mujer
Rol sexual	Actividades, rasgos y conductas de cada sexo
Expectativas, actitudes y estereotipos de rol sexual	Lo apropiado del hombre y de la mujer
Masculinidad/ feminidad	Diferencias estereotipadas de hombres y mujeres
Identidad sexual	El género traduce el sexo
Identidad sexuada	El género simboliza el sexo y ala inversa
Identidad de sexo o clase /sexo	Se diferencia el sexo del género

Fuente: Isabel Caro, 2001

Cualquier reflexión sobre género, se preocupa de las diferencias hombre-mujer y su explicación desde una perspectiva sociocultural que enfatiza las diversas condiciones de vida de hombres y mujeres y cómo éstas influyen en diversas áreas y aspectos de análisis del ser humano (2). En todas las sociedades hay diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres respecto a las actividades que realizan, en el acceso y control de los recursos, así como en las oportunidades para tomar decisiones. Todo ello influye de manera determinante en el proceso de salud y enfermedad. La relaciones de género son relaciones de poder que sitúan a la mujer en una posición de subordinación, esto se expresa tanto en el ámbito privado, como en instituciones políticas, incluidas las de salud (3).

La enfermedad y la muerte como su consecuencia posible, suponen amenazas fundamentales para la estabilidad y la producción social de los grupos, al igual que para la seguridad de los individuos, y éstas siempre han formado parte de la cosmovisión que ordena y da sentido a la vida de los grupos y su relación con el medio (4). Pero la salud debe ser entendida desde una visión más amplia que la ausencia de enfermedad. En función de parámetros biológicos, debe ser entendida desde una visión positiva y dinámica por la cual las personas desarrollen al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud personal y social, variando la salud en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que la formula y acepta, siendo un derecho de la persona que debe ser promocionada por las instituciones sociales de manera interdisciplinar, que necesita de la participación activa de la comunidad (5).

Los conceptos de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. El discurso médico de todos los tiempos ha sido el encargado de ejercer el acto de curar y establecer normas y sanciones acerca de cómo debe ser la mujer y cómo debe comportarse. Se ha creado una representación de la mujer como un ser frágil debido a su naturaleza que le hace poseedora de un inestable equilibrio psíquico con la posibilidad de padecer alguna forma de alteración nerviosa (6). El papel de las mujeres como usuarias de

servicios médicos se ha ido incrementando, lo que ha coincidido con la medicalización de su vida diaria, y han convertido los procesos naturales de embarazo, puerperio y menopausia en situaciones susceptibles de tratamiento con riesgo de medicalizar otros momentos y actividades de su vida.

Pero uniéndonos a la diferenciación que Burin y cols. recogen en un trabajo, se debe hacer un intento de desligar la enfermedad mental y el malestar de las mujeres. Se entiende por *sufrimiento de las mujeres* al malestar, ligado a una situación específica de opresión y por enfermedad, el malestar como una pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas (7). Se ha estado patologizando el malestar femenino, presentándolo como desviación de la norma cuando es la adhesión a esas normas, lo que genera malestar en estas mujeres.

La salud mental en las mujeres puede ser entendida desde diversos modelos explicativos coexistentes: un *modelo psicopatológico* apoyado por el modelo médico tradicional en donde se parte de la base de enfermedad versus salud en donde esta última es lo normal y la enfermedad la desviación, siendo su modo de intervenir el farmacológico. El *modelo emotivo-sensible*, sitúa la salud en el equilibrio y armonía, ya la mujer saludable como la que es capaz de detectar las necesidades emocionales que le rodean y dar respuestas, intentando integrar los conflictos y armonizarlos. La intervención de este modelo ante el conflicto es el equipamiento a la mujeres de técnicas para manejar desequilibrios. El tercer modelo coexistente con los anteriores, identifica condiciones opresivas de las mujeres en su cotidianeidad en los ámbitos tanto doméstico como extradoméstico y la interacción entre ellos. Propone este modelo una construcción de la subjetividad femenina a través del análisis de las relaciones entre hombres y mujeres y entre mujeres para explicar los modos de enfermar, operando desde el grupo y lo individual (7). Una concepción integral de la salud de la mujer ha de incluir los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas y emociones que experimentan y las condiciones materiales en las que se desenvuelve, debiendo considerarse no solo los problemas específicos que la aquejan, sino las variables que inciden en su determinación.

■ TRASTORNO MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

La epidemiología psiquiátrica puede desarrollar estrategias de investigación de la enfermedad en tres niveles: en la comunidad, los servicios de atención primaria y los servicios especializados de salud mental. Así podremos conocer los factores asociados a la morbilidad existente en esos tres niveles (8). A medida que se ha desarrollado la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental, se han sucedido aportaciones provenientes de datos de la población y su relación con los dispositivos asistenciales, llegando a lo que se denominó «el camino de la asistencia Psi-

quiátrica» (9,10). El *Modelo de Goldberg* utiliza cinco niveles para describir la morbilidad psiquiátrica en la población general y situarnos en estos niveles nos ha llevado a estudiar las investigaciones realizadas en ellos y a que podían aportar datos para la recogida y análisis de la información propia de este trabajo.

El desarrollo del modelo de atención primaria así como de la investigación epidemiológica, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, ha permitido comprobar la coincidencia de numerosos problemas en el tipo de afectaciones en la salud mental y en los modos de atención, siendo los trastornos de ansiedad, depresión o mixtos los más frecuentes (11). Para su estudio en atención primaria se vienen utilizando diversos instrumentos de *screening*, de filtrado, destacando por su amplia difusión el General Health Questionnaire (GHQ) en sus diferentes versiones, el Structured Clinical Interview for DSM (SCID) y el Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD).

Muchos estudios epidemiológicos desarrollados en el campo de la salud mental aportan información general al mismo tiempo que recogen las diferencias de prevalencia por sexo tanto para trastornos específicos como para el conjunto de los trastornos. Las tasas de prevalencia de trastorno psiquiátrico en los estudios comunitarios oscilan entre un 10 y un 40% según diferentes estudios nacionales o internacionales (12-14) variando según los instrumentos de medida utilizados y según utilizaran instrumentos de *screening* o entrevistas psiquiátricas estandarizadas, siendo menor la prevalencia en estas ocasiones. Cuando se utiliza el GHQ-28 en población general, la prevalencia se sitúa entre el 30 y 40% (15-18). En estudios en dos fases con el PSE (12, 19-22), las cifras medias de prevalencia oscilan entre 10-26%, mientras que con el DIS se sitúan en torno al 32% (23-25). Diferentes estudios realizados en el estado español dan porcentajes de prevalencia, siempre superiores en las mujeres que en los varones. Prevalencia de morbilidad psiquiátrica en las mujeres con valores que oscilan entre el 20 y 34%, mientras que en los varones oscilan entre el 8 y 21% (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia morbilidad psiquiátrica por sexo en diferentes estudios

Autores-as/ Año	Instrumento	N	Lugar	Prevalencia de psicopatología (%)	
				Mujeres	Varones
Seva y Civera 1982	GHQ-30	404	Soria	34,2	?
Vazquez-Barquero y otros 1981	GHQ-60/CIS	1156	Navarra	28,3	19,1
Díez y otros 1984	GHQ/PSE	452	Cantabria	20,6	8,0
Vazquez-Barquero y otros 1987	GHQ-60/PSE	1232	Cantabria	20,6	8,1
Herrera y otros 1990	GHQ/PSE	811	Barcelona	20,1	8,2
Villaverde y otros 1993	GHQ-28/CIS	660	Tenerife	22,0	12,2
Retolaza, Markez, Ballesteros 1995	GHQ-28/PSE	500	Bizkaia	23,7	12,8
Gili y otros 1998	GHQ-28/SCAN	697	Formentera	21,2	22,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los diferentes estudios.

Estas diferencias de distribución de la patología mental según el sexo, aunque han sido objeto de diversas interpretaciones, ha permitido conocer que a las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, mientras que a los varones se les diagnostica más abuso de sustancias y de trastornos de personalidad (12,23,26). Por ejemplo, cuando Gili, M. y otros (28) analizan las prevalencias de trastornos mentales en varones y mujeres a partir de los datos obtenidos en un estudio epidemiológico comunitario en dos fases en la isla de Formentera utilizando el GHQ-28 y el SCAN. La variable sexo no establece diferencias significativas en cuanto a la prevalencia total. Las diferencias aparecen al analizar trastornos específicos. Los trastornos del humor, sueño y neuróticos aparecen sobre todo entre las mujeres, mientras que el trastorno de consumo de tóxicos se da mayoritariamente entre los varones.

No sólo el género influencia la distribución de la patología psiquiátrica. Estudios realizados en Estados Unidos muestran que la raza y el género interactúan influenciando la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica, con los varones afro-americanos y las mujeres blancas presentando mayores incidencias de estos desórdenes. Los hallazgos de estudios como los de Husaini (29) sugieren que la raza y el género interactúan para influenciar la utilización de los servicios sanitarios y el costo de los cuidados y que el diagnóstico psiquiátrico influencia dramáticamente la utilización de los servicios sanitarios y los costes. En resumen, podríamos decir que existe un importante consenso sobre el predominio en las mujeres de los llamados trastornos psiquiátricos menores, y en los varones de los trastornos de personalidad y dependencia alcohólica.

En el 50% de los pacientes que acuden a un centro de Atención Primaria aparece un factor psicosocial como precipitante de su demanda y los problemas de salud mental suponen más del 20% de motivos de consulta en medicina general (30). En la investigación llevada a cabo por profesionales de este ámbito de atención existe un reconocimiento de la importancia del consumo de psicofármacos y del aumento en su uso en los últimos años, reconociéndose que los principales prescriptores y prescriptoras han sido y siguen siendo los médicos/ as de Atención Primaria. Al explicar el modelo de Goldberg, a pesar de la elevada variabilidad en los estudios según el método de detección, la capacidad de detección de trastornos psiquiátricos por el médico-a de atención primaria se sitúa en torno al 35%.

Un trabajo realizado en consultas de atención primaria en Bizkaia (16,26) ofrecía una prevalencia del 28% sobre el total de consultantes durante un mes. Las mujeres presentaban una prevalencia del 23,7% que casi doblaba la de los varones (12,8%), siendo la depresión el trastorno más frecuente en ambos casos, pero sobre todo en las mujeres. Otro estudio realizado con mujeres en un área urbana de Pamplona (22) ofrecía tasas de morbilidad del 25% excluyendo la dependencia tabáquica.

En un estudio de Vázquez-Barquero y cols. (31) y que fue realizado en distintos centros del norte, en concreto en Asturias y Cantabria, con el SCAN como entrevista

de estudio, los trastornos más frecuentes entre las mujeres fueron la ansiedad generalizada (18,5%), la depresión (7,1%) y la distimia (3,6%), aunque esta última sea otra categoría referida a la depresión.

En este mismo ámbito de la Atención Primaria se ha tratado de estimar la prevalencia de trastorno mental en las mujeres o de manera comparada entre varones y mujeres de grupos específicos de la población. Por ejemplo, Arillo, Aguinaga y Guillén (22) trataron de estimar la prevalencia de patología mental en mujeres de 18-70 años en una zona básica de salud de Pamplona describiendo la comorbilidad existente y analizando el registro de patología mental en la historia clínica a través de un estudio transversal observacional con selección aleatoria en el barrio de Txantrea. Los resultados indican que la prevalencia de enfermedades mentales en el «último año de vida» ha sido del 33.3% y disminuye al 24.9% si se excluye el abuso de tabaco, con un predominio de fobias y depresión. Las patologías más frecuentes en esta muestra habían sido: depresión, tabaquismo, fobia simple, agorafobia, fobia social y estrés postraumático. Los autores encuentran un bajo registro de morbilidad psiquiátrica en las historias clínicas de las mujeres, lo que relacionan con el infraregistro puesto en evidencia en otros estudios. Señalan una infradetección de trastornos mentales contrastando los diagnósticos obtenidos a través del DIS con los que constaban en las correspondientes historias clínicas. Lo cual también había sido puesto de relieve en otros trabajos de investigación.

Otros autores concluyen que la utilización de estos fármacos en el ámbito de la Atención Primaria se centra fundamentalmente en el tratamiento de la ansiedad, insomnio y trastornos depresivos (32). El malestar psíquico ha sido otro aspecto estudiado entre las personas que acuden a este ámbito de la atención sanitaria. Sebastián Gallego, R. y otros determinan su prevalencia en la población consultante de un centro de salud urbano de Barcelona. Los autores concluyen que la prevalencia de malestar psíquico es alta, «dándose principalmente entre mujeres, sin una pareja estable, que acudían más de seis veces al año a consulta, con consumo habitual de psicotropos y analgésicos» (33).

El personal médico de atención primaria constata en su ejercicio profesional la importante carga asistencial de la psicopatología, tanto por su frecuencia como por la influencia sobre otras enfermedades concomitantes y así se muestra en los discursos que hemos recogido al entrevistarlos. Goldberg y Huxley ya en 1980, afirmaban que muchos de los pacientes con marcado trastorno psiquiátrico y la mayoría de quienes padecen trastornos más leves consultan a sus médicos generalistas al menos una vez por año. El malestar psíquico es uno de los motivos de consulta más prevalente en atención primaria y en población general con cifras que oscilan del 15 al 40% (34-38).

En cuanto al tipo de patología específica que se detecta en Atención Primaria, depresión, ansiedad e insomnio son enfermedades de alta prevalencia tanto en las

consultas de medicina familiar como en la población general. La depresión (10,4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y la dependencia alcohólica (2,7%) fueron los tres trastornos de mayor prevalencia en un estudio de la OMS en centros de salud de 15 países del mundo, con un 24% de prevalencia media del conjunto de los centros para cualquier tipo de trastorno psíquico (38). En dicho estudio, el 62% del total de consultantes eran mujeres.

Los datos de prevalencia en las consultas de atención primaria en España se mantienen en similar línea a lo anteriormente señalado. La prevalencia para cualquier tipo de trastorno oscila entre un 41% encontrado en Zaragoza en una zona rural (39) y un 19% hallado en Bizkaia en una zona industrial (19) o en Cantabria en zona rural (41). Otros estudios de centros de atención primaria en zonas urbanas de Asturias y Cantabria con un 31,5% (42), de Madrid con un 29,6% (43) ofrecen cifras intermedias. En estos trabajos de diferentes ámbitos de atención primaria en el Estado español, el valor promedio de la prevalencia para los trastornos mentales es de un 27,8%. La dispersión de sus resultados puede justificarse por la utilización de distintos instrumentos de entrevista, diferentes zonas y diferentes criterios de caso utilizados.

En el ámbito de la Atención Primaria, existen estudios que han tratado de conocer la prevalencia del consumo entre las personas que acuden a consulta. Es el caso del de Mateo y otros (43), que realizaron una investigación en el Centro de Salud de Potes de Madrid para determinar la prevalencia de consumo en estas consultas y correlacionarla con las características sociodemográficas y la presencia de síntomas psíquicos, observando que el consumo global de psicofármacos se sitúa en el 21% de la muestra, porcentaje superior al obtenido en otros estudios, aunque similar al hallado en nuestro país en pacientes ingresados o ancianos. Está demostrado el mayor consumo de psicofármacos en mujeres, en individuos de edad elevada, viudos o que viven solos, con patología orgánica crónica y en aquellos con síntomas sugestivos de presentar trastorno psíquico no psicótico.

CONTEXTO DEL USO: LA MEDICALIZACIÓN DE LOS MALESTARES

■ ACTITUDES DE MÉDICOS-AS ANTE LA PRESCRIPCIÓN

Los médicos ante la presencia de un paciente que relata unos síntomas deben valorar éstos y establecer un diagnóstico adecuado. Debe tenerse en cuenta que estos profesionales como cualquier miembro de cualquier sociedad comparte los estereotipos que en ella se manejan, así, comparten las mismas actitudes negativas ante problemas como la vejez, la falta de atractivo físico, que el resto de la sociedad. Es lo que se ha llamado el sesgo sexual de médico. Los médicos a veces responden de

forma diferente a los pacientes hombres o mujeres que presentan la misma queja, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferentes. Este sesgo llevaría al uso innecesario de servicios diagnósticos y a un exceso de prescripción de fármacos en los pacientes de sexo femenino (1), al influir en la comunicación médico-paciente.

Los médicos también contribuyen a las desigualdades de género en salud. Existen variables referentes al médico, que influyen en su capacidad para diagnosticar y abordar situaciones. Cuando el paciente es una mujer se evidencia menos esfuerzos terapéuticos que cuando el paciente es un varón, claramente objetivables en la calidad de las historias clínicas y en la menor usación de pruebas tecnológicamente más sofisticadas. Es necesario considerar el sesgo en los juicios médicos según el sexo del paciente, y la grave falta de conocimientos sobre factores de riesgo y sobre la semiología de las mujeres.

A todo ello debemos de sumar el efecto mágico o amuleto que produce el fármaco o la receta en el paciente, algunos autores apuntan que ante la insistencia de un paciente para lograr la receta se recurre al fármaco para solucionar una serie de problemas que carecen de raíz médica, lo que inhibe al sujeto de poner en marcha mecanismos vitales para resolver el problema y a la vez ofrece al prescriptor una dosis de reconocimiento /poder (45), el medicamento es percibido por los usuarios como un derecho adquirido, exigido por los pacientes, como expresión de algo tangible en la consulta médica.

Hay estudios que apuntan a que ante similar diagnóstico y número de consultas, la mujer recibe mayor cantidad de psicofármacos que los varones (35,37), lo cual hace pensar en errores diagnósticos o sesgos de género en el diagnóstico (38). En esos estudios se señala que los 2/3 de prescripciones de psicofármacos (tranquilizantes menores y antidepresivos, fundamentalmente) están dirigidas a mujeres. En la investigación internacional está consensuado de manera clara que el personal médico prescribe más psicofármacos a las mujeres que a los varones. En Europa Occidental, Norteamérica y Japón las mujeres reciben unos 2/3 del total de prescripciones de psicofármacos (38). En Australia, por ejemplo, 7% de las mujeres comparadas con el 4.5% de los varones han sido prescritos con «tranquilizantes, sedantes y otras medicinas para los nervios» dos días antes de ser entrevistados (44). También en este mismo país las mujeres reciben más psicofármacos que los varones una vez tenida en cuenta su mayor morbilidad en el análisis estadístico, resultados coincidentes con los de estudios previos en otros países (41).

Es importante hacer notar que el género, un determinante importante de la probabilidad de recibir una prescripción de psicofármacos, puede no ser el único factor determinante. Otras variables que predicen la prescripción del fármaco incluyen la mayor edad, el estatus socioeconómico, la situación psicológica y social, la salud física y mental, el estrés psíquico y el policonsumo de drogas. Por ejemplo, interaccionando con la edad, el uso inapropiado de drogas en la mujer mayor ha sido

bien documentado. En cuanto a las características sociales, por ejemplo, en Holanda, se ha mostrado que existe una relación positiva de la prescripción de benzodiazepinas en los barrios con mayor porcentaje de familias monoparentales y de menor renta (46).

También queremos destacar que las mayores probabilidades de ser prescritas con psicofármacos no se producen para cualquier grupo. Por ejemplo, en los EEUU, Ann A. Hohmann analizó la información procedente del National Ambulatory Medical Care Survey para definir el rol del género en las decisiones de los médicos-as de Atención Primaria de prescribir las principales categorías de psicofármaco. A través del análisis de datos secundarios, esta autora muestra que las mujeres tienen mayor probabilidad que los varones de recibir un psicofármaco, pero no cualquier clase de psicofármaco, sino del grupo de ansiolíticos y antidepresivos (44). En la misma línea, Linda Simoni-Wastila (47) examina las diferencias de género en el uso de drogas de prescripción con potencial de abuso, tratando de conocer cómo su uso varía según el género y preguntándose si los patrones de uso varían entre las distintas variedades terapéuticas. Utilizando datos procedentes del National Medical Expenditures Survey (NMES) esta autora concluye que ser mujer es un predictor estadísticamente significativo del uso de analgésicos y ansiolíticos, pero no de sedantes-hipnóticos o de estimulantes. El estado civil, edad, urbanicidad, situación de empleo y tener una fuente constante de cuidados explican las diferencias de género en el uso de drogas de prescripción con potencial de abuso.

Una revisión de la literatura publicada en MEDLINE desde 1985 a 1998 (48) sobre la influencia que tiene el género del profesional de la medicina en la relación con los pacientes destacó algunos aspectos que tienen interés para comprender los resultados de esta investigación que presentamos, a pesar de que no estén referidos a la prescripción de psicofármacos. Esta autora concluyó que respecto al estilo de comunicación, tanto la duración de la visita como los contenidos y estructura de la misma varían entre médicos y médicas, siendo usualmente la duración media de la consulta superior en las médicas. Del mismo modo, se observa otra interacción, esta vez entre el género del médico y demanda: ante un problema psicosocial, las médicas hablan más que ante un paciente somático. Se ha comprobado que las médicas dedican una proporción mayor del tiempo a recabar información y discutir con sus pacientes aspectos del funcionamiento social y/o familiar. Las médicas son también menos directivas que sus colegas varones en la toma de decisiones y abogan por facilitar al paciente una participación mayor en la decisión, aunque sólo aparece este resultado con los pacientes jóvenes.

Sobre el tipo de problemas en consulta, el perfil de los problemas atendidos por médicos y médicas en consulta parece ser bastante distinto, observándose entre las médicas una mayor cantidad de problemas de salud de las mujeres así como de tipo psicosocial. Varones y mujeres prefieren, generalmente, un médico-a de su mismo

sexo para consultar por problemas del área genital, pero sólo las mujeres manifiestan preferencia por una médica para problemas psicosociales.

El efecto del sexo del paciente sobre la calidad de las historias clínicas o la actitud diagnóstico terapéutica tiene asimismo interés de cara a la comprensión de los factores que influyen en la interacción médico-paciente. Moreno Luna y otros (49) se proponían conocer si la actitud diagnóstico-terapéutica de los médicos ante personas con síntomas de ansiedad-depresión es diferente según el paciente sea varón o mujer. Concluyen que la actitud de los médicos-as de Atención Primaria ante pacientes con síntomas ansioso-depresivos difiere según sea el sexo del paciente. Los médicos-as de Atención Primaria prescriben más ansiolíticos, prestan más apoyo psicológico y piensan más en la causa funcional cuando el paciente es mujer. Los autores creen que esto puede ser debido a la influencia de los datos de prevalencia «clásicos» que indican que la ansiedad-depresión es 2-3 veces más frecuente en las mujeres que en los varones, por lo que se preguntan si los resultados de su estudio no responden a un posible «círculo vicioso». «Hay mayor prevalencia en las mujeres porque los médicos diagnostican más, y los médicos diagnostican más por suponer que hay mayor prevalencia».

Pepió i Vilaubí y otros (50) se plantearon como un objetivo de su investigación analizar y cuantificar el posible efecto del sexo del paciente sobre la calidad de las historias clínicas de atención primaria correspondientes a la población adulta. Sus resultados evidencian que la calidad de los registros de la historia clínica de atención primaria es mayor entre las mujeres que entre los varones. Esto contrasta con la dificultad que tienen las mujeres en comparación con los varones para beneficiarse de los avances tecnológicos y terapéuticos concentrados en su mayoría en los hospitales, que plantean la existencia de discriminación de la mujer en cuanto a beneficios de la asistencia sanitaria.

La actitud del personal médico también ha sido estudiada ante trastornos concretos como la ansiedad. Este es el caso de Vega Alonso y colaboradores (51), que evalúan los principales factores que influyen en la actitud terapéutica del personal médico frente a los trastornos de ansiedad y su variabilidad en tres comunidades autónomas, en concreto, analizan la influencia de factores independientes, relacionados con las características de los médicos de atención primaria, los pacientes y la enfermedad, sobre las actitudes terapéuticas y su variabilidad frente a los trastornos de ansiedad. Realizan un estudio observacional de 3.247 personas que acuden a las consultas de medicina de familia en atención primaria y son identificadas como pacientes con trastornos de ansiedad en las Comunidades Autónomas de Castilla y León, País Vasco y Comunidad Valenciana. Este trabajo aporta información de un elevado número de casos estudiados en diferentes comunidades autónomas españolas e información sobre diferentes tratamientos. Los hallazgos sugieren muchas diferencias en la actitud de los médicos-as de atención primaria hacia los pacientes con

trastornos de ansiedad. Las características personales de los médicos-as y su ubicación geográfica ejercen gran influencia sobre las actitudes terapéuticas. Los pacientes de Castilla y León o de la Comunidad Valenciana tuvieron una probabilidad superior de ser derivados que los del País Vasco. La preferencia por el tratamiento farmacológico fue también una característica de los datos de Castilla y León. La edad de los pacientes no parece tener una gran influencia, mientras que en función del sexo del enfermo se observó que en los pacientes de sexo femenino es más frecuente el consejo, en tanto que en los de masculino lo es la derivación. Los médicos de atención primaria que trabajan en centros de atención primaria de ámbito urbano y los varones proporcionan consejo médico con más frecuencia y derivan a los pacientes hacia la atención especializada menos que los médicos del sexo femenino. El consejo es más frecuente en los pacientes del sexo femenino mientras que la derivación lo es en los del sexo masculino.

■ ¿CÓMO SE EXPLICA LA DIFERENTE PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS?

El modelo de medicina occidental que predomina en nuestro medio ha enfatizado la imagen del médico-a como autoritario y omnipotente: la infalibilidad de las técnicas médicas y el tratamiento de los síntomas con medicamentos u operaciones. En general, nuestra medicina ha prestado poca atención a los factores socioculturales y psicoemocionales que pueden afectar a la sintomatología y a la presentación de los síntomas. Este es un sistema en el que se dedica un tiempo determinado a cada visita, en las que la comunicación médico-a/ paciente se produce dentro de unas relaciones de poder determinadas (5).

Como poseedores de la «verdad», los profesionales médicos han ido adquiriendo la capacidad de definir las experiencias de la gente, especialmente de las mujeres como «problemáticas», esto es, como médicas en su naturaleza. Desde la perspectiva de género interesa reflexionar sobre el proceso de medicalización de los «malestares femeninos», es decir, sobre las experiencias problemáticas de las mujeres y susceptibles de recibir medicación. Este proceso se inserta en el establecimiento de las «ciencias duras» hace más de siglo y medio por el cual se legitima a los profesionales médicos como poseedores de la «verdad» y con capacidad de definir las experiencias de las mujeres como problemáticas y susceptibles de tratamiento médico (52). Además, nuestras sociedades se caracterizan también por mantener un proceso de medicalización, asociado al desarrollo de la industria farmacéutica que es el segundo ámbito importante en este contexto y sus nuevos productos «psicofarmacológicos» a partir de los años 50. En este sentido Mabel Burín, una de las pocas investigadoras de habla hispana que ha analizado la prescripción diferencial de psicofármacos hacia las mujeres, comenta cómo la transformación de los medicamentos en bienes de consumo, promovida por las empresas productoras, y muchas veces con poco o ningún

control por parte de las autoridades sanitarias, ha terminado por engendrar una sociedad medicalizada.

Esta autora mantiene que la expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas. Por un lado, el descubrimiento de nuevas drogas facilitó progresos significativos en la terapéutica de muchas enfermedades; por otro lado, la transformación de los medicamentos en mercancía común dentro del mercado de consumo, hizo que su demanda fuese estimulada artificial e intensivamente, con el resultado de que la nueva tecnología de producción industrial de medicamentos presenta, de manera creciente graves problemas, ya sea respecto a la seguridad y eficacia de los fármacos, ya sea respecto a las prácticas de consumo (53,54).

■ ¿CÓMO SE EXPLICA LA DIFERENCIA?

Desde la Ciencias Sociales se han aplicado diferentes perspectivas al estudio de las razones por las que las mujeres en distintos países son prescritas el doble de veces con psicofármacos cuando las comparamos con los varones. En general, las investigaciones que hemos analizado sugieren las diferencias de género en el manejo y expresión de la ansiedad y el stress, la búsqueda de cuidados médicos, percepción de la enfermedad y las vías en la prescripción de los médicos contribuyen al mayor uso de psicofármacos por parte de las mujeres.

Para Heather Ashton (55) las enfermedades psiquiátricas, como la depresión y la ansiedad, parecen ser más comunes en las mujeres que en los varones, y las mujeres con más frecuencia se quejan de síntomas psicológicos. Se argumenta que las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones psiquiátricas junto a enfermedades físicas, pero parece no existir la correspondiente proporción de prescripción de psicofármacos para problemas puramente masculinos como los de próstata o la impotencia. Para esta autora deben existir ciertos sesgos de género en el diagnóstico médico y en la elección de la medicación, pero otros factores de índole más «sociológica» deben ser contemplados, entre ellos el hecho de que es menos probable que las mujeres puedan controlar sus «malestares» con actividades fuera de casa (por ejemplo, a través del uso social del alcohol). Las mujeres además tienen problemas especiales como el embarazo, lactancia, cuidado de los niños-as y síndrome premenstrual. Esta autora destaca dos factores que cree de importancia para comprender esta situación:

1. La *actitud de los médicos-as hacia los pacientes*. En estos temas es difícil obtener información concluyente y gran parte de la información es especulativa y anecdótica. Existen numerosos ejemplos de mujeres que son diagnosticadas por varones con problemas psicológicos, que más tarde han desarrollado enfermeda-

des somáticas. Numerosas de estas mujeres han sido prescritas con psicofármacos. No sólo los médicos varones prescriben más a las mujeres, sino también estas situaciones parten de las médicas. Es posible que los profesionales de la medicina en general tengan la necesidad de asumir un rol paternalista que caracteriza a las mujeres como débiles, vulnerables y emocionales. Parece cierto que médicos y médicas perciben la enfermedad en la mujer con una base psicológica más que física y esta percepción los lleva a prescribir más psicofármacos. En este sentido puede que exista cierta influencia de los anuncios farmacéuticos.

2. Otro factor que influye en la prescripción puede ser la *actitud de las mujeres*. Ha sido examinado por Cooperstock (56,57) quien mantiene que las mujeres usan más psicofármacos que los varones porque la sociedad les permite expresar sentimientos como la ansiedad, percibir problemas emocionales en ellas mismas y usar la atención médica para los problemas emocionales.

Debe añadirse que la sociedad permite a los varones (que son menos introspectivos y están menos en casa) otros escapes. Se ha sugerido que los varones tienden a salir y usar el alcohol para enfrentarse al estrés mientras que las mujeres tienden a estar en casa y usar tranquilizantes. El que un individuo entre en contacto con el médico general no implica que sea posteriormente correctamente diagnosticado y tratado. En los últimos años se han observado en las consultas de atención primaria marcadas variaciones de psicopatología, variaciones no fundamentadas en las diferencias de morbilidad sino en discrepancias en la capacidad diagnóstica del médico. Asimismo, a pesar del amplio uso que los médicos hacen de los psicofármacos, sólo un escaso porcentaje de mujeres afectas de alteraciones psiquiátricas reciben adecuado tratamiento farmacológico. Aun cuando la psicopatología debería estar asociada al consumo de psicofármacos, ésta está muy asociada a la patología física (6). La mayoría de los estudios sobre la forma de consecución de psicofármacos, sobre todo en el caso de los hipnóticos, revelan que un amplio porcentaje es adquirido fuera de control médico, sobre todo por varones. Los datos de Vázquez-Barquero y colaboradores en Cantabria, confirman un alto porcentaje de autoconsumo de hipnóticos en varones, no así tanto en mujeres (41). Los autores se suman a la hipótesis explicativa de este fenómeno debido a que los hombres están menos dispuestos exponer sus alteraciones emocionales, tendiendo a rehuir cualquier contacto médico. Las mujeres demuestran en un 81,8% que consumen estos fármacos por los «nervios», no así tanto los hombres, que solo lo hacen en un 40% de los casos.

Los varones en el estudio de Cooperstock (56) tienden a usar los tranquilizantes para enfrentarse al trabajo, pero pueden encontrar un escape del hogar. En España ya se han llevado a cabo algunos trabajos descriptivos que tratan de abordar el ámbito

social de consumo. Un ejemplo es el realizado por M^a José de la Cruz Godoy y otras (58) para el Instituto Canario de la Mujer. El principal objetivo de la investigación es conocer algunas características descriptivas y necesidades de las mujeres consumidoras de psicofármacos que acuden a las consultas de atención primaria de la ciudad de Las Palmas. Como objetivos específicos plantean estudiar la historia del consumo entre las mujeres y evaluar si han sido tratadas o no en razón de su dependencia.

Entre los resultados destaca el hallazgo de un perfil entre las consumidoras de psicofármacos que corresponde a casadas mayores de 45 años que acuden a las consultas de atención primaria por problemas de ansiedad y depresión. Entre las encuestadas muchas refieren un largo historial de consumo, con un mantenimiento de la dosis de las sustancias prescritas por el médico/a en el inicio del tratamiento, lo que para las autoras puede reflejar una dependencia psicológica más que física. Destacar el alto porcentaje de personas que demandan tratamiento porque consideran que tienen adicción al psicofármaco. También hay otro grupo importante de encuestados-as que demandan tratamiento y que, sin embargo, no reconocen su dependencia al mismo. Frente a esta situación las autoras ven, como posible alternativa, la puesta en marcha de futuras investigaciones sobre las posibles causas de este hecho, que atribuyen a la transición a la menopausia y a la posible reducción de responsabilidades en el hogar, por lo que incentivan los trabajos en esta línea. Este es un trabajo a nivel descriptivo y que, aunque lo plantee en sus objetivos, profundiza poco en los factores sociales o culturales que pudieran explicar el mayor uso por parte de las mujeres y que desde luego no sirve para aplicar la perspectiva de género.

Una investigación que resume de manera clara las distintas hipótesis que se presentan en los trabajos que hemos consultado es la llevada a cabo, en Australia, por Mant, Broom y Duncan-Jones. Estas autoras trataron de buscar conclusiones a una serie de hipótesis que habían formulado. Lo hicieron a través del análisis estadístico de una encuesta llevada a cabo en Sydney en la que se incluía información sobre morbilidad psiquiátrica, presentación de quejas, diagnóstico y prescripción. El objetivo era probar las hipótesis más populares que tratan de explicar el consumo diferencial entre varones y mujeres de psicofármacos (59). Estas hipótesis, que resumen y se corresponden con las que se presentan de manera dispersa en otros muchos trabajos, son:

1. La hipótesis de la morbilidad, es decir, más mujeres que varones tienen problemas psiquiátricos.
2. La hipótesis de la consulta: Es más aceptable socialmente que las mujeres vayan más al médico que los varones. Incluso aunque la morbilidad psiquiátrica sea la misma, las mujeres obtendrían más prescripciones porque van más a la consulta.
3. La hipótesis de la manifestación de emociones: Es más aceptable socialmente que las mujeres admitan que tienen síntomas, particularmente síntomas de problemas emocionales. Las mujeres puede que no estén más enfermas que los varones.

nes, pero puede que estén más alerta ante sus emociones y más preparadas para comunicarlas a otros.

Las hipótesis 2 y 3 tienen que ver con las diferencias de sexo en torno al comportamiento ante la enfermedad. Los que trabajan con estas dos hipótesis parten de que a pesar de que la neurosis es más común entre las mujeres, los desórdenes de la personalidad y el alcoholismo son más frecuentes entre los varones. Por lo tanto, varones y mujeres se distinguen en la forma en la que enfrentan los problemas emocionales, pero las mujeres no sufren necesariamente más enfermedades mentales que los varones, sencillamente tienen más tendencia a enfermedades mentales que permiten la consulta y apertura y justifican una mayor prescripción.

4. La hipótesis del estereotipo: El personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar problemas neuróticos en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media.
5. La hipótesis del control social: Los profesionales médicos tienen cierta predisposición a medicar a las mujeres que tienen algún problema psicológico. Los problemas psicológicos en las mujeres generan más inestabilidad social que los de los varones. La prescripción de psicofármacos puede servir como una forma de «control» de comportamientos inaceptables y que generan problemas en las comunidades y familias de las mujeres que son prescritas. Para decirlo de manera concreta: «que mantengan a las mujeres en sus lugares».

Las conclusiones de este estudio sobre una población que consulta a médicos-as de carácter generalista, demuestran que las mujeres no tienen de manera estadísticamente significativa una probabilidad mayor de estar padeciendo una enfermedad psiquiátrica significativa. Los pacientes enfermos¹ tienen una probabilidad tres veces superior de obtener una prescripción de psicofármacos, y aquellos que el profesional percibe que tienen problemas emocionales tienen seis veces más probabilidad de recibir psicofármacos. Por lo tanto, destacan como muy importante la percepción del médico-a de que el paciente tenga problemas de origen psicológico. Mientras que los profesionales tienden a ver en las mujeres más problemas de «neurosis» que en los varones, no parece que «sobrediagnostiquen» a las mujeres como grupo, sino más bien que subdiagnostican a los varones que los consultan.

Sin embargo, Cafferata, Kasper y Bernstein (60) analizan los datos procedentes del Nacional Medical Care Expenditure Survey en EEUU para confirmar que las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser prescritas con psicofármacos. Los autores muestran a través de la información analizada que en varones y mujeres la posibilidad de obtener un psicofármaco está influenciada por las responsabilidades de rol

1 . De acuerdo al instrumento GHQ (General Health Questionnaire)

familiar, la estructura familiar y los eventos estresantes. Sin embargo, las mujeres tienen una mayor probabilidad que los varones con las mismas circunstancias familiares. Es decir, entre las mujeres, ciertas responsabilidades de rol familiar, estructura y eventos estresantes afectan su probabilidad de ser prescritas con psicofármacos.

■ GÉNERO, FEMINISMO Y PSICOFÁRMACOS

De las investigaciones a las que hemos accedido, son escasas las que utilizan la perspectiva de género y realizan una crítica a la investigación existente que permita desde una visión feminista el uso y prescripción de los psicofármacos.

En el Estudio de Romo y cols, base de este artículo (61), las mujeres recurren a los psicofármacos para aliviar la ansiedad, estrés y depresión, aunque con diferencias según el momento vital en cuanto a los síntomas que expresan o a la forma de manifestar sus malestares: las mujeres jóvenes articulan su discurso en torno a la ansiedad; las mujeres de edad media articulan su discurso en torno al estrés; las mujeres de edad mayor articulan su discurso en torno a la depresión. Las mujeres, finalmente, son conscientes del proceso de medicalización «de los malestares» a que son sometidas. Y por lo que se desprende de sus discursos, esto no nos debe llevar a pensar que las mujeres son entes pasivos.

Elizabeth Ettore y Elianne Riska (62) proponen establecer las bases para el desarrollo de una perspectiva sensible a la cuestión del género en el uso de psicofármacos. Estas autoras señalan que la investigación existente en el uso de psicofármacos tiene «*sesgos de género*» de tres formas:

1. La revisión de los primeros trabajos sobre diferencias de género y uso de tranquilizantes proporciona razones unidimensionales, presentadas «sin-objeciones»; «cauto-sin-respuesta»; «roles de las mujeres» o determinados políticamente.
2. Tras realizar una revisión crítica de los dos discursos predominantes, el médico y el sociológico, estas autoras argumentan que ambos mantienen la misma aproximación, pues el uso de drogas por las mujeres permanece invisible.
3. La aproximación predominante en la investigación actual es individualista y ciega hacia el género, necesitándose un análisis conjunto que problematice el género.

Durante los años ochenta, científicos sociales proporcionaron nuevas ideas sobre los aspectos sociales y culturales del uso de psicofármacos. Por ejemplo, se han realizado aproximaciones sociológicas del significado cultural y social del uso de psicofármacos (63,64), sobre formas de acceso al uso (65) y sobre cómo los tranquilizantes se han convertido en un problema público y construido como problema social en Gran Bretaña (66).

Esta evolución en los ámbitos de investigación no se produce en España donde la mayoría de las investigaciones realizadas, como hemos visto en el capítulo previo y en este mismo, han abordado en escasas ocasiones los ámbitos sociales de uso.

Estas nuevas ideas procedentes de lo social sobre los tranquilizantes han añadido información de valor al mapeo previo sobre las características de los usuarios en la investigación de los años 70 (64). Si uno considera la importancia de la cultura y los factores sociales en el desarrollo de estas ideas, uno empieza a cuestionarse el tradicionalmente dominante tratamiento del tema desde lo psicológico centrado en los factores individuales que determinan el uso.

Sin dudar del valor de las perspectivas sociológicas que han acompañado a la perspectiva médica dominante, Ettore y Riska plantean que una perspectiva de género o, más específicamente, una perspectiva feminista, ha estado, sin embargo, ausente entre las contribuciones de los científicos sociales (62). No es suficiente a la hora de explicar la mayor probabilidad de uso por parte de las mujeres de estas drogas decir solamente que «su posición estructural en el hogar y la cantidad de apoyo social y estrés social experimentado en las personas que se encuentran en esta posición necesita ser tenida en cuenta». Uno debe preguntarse no sólo por qué y cómo las drogas son usadas por las mujeres en lo privado, sino también cómo las mujeres en el juego de las relaciones sociales entre la esfera privada y la pública ven su dependencia a estas drogas. Dada la escasa atención que se le proporciona a los problemas que conciernen a las mujeres en medicina, hasta que no están directamente relacionados con el embarazo y parto, esta ausencia es esperada.

El desarrollo de un análisis feminista en el campo de los tranquilizantes no ha existido por razones como que cualquier área del comportamiento humano dominada por las ciencias naturales tiende a dividir lo científico de lo social y lo cultural. La enfermedad ha sido por largo tiempo sólo objeto de análisis por las ciencias naturales. Cuando los científicos sociales empiezan a examinar los ámbitos de la salud y la enfermedad, estaban inseguros del estatus de su tarea.

Una perspectiva sensible al género es aquella que permite ver a las mujeres y explicar el mundo desde la perspectiva de las mujeres. Esto significa específicamente que poderosas dinámicas de género estructuran culturalmente, políticamente y económicamente los significados de la «masculinidad» y la «femineidad», y que las divisiones entre lo privado y lo público de la vida social no se toman como dadas sino que son problematizadas y situadas en el frente del análisis. Si lo que se quiere es realizar un análisis feminista del uso de psicofármacos por las mujeres es necesario revisar críticamente el trabajo previo en el campo y hacer visible el «paradigma invisible» del trabajo hecho desde lo masculino. Los estudios sobre psicofármacos pueden categorizarse en aquellos que sean sensibles al género y aquellos otros que son ciegos antes las diferencias de género. Ettore y Riska (62) definen una «perspectiva sensible al género en el uso de psicofármacos» como aquella en la cual las

categorías de mujer y sistema de género no son tomadas como dadas sino problematizadas y situadas en primer plano del análisis. Sólo cuando esta distinción se asuma se alcanzará una mejor comprensión del uso de drogas por las mujeres, específicamente de los psicofármacos.

■ PARA CONCLUIR

Por todo ello, entendemos que la formación en cuestiones relativas al género y a los procesos de su construcción en los que nos vemos inmersos sería necesaria en los ámbitos de Atención Primaria y especializada. Una idea clave para entender la prescripción diferencial hacia las mujeres es la de la profecía que se autocumple. En Atención Primaria se han referido a ellas como el «círculo vicioso» y tiene que ver con que las mujeres tienen una exposición mayor a la posible prescripción de estos fármacos, ya que los médicos y médicas que estudian la literatura de su especialidad las ven como «más necesitadas» o grupo de riesgo, situación que se une a los estereotipos de género que como personas llevan incorporados en su vida cotidiana.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Llacer, A.; Colomer, C. Utilización de servicios sanitarios. En: Instituto de la Mujer. *Las mujeres y la salud en España. Informe básico*, 1994, Vol. 4, 29. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
2. Caro, I. *Género y Salud Mental*. Biblioteca Nueva. Colección de Psicología Universidad. 2001.
3. Sojo, D.; Sierra, B.; López, I. *Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Madrid: Médicos del Mundo. 2002.
4. Canals, J.; Romaní, O. «Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing». *Archipiélago*, 2002, 25: 51-59.
5. Rodríguez Marín, J. *Psicología social de la salud*. Madrid, Síntesis. 2001.
6. Cozzetti, E.; Lewintal, C.; Morandi, T. Aspectos psicológicos del proceso de salud y enfermar en la mujer. En: Instituto de la Mujer. *Las mujeres y la salud en España. Informe básico*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. 1994, Vol. 3, 29.
7. Burin, M., Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. <http://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos.htm> (7.XI.03).
8. Henderson, S. *Epidemiología de la enfermedad mental: aspectos conceptuales*. Vazquez-Barquero, J. L. Psiquiatría de Atención Primaria. Madrid, Biblioteca de Aula Médica. 1998.
9. Goldberg, D. P., Kay, G. and Thompson, L. «Psychiatric morbidity in general practice and the community». *Psychological Medicine*, 1976, 6, 565-569.

10. Goldberg, D. and Huxley, P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London, Tavistock. 1981.
11. Hidalgo, F. J., Delgado, E., Areas, V. L., García Marco, D., Juana, P. d. y Bermejo, T. «Utilización de psicofármacos a nivel hospitalario: indicaciones y prescriptores». *Farmacia Clínica* [12, 9], 654-664.
12. Vázquez Barquero, J. L., Díez Manrique, J. F., Peña Martín, C. and others. «Community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity». *Psychol Med*, 1987, 17, 227-241.
13. Bebbington, P. E., Hurry, J., Tennant, C. and others. «The epidemiology of mental disorders in Camberwell». *Psychological Medicine*, 1981, 11, 561-580.
14. Lehtinen, V., Hindoholm, T., Veijola, J. and Väisänen, E. The prevalence of pseudo-categorical disorders in a Finish adult population cohort». *Social Psychiatry Epidemiol*, 1990, 25, 187-192.
15. Alvarez, E. y Crespo, M. D. «Morbilidad psiquiátrica en atención primaria. Resultados de un estudio epidemiológico con el cuestionario GHQ-28». *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 1996, 3, 6-14.
16. Markez, I. *Detección de Morbilidad psiquiátrica en la Atención Primaria de Salud*. Universidad del País Vasco. Serie Tesis. 1993.
17. Chocrón, L., Vilalta, J., Legazpi, I., Auquer, K. y Franch, LI. «Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria». *Atención Primaria* 1996, 18, 52-58.
18. Martínez Alvarez, J. M., MariJuan, L., Retolaza, A. y otros. «Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri». *Atención Primaria*, 1993, 11, 127-132.
19. Gaminde, I., Uría, M. and Padro, D. «Depression in three population in the Basque country. A comparison with Britain». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1993, 28, 243-251.
20. Mas Hesse, J., Tesoro, A. y otros. *Mujer y salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid. 1993.
21. Herrera, R.; Antonell J.; Spagnolo, E.; Gispert, R.: «Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat». *Informaciones Psiquiátricas* 1990; 120: 11-130.
22. Arillo Crespo, A., Aguinaga Ontoso, I. y Guillén Grima, F. «Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana». *Atención primaria*, 1998, 21, 265-269.
23. Villaverde, M. L., Gracia, R., De la Fuente, J., González de Rivera, J. L. y Rodríguez Pulido, F. *Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife*. González de Rivera, J. L., Rodríguez Pulido, F., y Sierra, A. El método epidemiológico en salud mental. Barcelona, Masson/Salvar. 1993. 187-99.

24. Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, J. F., Peña, C. Q. G. and López, L. M. «Two stage desing in a community survey». *British J Psychiatry*, 1986, 149, 88-97.
25. Robbins, L. N. and Regier, D. A. *Psychiatric disorders in America. The epidemiology catchment area study*. New York, The Free Press. 1991.
26. Retolaza, A., Markez, I. y Ballesteros, J. «Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria». *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 1995, 55, 593-608.
27. Ormel, J., Maarten, W. J., Koeter, M. A., Van den Brik, W. and Van de Willige, G. «Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice». *Arch Gen Psychiatry*, 1991, 48, 700-705.
28. Gili, M., Ferrer, V., Roca, M. y Bernardo, M. «Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en población general en la isla de Formentera». *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1998, 26, 90-96.
29. Husaini, B. A., Sherkat, D. E., Levine, R., Holzer, C., Cain, V., Craun, C. and Hull, P. «The influence of race, gender and mental disorder on healthcare service utilization and costs among the medicare elderly». *Research in HealthCare Financial Management* 8[1], 19-29. 2003.
30. Torres Martínez, C., Orgaz Gallego, P., Lozano Alvarez, F., Sánchez Gómez, M. H., Pinnel Mu_oz, M. F., Tojeiro Lorente, S. y Lain Teres, N. «Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción». *Atención Primaria* 1993, [11[8], 385-387.
31. Vázquez Barquero, J. L., Wilkinson, G., Díez Manrique, J. F. and others. «Psychiatric morbidity and physical illness in health centres». *Acta Psychiatrica Scand*, 1990, 81, 335-339.
32. Iragüen Eguskiza, P. «Consumo de benzodiazepinas. ¿Dónde estamos?» *Formación médica continuada en atención primaria*, 2000, 7, 499-501.
33. Sebastián Gallego, R., Solá Gonfau, M., Barreto Ramón, P., Corral Mata, M. E. , Muñoz López, J. y Boncompte Vilanova, M. P. «Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud». *Atención Primaria*, 1998, 22, 491-496.
34. Aguera, L. F., Reneses, B. y Muñoz, P. E. *Enfermedad mental en Atención Primaria*. Madrid, FLAS.
35. Cortés, J. A., Peñalver, C., Alonso, J., Arroyo, A. y González, L. «La prevalencia del malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas». *Atención Primaria*, 1993, 11, 459-463.
36. Garrido Calvo, S., Verdagur Palan, S., Fuentes Botarques, A. y Barbé Illa, E. «Trastornos mentales en atención primaria». *Atención Primaria*, 1997, 19, 489-500.
37. Gándara Martín, J. J. d. I. «Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria». *Atención Primaria*, 1997, 20, 389-394.
38. Üstün, T. B. and Sartorius, N. *Mental illness in General Health Care: An international study*. Chichester/New York, Jhon Wiley &Son. 1995.

39. Pavón Pey, A. Trastornos psiquiátricos entre los pacientes médicos de un medio rural aragonés. Zaragoza, Universidad de Zaragoza. 1985.
40. Vázquez Barquero, J. L., Díez Manrique, J. F., Peña Martín, C., Artal, J., Arias Bal, M., Iglesias, C. y García, A. «Origen y razones del consumo de psicofármacos y analgésicos en la población general». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1990, 10[32], 21-31.
41. Vázquez Barquero, J. L., García, J., Artal Simon, J. and others. «Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources». *Br J of Psychiatry*, 1997, 170, 529-535. *Prevalencia de patología mental en Atención Primaria*
42. Reneses, B. y Agüera, L. F. *Prevalencia de patología mental en Atención Primaria*. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. 1995.
43. Mateo Fernandez, R., Ruperez Cordero, O., Hernando Blazquez, M. A., Delgado Nicolás, M. A. y Sánchez González, R. «Consumo de psicofármacos en Atención Primaria». *Atención Primaria* [19[1], 47-50. 1997.
44. Hohmann, A. A. «Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care». *Medical Care*, 1989, 27, 478-490.
45. Alamo, C; López-Munoz, F.; Cuenca, E. «Algunos aspectos éticos en la prescripción de psicofármacos». *Archivos de neurobiología* 1996, 59(2): 79-98
46. Groenewegen, P. P., Leufkens, H. G., Spreeuwenberg, P. and Worm, W. «Neighbourhood characteristics and use of benzodiazepines in the Netherlands». *Social-Science-and-Medicine* 1999, 48[12], 1701-1711.
47. Simoni-Wastila, L. «The use of abusable prescription drugs: the role of gender.» *Journal of Women´s Health & Gender Based Medicine*, 2000, 9, 289-297.
48. Delgado Sánchez, A. «El papel del género en la relación médico-paciente». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1999, 6, 509-516.
49. Moreno Luna, M. E., Clemente Lirola, E., Piñero Acín, M. J., Martínez Matías, M. R., Alonso Gómez, F. y Rodríguez Alcalá, F. J. «Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos». *Atención Primaria*, 2000, 26, 554-558.
50. Pepió i Vilaubí, J. M., Queralt i tomas, M. L., Clúa i Espuny, J. L. y Piñol i Moreso, J. L. «¿Influye el género del paciente en la calidad de las historias clínicas de atención primaria?». *Atención Primaria*, 1997, 20, 75-81.
51. Vega Alonso, A. T., Larrañaga Padilla, M., Zurriaga Lloréns, O., Gil Costa, M., Urtiaga, M. y Calabuig Pérez, J. «Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria». *Atención Primaria*, 1999, 24, 569-578.
52. Aiarzagüena, J. M. *Factores bio-psicosociales y utilización de servicios de Atención Primaria de Salud*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco. 1995.
53. Burin, M. «Mujeres y salud mental». *Apuntes de Psicología*, 1999 [44], 7-15

54. Burín, M., Moncarz, E. and Velázquez, S. *El malestar de las mujeres*. Barcelona, Paidós. 2003.
55. Ashton, H. «Psychotropic-drug prescribing for women». *British Journal of Psychiatry*, 1991, 158, 30-35.
56. Cooperstock, R. «Cuidado con los medicamentos». *El Correo de la Unesco*, Enero 1982, pp. 30-31.
57. Cooperstock, R. «A review of women´s psychotropic drug use». *Can. J. Psychiatry*, 1979, 24, 29-34.
58. Cruz Godoy, M. J. d. I., Fari_as Michelena, B., Herrera García, A. and González González, M. T. *Adicciones ocultas: aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio oficial de psicólogos de las Palmas. 2001.
59. Mant, A., Broom, dorothy H. and Ducan-Jones, P. «The path to prescription: Sex differences in -psychotropic drug prescribing for general practice patients». *Soc Psychiatry*, 1983, 18, 185-192.
60. Lee Cafferata, G., Kasper, J. and Bernstein, A. «Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs». *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, 24, 132-143.
61. Romo, N; Gil, E; Póo, M; Meneses, C; Markez, I; Vega, A. *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. Instituto de la Mujer. 2003 (texto sin publicar).
62. Ettorre, E. and Riska, E. «Psychotropics, Sociology and Women: Are the 'Halcyon Days' of the 'Malestream' Over?». *Sociology-of-Health-and-Illness* 1993, 15[4], 503-524.
63. Gabe, J. and Thorogood, N. I. «Prescribed Drug Use and the Management of Everyday Life: The Experiences of Black and White Working-Class Women». *Sociological Review*. 1986.
64. Montagne, M. «The Promotion of Medications for Personal and Social Problems». *Journal-of-Drug-Issues* 1992, 22[2], 389-405.
65. Lee Cafferata, G. and Meyers, S. M. «Pathways to psychotropic drugs». *Medical Care*, 1990, 28, 285-299.
66. Lovdahl, U. and Riska, E. «The construction of gender and mental health in nordic psychotropic drug advertising». *International-Journal-of-Health-Services*, 2000, 30[2], 387-406.

Iñaki Márkez

Psiquiatra, Bizkaia. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza

Mónica Poo

Psicóloga, Ekimen- Investigación sobre sustancias y salud mental

Nuria Romo

Profesora de Sociología, Instituto de Estudios de la Mujer, Universidad de Granada

Carmen Meneses

Profesora de Antropología. Universidad Pontificia Comillas; Madrid

Eugenia Gil

Profesora Salud Pública, Universidad de Jaén

Amando Vega

Profesor de Educación Especial, Universidad del País Vasco, Donostia

Correspondencia:

Iñaki Markez

Centro de Salud Mental de Galdakao

Bizkaia s/n. (ambulatorio)

48960-Galdakao. Bizkaia

Tel.: 94.6007408

imarkez@euskalnet.net