

**DISCURSO DE RECEPCIÓN  
DE LA ACADÉMICA ELECTA ILMA. SRA. DRA.  
D<sup>a</sup>. Carmen Leal Cercós**

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN  
DEL ACADÉMICO NUMERARIO ILMO. SR. DR.  
D. Adolfo Benages Martínez**

*Leídos el 15 de Diciembre de 2009*  
VALENCIA

**DISCURSO DE RECEPCIÓN DE LA ACADÉMICA ELECTA**  
Ilma. Sra. D<sup>a</sup>. Carmen Leal Cercós  
*Mujer y psicopatología*

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA,  
EXCMOS. E ILMOS. SRS. ACADÉMICOS,  
ILMAS. SRAS. ACADÉMICAS,  
SEÑORAS Y SEÑORES:

MI PROFUNDA GRATITUD a este Real Academia por el honor de integrarme entre sus miembros. Deseo expresar mi agradecimiento a los académicos que me han presentado, mis padrinos, los profesores Llombart, Carmena y Benages, compañeros de claustro y hospital durante tantos años, en los que hemos compartido tareas, alegrías, decepciones pero también una entrañable amistad. Va a responder a mi discurso el profesor Benages; Adolfo y yo llevamos 50 años juntos, de los que lo que más me gustaría destacar, por encima del compañerismo y trabajo común, es nuestra inquebrantable amistad, en la que no ha habido jamás un desencuentro, y esto ha sido especialmente mérito suyo, de su generosidad, de su inteligencia y de su afecto.

Al estar hoy aquí no puedo menos que recordar a ilustres académicos, algunos ya desaparecidos, con los que mi relación ha sido más profunda, los profesores Barcia Goyanes, Carmena Villarta, García-Conde Gomez, Gomar Guarner, Carbonell Antolí, Colomer Sala, López Piñero y M<sup>a</sup> Luz Terrada. Fueron más que mis profesores y a ellos les debo un reconocimiento especial.

Dentro del campo de la Psiquiatría tuve excelentes maestros: los profesores Román Alberca, Demetrio Barcia, Enrique Amat, José M<sup>a</sup> Morales y Miguel Rojo, todos me proporcionaron no sólo una formación plural sino que además fueron extraordinariamente generosos conmigo, alentando y apoyando mi promoción universitaria.

Toda mi trayectoria profesional se ha desarrollado en esta Facultad de Medicina de Valencia y su Hospital Clínico. En la Facultad desde alumna interna a catedrática, peldaño a peldaño he tenido la suerte de ascender por esta a veces difícil escalera, rodeada de muchos de los Académicos y profesores aquí presentes. Mi integración en las tareas universitarias me llevó al Decanato de la Facultad de Medicina y también a Claustro y Comisiones porque creía que esta implicación era una parte importante de mi responsabilidad, la participación en las tareas colectivas Sólo dos años estuve en otra Universidad, la de Cádiz, donde mi estancia fue breve pero intensa y donde deje excelentes amigos.

Tengo también una deuda de gratitud con la Psiquiatría española, ya que no puedo olvidar mi participación en las actividades de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica, así como en la Fundación de Psiquiatría y Salud Mental, en las que he sido presidenta gracias al apoyo de mis compañeros que creyeron y confiaron en mi y que hoy, con su presencia, me demuestran una vez más su cariño.

En los últimos años he tenido la suerte de establecer lazos de unión con muchos psiquiatras de allende los mares, la APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina) y la WPA (Asociación Mundial de Psiquiatría) me han distinguido con su consideración y afecto.

Mi andadura profesional se ha desarrollado en dos ámbitos muy vinculados entre sí, la docencia y la asistencia. Tanto en uno como en otros mi trabajo se ha desarrollado contando con la colaboración de todos, siempre he creído que ningún logro es posible si no se trabaja en equipo. Por ello debo dar las gracias a todos los profesores que me han acompañado en las tareas docentes, con mutuo respeto y a la vez con una relación afectiva, que espero conservar mucho después de mi jubilación. El otro “mundo” en el que he permanecido todos estos años, ha sido el hospitalario; el Hospital Clínico de Valencia ha sido mi “otra casa”. Por eso quiero tener un recuerdo especial para todos los que han trabajado conmigo, psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras/os y también de otros servicios. Creo que mi especialidad, como ninguna otra, precisa equipos multidisciplinares que den respuesta a las múltiples necesidades de nuestros pacientes; yo los he vivido como una gran familia y a muchos de ellos como los hijos que no he tenido. A lo largo de estos más de 40 años han pasado por nuestro servicio casi 100 médicos residentes, psicólogos clínicos y enfermeras especialistas, la mayoría de los cuales desarrollan hoy su labor en la Comunidad Valenciana, lo que me llena de satisfacción y también muchas veces de nostalgia.

Siempre he creído que nadie debe temer que los que vienen detrás le hagan sombra, sino todo lo contrario, poder rodearse de colaboradores que la proyecten... eso es lo que nos hace progresar. En los últimos años, y gracias al empuje de compañeros más jóvenes, dotados de un alto nivel científico y entusiasmo hemos podido participar en Redes de investigación, algo imposible en la Psiquiatría de mis comienzos (para Julio Sanjuán, Rafael Tabarés, Eduardo Aguilar y los demás todo mi reconocimiento).

Pero también deseo recordar aquí a los estudiantes y a los pacientes, ambos han sido decisivos en mi desarrollo profesional y humano; siempre he pensado que quería pasar toda mi vida, sin que tuviera que elegir entre docencia y asistencia y afortunadamente, así ha sido. Los estudiantes me han hecho mantenerme joven al menos de mente y los pacientes me han enseñado a ser más humana.

Toda mi trayectoria vital y profesional no hubiera sido posible sin un apoyo fundamental e incondicional, el de mi familia. En primer lugar mis padres que con su generosidad, y esfuerzo hicieron posible que yo permaneciera en esta Facultad, tras los estudios, con una retribución simbólica, ayudándome durante todo el tiempo que hizo falta para no truncar mis expectativas que hicieron suyas, para ellos siempre fue motivo de orgullo que yo fuera profesora de la Universidad. Hoy, lamentablemente mi padre no puede estar en este acto, que le hubiera hecho tan feliz, pero si tengo la suerte de contar con la presencia de mi madre y darle públicamente las gracias por todo. Mi hermana ha sido el principal apoyo para mí a lo largo de todos estos años porque ha sabido ser, a la vez, amiga, acicate o crítica cuando hacía falta, pero sobre todo me ha hecho sentirme querida y valorada hasta extremos que no merezco. Al resto de mi familia y amigos, desde los de la infancia hasta los más recientes que siempre han creído en mí y que hoy me acompañan; quiero que sepan que les valoro de un modo especial.

El sillón que hoy se me asigna ha pertenecido muchos años a un ilustre psiquiatra que fue uno de mis maestros. Enrique Amat fue profesor de Psiquiatría en esta Universidad durante varios años. Excelente conocedor de la Psiquiatría germánica, imperante en su época, supo transmitirla a las nuevas generaciones. Neurólogo, como otros psiquiatras, estos conocimientos le situaban más próximo a ese área que hoy llamamos Neurociencias y junto con Forteza y Báguena realizó investigaciones genéticas. Fue uno de los primeros psiquiatras de este país en trabajar como Consultor en una Ciudad sanitaria, sin Servicio de Psiquiatría, con las dificultades que ello implicaba.

En los últimos años una cruel enfermedad le privó de su don más preciado, la palabra. Siguió escribiendo y esta Real Academia de Medicina de Valencia conserva sus magníficos discursos.

Pero al hilo de mis recuerdos yo prefiero evocar mis primeros contactos con él. Cuando entré como alumna interna en la Cátedra de Psiquiatría del Prof. Alberca, Enrique Amat junto con Demetrio Barcia y José M<sup>a</sup> Morales, me enseñaron Psiquiatría. Con Enrique aprendí a realizar historias clínicas, a explorar pacientes, con él firmé mi primer trabajo... bueno Enrique lo hizo y dejó que Agüero y yo firmáramos.

Enrique era un gran maestro, generoso, siempre dispuesto a enseñar, a prestar sus libros, a apoyarnos Nunca olvidaré sus enseñanzas, su ironía, su carácter duro y afectuoso a la vez, sus clases, didácticas y precisas. Luego nuestras vidas profesionales se separaron pero en ese espacio vivido, del que nuestro común maestro Alberca hablaba, seguimos estando muy cercanos.

Culto y cultivado pertenecía también a la Sociedad de Médicos escritores y artistas; recordemos sus análisis sobre Hamlet o Lucrecia Borgia. Precisamente de un viejo trabajo que escribimos juntos, *“Muerte y enfermedad en los personajes galdosianos”*, quiero traer aquí el grito desgarrador de un personaje de los Episodios Nacionales, ante la muerte de un amigo: *“Muerte... ¿dónde está tu victoria?”* Yo me atrevería a responder aquí: en el Olvido.

Por eso yo nunca olvidaré a Enrique Amat y me consta que esta Real Academia tampoco.

## Mujer y Psicopatología

HE ELEGIDO ESTE TEMA porque me parece que la atención a los problemas de salud, y especialmente de salud mental, en las mujeres ha quedado habitualmente reducida a pequeñas referencias respecto a diferencias sexuales en algunas enfermedades o a las consideradas específicamente femeninas. El resultado ha sido que las diferencias de género en salud y en salud mental son objeto de investigación desde hace pocos años.

Aunque existen numerosos trabajos anteriores, especialmente al final de los años 70 y en la década de los 80, es en 1995 cuando la American Psychiatric Association publica en su Review of Psychiatry una sección de *“Salud Mental de la mujer”*, en la que Myrna Weissman y Michele Riba inician un nuevo planteamiento que tome en consideración las diferencias de sexo en la investigación de los Trastornos mentales, tanto en aspectos etiopatogénicos como psicosociales y culturales; el texto *“Women and Depression”* de Weissman había sido un importante hito en este campo recogiendo muchos trabajos que, en torno a la depresión en la mujer, habían aparecido en años anteriores. La publicación, en 1996, del libro de la Academia de Ciencias de Nueva York *“Women and Mental Health”* (Sechzer et al.) es un buen comienzo, aunque se limita a los temas “clásicos”, ciclo reproductivo, trastornos de la alimentación, violencia doméstica y diferencias entre grupos étnicos.

Actualmente el papel del género está empezando a ser analizado en todos los trastornos mentales, no sólo desde una perspectiva clínico-epidemiológica, sino también en cuanto al substrato neurobiológico, factores de riesgo, respuesta terapéutica, pronóstico, evolución, consecuencias sociales e implicaciones en los programas sanitarios; anteriormente se hablaba del sexo como una variable socio-demográfica en los estudios, bien es verdad que muchas veces con escasa relevancia, pero como dice Elena Ibáñez “*ya no se habla de sexo, el género puebla nuestro lenguaje y las librerías... al sexo biológico le ha ocurrido lo mismo que a las naciones con la globalización, no existe a no ser como una reacción defensiva contra el mismo*”.

En los últimos años el número de publicaciones que se refieren al género ha aumentado de modo exponencial; en una reciente revisión desde 1990 al año 2006 el número ha pasado de 445 a 2.522 y la revista *Journal of Women Mental Health* es un claro exponente de las investigaciones sobre el tema. En nuestra Sociedad Española de psiquiatría hemos constituido una sección de Psiquiatría y mujer que esperamos aborde muchos de los problemas que nos preocupan.

Sabemos que las mujeres poseen una mayor esperanza de vida que los hombres, ponen en marcha mayor número de conductas preventivas, padecen en menor medida enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, experimentan menor grado de accidentabilidad y, a pesar de todo ello, la sensación subjetiva percibida por parte de la mujer sobre su bienestar, calidad de vida y estado de salud es significativamente peor que la que manifiestan los hombres; como dice Buvinic “*men die quicker, women die sicker*”.

Además, existe otro dato que parece repetirse en los diferentes estudios realizados en numerosos países desarrollados y aún en ausencia de barreras económicas para la recepción de cuidados (y también en algunos en vías de desarrollo): la mujer utiliza en mayor medida los servicios sanitarios que el hombre. Los estudios epidemiológicos han confirmado que el hecho de ser mujer, casada, con bajo nivel socioeconómico y viviendo en áreas urbanas aparece relacionado con una mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas (Dekker, 2008)

Algunas de las hipótesis barajadas para explicar estas diferencias son: a) presencia de niveles diferenciales de hormonas y sus efectos específicos sobre la neuroquímica cerebral y posterior conducta de hombres y mujeres; b) la posibilidad de una mayor percepción por parte de las mujeres de los síntomas y signos de la enfermedad, mientras que el hombre manifestaría una tendencia a obviar los síntomas de enfermedad hasta que estos no son muy claros; c) mayor aceptación social al hecho de que una mujer verbalice sus emociones y se queje de diferentes síntomas; d) mayor vulnerabilidad genética de la mujer a determinadas enfermedades crónicas y agudas; e) mayor disponibilidad de tiempo libre de las mujeres, aunque en la actualidad los diferentes estudios señalan que el tiempo libre de la mujer es muy inferior al del hombre; etc. Ninguna de estas hipótesis constituye una explicación satisfactoria a este tema. La amplitud del tema de la salud de las mujeres apunta hacia la idea de que la solución tenga que ser abordada desde una perspectiva multidimensional y venga dada por la conjunción de numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales.

A todo ello habría que añadir la situación de desventaja social en que viven las mujeres (la violencia de género es la 10ª causa de muerte en las mujeres de 25 a 44 años), que en algunas culturas es tan dramática que la WPA estableció en 2006 un Consenso Internacional sobre Salud mental en las mujeres que plantea el establecimiento, de modo universal, de: Apoyo psicológico para programas de salud, con iguales derechos, educación, empleo, eliminación de la violencia y disminución de la pobreza; Maternidad segura, con apoyo a la elección marital, sexual y reproductiva; Servicios sanitarios sensibilizados a los problemas de las mujeres sin prejuicios por status socio-económico, raza, nacionalidad o cultura; Consideración del contexto cultural y diferencias biológicas en el Diagnóstico (Stewart, 2006)

Es evidente que existen importantes diferencias entre hombres y mujeres. Hay un sexo que se define de forma genética (cromosomas XX o XY), otro definido por los caracteres fenotípicos externos (caracteres sexuales primarios y secundarios) y un sexo o identidad sexual psicológico (el que siente el individuo como propio) y el género que implica el papel determinado de cada sexo en una cultura específica (González y Sanjuán, 2006). Dejando a un lado las diferencias biológicas entre ambos sexos, a largo de la evolución de los seres humanos, empezamos por señalar el dimorfismo cerebral.

El cerebro de la mujer es menor y más ligero que el del hombre, con una diferencia del 15% de neuronas (Packenber, 1997), con diferente disposición de los haces nerviosos que unen los hemisferios cerebrales y una clara mayor asimetría hemisférica en los hombres. Gorka y Kandel (2000) establecen las principales diferencias:

- Estructuras mayores en el hombre: *núcleo de la estría terminal, segundo y tercer núcleo del hipotálamo anterior, núcleo sexual dimórfico del área preóptica*;
- Estructuras mayores en la mujer: *Cuerpo calloso, comisura anterior, Istmo del cuerpo calloso, masa intermedia (en el tálamo)*.
- Estructuras más asimétricas en el hombre: *Planum temporal*.
- Mayor complejidad neural en lóbulos frontal y parietal en mujeres, lo que para Luders (2004) podría explicar algunas diferencias cognitivas entre ambos sexos.

Las diferencias en el grado de asimetrías cerebrales entre hombres y mujeres han sido utilizadas para explicar algunas patologías relacionadas con la lateralidad cerebral, por ejemplo la mayor frecuencia de dislexia en varones o la edad más precoz de la esquizofrenia en ellos (Crow, 1995). Pero la relevancia que estas diferencias estructurales tienen, para explicar la etiopatogenia de trastornos psicopatológicos sigue siendo especulativa (Nasser, 2003)

Cuando se utilizan paradigmas emocionales para analizar las respuestas en la activación cerebral, éstas se manifestaban primariamente en regiones límbicas; las mujeres activan, con más frecuencia, estructuras límbicas de zona media, incluida la corteza cingulada anterior, el tálamo, el cerebro medio y el cerebelo, mientras que los hombres activan más regiones frontales izquierdas inferiores y córtex posterior; una posible explicación sería que los hombres prestan más atención a los aspectos sensoriales del estímulo emocional y los procesa en términos que llevan a la acción, mientras que las mujeres dirigen su atención al sentimiento generado por el estímulo emocional (Orozco, 1998), o bien que las mujeres respondan con mayor activación por razones sociales o culturales.

Las diferencias psicológicas en la expresión de las emociones ha sido objeto de una ingente cantidad de literatura; señalemos sólo algunos datos. En la mayoría de las culturas existe el estereotipo de que el sexo femenino es el más emocional (sólo en 3 de los 37 países analizados por Fisher, 2004, no era así). La mayoría de estudios encuentran más intensidad emocional en la mujeres y también mayor expresividad; las emociones positivas más frecuentes en mujeres incluyen alegría, afecto, amor, cordialidad y puntuaciones más altas en empatía y entre las negativas, angustia, tristeza, miedo y sentimientos de vergüenza; en los hombres más ira, desprecio, arrogancia, confianza, culpa y soledad (Brody, 1999); además en aquellas hay una mayor expresión verbal de las emociones

Un dato muy importantes es el de la interiorización o exteriorización de las emociones; los hombres son más “internalizadores (muestran alteraciones fisiológicas sin expresión emocional patente) y las mujeres son más “externalizadoras” (muestran expresiones emocionales más evidentes, sin correlatos fisiológico).

Es evidente que estas diferencias en la capacidad de expresión y reconocimiento emocional en las mujeres las convierte en candidatas a una mayor vulnerabilidad para Trastornos afectivos y de ansiedad.

Además del dimorfismo condicionado genéticamente es obvia la influencia del sistema hormonal en el funcionamiento cerebral y psicológico de ambos sexos. El papel de la testosterona en la activación cerebral es clave en varios momentos, prenatal, nacimiento y pubertad; como resultado de varias experiencias se han formulado algunas conclusiones interesantes; cuanto más elevados son los niveles de esta hormona mejor será el funcionamiento hacia la sistematización y menor la capacidad de comprensión emocional. En otro momento volveremos sobre el posible factor de riesgo o protección que las hormonas pueden jugar en algunos Trastornos psiquiátricos.

Las evidencias científicas de que disponemos sobre las diferencias de género en las funciones cognitivas encuentran que las mujeres presentan un mayor rendimiento en fluencia verbal, velocidad perceptiva, habilidad motora fina, memoria y aprendizaje verbal; los hombres las superan en tareas visuoespaciales, resolución de problemas matemáticos y memoria visual; no hay diferencias en atención, memoria de trabajo e inteligencia. Estas diferencias se acentúan a partir de la pubertad. Numerosos estudios sugieren que las hormonas sexuales son capaces de modificar las capacidades cognitivas; por ejemplo en mujeres jóvenes y posmenopáusicas tratadas con estrógenos se produce una mayor activación en áreas corticales temporales, parietales y frontales y mejores rendimientos en memoria y otras funciones cognitivas; a lo largo del ciclo menstrual los niveles elevados de estrógenos correlacionan con mejores rendimientos en memoria y fluencia verbal y peor en memoria visual y tareas espaciales. (Torres, 2006). También es posible que las diferencias cognitivas tengan relación con las asimetrías cerebrales, ya que en las mujeres algunas capacidades están distribuidas más simétricamente en ambos hemisferios. La influencia de medio ambiente socio-cultural puede afectar a las estrategias cognitivas pero no modifican la organización hemisférica. (Gil-Verona, 2003).

Un breve apunte sobre la evolución del cerebro masculino y femenino. Dice Gottfredson: “*a las mujeres les interesa más ocuparse de las personas y a los hombres de las cosas*”. Los diferentes roles sexuales en las diversas cultura es uno de los temas tradicionales de la Antropología, con dos comportamientos básicos para la supervivencia: los hombres se dedican a la caza y las mujeres al cuidado de los hijos (Ember, 2002). En nuestro entorno social sigue siendo la mujer la cuidadora informal habitual de los enfermos en un elevado porcentaje (70-80%) y lo mismo sucede en pacientes psiquiátricos; en los esquizofrénicos, el 69% de los cuidadores informales, son mujeres (predominantemente las madres), con la consiguiente sobrecarga y repercusiones en su salud (Leal I, 2005)

Como nos recuerda Sanjuán (2005) la nueva Psicología evolucionista ha intentado explicar las diferencias de género a través de la “adaptación evolutiva al ambiente”, seleccionando los patrones de conducta más adaptativos; otro concepto clave sería el “retardo en el genoma” ya que las repuestas primarias aparecían adaptadas a ambientes ancestrales y no a la cultura y civilización actuales.

Los estereotipos de preferencia para hombres y mujeres en la elección de pareja elaborados por Buss (1996) (hombres mayores, laboriosos, ambiciosos, equilibrados, buena salud y fuerza física, comprometidos... y mujeres atractivas, fidelidad, capacidad reproductiva etc.) son muy criticables en la sociedad actual. Baron-Cohen (2003) desde otra aproximación sugiere que las diferencias entre el cerebro masculino y femenino muestran que las mujeres tienen más habilidades empáticas y los hombres están más preparados para la construcción de sistemas. Las ventajas del cerebro masculino estarían en la búsqueda de poder, dominio social, agresividad, liderazgo, etc. y las de la mujer en habilidades empáticas, capacidad para relaciones interpersonales, cuidado de hijos, estabilidad de la comunidad, comunicación etc.

Es evidente que estos modelos no contemplan diferencias individuales ni tampoco la posible influencia de aprendizaje cultural y no sólo de la biología. Nuestra especie es la única que modifica continuamente los roles tradicionales propios de cada sexo, aunque algunas diferencias persisten en todas las culturas, la agresividad en el hombre y la mayor frecuencia de problemas emocionales en la mujer a partir de la adolescencia, que además tienen su clara repercusión en la psicopatología.

Analicemos ahora los factores socioculturales que deben considerarse en el género; la mujer va a enfrentarse a roles sociales diferentes, a distintas oportunidades en su vida (muy condicionadas además por la edad, la clase social o la raza). La exposición a diferentes estresores le confiere una vulnerabilidad mayor para aquellos trastornos relacionados con el estrés; son múltiples las situaciones que aumentan esa exposición al estrés. El trabajo con remuneración menor, con predominio en el sector servicios, rutinario, con baja recompensa social; sobrecarga laboral por la suma del trabajo doméstico y cuidado de los hijos. El divorcio, la pobreza, madres solteras, viudedad, cuidados de los ancianos e hijos enfermos son estresores especialmente relevantes en las mujeres (Möller). Si las estructuras sociales y los estereotipos cambian pueden cambiar también los roles masculino y femenino, con posibles consecuencias sobre la salud mental de ambos.

No vamos a entrar aquí en planteamientos feministas muy interesantes acerca de los problemas de género porque deseo centrar mi discurso en la clínica, sólo recordar que como plantea E. Baca existen cuatro posturas con intereses diferentes. El Feminismo empirista: reconocimiento del dimorfismo, aceptación de lo biológico y lo científico. Lucha por la “buena ciencia” y por la participación en el cambio social. El Feminismo liberal: la ciencia explora la realidad, la política la cambia, igualdad de derechos y oportunidades, leyes “humanas” no masculinas ni femeninas. El Feminismo radical: el mundo ya también la ciencia están organizados de un modo patriarcal; el único punto de vista aceptable es el femenino y el Feminismo crítico: investigar cómo se construye el género, analizar ideas y prácticas sociales utilizadas para sustentar y legitimar el sesgo androcéntrico.

El género puede afectar a todos los aspectos de la Psicopatología, prevalencia, expresión de los síntomas, evolución, búsqueda de de tratamiento y respuesta al mismo, por lo que como señala Alarcón es imprescindible investigar las diferencias sexuales en las distintas enfermedades y disminuir la potencial discriminación de la cultura.

A partir de este punto me gustaría centrarme en los Trastornos psiquiátricos en la mujer y tras un pequeño repaso a los datos epidemiológicos centrarme en los Trastornos afectivos, Depresiones y aquellos que tienen que ver con el ciclo reproductivo, especialmente los del postparto. Posteriormente y atendiendo a la patología más dura de la Psiquiatría, las diferencias que el género puede introducir en las Psicosis, Trastornos bipolares (Psicosis maniaco-depresiva) y Psicosis esquizofrénicas.

## **Epidemiología**

La investigación epidemiológica en psiquiatría ha establecido una relación entre psicopatología y algunos factores sociodemográficos. En concreto, el género ha sido identificado como uno de los factores más importantes, apuntando diferencias tanto en lo relativo al diagnóstico, como en la presentación clínica de los trastornos, así como en el tratamiento. La prevalencia global de trastornos mentales en mujeres es superior a la de los hombres aunque en ocasiones no difieren significativamente (Andrews, 2001). Sin embargo, estas diferencias aparecen claramente para trastornos específicos.

Respecto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en general, los datos de diferentes países sugieren que la prevalencia psiquiátrica puntual para las mujeres oscila entre el 11 y el 37% mientras para los hombres se situaría entre un 6 y un 28%. Diferentes estudios realizados en España obtienen unos porcentajes de prevalencia psiquiátrica para las mujeres que oscilan entre el 20 y el 34%, mientras para los hombres se hallan entre el 8 y el 21%; Montero y Ruiz señalan cifras de Morbilidad psiquiátrica en población general del 21 y 44% respectivamente para hombres y mujeres; por lo que las diferencias no responde a un número mayor de diagnósticos en las consultas. El estudio epidemiológico ESSEMed llevado a cabo en Europa, incluida España (Haro, 2006) muestra una prevalencia vida para Trastornos mentales del 19,5% y una prevalencia-año del 8,4%. La ratio hombre mujer para cualquier Trastorno mental es de 5,2/11,4.

La utilización de recursos sanitarios por Trastornos somáticos es mayor en mujeres (9,8/6,5) y también por Trastornos psiquiátricos (27/21% respectivamente). El consumo de psicofármacos muestra una ratio de 14,6mujeres/ 8,5 hombres (Ruiz y Montero).

A continuación revisaremos aspectos relativos a patologías psiquiátricas específicas en las que las diferencias de género parecen ser más marcadas, esto es, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad y trastornos por consumos de tóxicos, así como posibles explicaciones del hecho diferencial.

### **Trastornos del estado de ánimo**

En relación a la prevalencia, una tasa más elevada de este tipo de trastornos entre las mujeres constituye uno de los hallazgos más ampliamente documentados en epidemiología psiquiátrica. En este sentido, los datos disponibles sugieren que la proporción de quienes presentan una depresión entre la población general y/o reciben tratamiento para la depresión es de dos mujeres por cada hombre. E incluso, en algunos casos, se llega a sugerir que esta proporción es de 3:1 para la depresión y de 4:1 para la depresión mayor. También la distimia es más prevalente entre mujeres que hombres señalándose ratios que se sitúan generalmente alrededor de 2:1. El estudio ESSEMeD muestra una ratio de prevalencia para cualquier Trastorno del estado de ánimo de 2,3/6,2. Los datos epidemiológicos más recientes señalan unas ratios de prevalencia-vida para la Depresión mayor (2,7/6,8) y Distimia (2,3/4,1) con mayor frecuencia en las mujeres.

Los Trastornos Bipolares presentan una frecuencia similar (0,8/0,9) en ambos sexos. Sin embargo, el género parece estar relacionado con el orden de aparición de los episodios maníacos o depresivos. Es más probable que el primer episodio en hombres sea maníaco, mientras que en mujeres sea depresivo. También se han hallado algunas evidencias en relación al sistema reproductivo: por una parte las mujeres con un trastorno bipolar tipo I tienen un mayor riesgo de desarrollar episodios posteriores (en ocasiones psicóticos) durante el posparto y por otra, el periodo premenstrual se ha asociado con un empeoramiento de los episodios maníacos, depresivos e hipomaníacos. El trastorno bipolar tipo II parece ser más común entre mujeres. No han encontrado diferencias significativas en la prevalencia por géneros del episodio maníaco, aunque es importante señalar que la evaluación de la manía tiene escasa validez en estudios epidemiológicos comunitarios.

En definitiva, puede decirse que la prevalencia de sintomatología y trastornos depresivos es realmente más elevada entre las mujeres, aunque ninguna de las hipótesis descritas (biológicas, psicológicas, de roles de género, etc.) parece explicar por sí misma la magnitud de la diferencias halladas. De hecho, parece adecuado pensar que estas hipótesis, más que mutuamente excluyentes, son complementarias.

### **Trastornos de la conducta alimentaria**

La diferencia de prevalencia en función del género resulta mucho más marcada en los trastornos de alimentación. En el caso de la anorexia nerviosa, se ha sugerido que por cada 9-10 mujeres la padece 1 hombre, y algunos autores aumentan a 15 esta proporción. Para el caso de la bulimia se barajan cifras similares en cuanto a la prevalencia diferencial por género.

Por tanto, al igual que ocurre con los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de alimentación son mucho más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Anorexia nerviosa y bulimia constituyen los diagnósticos más habituales de trastornos de la alimentación, tienen una incidencia mucho más elevada entre las mujeres que entre los varones (aprox. el 90% de quienes presentan estos trastornos son mujeres).



## Trastornos de ansiedad

Presentan tasas de prevalencia e incidencia de trastornos de ansiedad homogénea, sí muestran una ratio hombres-mujeres similar, dos veces superior en las mujeres para los trastornos por angustia, ansiedad generalizada, agorafobia y fobia simple. Asimismo el Trastorno por estrés postraumático es más frecuente en mujeres. En el estudio ESSEMeD las tasas de prevalencia para Trastornos de Ansiedad son 2,5% para los hombres y 7,6 para las mujeres.

Sin embargo, llama poderosamente la atención el hecho de que a pesar de estas claras evidencias, la literatura que se dedica a analizar las diferencias de género en los trastornos de ansiedad es escasa, comparada con la dedicada a depresiones y género.

Una posible explicación sería que existan factores de vulnerabilidad genética (neurobiológicos, neuroendocrinos y psicofisiológicos) en parte responsables de las diferencias. La investigación a este respecto ofrece cierta evidencia para la asociación del ciclo reproductivo hormonal a lo largo de la vida de la mujer con niveles más elevados de expresión psicofisiológica de los síntomas ansiosos en mujeres. Por otro lado las mujeres presenten niveles más elevados de arousal, respuestas psicofisiológicas al estrés y síntomas somáticos, a la vez que mayor conciencia (o umbrales perceptivos más bajos) de ansiedad somática que los hombres.

Además las mujeres presentan mayor número de acontecimientos vitales estresantes, autoestima más baja, más enfermedades físicas y peor percepción de la salud, aunque todo ello no explica suficientemente las diferencias antes señaladas.

Los **Trastornos somatomorfos y disociativos** son más frecuentes en mujeres (con una ratio de alrededor de 5/1) pero no así la Hipocondría. Como luego comentaremos es precisamente en estos trastornos junto con los de personalidad en los que el sesgo que el género supone para el diagnóstico es mayor.

Los **trastornos por consumo y abuso de tóxicos**, especialmente alcohol, parecen ser más frecuentes entre los hombres. Los datos disponibles sugieren que la proporción entre hombres y mujeres muy consumidores/as está entre 2 a 1 y 5 a 1 y la proporción de alcohólicos/as diagnosticados/as es, aproximadamente de 4 a 1. En cuanto al abuso de drogas ilegales la ratio aproximada es de 5/2, pero debemos señalar, que sobre todo en las edades más juveniles, las pautas de consumo de unas u otras drogas (cocaína, cannabis, anfetaminas, drogas de diseño) y por tanto los problemas de adicción son cambiantes en función del contexto socio-cultural. En el estudio ESSEMeD la prevalencia cualquier Trastorno por consumo de sustancias es de 1,4 para los hombres y 0,1 para las mujeres.

En la **Esquizofrenia** se han dado siempre cifras similares de prevalencia en ambos sexos (Haffner encuentra prevalencias-vida totalmente semejantes); Pèrala encuentra una prevalencia-vida, en población general, del 3,48% para las Psicosis, de 0,87% para la esquizofrenia, 0,32 para el Trastornos esquizoafectivo, 0,07 para el Trastorno esquizofreniforme, 0,18 para el Trastorno delirante, aunque la baja estabilidad diagnóstica e alguno de ellos puede cambiar estos datos. Las últimas investigaciones epidemiológicas muestran una mayor prevalencia de la esquizofrenia en los hombres, la ratio hombre/mujer para la incidencia de Esquizofrenia es de 1,34/1 y para la prevalencia de 1,23/1 (Castle, 1993); un estudio muy reciente en nuestro país muestra una prevalencia de 3/1000 habitantes para los hombres y de 2,86 para las mujeres (Ayuso Mateos). una tasa de incidencia estas diferencias aunque pequeñas son mayores cuando se utilizan criterios de diagnóstico más estrictos. También pueden aparecer diferencias en las ratios si se aplican, en determinados momentos, criterios de diagnóstico DSM-III (se exige para edad menor de 45 años) que eleva la ratio a 2,2/1 (Castle, 1993) o criterios DSM-III-R o IV. En estudios más recientes aparecen de nuevo tasas de incidencia mayor en las mujeres (Alemán, 2006; Castle, 2003) y en el metanálisis realizado por Mc Grath (2004) la ratio Hombres/mujeres es de 1,40/1.

**Trastornos de personalidad.**- Widiger (1998) señala que muchas de las dificultades en el diagnóstico de los Trastornos de personalidad dependen de los sesgos que imprime el género. Los Trastornos de personalidad del cluster A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) son más frecuentes en los hombres. En el cluster B el Antisocial y el Narcisista son más frecuentes en los hombres, mientras que el Límite y el Histriónico los son en mujeres (ratio 3/1). Finalmente en el cluster C la frecuencia es similar en el Evitativo, mayor en los hombres en el Obsesivo-compulsivo y mucho más frecuente en mujeres el Dependiente. Existe un debate permanente acerca de los criterios operativos de diagnóstico, en estos trastornos, porque muchas veces las diferencias de rol, expectativas, creencias y contexto cultural pueden ser determinantes; como señalan Moreno y Franco la etiqueta de género puede condicionar el proceso de socialización para toda la vida. Pero además los límites, a veces borrosos, entre personalidad normal, rasgos de personalidad y trastorno de personalidad pueden dar lugar a diagnósticos que son falsos positivos.

Quizás es este el momento de plantear los **sesgos diagnósticos** derivados del sexo. Desde 1980 en Psiquiatría se vienen utilizando, dentro de las clasificaciones oficiales de Trastornos mentales (DSM y CIE) criterios operativos de diagnóstico que han supuesto un incremento fundamental en la fiabilidad del mismo (no así en la validez, pero ese es otro tema).

Es importante la consideración del género para el diagnóstico válido para hombres y mujeres especialmente en aquellos trastornos que muestran grandes diferencias en la prevalencia o en la etiología neurobiológica o sociocultural. Pero es posible que criterios más específicos no sean mejores que los “neutrales” porque establezcan una distinción no válida. No es fácil la solución, como subrayan Widiger y First; es preciso conocer mejor la fenomenología y expresión de los síntomas en hombres y mujeres y como aplicarlos (algunos parecen haberse convertido en específicos, por ejemplo los trastornos de conversión o los antisociales); en una reciente revisión sobre los Trastornos de conversión, en la que nos planteábamos si la clásica Histeria ha desaparecido o no, todas las investigaciones neurobiológicas estaban hechas exclusivamente en muestras de mujeres!! y algo similar ocurre con los Trastornos disociativos, especialmente el Trastorno de identidad múltiple, probablemente porque muy rara vez los hombres reciben estos diagnósticos.

El problema del sesgo de género para el diagnóstico es especialmente relevante para algunos trastornos. En los trastornos de conducta existen sesgos diagnósticos por los trastornos de conducta en chicos y chicas están sesgados por las conductas normales de ambos sexos, especialmente en la adolescencia. El Trastorno dependiente de personalidad, configurado sobre pautas de sumisión, incapacidad para tomar decisiones, conformidad, falta de opinión propia, etc. que son, en muchas ocasiones inducidas por factores socio-culturales, e incluso legales; los roles sociales de la mujer en muchas culturas imponen como “normales” esas características. Algo parecido ocurre con el Trastorno histriónico de personalidad, basado en rasgos femeninos estereotípicos. Tanto Beauchamp como Hoye señalan que las mujeres reciben con más frecuencia el diagnóstico de Trastornos afectivos y los hombres de esquizofrenia, especialmente en los estadios iniciales de la enfermedad, lo que podría influir en las tasas de incidencia reseñadas en los estudios epidemiológicos.

¿Las preferencias en la prevalencia de los Trastornos mentales en ambos sexos, se dan ya en la infancia? El desarrollo cerebral no es simultáneo en ambos sexos. El córtex frontal, el núcleo caudado y los lóbulos temporales se desarrollan antes en las niñas; el lóbulo frontal se asocia con la toma de decisiones, insight, capacidad de juicio y control emocional, lo que supone una disminución del riesgo para problemas externalizantes, pero puede aumentar el riesgo de problemas internalizantes, especialmente si se acompaña de pubertad precoz. Los niños adquieren el lenguaje más tarde y muestran niveles más altos de impulsividad y tendencia a la acción.

El peso de la conciencia social es mayor en las niñas, lo que supone mayor empatía, más habilidades sociales, les remuerde más cualquier transgresión de normas, mayor comprensión de las emociones de los demás y de sus problemas.

Estas pautas se mantienen a través de toda la infancia y adolescencia. Esas cualidades han perpetuado el “mito de infancia benigna” para las niñas (Zahn-Waxler, 1993), la creencia de que las niñas tienen menos problemas; ellas muestran mayor control, culpa vergüenza y tristeza, mientras que los niños presentan mayor agresividad, más dominio físico, pertenencia grupos sociales más amplios y mayor autoestima.

El estereotipo femenino adulto es descrito como emocional, dependiente, cuidador, pasivo y sacrificado, cualidades que correlacionan con mayor riesgo para la depresión. El estereotipo masculino adulto es agresivo, independiente, racional, activo, pero estas cualidades, aparentemente más positivas, se asocian a otros problemas como rasgos psicopáticos y antisociales.

Los Trastornos de conducta son más frecuentes en los adolescentes, agresividad y agresiones, hostilidad, falta de empatía, conductas destructivas, hurtos, que pueden conducir a comportamientos delictivos. Además de los factores biológicos (el papel de las hormonas) implicados, ya comentados, también existen situaciones de adversidad social que pueden explicar la aparición de Trastornos de conducta; el nivel socio-económico bajo, maltrato, ambiente de violencia, conflictos parentales, alcoholismo o enfermedad mental parental, a la que puede sumarse falta de afecto, cuidados negligentes, estilo de crianza muy tolerante o excesivamente duro pueden estar presentes en la biografía de ambos sexos. Aunque los estudios de seguimiento no son unánimes las adolescentes con Trastornos de conducta proceden de hogares más desestructurados y con abusos y malos tratos. (Zahn-Waxler, 2008).

Quizás deberíamos plantearnos ahora una pregunta ¿en qué medida pautas de conducta diferentes, en ambos sexos, no son “implantadas” por el estilo de crianza, por los modelos familiares y sociales tradicionales? Los padres dan un trato diferente y modelan la conducta de niños y niñas; a los hijos se les da mayor autonomía, mientras que las hijas son más protegidas, consideradas más frágiles y dependientes. ¿Si estas pautas cambiaran radicalmente cambiarían también los estereotipos? ¿Son importantes para el desarrollo de la identidad sexual? ¿O el peso de los factores biológicos sería mayor? Los niños, como nos recuerda Zahn-Waxler, no llegan al mundo con Trastornos psiquiátricos, pero algunos de ellos muestran pronto disfunciones sociales, emocional, cognitivas biológicas y conductuales; la investigación tendrá que centrarse en las interacciones entre vulnerabilidad biológica y experiencias vitales, positivas y negativas, para entender porque ambos sexos difieren en sus capacidades y debilidades.

Una de las patologías psiquiátricas de mayor prevalencia es la Depresión ¿Por qué a partir de la adolescencia las mujeres se deprimen dos veces más que los hombres?

Existen hipótesis que consideran que esa mayor frecuencia en las mujeres es real y las causas pueden ser biológicas, cognitivas o sociales.

¿La mayor tasa de depresión en la mujer obedece a factores biológicos?

Se ha postulado la posibilidad de que exista una mayor heredabilidad para las depresiones en la mujer; En estudios de linaje genético el impacto de algunos *loci* de riesgo para la depresión varía con el sexo; los factores genéticos tenían efecto sólo si se asociaban a un evento negativo.

La influencia de las hormonas, ya comentada pero especialmente su influencia sobre los neurotransmisores cerebrales, serotonina y noradrenalina especialmente se han considerado mecanismos importantes. Receptores específicos para los estrógenos se encuentran en amígdala, hipocampo, córtex, locus coeruleus, núcleos del rafe, sustancia gris, lo que sugiere la implicación de los mismos en el control de la fisiología del humor, cognición y memoria.

El proceso biológico iniciado en la pubertad interactúa con el contexto social para afectar al desarrollo individual emocional y social. Muchos cambios cerebrales tienen lugar durante la adolescencia; las hormonas gonadales afectan a una amplia gama de procesos neuronales: neurogénesis, apoptosis, expresión neuropéptida y sensibilidad de los receptores para neurotransmisores. Los estudios iniciales sobre los efectos de las hormonas gonadales sobre la función cerebral se focalizaban en el hipotálamo, posteriormente se vieron también sobre hipocampo, striatum, amígdala y córtex: Tres receptores estrogénicos median los efectos sobre los sistemas neurotransmisores, colinérgico, noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico, lo que implica que las funciones afectadas son la capacidad cognitiva, agresividad, regulación emocional, aprendizaje y memoria.

Las hormonas gonadales afectan a muchos cambios puberales en la interacción social, impulsos sexuales, afiliación y respuesta a estresores, con diferencias en ambos sexos; los hombres muestran mayor reactividad hipotálamo-pituitario-adrenal hacia retos y las mujeres al rechazo social. Pero además esta época de mayor plasticidad neural puede ser influenciada por experiencias estresantes y aumentar la vulnerabilidad para trastornos psicopatológicos.

Los cambios en las concentraciones de hormonas gonadales van en paralelo con cambios depresivos en la pubertad, independientes de los cambios morfológicos o el nivel de estrés. A la vez los cambios hormonales pueden interactuar con la vulnerabilidad genética, social y psicológica; a los cambios biológicos aparecen cambios (a veces dramáticos) en los roles sociales, problemas de identidad sexual, cambios escolares, interacciones familiares amigos, parejas etc.

El modelo propuesto por Cyranowsky intenta sintetizar todos estos aspectos en un modelo teórico integrador que exponemos brevemente. Por un lado los cambios hormonales (aumento de Oxitocina sobre todo) y la socialización femenina conducen a una intensificación, en la pubertad, de las necesidades de afiliación, sobre las que también ha tenido su influencia una transición difícil a la adolescencia (factores como afiliación parental insegura, temperamento ansioso/inhibido ó bajas habilidades de afrontamiento). El aumento de la necesidad de afiliación y la transición de la adolescencia generan ansiedad y todas ellas generan una diátesis depresógena que al interactuar con los acontecimientos vitales negativos conducen a la Depresión.

La edad de aparición más tardía de la esquizofrenia en las mujeres puede depender del efecto distinto de las hormonas gonadales sobre el neurodesarrollo (la menarquia precoz predice un comienzo más tardío de los síntomas en las mujeres).

En apoyo de esta hipótesis biológicas los Trastornos afectivos relacionados con el ciclo reproductivo de la mujer, Trastorno disfórico premenstrual, depresiones relacionadas con la infertilidad o el aborto, embarazo, especialmente puerperio y menopausia. Asimismo estarían en relación con factores hormonales la mayor frecuencia, en la mujer, de Trastorno afectivo estacional y el mayor riesgo de ciclación rápida en el Trastorno bipolar.

Otras dos hipótesis sustentan la mayor frecuencia de trastornos depresivos en la mujer: cognitiva y social.

El desarrollo, en las mujeres, de un **modelo cognitivo** semejante a la “indefensión aprendida” y un estilo “rumiativo de respuesta darían lugar a más autoesquemas negativos (Evans, 2005). La mayor sociotropía de la mujer constituiría un factor de riesgo añadido (Girgus y Hoeksema, 2006).

Una hipótesis muy aceptada sería la **social**. La mujer está más expuesta al estrés o bien vive los acontecimientos vitales como más estresantes, es más vulnerable a la falta de apoyo social y sufre más situaciones de adversidad crónica. La adversidad durante la infancia, con pobres cuidados maternos, separación precoz, abusos o trastorno mental en los padres son reconocibles y las hijas de madres depresivas tienen mayor riesgo de problemas internalizantes; los conflictos parentales provocan mayor malestar y sentimientos de culpa en las hijas, con tendencia a la ansiedad y depresión. La mayor vulnerabilidad a los acontecimientos estresantes, sobre todo a rupturas interpersonales y las necesidades de apoyo.

La asignación social de roles diferentes para hombres y mujeres debe ser considerada; el rol masculino suele ser mejor valorado, lo cual tiene consecuencias, como bajos niveles de autoestima, menor asertividad, peores estrategias de afrontamiento, etc. (Gili.2004) Algunos estereotipos de género pueden relacionarse con diferencias en la morbilidad psiquiátrica; dependencia, pasividad, necesidad de apoyo afectivo, baja autoestima e indefensión tienen relación con la patología depresiva, mientras que independencia, agresividad, asertividad (estereotipo masculino) se relacionan con otros trastornos. El desempeño de múltiples roles constituye para la mujer, un riesgo añadido; la doble jornada laboral (dentro y fuera del hogar), la sobrecarga del cuidado de familiares, enfermos gravitan sobre ella habitualmente.

Un tema que ha sido tratado en muchos trabajos es el del posible factor de protección, para la mujer, de un trabajo extradoméstico. A finales de los años 70 Brown llevó a cabo un estudio, en Inglaterra, en el que detectaba un grupo de mujeres de alto riesgo para padecer depresiones: edad entre 25 y 35 años, casadas, con hijos pequeños y sin un trabajo extradoméstico; este trabajo fue replicado en otros lugares y entre nosotros por I. Montero, (1981) con hallazgos similares. Posteriormente realizamos un estudio comparativo (Leal y Montero, 1982) encontrando que, cuando la situación laboral es similar las tasas de depresión se aproximan en ambos sexos. El trabajo extradoméstico debe ser bien analizado porque son varias las posibilidades de relación con la depresión femenina: puede ser un factor de riesgo añadido al trabajo del hogar o bien puede tratarse de un trabajo generador de estrés (y en ocasiones con acoso laboral). El desempleo o un trabajo de bajo nivel también serán factores de riesgo; sólo un trabajo gratificante, sin discriminación y con expectativas adecuadas sería un importante factor de protección.

La desventaja social que sufre la mujer en muchas culturas es evidente; pero no es preciso salir de nuestro propio contexto cultural para encontrarla y sólo comentaré un pequeño ejemplo: en una pedanía de nuestra Albufera un azulejo tenía inscrito "*Qui té un fill té una finca, qui té una filla no té res*" y todos sabemos la discriminación que nuestras mujeres han soportado para el acceso a algunos trabajos.

No olvidemos, pues, el refuerzo cultural del estereotipo que promueve conductas de dependencia, emocionales y pasivas la "pérdida de voz" de las mujeres ¿Es la Depresión un problema de mujeres? ¿Desaparecerían las diferencias o al menos disminuirían, como pregunta Wilhem, a igualdad de roles y oportunidades sociales? Sólo estudios futuros tienen la respuesta.

Finalmente otra hipótesis sugiere que esa mayor prevalencia de depresión en mujeres no es real, sino sólo un "**artefacto**". Las mujeres reconocen mejor los síntomas afectivos, buscan más ayuda (esto no se sostiene pues las diferencias son iguales en estudios en población general). Puede ocurrir que exista un sesgo diagnóstico y los síntomas sean modos de expresión no identificados por los criterios usuales. También se ha planteado que exista un equivalente para la depresión en los hombres, el abuso de alcohol o la personalidad antisocial.

A la luz de las pruebas actuales puede decirse que la prevalencia de trastornos depresivos es realmente más elevada entre las mujeres, aunque ninguna de las hipótesis descritas (biológicas, psicológicas, de roles de género, etc.) parece explicar por sí misma la magnitud de las diferencias halladas. De hecho, parece adecuado pensar que estas hipótesis, más que mutuamente excluyentes, son complementarias.

En los países del mundo occidental la ratio de depresión entre géneros se sitúa entre 1,9-3 para las mujeres y 1 para los hombres; en otros muchos países aparecen tasas diferentes. El 84% de las depresiones se inicia entre los 15 y 44 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. Sólo comentaremos algunos aspectos más específicos en la mujer ya que no se trata aquí de abordar integral de la depresión.

Factores de riesgo psicosocial: Baja autoestima y escasa realización personal, baja percepción de control, dependencia, carencia de apoyo social, rol familiar tradicional y peor calidad en las relaciones interpersonales, mayor estrés. La sociotropía de la mujer genera mayor estrés interpersonal y síntomas depresivos (Moller). Más experiencias adversas infantiles, mayor vulnerabilidad al estrés, peores estrategias de afrontamiento).

Superada la dicotomía acerca de la influencia de factores genéticos o ambientales en la etiología de los Trastornos mentales. La interacción genes – ambiente es el modelo sobre el que se sustenta actualmente toda la investigación.

En su trabajo del año 2003 Caspi encuentra que el polimorfismo del gen transportador de la serotonina actúa como modulador de la respuesta al estrés y que la interacción del alelo ss con acontecimientos vitales predice la probabilidad de depresión. En estudios posteriores sobre la interacción entre el gen 5-HTT y acontecimientos estresantes aparecen resultados dispares: algunos replican los hallazgos de Caspi (Caspi, Endler, Wilhelm, Zalsman,) otros no (Gillespie, Surtees) mientras que para un tercer grupo existen resultados positivos sólo en mujeres (Eley, Sjöberg o Grabe) o asociados con elevado neuroticismo. Las diferencias en las muestras y la metodología puede explicar los resultados dispares; posiblemente los hallazgos iniciales estaban sobrevalorados (Zammit, 2006). La Depresión es un Trastorno complejo que no es el resultado de factores genéticos, ni ambientales, sino más bien de la interacción de ambos.

Desde el punto de vista clínico no existen muchas diferencias... Las mujeres presentan mayor aumento de apetito y peso, más trastornos del sueño, más sentimientos de culpa y sobre todo una mayor expresión emocional. Creo que una excelente demostración de las vivencias depresivas lo encontramos en un poema de Rosalía de Castro (“A orillas del Sar”, 1884).

Implacable angustia,  
hondo dolor del alma,  
recuerdo que no muere,  
deseo que no acaba,  
vigilia de la noche,  
torpe sueño del día,  
es lo que queda del placer gustado,  
es el amargo fruto de la vida.

No existen diferencias en tasas de recurrencia o cronicidad. Más consecuencias personales, laborales y sociales, sobre las relaciones de pareja y sobre los hijos; la utilización de servicios sanitarios por depresión es mayor en las mujeres. La respuesta al tratamiento es un tema poco investigado; la mujer rara vez entra a formar parte de ensayos clínicos, ya que entre los criterios de exclusión de aquellos siempre figura la edad fértil; en los últimos años se está considerando cada vez más la necesidad de disponer de información contrastada en este punto.

### **Trastornos relacionados con el ciclo reproductivo:**

Trastorno disfórico premenstrual

Depresión relacionada con infertilidad, aborto y embarazo.

Trastornos puerperales:

Menopausia.

El **Trastorno disfórico premenstrual** se caracteriza por la presencia, en la última semana del ciclo de tristeza, desesperanza, ansiedad, irritabilidad, pérdida de interés, trastornos del sueño y de la alimentación, pérdida de control que acompañan a síntomas físicos (dismenorrea, cefaleas, aumento de peso, etc.) que interfieren con la vida cotidiana. Su frecuencia es difícil de determinar, ya que incluso desde posturas extremas se niega su significado patológico.

La **infertilidad**, al igual que el **aborto** espontáneo, suponen, para algunas mujeres una importante disminución de la autoestima y ello conduce a la aparición de Trastornos depresivos y también de Ansiedad. Las consecuencias del aborto provocado están en función de la presencia de factores de riesgo como que sea fruto de coacción y no deseado, la carencia de apoyo social, que el embarazo fuera fruto de una violación o incesto, la minoría de edad, defectos fetales o enfermedad de la madre y la alta religiosidad.

Brockington, un autor clave en los Trastornos puerperales ha sistematizado muy bien los problemas psiquiátricos de este periodo de la vida de la mujer (su libro “Motherhood and mental illness” tiene varias ediciones y es un clásico de la literatura psiquiátrica. Siguiendo su clasificación repasaremos brevemente los distintos cuadros clínicos.

La **Psicosis puerperal** se presenta en 1 de cada 1.000 nacimientos tiene un alto componente genético. La mayor parte de las veces es una exacerbación de un trastorno bipolar con sintomatología muy florida: irritabilidad, labilidad emocional, confusión, estupor, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta extravagante, ideas delirantes (a veces con riesgo de dañar al bebe), pérdida del sentido de realidad o bien y toma la forma de una psicosis aguda polimorfa.

Puede ser el primer episodio de un Trastorno bipolar y la tasa de recurrencia se sitúa en uno de cada 4 partos siguientes, dato importante para la adopción de medidas preventivas.

### **Trastornos de la relación madre-hijo**

El nacimiento de un hijo plantea una serie de retos: privación de sueño, ajuste de pareja y familia, aislamiento social que pueden convertirse en una situación traumática para la mujer y provocar la aparición de maltrato y abusos al bebe. El apego emocional, respuesta de la madre hacia el niño, puede transformarse en aversión, rechazo, rabia, sin que existan síntomas depresivos. No están reconocidos en las clasificaciones pero los presentan, con distinta gravedad, el 10-25% de las mujeres que son remitidas al psiquiatra tras el parto.

En casos de rechazo extremo habría que plantear un cuidador diferente o la adopción. Los malos tratos, abusos o negligencias con el niño pueden ser la causa de graves trastornos de aprendizaje y déficits cognitivos, en alguna ocasión dramáticos filicidios.

**Preocupaciones mórbidas.** Son quejas acerca de los cambios físicos, obesidad, estrías que en grados extremos pueden ser una dismorfofobia. Los celos, la rabia, etc. son emociones que pueden llegar a ser muy patológicas.

**Trastornos de ansiedad.** Aparecen en un 10% tras el parto, pero la mayoría de las veces son empeoramiento de trastornos anteriores. En el momento del puerperio esta ansiedad se focaliza en el cuidado del niño y se traduce en una vigilancia excesiva sobre su salud y seguridad (Ansiedad de separación maternal) con efectos muy negativos en la crianza.

**Trastorno por estrés postraumático.** Aparece en relación con el miedo al parto ay a la muerte y puede dar lugar a malas relaciones con el niño y a disfunciones sexuales, con temor recurrente a nuevos embarazos.

La **disforia o “blues”** afecta al 5-40% de las mujeres; en la investigación realizada en nuestro Hospital la incidencia era superior al 40%. (Aguilar, 1998) y tenía un claro valor predictivo de la depresión postparto posterior. Varía de una cultura a otra y es más prevalente en mujeres de nivel socioeconómico bajo. No es un Trastorno, es casi normal. Se caracteriza por tristeza, llanto, sentimiento de irrealidad y despegue del bebe. El factor desencadenante es la abstinencia brusca de hormonas gonadales a consecuencia del parto.

La depresión postparto no es una entidad diferente, pero su tratamiento y necesidades específicas han de ser abordadas precozmente porque también pueden tener consecuencias en la crianza de los hijos. En un seguimiento de 4 años las mujeres con DP mostraban 6 veces más riesgo de tener síntomas depresivos recurrentes, más enfermedades médicas y una percepción más negativa sobre la conducta de los niños; si había sólo síntomas depresivos recurrentes (no sólo los del episodio postparto) los hijos presentaban más problemas de conducta y de desarrollo emocional. Estudios de Weissman y Puig-Antich. mostraban que los niños se sienten responsables a veces de la depresión de la madre. Asimismo los conflictos de pareja y la salud mental del padre pueden ser factores de riesgo añadidos.

La incidencia se sitúa entre el 10-15% (Almond 2009). en la investigación llevada a cabo en nuestro Servicio era del 13% (Tomás, 1997). Existen diferencias en los estudios epidemiológicos de distintos países que halbreich sitúa en un rango que va del 0 al 60% y que sólo pueden explicarse por diferencias culturales o criterios de diagnóstico diferentes; en los estudios de nuestro entorno las tasas son similares y el instrumento de screening es la escala de Edinburgh para Depresión postnatal de Las características clínicas son las de una depresión mayor, con algunos síntomas prominentes, ansiedad, confusión, sentimientos de incapacidad para la maternidad, sentimientos de culpa por ello, mayor deterioro cognitivo para atender las demandas del niño (Paris, 2009).

Los predictores de la Depresión postparto más replicados son: Depresión prenatal, autoestima baja, estrés por el cuidado del bebe, escaso apoyo social, malas relaciones de pareja, Hª anterior de depresiones, temperamento del bebe, blues, madre soltera, bajo nivel socio-económico y embarazo no deseado, edad más juvenil (Metanálisis de Beck, 2001); los más significativos son la falta de apoyo familiar, la mala relación de pareja, la presencia de otros acontecimientos vitales y factores de personalidad (neuroticismo sobre todo) o estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés.

La depresión postparto presenta factores de riesgo psicosociales y biológicos. Entre los primeros los más, significativos son la falta de apoyo familiar, la mala relación de pareja, la presencia de otros acontecimientos vitales y factores de personalidad (neuroticismo sobre todo) o estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés. Los biológicos serían, sobre todo, los cambios hormonales; si en el embarazo hay un incremento de estrógenos y progesterona, el parto provoca una caída brusca de ambos y una depleción mantenida del triptófano; así como cambios en los niveles de cortisol o de hormonas tiroideas. La influencia de las hormonas sobre los neurotransmisores cerebrales, serotonina, entre otros, ha sido ya comentada. En cuanto a la genética la presencia de Historia familiar de Trastornos depresivos es más frecuente en las mujeres con Depresión postparto la tasa de concordancia en gemelas monozigóticas es del 40% (Treolar, Forty, 2003).

Es una depresión grave, cuyas consecuencias son el menor afecto recibido por el niño y dificultades en la crianza (Noorlander, 2008). El 5-15% presentan intentos de suicidio, en ocasiones con métodos violentos y en ocasiones incluyendo al bebe. A pesar de su gravedad con frecuencia pasa inadvertida, oculta en la nueva situación personal y familiar, a veces mal estructurada, tarda en ser detectada y no recibe el tratamiento adecuado.

El tratamiento, en estudios controlados, muestra resultados variables, al igual que ocurre en la Psicosis postparto; es precisa una evaluación cuidadosa y con control de niveles hormonales.

Dentro del modelo interacción Gene-Ambiente la Depresión postparto ofrece claras ventajas para la investigación: son mujeres jóvenes, con un Acontecimiento vital fijo (el nacimiento de un hijo) causal y medible, con un periodo de riesgo limitado y posibilidad de estudio prospectivo. En la actualidad nuestro grupo de investigación está participando en estudio multicéntrico sobre la Depresión postparto que coordina Julio Sanjuán y en el que contamos con la colaboración del servicio de Ginecología del Hospital Clínico y de Genética de la Universitat de València. Las hipótesis de este trabajo son dos: La interacción entre polimorfismos genéticos, que influyen en la vulnerabilidad al estrés, con factores ambientales (acontecimientos vitales, falta de apoyo social) predecirá la Depresión postparto y las mujeres con alelo "s" en la región 5-HTLPR tiene más probabilidad de Depresión postparto.

En el esquema que exponemos pueden verse todos los factores estudiados, así como los instrumentos utilizados para ello:

La muestra global está constituida por 1800 mujeres, de las cuales, 320 pertenecen a nuestro Hospital. La edad media es de 31 años, el 96% son casadas, con estudios medios/primarios en su mayoría, situación laboral activa en el 77%, sin problemas económicos graves, familia propia: el 46% eran primíparas y el 50% no presentaban antecedentes psiquiátricos familiares La mayoría tuvieron un parto sin complicaciones y utilizaron lactancia materna.



Hasta el momento podemos establecer ya algunas conclusiones. Las mujeres con alelo “s” en la región 5HTLPR muestran un menor riesgo para la Depresión postparto, en contra de otros estudios como ya hemos referido; el alelo “s” puede ser protector para la depresión en determinadas situaciones ambientales. Los mecanismos genéticos de la Depresión postparto son distintos de los de otras formas de Depresión; una elevada funcionalidad del gen HTT es un factor de riesgo por su interacción con las hormonas. Los factores más relevantes para la Depresión postparto son los acontecimientos vitales estresantes, los antecedentes personales psiquiátricos y el alto neuroticismo.

Finalmente queremos comentar la influencia que la Depresión postparto tiene sobre el desarrollo del niño. Murray (1992) ha insistido en el impacto negativo sobre el temperamento y el desarrollo cognitivo-conductual y social del niño en los primeros meses de su vida. Hace algunos años estudiamos el impacto de la Depresión postparto en hijos de madres depresivas frente a un grupo control de no deprimidas; el Parental Bonding Instrument fue utilizado para valorar el estilo de crianza, por un examinador ciego, encontrando que en las madres deprimidas el estilo era bajo en “afecto” y alto en “control” (Pedrós, 1993). En un seguimiento de 30 meses pudimos observar el impacto negativo en el desarrollo temperamental, psicomotor y social del niño. En la actualidad y ligada a la investigación sobre la Depresión Postparto estamos haciendo un seguimiento de los niños, en colaboración con los pediatras.

## **Menopausia**

En algunas mujeres la peri y postmenopausia pueden constituir una “ventana de vulnerabilidad” durante la cual los problemas de malestar somático y emocional pueden alterar su funcionamiento y empeorar su calidad de vida. Existen factores de riesgo, sofocos problemas de sueño, historia previa de síndrome premenstrual grave o depresión postparto, acontecimientos vitales estresantes, antecedentes depresivos o bajo nivel socio-económico (Dennesrtein 2008). El llamado “síndrome del nido vacío” como factor de riesgo para la Depresión en esos momentos de la vida ha sido rebatido por estudios recientes que asocian una mejoría de los síntomas depresivos con el “abandono del último hijo”; por otra parte también se ha señalado el efecto negativo de la “puerta giratoria” con la vuelta al hogar de los hijos ya independizados.

Como hemos visto anteriormente los estrógenos pueden afectar sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, por lo que fluctuaciones de los mismos puede provocar cambios del estado de ánimo. Son varios los estudios que no encuentran eficacia de los estrógenos en las depresiones menopáusicas, siendo su utilización cuestionada (Riecher-Rossler, 2007) y ya sabemos los efectos colaterales de esta terapéutica, aumento de riesgo cardio-vascular o ictus (revisión de A. Cano, 2009). Los antidepresivos parecen ser eficaces incluso para algunas manifestaciones somáticas; ISRS pero respuesta en menopausia (Pinto-Meza). Algunos estudios observacionales han descrito mejorías en algunas tareas cognitivas, memoria verbal por ejemplo con la terapia hormonal sustitutiva, pero otros controlados, muestran resultados dispares y en algunos un aumento del riesgo de deterioro cognitivo (Torres, 2008).

En la última parte de esta presentación me gustaría referirme a los Trastornos más “duros” de la patología psiquiátrica. Tanto el para el Trastorno Bipolar (la Psicosis maniaco depresiva) como para las Psicosis esquizofrénicas se han dado prevalencias similares en ambos sexos. Ya hemos visto que en el caso de la Esquizofrenia los datos epidemiológicos recientes son distintos y además si existen diferencias en otros aspectos de ambos Trastornos que merecen una valoración.

## **Trastorno Bipolar**

La tasa de Trastorno Bipolar tipo I es igual en ambos sexos pero es mayor en las mujeres el Trastorno Bipolar tipo II (29% versus 15%). El comienzo es más precoz en las mujeres (Suonimen, 2007).

En la mujer el primer episodio es depresivo y hay mayor número de episodios depresivos. Esto hace que en una consulta apresurada se diagnostiquen menos trastornos bipolares en mujeres. En los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de Trastorno bipolar, el 61% eran mujeres (Kessing, 2006).

Uno de los datos más consistentes en toda la literatura es el de la mayor frecuencia de Manía mixta en las mujeres y Kessig encuentra que el 67% de mujeres que consultan por un primer episodio bipolar son diagnosticadas de episodio mixto, con criterios CIE-10 y Gonzalez-Pinto el 62% con criterio DSM-IV. La ciclación rápida es una de las características más específicas del trastorno bipolar en las mujeres (Burt 2004), aunque algunos autores no la consideran (Baldassano, 2005). Esta mayor ciclación junto con el mayor patrón estacional se ha relacionado con fluctuaciones hormonales. Las mujeres presentan además mayor riesgo de comorbilidad con Trastornos tiroideos y Bulimia.

En los estudios de seguimiento las mujeres presentan más intentos de suicidio y Trastornos de pánico y los hombres más abuso de drogas y TOC (Benedetti, 2007).

No aparecen diferencias en la remisión o el número de recurrencias, el porcentaje de recaídas es del 66%, en los hombres manía y en las mujeres depresión (Fekadu, 2006).

Las investigaciones sobre distinta respuesta al tratamiento con eutimizantes muestran resultados contradictorios, salvo para el litio, probablemente porque no hay ensayos clínicos bien controlados ni muestras homogéneas. Lo que sí parece demostrado es el mayor riesgo de manía o hipomanía farmacógena.

## **Esquizofrenia**

Las mujeres tienen una mayor edad en el momento de la aparición de la enfermedad, mejor ajuste premórbido, están casadas en mayor número, tiene más síntomas afectivos más síntomas afectivos, y un curso más favorable. Presentan menos síntomas negativos, menores déficits cognitivos y menos anomalías estructurales cerebrales; tienen más síntomas positivos y experiencias psicóticas, mejor respuesta y adherencia al tratamiento y menor abuso de drogas (Usall 2002; Koster 2008). Nosotros mismos hemos confirmado alguno de estos datos en el observatorio sobre la Esquizofrenia en España ACEE con edad mayor en las mujeres, presencia de menos síntomas negativos, menor abuso de drogas y mejor cumplimentación del tratamiento.

Los **estudios epidemiológicos** tradicionales muestran una incidencia similar de la enfermedad en hombres y mujeres, frente al número siempre menor de éstas en los trabajos de investigación; en los últimos años la ratio hombre/mujer para la incidencia de Esquizofrenia es de 1,34/1 y para la prevalencia de 1,23/1 (Castle, 1993); estas diferencias aunque pequeñas son mayores cuando se utilizan criterios de diagnóstico más estrictos También pueden aparecer diferencias en las ratios si se aplican, en determinados momentos, criterios de diagnóstico DSM-III (se exige para edad menor de 45 años) que eleva la ratio a 2,2/1 (Castle, 1993) o criterios DSM-III-R o IV.

En los hombres la incidencia es mayor antes de los 45 años y en las mujeres después de esa edad, lo cual conecta con los problemas de diagnóstico entre Esquizofrenia tardía y/o Parafrenia...(Leal, 2004), en los que no vamos a entrar aquí. Según Jablensky el riesgo acumulado después de los 50 años es igual para hombres y mujeres.

La mayor incidencia de esquizofrenia en las mujeres de mayor edad ha sido relacionada con el papel protector de los estrógenos.. Seeman (2003) señala las acciones de los estrógenos sobre el SNC: aumentan el flujo sanguíneo cerebral, aumenta la glucosa y oxigenación de las neuronas, aumentan la mielinización, mejoran la conectividad, regulan los canales de Calcio, disminuyen el umbral convulsivo, estimulan el crecimiento de las sinapsis, disminuyen la apoptosis, etc. y todas estas funciones están operativas hasta la menopausia; en este momento se unen además factores psicosociales, aislamiento, pobreza, enfermedades físicas que también pueden contribuir al incremento de la enfermedad a esa edad.

**Edad de inicio.**- Uno de los datos más duros y replicados respecto a la Esquizofrenia es la edad de inicio, mayor en las mujeres un hecho que ya había sido observado por el propio Kraepelin. La edad media de inicio en los hombres está entre 18-25 años, en las mujeres entre 25-30. En las mujeres es más frecuente después de los 45 años, en la adolescencia, por el contrario, la ratio es de 2/1 hombres/mujeres. (Castle, 1998, Haffner 1998.) De cada 10 mujeres esquizofrénicas, 3 superan los 40 años.

Esta diferencia de 3-5 años es independiente de la cultura, de la definición de inicio, de los criterios de diagnóstico y de la correlación de sexos en la población; en muestras de pacientes más graves aparecen menos diferencias (Medina). La edad de riesgo en los hombres es mayor hasta los 30-35 años, luego se estabiliza y va decreciendo; en las mujeres empieza más tarde y aumenta en los siguientes años (Goldstein, 2000).

Esta diferencia es avalada por la mayoría de estudios. No se trata de que las mujeres retrasen más la búsqueda de ayuda (Riecher-Rossler, 2000, estudio DOSMED de Hambrecht 94)) ni de dificultades para situar el inicio, pues ha sido verificado por Haffner utilizando el IRAOS. La utilización de la entrevista estructurada IRAO permite conocer la edad de inicio del primer signo, del primer síntoma negativo, del primer síntoma positivo y claramente el inicio del primer episodio y los hallazgos muestran una edad media en los varones de 22-25 años y de 25-32 en las mujeres; la diferencia de 3-4 años es similar a los estudios anteriores con criterios menos aquilatados sobre el inicio. Se ha tratado de explicar estas diferencias en función de factores psicosociales, pero ni la mayor tasa de empleo ni el matrimonio parecen ser un factor protector, antes bien hay que considerar que el inicio más precoz en los hombres es una traba para los mismos. Las mismas diferencias se encuentran en casi todas las culturas; sólo existen datos de hallazgos contradictorios en algunos países como la India, lo que ha sido en parte atribuido a tasas mayores de mortalidad entre los niños (Gandahar).

Todos los autores están de acuerdo en atribuir esta diferencia, en el inicio, al posible papel protector de los estrógenos, que actúan no sólo sobre la transmisión dopaminérgica sino también sobre la serotonina, noradrenalina y GABA de modo que han sido llamados los “psicoprotectores de la naturaleza“. Los síntomas de la esquizofrenia en la mujer estarían regulados por los niveles en sangre de estradiol; en la fase del ciclo baja en estrógenos hay mayor número de admisiones hospitalarias que en la alta y durante el ingreso los síntomas parecen mejorar con el aumento en los niveles de estradiol.

Las diferencias de género se dan ya en los estadios prodrómicos (Willhite, 2008) y en los primeros episodios de la enfermedad. Cotton (2009), en una muestra de 661 pacientes con primeros episodios (35% de mujeres) encuentra que en las esquizofrénicas había más intentos de suicidio y síntomas depresivos previos, así como más experiencias traumáticas, más alucinaciones; en los hombres mayor abuso de drogas, más síntomas negativos, peor funcionamiento, más gravedad psicopatológica, peor adherencia al tratamiento y más hospitalizaciones.

En la esquizofrenia tardía (inicio después de los 40 años la incidencia es doble en la mujer, su sintomatología es más grave y su curso menos favorable (8, 13); parece que la pérdida de la protección de los estrógenos no sólo incrementa la morbilidad sino también la gravedad.

Las mujeres tienen un mejor **ajuste premórbido**, mejor escolaridad y sociabilidad, además de un CI más elevado. Los hombres tienen una historia premórbida con mayor número de trastornos de conducta, mayor agresividad y más déficits atencionales y anomalías neuromotoras. (Taminga, Hass). Haffner (89) ya señaló que había más mujeres casadas en el momento de la primera admisión hospitalaria posiblemente en relación con su edad de aparición más tardía, y eso les había permitido desarrollar relaciones interpersonales, completar la educación y posiblemente un empleo.

Haffner (2005) encuentra que los niños que posteriormente desarrollan una esquizofrenia mostraron más conductas explosivas y déficits de atención, y las niñas mayor ansiedad; estas pautas persisten en la adolescencia, apareciendo además mayor agresividad en los chicos y Trastornos afectivos y neuróticos en las chicas. En ambos géneros hay déficits neuromotores y del lenguaje, de aparición más tardía en el sexo femenino.

De un modo similar a las pautas que se dan en sujetos normales, los esquizofrénicos muestran, en estas edades, conductas externalizadas (hiperactividad, agresividad verbal, desinhibición conductual) y las esquizofrénicas conductas internalizadas (timidez, aislamiento social, humor depresivo y ansiedad social. Además ellas tienen mejor funcionamiento social y cognitivo y mejor rendimiento escolar.

Los **estudios familiares** muestran una mayor carga genética en las esquizofrénicas (mayor número de familiares afectos); en los familiares de los esquizofrénicos habría un predominio de Trastornos de personalidad esquizotípica y un ¿subsíndrome? de aplanamiento afectivo. Con el fin de explicar las diferencias en el riesgo familiar encontradas en muchos trabajos Goldstein 95) plantea la hipótesis de que los parientes de esquizofrénicos pueden expresar distintos síndromes o síntomas de esquizofrenia, tales como aplanamiento afectivo, personalidad esquizotípica que no habían sido considerados en la historia familiar. Los parientes de las esquizofrénicas desarrollarían formas más graves del espectro esquizofrénico (trastornos esquizoafectivos y esquizofreniformes). Las tasas de concordancia en gemelos monozigotos para la Esquizofrenia son mayores para las parejas femeninas que para las masculinas.

Algunos estudios han sugerido que los efectos que produce el distinto sexo pueden explicarse por locus pseudoautosómico para la esquizofrenia y un modelo XY dominante de transmisión (Crow, de Lisi.), la heterogeneidad genética y/o un exceso de CAG, trinucleótido en las mujeres. Algunos polimorfismos de genes que codifican distintas enzimas como la monoaminérgica, el MTHFD 1958G>A y el MTR 2756A>G se han encontrado asociados significativamente con la esquizofrenia y Trastorno bipolar en los hombres, pero no en las mujeres (empisty, 2007) y otros hallazgos implican un dimorfismo sexual respecto al gen transportador de la Dopamina (Ohadi, 2009). Todos estos estudios necesitan replicación. Basset insiste en que es preciso recordar las tasas de reproductividad en ambos sexos con claras diferencias a favor de las mujeres y pueden explicar los resultados de las investigaciones que muestran un aumento del riesgo de morbilidad en los parientes de probandos femeninas.

Existen estudios que encuentran un mayor número de **complicaciones obstétricas** en los hombres, otros en las mujeres, sobre todo en aquellas con un inicio más precoz de la enfermedad. Un metanálisis de Verdoux no encuentra diferencias entre ambos géneros, aunque si una correlación con la edad de inicio, más complicaciones obstétricas en las de inicio precoz; por el contrario (Hultman) si encuentra más factores de riesgo pre y perinatales, en los varones (multiparidad, hemorragias, tamaño del feto). Para Mc Neil muchas de las diferencias pueden deberse a problemas metodológicos, muestras pequeñas, evaluaciones erróneas, etc.

Parece clara la asociación entre daños pre y perinatales y la aparición de una esquizofrenia, pero las diferencias entre ambos sexos no quedan claras en cuanto al tipo y sobre todo al momento en que se producen; es posible que ambos sexos sean vulnerables en el primer trimestre y los niños lo sean más en el segundo trimestre, en relación con la más lenta maduración cerebral en el útero (van Os). En cuanto al tipo de insultos parece haber una asociación mayor entre influencia maternal y la esquizofrenia en las mujeres. Parece claro que los efectos de todos estos daños sobre el cerebro ocurren en el periodo crítico de la influencia de las hormonas gonadales en la diferenciación sexual del mismo.

Por otro lado sabemos que los esquizofrénicos presentan más Signos Neurológicos menores que los grupos control (Incoordinación motora, por ej), pero existen pocas evidencias de diferencias sexuales. Lane encuentra una correlación entre estos Signos y la Historia familiar de esquizofrenia en las mujeres, mientras que en los hombres se asocia a una historia de complicaciones obstétricas.

Las esquizofrénicas presentan una **sintomatología** con algunas diferencias significativas, más síntomas afectivos (irritabilidad, disforia, impulsividad), más experiencias psicóticas y síntomas positivos más graves, mientras que en los hombres predominan los síntomas negativos (aislamiento, embotamiento afectivo, etc); también en los estudios sobre síntomas psicóticos en la población general aparecen más síntomas negativos en los hombres y más experiencias psicóticas en las mujeres. En un estudio en primeros episodios Szymanski encuentra que las esquizofrénicas muestran de modo significativo, menos alucias, pero más ansiedad, afecto inapropiado y conducta bizarra. Existen evidencias de que las mujeres presentan más síntomas de primer orden de Kurt Schneider especialmente alucinaciones auditivas (25% vs. 15% en los hombres (Marneros)); para Gur esta diferencia desaparece con la edad, hombres y mujeres muestran igual frecuencia de síntomas positivos. En edades más avanzadas las mujeres pueden presentar síntomas positivos más graves y menos síntomas negativos o de menor gravedad (Lindamer) más ideas delirantes de persecución o erotomanías mientras que en los hombres son más frecuentes las de celos y grandeza (Gutierrez-Lobos, 2001).

Las mujeres son con más frecuencia diagnosticadas de subtipos paranoide y desorganizado, los hombres indiferenciado (Andia) y en aquellas más psicosis cicloides y trastornos esquizoafectivos.

Para Seeman la mayor frecuencia de síntomas negativos, en los hombres, puede estar en relación con las dosis más altas de neurolepticos que reciben los hombres y tratarse de negativos secundarios no primarios. En otros estudios posteriores Haffner no encuentra diferencias salvo mayor preocupación en las mujeres. En los hombres son más frecuentes la negligencia en el cuidado personal, menor interés en el trabajo, mayor aislamiento social y déficits de comunicación, mientras que en las mujeres aparece más inquietud y mejor adaptación (¿es un patrón específico de la esquizofrenia o también se da en sujetos normales?). Esta conducta es más frecuente en los enfermos/as más jóvenes y disminuye en la evolución.

Las mujeres presentan más síntomas afectivos, contenidos delirantes distintos, menor abuso de drogas pero una mayor comorbilidad (Trastornos endocrinos, Trastornos de la alimentación, Trastorno por estrés postraumático, Trastornos psicofisiológicos) (Seeman 2003).

Los procesos autoinmunes son más frecuentes en el sexo femenino; entre nosotros Cózar, Tabarés y Mir (2007) han estudiado los valores de citocinas en pacientes esquizofrénicos encontrando en las mujeres niveles más bajos y de forma más acusada en la IL-2, frente a niveles similares en controles y bipolares. Esto indicaría que en las mujeres con esquizofrenia dicho proceso estaría activado con mayor intensidad.

Algunos estudios niegan la mayor prevalencia de síntomas negativos en los hombres y de afectivos en las mujeres (Haffner 94, Addington, Vazquez), probablemente porque hay diferentes criterios diagnósticos, estadio de la enfermedad u otros sesgos. En un análisis factorial de la PANNS aparecen cinco factores (Negativo, Positivo, Excitación, Ansiedad/Depresión y Trastornos del pensamiento/ cognitivos) sin diferencias significativas entre ambos sexos, salvo un peor control de impulsos en las mujeres (Hayashi, 2002).

Finalmente comentaremos los resultados referentes a las alucinaciones auditivas. Existen trabajos que encuentran mayor frecuencia de alucinaciones auditivas en mujeres (Marneros, Rector, Sharma), otros no pero cuando aparecen con más interpretaciones delirantes. Entre nosotros con una muestra amplia y utilizando una escala específica para alucinaciones, la PSYRATS, González (2004, 2006). no encuentra diferencias significativas en la presencia de alucinaciones auditivas entre hombres y mujeres.

En casi toda la información existente se habla de mayores anomalías cerebrales en los varones esquizofrénicos que en las mujeres y son muchas las regiones cerebrales estudiadas. Resumiremos brevemente aquellos hallazgos que hacen referencia a las diferencias por género: La ratio ventrículo cerebral: dilataciones ventriculares más frecuentes en hombres en muchos estudios clásicos mientras que otros la encuentran más en mujeres (Vázquez). En la revisión de O'Connell los hombres muestran mayor dilatación ventricular, aquellos con esquizofrenia esporádica, no familiar. Los estudios sobre el cuerpo calloso no encuentran diferencias en las anomalías entre hombres y mujeres o son inconsistentes. En las investigaciones sobre el lóbulo temporal parece que el volumen del hipocampo es menor en los esquizofrénicos que en las esquizofrénicas. No parece haber diferencias por sexo en gyrus temporal superior, complejo amígdala/hipocampo, córtex prefrontal y caudado. Takahashi más recientemente no encuentra diferencias en el gyrus periculado. (2004).

También los estudios sobre el planum temporale muestran muchas inconsistencias y las diferencias que aparecen en uno u otro género están insuficientemente replicadas. Existen claras diferencias en las asimetrías cerebrales de los esquizofrénicos frente a los controles, con una reducción de la mayor asimetría derecha frente a la izquierda en aquellos. Utilizando el SPECT Acton encuentra en los varones esquizofrénicos, no en las mujeres, una asimetría izquierda de los receptores estriatales D2. Parellada, en cambio no confirma diferencias entre varones y mujeres y por lo tanto no apoya la asimetría estriatal izquierda en los esquizofrénicos. Highley encuentra una mayor asimetría izquierda en las mujeres y derecha en los hombres en sujetos control; en la esquizofrenia esta pauta se invertiría con mayor asimetría derecha en las esquizofrénicas e izquierda en los esquizofrénicos.

Aunque con resultados contradictorios parece haber diferencias por género con mayores anomalías cerebrales en varones (dilataciones ventriculares, estructuras temporales más reducidas) pero muchas de estas estructuras ya presentan un dimorfismo sexual en la población general y algún autor ha sugerido que ese dimorfismo sexual puede ser un factor de protección para la mujer ante la aparición de la esquizofrenia. Los hallazgos sugieren que los factores que contribuyen a producir los dimorfismos sexuales normales pueden ser los mismos que modulan las anomalías cerebrales en la esquizofrenia. *“El impacto de las hormonas esteroideas sexuales sobre el desarrollo cerebral, especialmente durante la gestación tardía y el periodo postnatal, de la diferenciación sexual del cerebro, puede contribuir a entender los mecanismos responsables de los efectos corticales específicos para cada sexo, dado que es cronológicamente el mismo implicado en la esquizofrenia”* (Goldstein 2006).

Los **Déficits cognitivos** en los hombres se refieren a peores resultado en tareas verbales, procesamiento y memoria verbales (Fiszdam, 2003) y en las mujeres, peores resultados en atención, memoria visual y espacial. Algunos autores no encuentran diferencias en el funcionamiento ejecutivo (Chan, 2006). Hoff piensa que las diferencias sexuales en la ejecución cognitiva pueden ser debidas a diferencias entre los géneros, ya comentadas, a la edad de inicio o gravedad de la enfermedad y que cuando se controlan estas variables las diferencias desaparecen.

En la revisión de la literatura encontramos tres grupos de investigaciones:

Mayor deterioro cognitivo en los hombres, sobre todo a los pocos años de evolución (Haas), con más déficits en tareas verbales, indicativas de una disfunción en hemisferio izquierdo. Goldstein (94) ha observado mayor disfunción neuropsicológica en aquellos esquizofrénicos con historia de problemas en el desarrollo, en hombres fundamentalmente; el deterioro aparecía en la habilidad verbal, atención, abstracción, funcionamiento motor, memoria y tareas verbales. En otro estudio del propio Goldstein con grupos control apareados por sexo, las mujeres presentaban menos deterioro en algunas áreas cognitivas, especialmente el procesamiento verbal, pero tenían peores resultados que los controles en funciones ejecutivas, memoria visual, y funciones motoras, mientras que el lenguaje y la memoria verbal y visuo-espacial no se alteraban. En los hombres hay mayor deterioro en atención, memoria verbal y funcionamiento ejecutivo, siendo su diferencia con el grupo control normal mucho mayor.

Mayor deterioro cognitivo en las mujeres: Son muy pocos los estudios que lo encuentran; Perlick habla de peor resultado inatención y tareas de conceptualización y Lewine (96) encuentra que las esquizofrénicas mostraban mayores déficits en memoria verbal, espacial y tareas de procesamiento visual.; las mujeres mostrarían mayor deterioro del hemisferio derecho que del izquierdo que los hombres en los que ambos hemisferios estarían afectados.

Ausencia de diferencias en las tareas cognitivas en ambos géneros. Quizás lo más importante sea el hecho de que el deterioro cognitivo tiene una clara influencia sobre el funcionamiento social de los pacientes esquizofrénicos Mueser encuentra una correlación entre el deterioro de la memoria y pobres habilidades social, en las mujeres y en la misma línea están los resultados de otros autores. Al parecer los déficits cognitivos tienen un efecto más adverso en el funcionamiento social de las mujeres con esquizofrenia. Este hecho es importante cuando se plantea la rehabilitación cognitiva que será efectiva en el desarrollo de habilidades sociales en las esquizofrénicas.

Estudios con PET muestran que los valores de consumo de glucosa están disminuidos en el cíngulo anterior y aumentados en tálamo derecho en los hombres y no en las mujeres. (Fujimoto, 2007).

Evidentemente muchos estudios tienen importantes sesgos metodológicos: carencia de grupos control, muestras pequeñas, no distinción pacientes agudos o crónicos, edad, gravedad o duración del seguimiento, que cuestionan muchos resultados.

El **pronóstico** del Trastorno parece ser mejor en las mujeres, tanto a corto como medio plazo incluso con igual nivel de gravedad psicopatológica. Muestran asimismo menor número de rehospitalizaciones, menor duración de la estancia hospitalaria y tasas más bajas de mortalidad (Riecher, 2000): Casi todos los autores señalan un mejor funcionamiento social, del cuidado personal y ocupacional y menor abuso de drogas. En el trabajo realizado en nuestro país por Usall y cols (2002) encuentran una clara influencia del género en los resultados del DAS y el GAF, con mucho mejor funcionamiento en las mujeres.; el peor funcionamiento aparecía asociado a la duración de la enfermedad y a la presencia de síntomas positivos y negativos en los hombres, y a la menor edad de inicio y síntomas negativos en las mujeres.

En un seguimiento de 20 años Grossman encuentra también diferencias: Las mujeres mejoran a lo largo de los años y presentan menor actividad psicótica y mejor funcionamiento global. En ellas había periodos de remisión en un 61% de casos de esquizofrénicas, comparado con el 41% en los hombres con esquizofrenia., pero no siguen mejorando tras la menopausia. Los factores que pueden influir en estos resultados podrían ser bien la pérdida del papel protector de los estrógenos, bien la mayor estabilidad social adquirida por la mujer antes del comienzo de la enfermedad (empleo estable, pareja, etc.), o la mayor adherencia al tratamiento (Riecher 2000). Probablemente los factores biológicos y los psicosociales contribuyen conjuntamente. Las mujeres tienen mejor pronóstico a corto y medio plazo, pero esta diferencia desaparece a largo plazo; el mejor funcionamiento social es la diferencia más importante respecto a los hombres.

Haffner (2005) ha analizado seis parámetros en la evaluación del curso en ambos géneros: educación, ocupación, empleo, ingresos, nivel de autonomía y pareja estable. Las mujeres tienen claras ventajas en empleo, ingresos y pareja estable sobre todo en los primeros años de evolución, con el paso del tiempo la discapacidad se iguala entre ambos sexos, aunque algunas diferencias persisten por ejemplo el 71 % de los varones nunca se han casado frente al 23% de las mujeres.

Aunque existen escasos estudios algunos autores han señalado que las actitudes familiares y por tanto las expectativas pueden ser distintas ante hijos o hijas con esquizofrenia (Goldstein 1988) con diferencias en la alta expresividad emocional; en un trabajo más reciente Davis solo encuentra mayor criticismo hacia los esquizofrénicos en las familias de elevada EE. Y ya Seeman subrayaba mejor aceptación de las pacientes por la familia, probablemente por las menores expectativas socio-culturales acerca de los roles a desempeñar, la edad de inicio más tardía y menor agresividad de las mismas. Todos los autores han señalado las elevadas tasas de mortalidad en la esquizofrenia; en los hombres hay un aumento de muertes por suicidio, accidentes u homicidio y en las mujeres por cáncer, sobre todo de mama y enfermedades cardiovasculares (Osby 2000); otros estudios no muestran diferencias en las tasas de suicidio (Carlborg 2009).

Aunque no podemos detenernos en ello no queremos dejar de mencionar la influencia de una madre esquizofrénica sobre el desarrollo cognitivo y emocional del niño en los primeros años de vida (Bosanac, 2003); a la enfermedad se suma el que a menudo no existe una pareja estable, ser un embarazo no deseado, la necesidad de ayuda para el cuidado del bebé, etc. Taylor (1991) señalaba dificultades de interacción con el niño, su posible inclusión en los delirios, desorganización de la crianza, posibles abusos, todo ello hace que sean niños de alto riesgo y que pueden presentar un deterioro intelectual y emocional, que es importante prevenir.

El interés por la **calidad de vida** de los pacientes con esquizofrenia ha sido alto en los últimos años, lo que se ha plasmado en un importante número de contribuciones científicas al tema (Giner y cols). Hay acuerdo en que hombres y mujeres con esquizofrenia tienen peor calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva, que la población general, puntuando en niveles medio bajos (Thornicroft et al 2002), siendo este hallazgo constante en culturas diferentes. Las puntuaciones inferiores a la de grupos controles en instrumentos que miden calidad de vida se observan ya desde el inicio. El dato más interesante, a nuestro entender, es la discrepancia observada cuando se comparan indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida en hombres y mujeres. Hay un alto grado de acuerdo en las distintas investigaciones (Röder-Wanner, Priebe, 1998) en el hecho de que las mujeres presentan condiciones de vida más favorables que los varones en casi todas las áreas importantes como trabajo, relaciones, situación económica y situación vital, mientras que los varones, por el contrario, muestran peores indicadores en el terreno de la relación familiar, y han sufrido cambios más drásticos en sus roles sociales. La posición más ventajosa de las mujeres se observa tanto en pacientes de inicio como en pacientes de larga evolución. (Thornicroft *et al*, 2002).

Esta mejor situación vital de las mujeres con esquizofrenia se ha vinculado al mejor funcionamiento premórbido de las mujeres con esquizofrenia y al inicio más tardío del cuadro, que les permiten alcanzar cotas más elevadas de logros en el terreno laboral o relacional, a la menor presencia de síntomas negativos o al curso más benigno de la enfermedad (Leung, Chue, 2000). Hace unos años participamos en un estudio observacional, prospectivo, abierto y multicéntrico llevado a cabo en nuestro país junto con los profesores Baca, Bobes, Cervera, Giner, Ibañez y Seoane sobre una amplia muestra de pacientes, elaborando un cuestionario específico, el Cuestionario Sevilla de Calidad de vida, que recogía la experiencia subjetiva de los pacientes. No aparecieron diferencias entre hombres y mujeres esquizofrénicos que mostraban perfiles superponibles. Cuando se analizaron los datos en función de la edad: no había diferencias en los jóvenes (menores de 30 años), pero sí en la edad media (30-45 años), para volver a igualarse a partir de los 45 años.

Las mujeres parecen tener mejor **respuesta a los antipsicóticos** que los varones, tanto en el caso de primeros episodios como en esquizofrenias más crónicas. Szymansky et al (1995), en un estudio de seguimiento tras un primer episodio, constataban la mejor respuesta a los fármacos de las mujeres, que alcanzan mayores tasas de remisión, tanto en la evaluación a corto plazo del tratamiento (20 semanas), como a largo plazo (56 semanas). Datos similares se habían también observado en esquizofrenias que habían evolucionado con múltiples episodios.



Las mujeres precisan dosis menores de antipsicóticos para obtener respuesta terapéutica. Esta afirmación es especialmente cierta para las mujeres jóvenes en edades fértiles (Andia et al 1995), requiriendo el varón el doble de dosis que la mujer (Halbreicht, Kahn 2003). A pesar de que no existe total acuerdo, se ha señalado que, tras la menopausia, la mujer esquizofrénica requiere dosis de antipsicóticos más elevados, equivalentes a los que precisan los varones (Seeman 1983). Esta menor respuesta en la postmenopausia se ha vinculado a la disminución del flujo cerebral asociado al envejecimiento, a la disminución de receptores D2 y, sobre todo, a la caída de los estrógenos que ejercerían una acción similar a los neurolépticos y potenciarían la acción de estos (Halbreicht, Kahn 2003).

Las aseveraciones anteriores deben considerarse con cierta cautela. Muchos de los estudios anteriormente reseñados tienen limitaciones metodológicas, la falta de ensayos clínicos controlados por ejemplo. El mayor predominio de síntomas positivos en las esquizofrenias podía justificar este mejor resultado, ya que es sabido que estos síntomas son más sensibles a tratamiento farmacológico que los síntomas negativos.

La mayor **adherencia al tratamiento** de las mujeres puede ser un potente predictor de respuesta., pero no se hace sin pagar el precio de una mayor frecuencia de efectos extrapiramidales, especialmente de discinesias aguda y tardía, especialmente en las esquizofrénicas de más edad. Las mujeres parecen ser también más vulnerables a los efectos secundarios cardiovasculares. (Seeman, 2004) y también a complicaciones endocrinológicas. (hiperprolactinemia, amenorrea, aumento de peso, galactorrea, disfunciones sexuales, etc) El estudio CATIE (2005) sobre Antipsicóticos muestra en las mujeres mayor prevalencia de síndrome metabólico (51,6% en los hombres frente al 36% en mujeres) mayor riesgo cardiaco, aumento de diabetes (16% vs 11%) y obesidad.

La eficacia de los tratamientos psicosociales también difiere en función del sexo. Leung y Chue (2000), en su amplia revisión que realizan sobre sexo y esquizofrenia, refieren que los entrenamientos en habilidades sociales parecen ser más eficaces en los varones que en las mujeres, aunque estas últimas tienen mejor adherencia a los programas.,. Por otra parte, los programas de intervención familiar intervenciones son más efectivas en las mujeres esquizofrénicas, muestran mayor asiduidad a las sesiones y mayor capacidad para modificar actitudes críticas. Los varones esquizofrénicos tienen más problemas para aceptar la dependencia familiar, tienen más conductas disociales y de abuso de sustancias, lo que podría justificar la menor respuesta a la intervención familiar.

Se han formulado varias hipótesis para explicar las diferencias entre hombres y mujeres que aparecen en la Esquizofrenia:

### **Hipótesis estrogénica**

La edad de inicio más tardía en las mujeres ha sido el dato clínico que orienta hacia el efecto neuroprotector de los estrógenos. Varios grupos de investigadores (Riecher-Rössler 2002) han señalado que las mujeres esquizofrénicas tenían una menarquia más tardía que los grupos controles y la existencia de una relación inversa entre edad de menarquia y primeros síntomas psicóticos, de forma que las mujeres con menarquia más tardía tendrían un inicio más precoz de la enfermedad. Hay un cierto paralelismo entre estado estrogénico de la mujer y manifestaciones clínicas (Riecher-Rössler 2003). Se ha constatado un empeoramiento de la clínica psicótica durante la fase pre o perimenstrual, cuando descienden los niveles de estrógenos, con mayor número de ingresos en este periodo (Althaus et al 2000) y exacerbación también de síntomas no psicóticos (afectivos, conductuales, somáticos). Se ha indicado también la asociación entre niveles altos estrogénicos y mejor rendimiento cognitivo, aunque en ocasiones no se ha controlado el factor edad y no parece aplicable a esquizofrenias que evolucionan mal (Moriarty et al 2001).

Otra observación clínica parece corroborar estos datos. Las mujeres gestantes mejoran de sus síntomas (Seeman 1996) y la psicosis se reagudiza tras el parto. Algo similar ocurre tras la menopausia, momento en el que el curso de la esquizofrenia empeora (Halbreich, Kahn, 2003) y la misma razón puede subyacer en el mal pronóstico de los esquizofrenias tardías entre las mujeres (Riecher-Rössler et al 1997).

El efecto neuroprotector insinuado en las observaciones clínicas encuentra su fundamento en la investigación básica. Existen receptores estrogénicos ampliamente distribuidos en el sistema nervioso central, especialmente en amígdala, hipotálamo, corteza cerebral, hipocampo, áreas ligadas a funciones neuroendocrinas pero también a emoción, memoria o cognición, sin olvidar la importante influencia de las hormonas sexuales en el desarrollo del SNC y en el dimorfismo cerebral en el que está implicado áreas (cuerpo calloso, núcleos supraorbitario y paraventricular) con importante papel en la patogénesis de la esquizofrenia.

El 17 beta estradiol, el más potente de los estrógenos, ejerce su acción a través principalmente de los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos. Modulan el número y la sensibilidad de los receptores D2, incrementan la expresión y capacidad de fijación de los receptores 5HT2A y disminuyen los 5HT1A (Cyr et al, 2000). De esta acción sobre los receptores se ha postulado que los estrógenos ejercerían una acción antipsicótica y amortiguadora del estrés.

En función de las pruebas se ha insinuado que la terapia hormonal podía ser un eficaz recurso en el tratamiento de mujeres jóvenes esquizofrénicas como ya lo es en los cuadros depresivos del postparto o de la menopausia (Riecher-Rössler 2003). Algunos datos preliminares son prometedores. Kulkarni et al (1999) observaron que la adicción de estrógenos al tratamiento antipsicótico provocaba una mayor y más rápida respuesta; en una experiencia reciente (Kulkarni 2009), la adicción de 100 nanogramos de estradiol a los antipsicóticos disminuye la puntuación en la escala PANSS. Algo similar se observa en pacientes con psicosis postparto o en pacientes esquizofrénicas posmenopáusicas (Lindamer et al, 2001), aunque no se ha comprobado que esta potenciación terapéutica se mantenga tras periodos prolongados de tratamiento. Existen, pues, expectativas de que los estrógenos puedan complementar el tratamiento de la Esquizofrenia por su papel neuro y psicoprotector, pero se precisan más investigaciones, especialmente para su utilización en mujeres jóvenes, sin déficits estrogénicos verificados (Seeman, 2005).

La hipótesis estrogénica es especialmente atractiva para explicar las diferencias en la esquizofrenia entre hombres y mujeres. En apoyo de esta acción protectora de los estrógenos la disminución de la densidad mineral ósea, marcador biológico de la exposición reducida a estrógenos, aumenta el riesgo de psicosis? ; está más reducida en las mujeres esquizofrénicas., Asimismo esta hipótesis se apoya en el incremento de la incidencia en la perimenopausia (Riecher.- Rössler (2007). Sin embargo se muestra claramente insuficiente para explicar por qué todos los hombres y mujeres con esquizofrenia no difieren en estas variables ni para aclarar el papel de las anomalías estructurales y de las complicaciones obstétricas en la patogenia de esta enfermedad.

### **Heterogeneidad en los subtipos de esquizofrenia**

Las diferencias de género que se aprecian en la esquizofrenia podría ser explicadas por la existencia de diferentes subtipos de este trastorno para los que hombres y mujeres tuvieran diferente riesgo y por lo tanto distinta prevalencia.

Goldstein llega a delimitar dos subtipos. El primero, más prevalente en el varón, se caracterizaría por bajo riesgo de morbilidad familiar, más anomalías cerebrales y por sintomatología deficitaria con mal funcionamiento premórbido y mayor tasa de nacimientos en invierno. El segundo subtipo, más prevalente entre las mujeres se caracterizaría por el alto riesgo familiar, comienzo más tardío, la clínica de disforia y delirio persecutorio, nacimientos fuera del periodo invernal y mejor pronóstico. Ambos subtipos no serían exclusivos de uno u otro sexo, sino que su riesgo para padecerlo sería diferente.

En esta misma línea de diferenciar subtipos se encuentran los trabajos de Castle (1994) que, mediante análisis de clases latentes, en una amplia muestra de pacientes con primer episodio, distinguen tres grupos: un tipo relacionado con el neurodesarrollo, (predominante en varones), un tipo esquizoafectivo (primordialmente femenina) y un tercer tipo paranoide (que se presentaba por igual en hombres y mujeres).

El subtipo relacionado con el neurodesarrollo, se caracterizaría por el comienzo precoz, mal funcionamiento social premórbido, síntomas negativos (restricción y aplanamiento de afectos), más antecedentes familiares de esquizofrenia, de complicaciones obstétricas y anomalías físicas menores, afectación cognitiva y mal pronóstico. Proponen que esta esquizofrenia del neurodesarrollo es debida a una afectación prenatal o perinatal.

El segundo subtipo, esquizoafectivo, tiene un comienzo en la vida adulta y las mujeres tendrían más vulnerabilidad para él. Estaría caracterizado por la riqueza de síntomas afectivos, buen funcionamiento premórbido y alta frecuencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos”. El tercer subtipo, de comienzo en edades tardías y predominio clínico de los delirios, fue propuesto originariamente como más frecuente entre las mujeres y su descripción clínica recuerda mucho a la de la parafrenia tardía.

### **Hipótesis del neurodesarrollo**

En cierta manera está relacionada con la hipótesis de subtipos específicos de esquizofrenia. Propone que las diferencias de género en la esquizofrenia son debidas a diferente afectación en el proceso del neurodesarrollo.

Una variante de la teoría del neurodesarrollo es la hipótesis de la esquizofrenia como alteración tardía del neurodesarrollo. Se plantea que la esquizofrenia sería consecuencia de la excesiva poda en las sinapsis córtico subcortical y córtico – cortical (Keshavan et al 1994). En este proceso hay diferencias en función del sexo debido a la acción de las hormonas sexuales, ya que los estrógenos proporcionan una especial protección contra la poda excesiva.

### **Hipótesis psicosocial**

Algunos autores han sugerido que las diferencias de género en la esquizofrenia son el resultado de diferente susceptibilidad al estrés. Se ha señalado que los hombres experimentan más estrés interpersonal, que sufren más los efectos de éste que las mujeres y que la sociedad les demanda de forma más precoz que asuman estos papeles estresantes. Sin embargo hay pocas pruebas que sustenten esta teoría y cada argumento puede ser rebatido. Así, no hay datos que señalen la relación etiológica entre estrés interpersonal y esquizofrenia, ni se ha demostrado que los efectos del estrés sean peores en los hombres que en las mujeres. Por otra parte, las situaciones estresantes no son más frecuentes en uno u otro sexo, algunas lo son más en los varones y otras en las mujeres. Tampoco es posible relacionar demanda social y esquizofrenia. Las diferencias de género en la esquizofrenia se han detectado en todas las culturas, culturas que difieren notablemente en los requerimientos sociales que le hacen a los dos sexos. De cualquier manera en el modelo de interacción Genes-ambiente que hoy impera ningún factor debe ser abandonado. Como dice Brenner (Premio Nobel de Medicina 2002) *“Vivimos en un mar de datos, el reto es convertirlos en conocimiento”*.

La investigación debe continuar, ¿somos las mujeres diferentes para enfermar?; si es así habrá que tomar en consideración las diferencias sexuales y de género para la programación de la asistencia sanitaria. Es evidente que los factores de riesgo que incrementan la prevalencia de algunos trastornos no pueden desaparecer (los biológicos) pero si podemos y debemos intervenir sobre otros, las pautas de crianza inadecuadas, los estereotipos excesivamente acuñados por influencias socio-culturales, las desventajas sociales, la discriminación de todo tipo pueden ser modificadas y con toda probabilidad ello mejorara la Salud Mental de las mujeres.

Muchas gracias

## Bibliografía seleccionada

- ALARCÓN RD, BELL CC, KEIMAYER LJ ET AL. Beyond the fumhouse mirrors: research agenda on culture and psychiatric diagnosis. In: *A research Agenda for DSM-V*. Ed.Kerpfer DJ, First Regier APA 2002 pp. 219-281.
- ALEMAN A AHN S SELTEN JP. Sex differences in the ris for schizophrenia: evidence from metanalysis. *Arch. Gen Psychiatry* 2003; 60; 565-71.
- Baca E. Leal C. Roca M.Diagnostic process and management of Schizophrenia in Spain: the ACEE project. *Actas Esp. de Psiquiatría*. 2006, 34 (4) 224-30.
- BALANZÁ V. TABARES R. MARTINEZ A SALAZAR J LEAL C. VIETA E GÓMEZ BENEYTO M Persistent cognitive dusfunctions in Bipolar I and schizophrenic patients: a 3 year follow-up study. *Psychotherap Psychosom* 2005; 74 (2) 113-9.
- BROCKINGTON IF. *Motherhood and mental Health*. Oxford: Oxford University Press,1996.
- BROCKINGTON I. Postpartum Psychiatric Disorders. *Lancet*, 363; 303-10, 2004.
- CASPI A. SUGDEN MOFFIT TE. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5HTT gene. *Science* 2003; 301.
- CASTLE DJ *Women and Schziophrenia*, Cambridge University Press, 2000.
- CASTLE DJ UL ARNI J. ABEL M MOOD A. *Anxiety disorders in women*. Cambridge University Press, 2006.
- COTTON SM; LAMBERT M. SCHIMMELMANN BG. Gender differences in premorbid, entry, treatment and outcome characteristics in a treated epidemiological simple of 661 patients with first episode psychosis. *Schizoph. Res.* 114; 17-24, 2009.
- COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*; 150: 782-86, 1987.
- CYRANOWS I JM FRAN E. YOUNG E ET AL. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rate of major depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000. 57; 21-27.
- GIBERT J. Estrógenos y esquizofrenia. En *Psiquiatría y mujer*. Aula Médica, 2006 pp 57-82.
- GINER J. IBAÑEZ E. CERVERA S. LEAL C. BACA E BOBES J. Historia y validez del cuestionario Sevilla Calidad de vida. *Actas Esp. de Psiquiatría* 1999. 27 (1) 8-13.
- Gómez-Beneyto M. Pedrós A. Tomás A. Aguilar Leal C. Psychometric properties of the Parental Bonding Instrument in a Spanish sample. *Soc. Psychiatr. Epidemiology*, 1993; 28(5) 252-55
- GONZALEZ JC. AGUILAR E BERENQUER V. LEAL C. SANJUAN J. Persistent auditory hallucinations. *Psychopathology*, 2006. 39(3) 102-106.
- HÄFNER H. Gender differences in First-Episode Schizophrenia. In: Frank El (ed) *Gender and its effects on Psychopathology*. Washington, American Psychiatric Press. 2000.
- HALBREICH U. Puerperium disphorias and psychoses. XIV Int, Symp. "Risk factors in Psycriatry". Barcelona 2007.
- HARO JM PALACIN C. VILAGUT G ET AL Prevalencia de los Trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESSEMeD. España. *Med. Clin.* 126 (1) 445-51.
- Ibañez E. Prólogo al libro Género y Salud Mental del I. Caro. Biblioteca Nueva, 2001.
- JOSEFSSON A, SYDSJÖ G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behaviour after four years. *Arch. Women Mental Health*, 10: 141-145. 2007.
- KEMPISTY B, SIKORA , LIANERI M, ET AL. *Psychiatric Genetic* 17: 177-81. 2007.
- KENDLER KS, WALSH D. Gender and schizophrenia : result of an epidemiological based family study. *British Journal of Psychiatry* 44: 881-892, 1995.
- KESSING LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 6: 421-425, 2004.
- KULKARNI J, GURVICH C, GILBERT H. MEHMEDBEGOVIC F. MU L, MARSTON N, GAVRILIDIS E, DE CASTELLA A. Hormone modulation: Anovel therapeutic approach for women with severe mental illness. *Australia and New Zealand Journal o Psychiatr* 42: 83-88, 2008.

- LEAL C. Epidemiología de la Esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Ed Neurociencias Barcelona, 1995.
- LEAL C. MONTERO I. Consecuencias sociales de la Depresión. Opinión en Psiquiatría 1997, nº 6.
- LEAL C. CERVERA S. GINER J. IBAÑEZ E. BACA E BOBES J. Psicopatología y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Luso-Esp de Neurol y Psiquiatr.* 1997, 25, 32-37.
- LEAL C. Trastornos depresivos en la mujer Ed Mason. 1999.
- LEAL C. FRANCO MD. Esquizofrenia y género. En: *Trastornos psicóticos*. Ars XXI Barcelona 2006, pp. 273-303.
- LEAL I. SALES R. IBAÑEZ E GINER J. LEAL C Evaluación del efecto de un programa psicoeducativo sobre la carga de los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp. de Psiquiatría* 2008, 36 (2) 63-69.
- LÓPEZ-IBOR JJ LEAL C. CARBONELL C. *Imágenes de la Psiquiatría española*.
- MC GRATH J. SAHA S WEHLMAN J.A systematic review of the incidence of Schizophrenia . *BMC Medicine*, 2004. 2:13; 1-22.
- MEDINA M. *Esquizofrenia y género*. Tesis doctoral. Valencia.
- MONTERO I IGLESIAS F. LEAL C. Depression in women: analysis of sociodemographic factors. *Actas Luso-Esp de Neurol. Psiquiatr. y C. afines*. 1982, 10 (4) 205-14.
- MORENO MJ, FRANCO MD. *Género y Trastornos de personalidad*. (En prensa).
- MORLEY KI, COTTON SM, CONUS P, LAMBERT M, SCHIMMELMANN BG, MCGORRY PD, FOLEY DL. Familial psychopathology in the First Episode Psychosis Outcome Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42: 617-626, 2008.
- MURRAY L, HIPWELL A , HOOPER R, ET AL. The cognitive development of 5-years-old children of postnatally depressed mothers. *J. Child Psychol Psychiatr.* 37: 927-37, 1996.
- NAJMAN JM, ANDERSEN MJ, BOR W, O'CALLAGHAN MJ, WILLIAMS GM. Postnatal depression: myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 35: 19-27, 2000.
- PEDRÓS A, TOMÁS A LEAL C AGUILAR Influencia de la conducta, actitudes y crianza sobre el desarrollo del niño de madres con Depresión postparto. *Actas Esp. de Psiquiatría*, 2002 30 (5) 292-300.
- PERÄLÄ J, SUVISAARI J, SAARNI SI, KOUPPASALMI K, ISOMETSÄ E, PIRKOLA S, PARTONEN T, TUULIO-HENRIKSSON A, HINTIKKA J, KIESEPPÄ T, HÄRKÄNEN T, KOSKINEN S, LÖNNQVIST J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 64: 18-28. 2007.
- RAMSHANDANI P, STERN A, EVANS J, O'CONNOR TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365: 2201-5. 2005.
- RIECHER-RÖSSLER A, DE GEYTER C. The forthcoming role of treatment with oestrogens in mental health. *Swiss Medical Weekly*, 137: 565-572. 2007.
- RIECHER-RÖSSLER A, HOFECK M. Postpartum depression: do we still need the diagnostic term. *Acta Psychiat. Scand. Suppl.* 418: 51-56, 2003.
- ROCA M. GILI M. FERRER V. ET AL. Mental disorders in the island of Formentera. *Soc. Psych Epidemiol.* 1999 34; 410-15.
- Sanjuan J Gonzalez JC. Aguilar E. Leal C. van Os J Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scand.* 2004 110 (4) 273-8.
- SANJUAN J. GONZALEZ JC. Biología de las diferencias biológicas según el sexo. En *Psiquiatría y mujer*. Aula Médica, 2006. pp. 9-43.
- SANJUÁN J. MARTIN-SANTOS R. GARCÍA ESTEVE L. ET AL. Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *British J. of Psychiatry*, 2008, 193; 383-88.
- SECHZER JA, PFAFFLIN SM, DENMARK FL, GRIFFIN A, BLUMENTHAL SJ (eds). *Women and Mental Health*. New York, New York Academy of Sciences. 1996.
- SKODOL AE, BENDER DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatry Quarterly*, 74: 349-360, 2004.
- STENIUS VM, VEYSEY BM, HAMILTON Z, ANDERSEN R. Social roles in women's lives: changing conception of self. *J Behav Health Serv. Res.* 2005 Apr.-Jun.; 32 (2): 182-198.
- SZYMANSKY S, LIEBERMAN JA, ALVIR JM, ET AL. Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biological index in the first-episode schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 152: 698-703, 1995.

- TABARÉS R. SELVA G. BALANZÁ V. SALAZAR J LEAL C. Principales hallazgos neurocognitivos en la Esquizofrenia y Trastorno Bipolar: ¿específicos o inespecíficos. En: Eds Pichot Ezcurra Gonzalez Pinto y Gutierrez. Aula Médica 2001 pp. 269-302.
- VAN OS J. SELTON J. Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. *Brit J. Psych.* 1998, 172; 324-26.
- VIETA E. COLOM F COMES M GOICOLEA JM Trastorno bipolar y mujer: la ciclación rápida como paradigma de las diferencias de género.
- WIDIGER TA. Invited essay: Sex bias in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders.* 12 (2): 95-118, 1998.
- WIDIGER TA. DSM'S Approach to gender. In: *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis.* APA. Arlington, pp 19-29. Eds. Narrow, First, Siroketta y Regier. 2007.
- WISNER K, DOLAN-SEWEL R. Why gender Matters. In: *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis.* APA. Arlington, pp 7-18. Eds. Narrow, First, Siroketta y Regier. 2007.
- WPA ES CHANDRA, HERMAN , FISHER, ET AL. *Contemporary topics in Women's Mental Health.* Wiley Blacwell 2009.
- YONKERS KA, NARROW W, HALMI K. Clinical validators of diagnosis. In: *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis.* APA. Arlington, pp 113-125. Eds. Narrow, First, Siroketta y Regier. 2007.
- ZAHN-WAXLER C, SHIRKCLIFF EA, MARCEAU R. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Anun. Rev. Clin. Psychol.* U : 275-303. 2008.

## **DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO**

**Ilmo. Sr D. Adolfo Benages Martinez**

SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA,  
SRAS. ACADÉMICAS, SRS. ACADÉMICOS,  
SEÑORAS Y SEÑORES:

El ingreso de un nuevo académico, en esta ocasión Académico, es siempre un motivo de esperanza y alegría, dado que presupone una nueva aportación con una visión diferenciada a los quehaceres cotidianos de una Real Academia de Medicina que deben estar centrados en la reflexión, estudio y apertura a la sociedad que nos envuelve. La nueva Académica va a aportar la visión de una psiquiatra con muy amplia experiencia en la clínica, docencia e investigación; así que tenemos la seguridad de la excelencia de la labor de Carmen Leal en las diversas tareas que le encomiende nuestra Academia. Como muestra de lo mucho que se espera de Carmen Leal es su elección por unanimidad al sillón vacante en la especialidad de Psiquiatría.

Junto a estos aspectos institucionales, debo remarcar los aspectos personales que motivan mi más profunda satisfacción por el ingreso de la nueva Académica. Carmen Leal y yo somos amigos desde 1959 (50 años justos); nuestra amistad ha resistido el paso del tiempo, con sus gozos y sombras, y trascendido a nuestras respectivas familias. Carmen Leal siempre ha ido un paso por delante, tanto en edad, puesto asistencial como Jefa de Servicio, en su caso, y consecución de la máxima categoría universitaria, pero en esta ocasión me cabe el honor y la satisfacción de contestar a su discurso de recepción en nuestra Real Academia como Académica Numeraria ya que, en esta única ocasión, he ido por delante. Se entenderá, pues, la natural alegría que me produce este acto.

Cuando se produjo la vacante del sillón que va a ocupar Carmen Leal por el fallecimiento de nuestro común amigo Enrique Amat, era reacia a presentar su candidatura, pero la convencí, creo yo, con un escueto e-mail que decía: “Carmen, tienes que presentar tu candidatura por dos motivos: tu trayectoria profesional y por ser mujer”; ambos argumentos merecen ser comentados en ese orden.

La nueva Académica pertenece a la última promoción que cursa una Licenciatura de Medicina y Cirugía de 7 años, el primero de ellos en la Facultad de Ciencias y por ello, cursamos conjuntamente los restantes cursos específicos de la Licenciatura de Medicina. De ahí, como he comentado previamente, nuestros 50 años de amistad continuada. En aquella época, al llegar al cuarto curso, una gran mayoría de estudiantes establecíamos contacto con la clínica ingresando como alumnos supernumerarios en aquellas Cátedras con mayor afinidad a nuestras inquietudes; Carmen Leal tuvo muy claro, desde el principio, que quería ser psiquiatra y por ello, se dirigió a la Cátedra de Psiquiatría regentada por el Prof. Román Alberca, primer maestro de la nueva Académica, y con ello, inició su aprendizaje psiquiátrico con Enrique Amat, entre otros psiquiatras jóvenes de dicho Servicio; de este modo, se completa el círculo de la vida ocupando el sillón vacante de uno de sus primeros maestros de la práctica clínica.

Desde el punto de vista asistencial, sus primeros años están dedicados a la formación psiquiátrica en el Servicio de Psiquiatría del H. Clínico Universitario de Valencia con estancias en otros centros nacionales (H. Psiquiátrico de Murcia) y extranjeros (H. Vancluse de Paris); su afán por proseguir la formación psiquiátrica persiste a lo largo de su vida con cursos de formación continuada en distintos congresos nacionales e internacionales y en 1989 permanece un mes en Nueva York con estancias en diversos hospitales y servicios de Salud Mental. Junto a su faceta formativa, desde 1968 se integra orgánicamente en el Servicio de Psiquiatría del H. Clínico Universitario de Valencia, dirigido en aquel momento por el Prof. Rojo Sierra y que podemos considerar como su segundo gran maestro, especialmente en los aspectos docentes; en 1976 alcanza la responsabilidad de Jefa del Servicio de Psiquiatría de este hospital que prosigue hasta la actualidad, salvo un breve intervalo durante su periodo como Catedrática de Psiquiatría en la Universidad de Cádiz. En el momento actual, junto a la jefatura del Servicio de Psiquiatría es la responsable de la coordinación en Psiquiatría del Departamento 5 de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Este breve bosquejo de su actividad asistencial demuestra fehacientemente su intensa dedicación asistencial.

Si analizamos la vertiente docente y de gestión de Carmen Leal observaremos su progresivo ascenso en la carrera docente; comienza como Médica Interna en la Cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Valencia (1966) pasando por Ayudante de Clases Prácticas y en 1977 obtiene una plaza de Profesora Adjunta Numeraria (en la nomenclatura de la época); posteriormente consigue la plaza de Profesora Agregada Numeraria de Psiquiatría de nuestra Universidad (1979) y culmina su carrera universitaria con la obtención de la plaza de Catedrática de Psiquiatría en la Universidad de Cádiz en 1981, retornando a nuestra Universidad en 1983 donde permanece hasta la actualidad. Su disponibilidad docente va más allá del compromiso con la Licenciatura de Medicina y así, durante años se encarga de la docencia en lo que se denominaban entonces Escuelas de ATS, tanto del H. Clínico Universitario de Valencia como de la Diocesana, o en la Escuela de Criminología o en la Facultad de Derecho de nuestra Universidad. Su compromiso universitario le mueve al desempeño de distintos cargos unipersonales, como Vicedecana en la Facultad de Medicina de Cádiz y Decana de la Facultad de Medicina de la Universitat de València en el periodo 1986-87. Este breve resumen de la actividad docente de la nueva Académica muestra su decidida apuesta por la docencia.

Junto a la gestión universitaria ya reseñada, debemos apuntar que Carmen Leal ha desempeñado los principales cargos en las sociedades científicas psiquiátricas: Presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Sociedad Española de Psiquiatría, de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, etc. En función de sus cargos ha tenido la responsabilidad de organizar y dirigir distintos congresos nacionales e internacionales.

Su experiencia asistencial y su marcada vocación docente le han permitido publicar diversos tratados y capítulos sobre Psiquiatría; solo quiero destacar por su indudable impacto el Tratado de Psiquiatría editado junto al Prof. Julio Vallejo y que se ha convertido ya en un "clásico", de obligado manejo entre estudiantes y psiquiatras. Por su estrecha relación con el tema elegido por Carmen Leal para su recepción en esta Real Academia también mencionaré uno de sus libros, "Trastornos depresivos de la mujer" editado en 1999.



Su labor investigadora se inicia en el mismo año de su Licenciatura (1965) y es necesario reseñar que sus 7 primeros trabajos publicados lo son conjuntamente con Enrique Amat. En 1974 defiende su Tesis Doctoral que versa sobre “Trastornos psiquiátricos en los traumatismos craneo-encefálicos”, dirigida por el Prof. Rojo Sierra, y que obtiene el Premio Extraordinario de Doctorado de la Universidad de Valencia. A lo largo de su trayectoria investigadora ha publicado numerosos trabajos que tienen en común su rigurosidad sobre diversos aspectos clínicos y traslacionales. No es momento idóneo para repasar pormenorizadamente la extensa labor investigadora de la nueva Académica, expresada en sus publicaciones y en los distintos Proyectos de Investigación competitivos subvencionados por agencias oficiales; pero si quiero subrayar que algunas publicaciones se relacionan estrechamente con el discurso de recepción que hemos escuchado previamente, me refiero a los publicados en 1982 junto a Isabel Montero y Felipe Iglesias sobre aspectos de la depresión en mujeres; ello demuestra que el tema del discurso de recepción obedece a una preocupación lejana, pero persistente, de la nueva Académica.

Este breve recorrido por la trayectoria de Carmen Leal demuestra objetivamente la necesidad de presentar su candidatura al sillón vacante de Psiquiatría en nuestra Real Academia y el acierto de ésta en apoyar unánimemente su ingreso. Nuestro primer argumento ha quedado plenamente demostrado.

Respecto al segundo argumento (“por ser mujer”), el análisis de la situación actual de las científicas en diversos ámbitos (Universidad, Sanidad, Reales Academias, Consejo Superior de Investigaciones Científicas) merece algunas consideraciones.

En el siglo XIX, afirmaba Stuart Mill que en una sociedad igualitaria, la servidumbre femenina es el gran anacronismo y todavía hoy, siglo XXI, persiste este anacronismo, a pesar de los indudables avances que se han logrado con el esfuerzo de mujeres y hombres. Un excelente estudio titulado “La excelencia científica (hombres y mujeres en las Reales Academias)”, dirigido por María Antonia García de León Álvarez y editado por el Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) en 2005 analiza minuciosamente el número, responsabilidades y opiniones de académicos y académicas sobre este tema; el propósito central del estudio es poner en evidencia la enorme fuerza de la discriminación de género, la dificultad de acceso a las Reales Academias de las mujeres profesionales altamente cualificadas. Ciertamente, son muy pocas las mujeres miembros de las Reales Academias expresando con ello el atraso de éstas en la apertura social a la cuestión de igualdad de género; este exiguo número contrasta con el importante número de mujeres profesionales de elevado prestigio en la actualidad que, además, cuentan con la cobertura socio-jurídica que otorga la “paridad”.

Si analizamos el Anuario de la Real Academia Nacional de Medicina correspondiente al año 2005, comprobamos fehacientemente las reflexiones anteriores. Pasemos revista pormenorizada a los datos (componentes de cada una de las Reales Academias de Medicina de Distrito y de la Real Academia Nacional de Medicina, número de mujeres en cada una de ellas y porcentaje) (Tabla I)

TABLA I

**Distribución por sexos de los Académicos y Académicas en la Real Academia Nacional de Medicina y Reales Academias de Medicina de Distrito**

<u>ACADÉMICOS</u>	<u>NUMERARIOS</u>	<u>MUJERES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
CÁDIZ	24	2	8.33
TENERIFE	39	0	---
CATALUNYA	57	3	5.26
GALICIA	36	1	2.77
GRANADA	37	1	2.70
BALEARES	24	1	4.16
MURCIA	33	1	3.03
PAIS VASCO	21	0	---
ASTURIAS	40	1	2.50
SALAMANCA	25	1	4.00
SEVILLA	35	0	---
C. VALENCIANA	44	1	2.27
VALLADOLID	36	3	8.33
ZARAGOZA	32	1	3.12
<b>NACIONAL</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>2.12</b>

Como se observa, en el conjunto de 530 Académicos Numerarios solo 18 de ellos son mujeres (3,39%); estaremos todos de acuerdo que el número de mujeres excelentemente preparadas en el área de Medicina, Farmacia, Veterinaria, etc. es, al menos, similar al de hombres. Las causas, motivaciones y opiniones sobre este tema están perfectamente analizadas en la publicación a que hacía referencia anteriormente editada por el Instituto de la Mujer.

En nuestra Academia la situación ha mejorado, ya que Carmen Leal será la tercera Académica tras Mari Luz Terrada y Elvira Ferres; a mi juicio, hay muchas más mujeres con méritos académicos e investigadores susceptibles de integrarse en nuestra Real Academia y este es el reto.

La situación en la Universidad es algo mejor, así como en la estructura sanitaria, pero lejos de lo debería ser en una sociedad libre de prejuicios y de esquemas mentales obsoletos en la actualidad, pero que se resisten a desaparecer.

Si analizamos el currículum vitae de la nueva Académica, detectaremos inmediatamente que ha alcanzado el máximo nivel docente, asistencial e investigador; por estas razones, su ingreso en la Real Academia de la Comunidad Valenciana añade razones de peso para reivindicar el papel de la mujer en la sociedad científica actual. Por lo tanto, su ingreso en esta Real Academia es pertinente, justo y ejemplarizante. Quizás se me puede argüir que estas reflexiones no son imparciales y admito que están teñidas por el profundo afecto que profeso a Carmen Leal, pero también convendrán conmigo que están basadas en los datos objetivos de su currículum vitae, accesible a cualquier observador y por lo tanto, alejado de cualquier manipulación interesada. Carmen Leal estará abrumada ante estos elogios, dada su natural modestia, pero alguna vez hay que dar testimonio público de los sentimientos hacia personas que los merecen y se acrecientan con el paso del tiempo.

Una vez demostrado el acierto de esta Real Academia con la elección de Carmen Leal como nueva Académica, pasaremos a comentar algunos aspectos de su discurso de recepción.

El título del discurso (Mujer y Psicopatología) es, per se, un anticipo de su contenido y está en concordancia con una de las líneas de investigación de la nueva Académica, como hemos tenido ocasión de reseñar con anterioridad. Carmen Leal estructura su discurso en una serie de apartados para dar una visión completa de los problemas psicopatológicos que acontecen en las mujeres; tomando sus palabras “analiza el papel del género en todos los trastornos mentales, no solo desde el punto de vista clínico-epidemiológico, sino también en cuanto al substrato neurobiológico, factores de riesgo, respuesta terapéutica, pronóstico, evolución, consecuencias sociales e implicaciones en los programas sanitarios” y demuestra que es un punto de atracción científica actual con numerosas publicaciones, revistas especializadas y tratados específicos. Describe la situación socio-sanitaria de las mujeres, con sus diferencias respecto a los hombres, y enumera las distintas hipótesis que podrían explicar estas diferencias. Dedicó gran parte de su discurso al análisis de la influencia del género en las distintas alteraciones mentales: trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimenticia, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos relacionados con el ciclo reproductivo, trastorno bipolar, esquizofrenia, respuesta al tratamiento, etc. y en cada uno de sus apartados realiza una revisión bibliográfica exhaustiva a la que añade su experiencia clínica e investigadora en aspectos concretos, especialmente en el tema de la depresión en la mujer. En resumen, demuestra la mayor vulnerabilidad de la mujer ante la enfermedad mental, su peor respuesta terapéutica y mayor indefensión ante la estructura socio-sanitaria. A lo largo de su discurso, como habrán observado, la nueva Académica demuestra sus conocimientos y postura ante el tema con un lenguaje claro y directo.

Si se ha demostrado la influencia del género (mujer) en las distintas alteraciones psicopatológicas, debemos preguntarnos si ello también aparece en patología orgánica. No pretendemos revisar exhaustivamente el tema, pero sí analizar algunos aspectos generales sobre este tema.

El concepto de salud ha variado a lo largo de la historia. En la actualidad, la definición de salud que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la más difundida y se define como «el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad».

Esta definición de la salud plantea, al menos, un doble problema; en primer lugar, no es real ya que existen numerosas situaciones con pérdida de bienestar y no son consideradas como enfermedades (p.e.: el malestar físico producido por un clima con temperaturas extremas) y en segundo lugar, el bienestar absoluto (físico, mental y social) es una utopía, más bien una quimera, que probablemente nunca alcancemos.

El análisis del concepto de salud debe ser llevado a cabo mediante criterios más cercanos a nuestra realidad. Bajo esta perspectiva, la salud puede ser concebida bajo tres tipos de criterios: a) objetivos (ausencia de lesiones, de taras genéticas y de agentes patógenos y de alteraciones funcionales, así como el mantenimiento de la utilidad y de la integración sociales); b) subjetivos (basados en la propia sensación del sujeto de estar sano) y c) socioculturales (basados en motivaciones ético sociales, socioeconómicas, histórico-culturales o del grupo social al que pertenece el sujeto). En definitiva, el concepto de salud es complejo, multidimensional y relativo, ya que está determinado por criterios del individuo, del médico y socioculturales.

Se han utilizado criterios operativos para definir la salud tales como la mortalidad, la mortalidad evitable y la morbilidad, pero estos criterios tienen la desventaja de analizar la salud negativamente y no positivamente como el bienestar del individuo. A pesar de ello, estos indicadores siguen siendo utilizados para medir el nivel de salud de una colectividad. Recientemente, la introducción de otro indicador, la «esperanza de vida en buena salud» supone la introducción de un parámetro positivo de salud, combinando la mortalidad o la morbilidad con la percepción subjetiva de funcionalidad sentida por el sujeto y permite predecir el promedio de tiempo que el sujeto puede vivir sin limitación de sus actividades.

Por otra parte, el carácter multidimensional de la salud y la necesidad de distinguir entre la morbilidad objetiva y la morbilidad sentida por los individuos, lleva a reclamar la participación de la población en la definición de la salud, lo que constituye la base de la nueva perspectiva de la salud: la salud comunitaria.

La necesidad de los planificadores sanitarios de distinguir entre la salud como un atributo del individuo y los factores que la determinan, llevó a M. Lalonde, Ministro de Salud de Canadá, a crear en 1974 un modelo de concepción de la salud que ha pasado a ser clásico. Este modelo considera que la salud es multifactorial, pudiendo ser considerada como una variable dependiente influida por cuatro factores o determinantes:

- a). La biología humana
- b). El medio ambiente
- c). El estilo de vida
- d). El sistema de asistencia sanitaria

El impacto que cada uno de estos determinantes va a tener sobre el estado de salud de una comunidad es variable; el medio ambiente y el estilo de vida son los que mayor influencia tienen (62% de la contribución total de los cuatro factores) a pesar de ser los capítulos que menor asignación de gastos sanitarios reciben (3.1% del total de gastos para la salud). Por el contrario, el sistema de asistencia sanitaria contribuye a la salud en el menor porcentaje (11%), pero absorbiendo él solo el 90% de los gastos.

La actividad del médico asistencial se va a desarrollar, lógicamente, en el contexto del sistema de asistencia sanitaria; los elementos que integran este determinante son: la calidad de los servicios, la cobertura o acceso del sistema y su gratuidad (Tabla II). Por estos motivos, la actuación preferente del médico asistencial debe dirigirse a prestar unos servicios de la mayor calidad posible; ello se deriva de la importancia del rendimiento marginal que este factor tiene, ya que si bien su contribución global a la salud es baja, su importancia para devolverla, una vez que se ha producido la enfermedad, es muy elevada.

TABLA II

**Elementos que integran los determinantes de salud**

1. **BIOLOGIA HUMANA**
  - Genética
  - Envejecimiento
2. **MEDIO AMBIENTE**

Contaminación del aire, agua, suelo y medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de la naturaleza

  - Biológica
  - Física
  - Química
  - Psicosocial y sociocultural
3. **ESTILO DE VIDA**
  - Consumo de drogas institucionalizadas
  - Consumo de drogas no institucionalizadas
  - Falta de ejercicio físico

- Situación de estrés
- Consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal
- Consumo excesivo de hidrocarbonados
- Promiscuidad sexual
- Violencias
- Conducción peligrosa
- Hábitos reproductivos insanos
- Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria
- No cumplimentación de las prescripciones médicas

#### 4. SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA

- Calidad
- Cobertura o acceso
- Gratuidad

La importancia relativa de los determinantes de la salud ayuda a comprender por qué el médico asistencial debería participar, dentro de su ámbito específico, en programas que se planteen actuar sobre los mismos, tales como programas de prevención y promoción de la salud. Esta idea cobra especial relieve en la actualidad, cuando la planificación sanitaria se hace bajo la perspectiva de la salud comunitaria uno de cuyos elementos es levantar la barrera que separa lo «preventivo» de lo «curativo».

A este esquema debería añadirse el género como factor determinante para la salud. El precedente intelectual del concepto de género se debe atribuir a Simone de Beauvoir en 1949 cuando plantea su famosa frase “la mujer no nace, se hace” y no precisamente a través de las condiciones biológicas que definen el sexo, sino a través de un proceso individual y social; en 1955, John Money, endocrinólogo norteamericano propuso por primera vez la utilización de una terminología que diferenciaba género y sexo: “el término sexo se refiere a la clasificación biológica de macho/hembra y género se refiere a las diferencias de comportamiento según el sexo”. Posteriormente, las académicas feministas anglosajonas sistematizan y concretan el concepto de género para referirse a la construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de hombres y mujeres.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en los trabajos preparatorios de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Pekín 1995), adoptó oficialmente la definición de género como una herramienta de análisis de la realidad de todas las mujeres; lo define así “es la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer. Mientras el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una definición de las mujeres y de los hombres, construido socialmente y con claras repercusiones políticas. El sexo de una persona es determinado biológicamente, pero su género lo elabora la sociedad”. El género sería, pues, una característica cultural (en el más amplio sentido) ligada al papel social asociado al sexo que integra la percepción del papel por las personas y es determinante de actitudes y conductas. Otros parámetros que deben tenerse en cuenta, por su íntima relación con el concepto de género, son la clase social, el nivel educativo, el poder adquisitivo y la actividad laboral (remunerada).

Para dar una somera visión de la importancia de este parámetro en la consecución integral de la salud, reseñaremos algunos datos referentes a nuestro país; pero como expresa Kandrack et al (1991) los datos deben ser tenidos en cuenta como un punto de partida para la investigación científica, ya que saber que las mujeres usan más los servicios sanitarios o que declaran peor estado de salud solo es importante si se pueden conocer las razones de estos patrones.

El Informe Salud y Género 2006 “La edades centrales de la vida”, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo analiza pormenorizadamente las relaciones entre salud y género desde diversas perspectivas.

La salud percibida por las mujeres es peor que la relatada por los hombres; este parámetro es un indicador que proporciona información relevante para fundamentar estrategias de salud, ya que presenta buena correlación con la morbilidad e incluso con la mortalidad, además permite deducir necesidades sentidas de la población. La salud percibida es menor en diversas circunstancias: cuando existe sintomatología física y dolor; enfermedades crónicas y/o graves; limitaciones de la capacidad funcional; consumo de medicamentos; estilo de vida no saludable; malestares psicológicos y somatizaciones. Además, presentan peor salud percibida las clases sociales de menor nivel cultural e ingresos. En todos los estudios se aprecia que las mujeres tienen menor salud percibida que los hombres. Por ello, la salud percibida, junto a su condición orientativa del estado de salud, es un indicador sensible a las condiciones ambientales y culturales, incluidos los condicionantes de género, ya que es influido por los significados de la salud y el bienestar para cada condición social, cultural y forma de vida. En España, el 46% de las mujeres y el 37% de los hombres encuentran su salud de regular a muy mala; objetivándose que existe mayor concordancia entre mala salud percibida con las categorías de dolor, malestar y mala salud mental. Además, existe una correlación constante entre mayor nivel de estudios y clases sociales más privilegiadas con la percepción de buena salud, tanto en hombres como en mujeres; las personas con peor salud percibida son mujeres con trabajos no cualificados y en caso de la misma clase social, las mujeres empleadas laboralmente tienen mejor salud percibida que las amas de casa. En definitiva, las mujeres de cualquier clase social que solo han trabajado en sus casa serían las que presentasen un peor estado de salud percibida.

Los datos referidos a Atención Primaria también revelan diferencias entre ambos géneros. Si cotejamos los datos referidos a los diagnósticos emitidos por un/a médico/a sobre los síntomas que aquejan los/las pacientes que atienden asistencialmente, se observa que la frecuencia en mujeres es prácticamente el doble al triple que en los hombres en las categorías artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaqueca, dolores de cabeza y depresión que, además, en algunas encuestas realizadas en años sucesivos se objetiva que han aumentado su frecuencia, especialmente el estado depresivo. La demanda de atención médica por síntomas diversos y dolor en Atención Primaria, e incluso en Especializada, está dando también lugar al aumento de los diagnósticos de índole funcional (fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable, etc); estos trastornos funcionales con escasa respuesta a la terapéutica propuesta acaban siendo tratados con psicofármacos y algunos autores los consideran como manifestaciones contemporáneas del malestar biopsicosocial de las mujeres.

Esta diferencia entre hombres y mujeres puede obedecer a varias causas, no necesariamente excluyentes entre sí, como: una forma distinta de enfermar por sexos secundaria a la diferente influencia de los factores psicosociales de género; una forma diferente de “quejarse” por sexo; mayor tendencia de las mujeres en acudir al sistema sanitario que condiciona mayor registro de los síntomas y, quizás, una forma diferente de escuchar y diagnosticar de los médicos/as según el sexo de sus pacientes.

La diferente expresividad clínica por sexos ante un mismo problema es evidente en la práctica clínica diaria; estamos habituados a que nuestras pacientes acudan más a la consulta por problemas menores, generalmente, pero también es verdad que ante una grave enfermedad las mujeres tienen más temple, en general, que los hombres. Como ejemplo paradigmático podemos citar el afrontamiento y temple de la gran mayoría de mujeres ante el cáncer de mama que tiene, aparte de su gravedad oncológica, un grave quebrantamiento del concepto social de la femineidad y las pacientes dan un ejemplo diario de lucha contra la enfermedad en sus vertientes médicas, sociológicas y personales.

Otra fuente de información sobre la diferente forma de enfermar hombres y mujeres la ofrecen las estadísticas sobre ingresos hospitalarios. A pesar de que las mujeres frecuentan más los ambulatorios de Atención Primaria, los hombres son los que más han necesitado la atención hospitalaria, según los datos de Instituto Nacional de Estadística del año 2005. Este hecho podría deberse a que las patologías que requieren hospitalización son más frecuentes en hombres o a que acuden o son derivados más frecuentemente al hospital que las mujeres; otra explicación reside en la visión de los hombres sobre su consideración de la enfermedad como signo de debilidad y, por lo tanto, oponen mayor resistencia al reconocimiento de los síntomas hasta estadios avanzados de la enfermedad. También parece influir la interpretación que hacen los sanitarios/as sobre la gravedad de los síntomas que relatan los hombres para su derivación hospitalaria, basada en estereotipos vigentes en nuestra sociedad sobre la sintomatología relatada por hombres y mujeres. No hay que olvidar como causa de mayor hospitalización de los hombres, las enfermedades derivadas de estilos de vida no saludables (alcoholismo, hábito tabáquico, drogadicción).

En los segmentos centrales de la vida, las causas de ingreso hospitalario más frecuentes son las enfermedades del aparato circulatorio y las del digestivo, pero para las mujeres los tumores ocupan el tercer lugar, mientras que para los hombres lo ocupan las enfermedades del aparato respiratorio.

Los datos de mortalidad prematura (45-65 años) permiten visualizar la importancia, para ambos sexos, de los tumores (mama en mujeres y pulmón en los hombres) y las enfermedades cardiovasculares (enfermedades cerebrovasculares, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e infarto de miocardio). La primera causa de muerte evitable en las mujeres, en este segmento de edad, es el cáncer de mama, mientras que las primeras causas en los hombres son las enfermedades respiratorias y la cirrosis hepática, condicionadas por el consumo abusivo del tabaco y alcohol, respectivamente.

Para observar las diferencias que modula el género sobre la misma enfermedad es aleccionador comprobar una serie de datos sobre género y enfermedad cardiovascular en España, según la Sociedad Española de Cardiología. Las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico son distintos entre hombres y mujeres en la mayor parte de las patologías y variables estudiadas. En general, y sobre todo en el campo del síndrome coronario agudo y de la insuficiencia cardíaca, las mujeres se ven desfavorecidas en relación a los varones en la adopción de las medidas diagnósticas y terapéuticas recomendadas, lo que puede influir en un peor pronóstico.

En relación con la cardiopatía isquémica se partía clásicamente de la afirmación “los estrógenos previenen de las coronariopatías”, sin una base científica evidente; hoy día sabemos que los factores de riesgo (diabetes, obesidad, hipertensión, etc.) son más frecuentes en mujeres y por ende, debe existir mayor predisposición a la cardiopatía isquémica; también se ha demostrado la existencia de “infartos silentes” en mujeres; se ha demostrado que la mujeres realizan programas de rehabilitación más tardíamente y con mayores dificultades cotidianas, lo que conlleva mayor mortalidad a corto y medio plazo (68% de mortalidad en mujeres frente al 33% en hombres a los seis meses del episodio inicial).

Podrían exponerse muy diversos ejemplos sobre las diferencias entre géneros respecto a la expresividad clínica, atención médica recibida, medidas terapéuticas, evolución y mortalidad en muchas de las patologías orgánicas. Si el género femenino sale malparado en todas las estadísticas, ¿porqué las mujeres presentan mayor longevidad que los hombres?

En España, según datos referidos a 2006, la esperanza de vida en mujeres es de 83,3 años y en hombres de 77,2 años; pero hay que hacer una serie de matizaciones: a) la ganancia de vida se está produciendo para ambos sexos a costa de los grupos de edad superior a los 65 años o dicho de otra forma, lo que se está prolongando es la vejez; b) la ganancia de años de vida en las mujeres respecto a los hombres se realiza, fundamentalmente, a expensas de años vividos con incapacidad; c) la expectativa de los años vividos con buena salud es mayor en los hombres que para las mujeres; d) a partir de los 45 años, las mujeres pasan a tener mayor frecuencia de discapacidad que los hombres y e) dentro de la población con limitación para la actividad diaria el 56% son mujeres. Podría esquematizarse en una frase, “las mujeres viven más, pero con peor estado de salud”.

Las desigualdades en el segmento central de la vida (45-65 años) entre mujeres y hombres se observan tanto en el modo de enfermar y en su desigual vínculo con los recursos sanitarios. El proceso salud-enfermedad está condicionado por factores socioeconómicos y productivos y por otra parte, por los factores psicosociales procedentes de los modelos y roles de género que determinan formas de vivir y funciones distintas y ello determina la distinta forma de enfermar por el hecho de ser mujeres u hombres.

Si como ha demostrado Carmen Leal, las mujeres presentan peores estadísticas respecto a los hombres en aspectos de salud mental y si también ocurre de forma similar en cuanto a la patología orgánica, en gran número de situaciones, ¿quiere decir que la mujer tiene unas características orgánicas y psicológicas inferiores a los hombres frente a la enfermedad?, si así fuera ¿depende de las características corporales ligadas al sexo o de otra serie de circunstancias?. Las características orgánicas hombres y mujeres son similares, excepto las ligadas al sexo, pero en la actualidad debemos asumir que el concepto de género es un determinante de salud que incide negativamente en las mujeres.

Existen numerosísimos estudios que objetivan científicamente la situación de la mujer respecto a los distintos parámetros utilizados para medir la salud; todos ellos demuestran una discriminación por género no asumible por una sociedad democrática y solidaria y que es tanto más profunda cuanto menor es el desarrollo del país. El final de esta situación peyorativa de la mujer respecto a la salud debe resolverse, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), teniendo en cuenta tres conceptos:

**Igualdad de género:** Mujeres y hombres tienen iguales condiciones para ejercer sus derechos y potencial para estar saludables, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados.

**Equidad de género:** Distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres. Significa que se reconocen las diferencias para rectificar el desequilibrio. Las estrategias de equidad son usadas para lograr la igualdad

**“Empoderamiento”:** Mujeres y hombres toman control sobre sus vidas. El “empoderamiento” de las mujeres es fundamental para lograr la igualdad de género.

Para poder llegar a las premisas anteriores son necesarios una serie de pasos: a) generación de información sobre la situación y los determinantes de la falta de equidad de género en el ámbito de la salud; b) traducción de esta información a un lenguaje comprensible por políticos, planificadores y población general; c) movilización política en apoyo de prioridades de acción conducentes a una mayor equidad en salud y d) definición de mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse de manera democrática y sostenible dentro del proceso de gestión de políticas.



Como afirma la nueva Académica en los párrafos finales de su discurso de recepción refiriéndose a las alteraciones psicopatológicas en la mujer “es evidente que los factores de riesgo que incrementan la prevalencia de algunos trastornos no pueden desaparecer (los biológicos), pero sí podemos y debemos intervenir sobre otros, las pautas de crianza inadecuadas, los estereotipos excesivamente acuñados por influencias socio-culturales, las desventajas sociales, la discriminación de todo tipo pueden ser modificados y con toda probabilidad, ello mejorará la Salud Mental de las mujeres” e indudablemente de la Salud, en general, apostillaría yo.

Una de las armas que deberemos utilizar para corregir este claro desequilibrio es el principio de transversalidad, término acuñado en la IV Conferencia sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995, que es una herramienta útil para luchar contra esta lacra social y sanitaria; este principio fue llevado al marco jurídico europeo por el Tratado de Ámsterdam y fue ratificado por España en 1999; supone la incorporación de la igualdad de género en todas las políticas, programas y proyectos.

Este principio que obliga a toda acción política en el proceso de construcción europea por parte de todos los países de la Unión conlleva la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y tiene que formar parte consustancial de la acción de los gobiernos y, a su vez, debe informar la actividad de las organizaciones privadas. Este mandato europeo es la base moral y legal para que dispongamos de una Ley de la Generalitat Valenciana para la igualdad entre mujeres y hombres (2003), de una Ley del Gobierno de España para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (paridad)(2007) y para que nuestra Universidad incorpore una disciplina transversal sobre género en los nuevos planes de estudio según el acuerdo de Bolonia. Desearía que la incorporación de Carmen Leal a nuestra Real Academia se siguiese de la incorporación de más mujeres excelentemente preparadas; las Académicas actuales y las futuras deben formar la masa crítica para que se consiga, en nuestra casa, la desaparición de las desigualdades por género.

### **Bibliografía (género y salud)**

- Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-590.
- Informe de la IV Conferencia Internacional de la Mujer. Organización de las Naciones Unidas. Beijing. 1995.
- Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat Valenciana, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. DOGV núm. 4474, 04-04-2003.
- Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, 23-03-2007.
- La equidad de género en salud mediante el mainstreaming. La necesidad de avanzar. La Declaración de Madrid. Madrid, 14 de septiembre de 2001. OMS Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2002.
- García de León Álvarez, MA. La excelencia científica (Hombres y mujeres en las Reales Academias). Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2005.
- García de Cortázar y Nebreda ML, Arranz Lozano F, del Val Cid C, Agudo Arroyo Y, Viedma Rojas A, Justo Suárez C, Pardo Rubio P. Mujeres y hombres en la ciencia española. Una investigación empírica. Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2006.
- Castellanos Torres E, Colomer Revuelta C, Elola Ruiz de la Sierra B, Guzmán Vaquero L, Martínez Otero R, Saiz Martínez-Acitores I, Soriano Villaroel I. Observatorio de Salud de la Mujer. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 317-333.

- Universitat de València. Propuesta integrada de estudios de género en los títulos de grado. Documento de Trabajo. Consell del Institut d'Estudis de la Dona de la Universitat de València. 2006.
- Jara L. Estadísticas de género y salud. VIII Encuentro Internacional de Estadísticas de Género para Políticas Públicas. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Unidad de Género, Etnia y Salud. 2007.
- Bolufer Peruga M, Morant Deusa I, De la Pascua Sánchez MJ, Espigado Tocino G, Urzainqui Miqueleiz I, Gomis Coloma J. Mujeres y modernización: estrategias culturales y prácticas sociales (siglos XVIII-XX). Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2008.
- Amo Alfonso, M. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008.