

¿SE DEPRIMEN MÁS LAS MUJERES QUE LOS HOMBRES? UN RECORRIDO HISTÓRICO POR EL ABORDAJE PSIQUIÁTRICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA MUJER

Carolina Sara Romero Sánchez¹, Eduardo Vera Barrios¹

¹ Psiquiatra del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Servicio Canario de Salud (España).

Recibido:03/11/2019

Aceptado: 12/02/2019

Correspondencia: edplay@hotmail.com

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es una enfermedad muy frecuente en todo el mundo, afectando a más de 300 millones de personas, de los cuales el doble son mujeres. La depresión es el resultado de la confluencia de factores que incluyen no solo aspectos biológicos, sino también sociales, psicológicos y culturales. En este artículo tratamos de analizar por qué es esta enfermedad más frecuente en mujeres, completando dicho análisis con un breve recorrido histórico de las ideas y mitos relativos a la salud mental en la mujer, sus diagnósticos y tratamientos hasta fecha de hoy.

Palabras clave: Depresión, mujer, más frecuente, mitos, diagnósticos, tratamientos, Historia.

Abstract

Are women depressed more than men? A historical tour of the psychiatric approach of mental disease in women.

According to World Health Organization (WHO), depression is a very frequent condition all over the world, affecting more than 300 million people, from whom women are twice as likely to be affected as men. Depression is the result of a confluence of factors which include not only biological aspects, but also social, psychological and cultural ones. In this article we try to analyze why is this condition more frequent in women, completing this analysis with a brief historical overview about the conceptions and misconceptions related to women's mental health status, diagnosis and treatments until nowadays.

Keywords: Depression, women, more frequent, misconceptions, diagnosis, treatment, History. overview.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Con el término “depresión” no nos referimos a las variaciones habituales del estado de ánimo o a las respuestas emocionales breves ante los problemas de la vida cotidiana. La depresión puede llegar a convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, y puede generar gran sufrimiento y disfunción en el desarrollo de actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, duelo, traumas psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Existe, asimismo, una relación entre la depresión y la salud física, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares ¹.

Según los resultados arrojados por la más reciente edición de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) elaborada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) con datos actualizados en junio de 2018, la prevalencia de depresión es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). Del 10,7% de la población que consume “tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir”, el 13,9% son mujeres y el 7,4% hombres; y del 4,8% de la población que consume antidepresivos o estimulantes, el 6,7% son mujeres y el 2,7% hombres. Un 5,4% de la población refiere haber

acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses: 6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres ².

Ante dichas cifras, cabe preguntarse el porqué de este desequilibrio. Existen numerosas hipótesis no excluyentes entre sí, que, superpuestas las unas con las otras, podrían arrojar algo más de luz sobre este fenómeno. En primer lugar, cabría señalar que, por razones culturales, las mujeres tienden a informar sobre síntomas físicos y psíquicos con mayor frecuencia que los hombres, así como a solicitar asistencia médica, mientras que estos últimos tienden, en no pocas ocasiones, a refugiarse en el alcohol y otros tóxicos o conductas, con el fin de paliar los síntomas que les aquejan, sin solicitar ayuda para estos. Los médicos, en general, también tienden a identificar con mayor facilidad los síntomas propios de una depresión en mujeres que en hombres, no solo porque se diagnostica más a menudo en estas y, por tanto, la depresión resulta más “esperable” en ellas, sino porque la patoplastia o modo en que se expresa sintomatológicamente en varones, puede incluir síntomas menos específicos como la irascibilidad, sin que el paciente llegue a ser capaz de referir concretamente “tristeza” ³. De lo expuesto es fácilmente deducible que la depresión podría estar infradiagnosticada en ellos frente a ellas.

No obstante, sesgos aparte, cierto es que existen factores biológicos que predisponen a que la mujer se deprima más que el hombre. El incremento de las tasas de prevalencia para la depresión en la mujer se correlaciona con los cambios hormonales propios de la pubertad, periodo premenstrual, postparto y perimenopausia, respectivamente ^{4,5}; habiéndose demostrado el papel que ejercen los estrógenos en la patogénesis de esta enfermedad, concretamente un papel protector que, en el caso de los varones, se produce a través de la conversión de testosterona a estrógeno en el cerebro

masculino a través de la enzima aromatasa CYP19; si bien también se estima que existen algunas diferencias estructurales cerebrales en el neurodesarrollo de la neurocircuitaría masculina, que también condicionan una menor propensión a desarrollar depresión en el hombre⁵. La patología tiroidea también está estrechamente relacionada con la depresión, siendo esta, también, más prevalente en mujeres.

Existen, asimismo, factores psicosociales que podrían justificar, también, esta tendencia de antemano trazada por la propia biología. A pesar de los avances por la igualdad de los que estamos siendo testigos partícipes en la época que nos ha tocado vivir, en sociedades, en teoría, más avanzadas, los estilos de socialización y acoplamiento difieren todavía entre hombres y mujeres⁴, de tal modo que aún a día de hoy, tanto padres como educadores tienden a generar diferentes expectativas según se trate de un niño o una niña, sin que se pueda evitar las repercusiones que ello acarrea desde el punto de vista de la autovaloración de unos frente a otras, y a la valoración de la propia depresión. Existe cierto consenso a la hora de considerar que las mujeres presentan un modelo de afrontamiento caracterizado por la “internalización” de los síntomas a través de la somatización, la ansiedad y la depresión con un estilo rumiativo como respuesta a la tristeza; mientras que los hombres tienden a “externalizarlos” a través de conductas evasivas y distractorias⁴, llegando incluso a manifestar conductas disociales y trastornos por abuso de sustancias con mayor frecuencia que sus análogas femeninas. En términos generales, las mujeres muestran una mayor sensibilidad en torno a las relaciones interpersonales, mientras que a los hombres tiende a afectarles en mayor grado lo referente a sus objetivos y proyectos vitales, que suelen incluir el terreno profesional⁵.



Imagen 1. Depresión.

La presencia de acontecimientos vitales traumáticos o estresantes en la historia biográfica de una persona también favorece la propensión a desarrollar depresión clínica, entre otras cosas porque las personas que los han sufrido presentan una mayor tendencia a la disregulación del eje hipotálamo-hipofisario-corticosuprarrenal-gonadal, indispensable a la hora de elaborar la respuesta del organismo ante el estrés, tanto agudo como crónico, a través de la liberación de hormonas al torrente circulatorio, las cuales también desempeñan un importante papel en la patogénesis de la depresión ⁶. Uno de los acontecimientos vitales traumáticos de mayor repercusión en este sentido, es el haber sido víctima de abusos sexuales, hecho más probable si se es mujer ⁷, de forma que la depresión figura entre una de las posibles consecuencias a largo plazo ⁸. Pero los abusos sexuales no son el único acontecimiento estresante al que las mujeres están sometidas con mayor frecuencia que sus análogos masculinos: carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales,

profesionales y políticas; baja condición social, embarazos no deseados, madres solteras como parte de familias monoparentales; mayor peso en la crianza de los hijos aun en familias biparentales, trabajando tanto fuera como dentro de casa y brecha salarial; todo ello condicionado por los roles de género preexistentes, aún presentes en la actualidad. El 70% de los 1,2 billones de personas que viven en la pobreza son mujeres ⁹, pobreza que socava tanto la salud física como la salud mental de un individuo. Por tanto, tanto los factores biológicos como los factores psicosociales inherentes al sexo aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, afectando esto, sin embargo, no solo a la calidad de vida de estas, sino a la de sus hijos y a la de su entorno sociofamiliar y, en definitiva, a la de la sociedad en su conjunto, hombres y mujeres.

¿Pero qué respuesta ha dado la Psiquiatría a la depresión y la enfermedad mental en la mujer? La Psiquiatría emergió a finales del siglo XIX como la disciplina moderna que conocemos hoy día ¹⁰, favorecida por una activa colaboración entre psiquiatras europeos y americanos, caracterizada por el intercambio de ideas y conocimiento. Hasta aquel entonces, el concepto del paciente psiquiátrico venía asociado al de personas criminales o “idiotas”, por lo que las instituciones mentales eran lugares de horror, hasta que tuvo lugar la reforma de las nuevas instituciones psiquiátricas (los *Asylum*) de la Inglaterra victoriana, en el momento en que el enfermo mental empezó a ser concebido como un ser humano que necesita cuidados. De forma paralela a esta evolución, la percepción de la opinión pública sobre los enfermos mentales también comenzó a cambiar, de manera que se pasó de la imagen del hombre loco y brutal del siglo XVIII, al de la menos amenazante pero más atribulada mujer loca decimonónica,

contribuyendo a un auténtico cambio paradigmático de la representación de la locura. Los nuevos diagnósticos incluían la histeria, anorexia nerviosa y neurastenia, en su mayor parte atribuidos a mujeres. La anorexia nerviosa era concebida como una enfermedad de autosacrificio y muy femenina, mientras que la histeria era considerada egoísta y destructiva ^{11, 12}. Y así, indicada a muchas más mujeres que a hombres e inventada por el Dr. Silas Weir Mitchell, comenzó a utilizarse la “cura de reposo”, que incluía recomendaciones como el encamamiento, incremento del peso corporal a través de una dieta hipercalórica, y masajes corporales ¹². De la mujer se esperaba que fuera sumisa, dócil, esposa, madre y cuidadora abnegada, que se dedicara a las tareas domésticas, y que fuera especialmente complaciente con el hombre, de tal forma que muchas veces eran ingresadas en instituciones mentales a petición de sus padres o esposos, sin que se requiriese una prueba de su verdadera enfermedad mental ¹¹.



Imagen 2. El fantasma de la depresión.

Muchas mujeres diagnosticadas como mentalmente enfermas fueron sometidas a extirpación quirúrgica de ovarios (en un procedimiento que identificaban como castración) ¹³. Otros tratamientos administrados a las mujeres incluían inyección de agua helada por todos sus orificios, el uso de sanguijuelas en sus clítoris y labios menores, histerectomía, así como la ablación o extirpación del clítoris, ideada por Isaac Baker Brown ¹¹. Si bien la realización de “masajes pélvicos” a pacientes histéricas hasta alcanzar el orgasmo era una práctica médica habitual entre los psiquiatras occidentales desde los tiempos de Hipócrates hasta la década de 1920, al ser considerada la histeria una consecuencia de la deprivación sexual, no fue hasta finales del siglo XVIII que el vibrador emergió como un instrumento médico electromecánico, como respuesta directa a la demanda de un dispositivo que facilitara dicha labor a los doctores, quienes hasta ese momento efectuaban dicha práctica manualmente hasta que la mujer alcanzaba el orgasmo, también conocido en el contexto clínico como “paroxismo histérico” ¹⁴. A mediados del siglo XIX, las mujeres superaban en número a los hombres en los *Asylum*, y esto en nada favorecía a los derechos de las mujeres ni a derrumbar el consenso popular de que estas eran más propensas a las enfermedades mentales, debido a su sistema reproductivo y delicadas sensibilidades; y es que las mujeres fueron exclusivamente tratadas por hombres durante la primera mitad del siglo. Elizabeth Blackwell fue la primera mujer a la que se le permitió graduarse en Medicina y formar parte de la profesión, en el año 1847. La profesión psiquiátrica ha sido dominada por hombres hasta que en 1894 se permitió por primera vez a las mujeres médicas unirse a la Asociación Médico-Psicológica. Las mujeres, en general, eran silenciadas u oprimidas, y no

resulta sorprendente que tantas mujeres sufrieran enfermedades mentales como resultado ¹¹. A principios del siglo XX comenzó a aceptarse el derecho al voto femenino en algunos países, y en 1948 se reconoció, por fin, el sufragio femenino como derecho humano universal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Aún durante la década de los 60 y 70 del siglo pasado, prevalecía el estereotipo victoriano de madre y ama de casa abnegadas, y la Psiquiatría fue muy criticada por autoras feministas influyentes de aquella época, quienes la consideraban una forma más del control ejercido por la sociedad sobre las mujeres. Muchas autoras feministas criticaban, particularmente, el Psicoanálisis, enfoque predominante en Psiquiatría por aquel entonces. Los llamados “tranquilizantes menores” comenzaron a hacer furor entre las amas de casa, hasta el punto de que el Valium (diazepam) comenzó a ser conocido como el ‘mother’s little helper’ (“la pequeña ayuda para las madres”) desde que los Rolling Stones le dedicaran la canción homónima en el año 1966. Se acuñaron términos como el de “smartly dressed junkie” (yonqui inteligentemente vestida) para referirse a las mujeres americanas de clase media que conducían un coche de último modelo y eran la envidia de sus vecinos, con sus amorosos maridos y brillantes hijos, una bonita casa en los Suburbia y, aparentemente, nada de lo que preocuparse, a excepción del hecho de ser unas yonquis de drogas legales prescritas por un facultativo¹⁵. Las benzodiacepinas alcanzaron tal popularidad entre el público femenino, que historias como “Valium, the pill you love can turn on you” (“Valium, la pastilla que te encanta puede volverse contra ti”) ocupaban titulares en revistas, periódicos locales, y shows televisivos como “60 Minutos” desde que varias mujeres conocidas sucumbieran ante sus efectos, y hasta el punto de que un médico llegó a advertir de que “si se

desabasteciera bruscamente de Valium el país, se verían sometidos a una epidemia de ciudadanos ansiosos, neuróticos, psicóticos y temblorosos, en pleno síndrome de abstinencia”. La propia ex -primera dama Betty Ford admitió en 1978 el haber sido adicta al Valium y al alcohol ¹⁵. La popularidad del Valium durante las décadas de los 60 y 70 reflejaba la insatisfacción de muchas mujeres con sus vidas, la cual era medicada como si de un problema de salud mental se tratara, predominantemente por psiquiatras varones. Activistas feministas advirtieron de que “los psicofármacos podían ser una estrategia para silenciar a las mujeres, como lo fueron los *Asylum* en su momento”. Desde entonces hasta la actualidad, seguimos arrastrando aquellos estigmas del pasado en nuestra práctica clínica habitual, mostrando a menudo prejuicios ante las pacientes psiquiátricas, a quienes se tacha de “histéricas” con gran facilidad frente a sus análogos varones. En los tiempos que corren, asimismo, las cuestiones relativas al género comienzan a complicarse cuando nos referimos al género como un aspecto fundamental que construye la identidad de una persona, el cómo se percibe a sí misma y el cómo es percibida por otros. Hasta hace muy poco, el género había sido expresado en términos binarios (masculino/femenino), pero hoy día tiende a adoptarse la visión de género como parte de un espectro, con múltiples formas de identificarse a sí mismos por parte de muchos individuos, a menudo denominados con el término de “no binarios”. En algunos campos de la investigación médica, el género no tiene por qué ser un factor decisivo, pero en Psiquiatría es relevante. La Salud Mental guarda estrecha relación con cómo las personas piensan o sienten. Refleja su estado de salud biológica pero también el sentido de nosotros mismos, de nuestro rol en la sociedad. Por tanto, el rol de sexo y género ha de ser tenido

en cuenta, y los investigadores deberían ser conscientes de sus propios prejuicios y de cómo estos pueden influenciar las preguntas que formulan, la manera en que recopilan información e incluso la interpretación que dan a los datos que obtienen ¹⁶. También los clínicos y cuidadores a la hora de proporcionar sus cuidados. La Psiquiatría ha cuestionado diagnósticos, cuadros clínicos, tratamientos, técnicas y abordajes, de forma paralela a los cambios sociales y evidencias emergentes, y debemos estar preparados para afrontar dichos cambios.

Referencias bibliográficas

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Centro de Prensa. Notas descriptivas [Internet]. 2018 [citado mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística. Nota Técnica. 26 de junio de 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
3. Franchi S. La depresión en el hombre. Interdisciplinaria. 2001;18(2): 135-54
4. Girardi G, Zalzman D. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? APSA. 2010; 45: 19-23.
5. Albert P. Why is depression more prevalent in women? J Psychiatry Neurosci. 2015; 40(4): 219–21.
6. Echeburúa E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia.

7. López F, Hernández A, Carpintero E. Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. En: *Infancia y Aprendizaje*, vol.71. pp 77-98. 1995.
8. Echeburúa E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*. Málaga, 2006.
9. García-Mina A, Carrasco MJ. Género y desigualdad: la feminización de la pobreza. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2004
10. Micale M, Potter R. *Discovering the history of Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 1994.
11. Rakel E. *Women and madness in the 19th. Century. The effects of oppression in women's mental health*. Sigillum Universitatis Islandiae; 2013.
12. Mitchell S. *Fat and blood: and how to make them*. Philadelphia: JB Lippincott and co; 1877.
13. Hirshbein L. Sex and gender in psychiatry: a view from history. *J Med Humanit*. 2010;31(2):155-70.
14. Watkins E, Maines R. The technology of orgasm: "Hysteria", the vibrator, and women's sexual satisfaction. *The Journal of American History*. 2000; 87(1):244.
15. Herzberg D. *Happy pills in America: from Miltown to Prozac*. The John Hopkins University Press, 2009.
16. Sex and gender in psychiatry. *The Lancet psychiatry*. Editorial| Volume 3, ISSUE 11, P999, November 01, 2016.