

ATS 11 186

Hola, buenas noches. Bienvenidos a esta cita que tenemos todos los jueves en la UNED con los interesados por la salud, la sanidad y, en definitiva, por el bienestar físico y mental de las personas. Vida y Salud es un espacio que elaboran los profesores del curso de nivelación de los ayudantes técnicos sanitarios de la UNED, en el que intervienen además otros profesionales de la sanidad que aportan su experiencia y opiniones a los temas que aquí abordamos.

La mujer va a ser la protagonista principal de tres programas que os vamos a ofrecer a partir de hoy. Esta noche hablaremos de la demanda de salud mental en las mujeres y, en los próximos dos días, trataremos de la menopausia como un periodo crítico en el ciclo vital del sexo femenino que merece mayor atención de la que se le presta. Así que, para entrar ya de lleno en el tema que nos ocupa hoy, Consulta Psicológica de la Mujer, Blanca Mas, profesora de Ciencias de la Conducta en la UNED y encargada del programa, en esta ocasión nos presenta ya a la invitada que la acompaña.

Hola, buenas noches. Para el coloquio de hoy contamos con la presencia de Josefina Mas, psiquiatra, trabaja en un centro de salud mental público y, por las características de su trabajo y sus propios intereses, se ha preocupado siempre por los problemas de la mujer. Con este respecto ha hecho ya varias intervenciones en la televisión, en la radio y en la universidad.

Buenas noches, Josefina. Hola, Blanca. Buenas noches.

El tema del programa de hoy versa en torno al problema de por qué, en la consulta de los psiquiatras, psicólogos y demás profesionales de la salud mental, la presencia de las mujeres es mucho mayor que la de los hombres. ¿Tú crees que esto se debe a que realmente hay un mayor número de mujeres que de hombres con trastornos mentales o piensas quizás que antes de empezar tendrías que definirnos qué se entiende por trastorno mental? Claro, si pudiera definirte lo que es trastorno mental tendríamos mucho avanzado, pero nos encontramos con que este es un problema que no está resuelto, que no está resuelto en la literatura mundial. Antes parece que había consenso, antes de la primera guerra mundial, y se consideraba que trastorno mental era aquello que trataban los psiquiatras, y con esta definición tan sencilla quedaba todo listo.

Esto no puede mantenerse de ninguna de las maneras hoy. Tampoco antes estaba así de claro. Ya Esquirol se encuentra como al aumentar el hambre y las dificultades sociales la cantidad de gente que acude a asilarse, que acude a los manicomios, es mayor, y no porque haya aumentado la incidencia de trastornos mentales, sino porque al carecer de soporte social la gente iba más al manicomio a buscar ayuda.

Los estudios actuales sobre prevalencia en la comunidad lo que nos han mostrado es que hay mucha más gente en la comunidad con trastorno mental que gente que va a consultar, y que no toda la gente que va a consultar sufre un trastorno mental, sino que con frecuencia va a

buscar otras cosas, desde ayuda social hasta alguien con quien charlar un ratito o la baja laboral. A pesar de que el problema es difícil y que no se llegue a un acuerdo exactamente sobre qué se entiende por trastorno mental, ¿nos podrías decir si existe algún tipo de consenso para a partir de ahí poder trabajar? El consenso no se ha establecido en torno a qué es el trastorno mental, sino a qué podemos llamar trastorno mental o caso psiquiátrico para hacer estudios y poder tener algún tipo de acuerdo sobre el que empezara a funcionar. Ante las dificultades que existen, a lo que se ha llegado es a considerar como caso psiquiátrico aquello que si viniera a nuestras consultas nosotros trataríamos.

Esta es una definición bastante light, bastante pobre, pero que ha servido para empezar a trabajar. Ha servido también para acabar con algunos mitos como el que había comunidades en las que no había trastornos mentales. Pero ya ahora empieza a revelarse como un nuevo problema porque es como considerar que los trastornos mentales tienen una existencia en sí misma que nosotros podemos detectar y no tener en cuenta que de alguna manera tenemos un papel dentro de las fragmentaciones sociales que a nosotros llega también la queja de la sociedad y que de alguna manera nosotros la tapamos, la encubrimos o intentamos mitigar sus consecuencias.

Volviendo de nuevo a los problemas de la mujer y por qué van más a la consulta que los hombres, en la literatura se han expuesto una serie de hipótesis que nos gustaría que luego nos fueras tú comentando. Las voy a enunciar yo someramente y empiezan hablando de los trastornos específicos de la mujer, trastornos relacionados con su ciclo hormonal. Hablan también de la mayor vulnerabilidad de la mujer a trastornos no específicos, ya sea por motivos inherentes a su condición social, psíquica o biológica.

También de la menor tolerancia de la mujer al sufrimiento o la incapacidad producidos por los trastornos mentales. Su mayor capacidad para expresar sentimientos y emociones la llevarían a buscar con mayor frecuencia ayuda de profesionales. Asimismo, el menor acceso a otro tipo de recursos de relación, apoyo, la llevaría también a buscar esta ayuda en los profesionales de la salud.

Y por último, las mayores expectativas de la mujer respecto a la capacidad del aparato sanitario para hacerse cargo y resolver sus problemas la llevarían también a consultar con más frecuencia sus quejas diarias. ¿Tú qué piensas con respecto a esto? Mira, esto son hipótesis que se han ido haciendo y que tienen que contrastarse con lo que realmente ocurre en la comunidad. Yo creo que para hacerlo de una manera ordenada voy a seguir el modelo de Goldberg y Usley, que creo que es muy útil.

Ellos han hecho estudios a distintos niveles y han encontrado diferencias importantes en cada uno de ellos. Los niveles de Goldberg y Usley son un nivel que ellos llaman nivel 1, que es el de trastornos mentales detectados en estudios de prevalencia real en la comunidad. Nos encuentran casi un 25% de trastornos mentales en comunidad.

Si la gente que lo sufre se decide a consultar a un profesional, entraríamos en el nivel 2, que es

el de morbilidad detectada en las consultas de atención primaria. Si los trastornos son detectados por el médico de atención primaria, entraríamos en el nivel 3, morbilidad detectada por el generalista. Es aproximadamente la mitad de los trastornos que encontramos en la comunidad.

Si el generalista considera que es lo suficientemente importante el trastorno como para consultar a un especialista, entramos en el nivel 4, el de morbilidad en consulta psiquiátrica. Esto es ya mucho menor, es casi 10 veces menor que el anterior. Y si el psicólogo o psiquiatra decide hospitalizar, entramos en el nivel 5, ya mucho menor que es el de personas con trastorno mental hospitalizadas.

Con respecto a todos estos niveles que nos has estado presentando, ¿existen diferencias reales entre los hombres y las mujeres? Claro, nos sirve para empezar a ver todas las hipótesis que me has estado contando antes. La primera discusión, a partir del dato de la mayor demanda por parte de mujeres, es si se debe a que realmente hay más trastornos mentales en la comunidad o si es que las mujeres consultan más y todo es un artefacto. Weisman y Klerman en el 77 optaban por la segunda hipótesis y decían textualmente que las mujeres solicitan asistencia por molestias de escasa relevancia, pero las estadísticas muestran que los hombres fallecen más tempranamente.

En el caso de la depresión, las mujeres solicitan tratamiento con mayor frecuencia, pero los hombres tienen unas tasas de suicidio superiores. En nuestra sociedad, la asunción ante los demás del papel de enfermo es interpretada por los hombres como un signo de debilidad. Es más, el sistema de asistencia sanitaria se haya organizado de tal forma que resulta difícil para la mayor parte de los hombres acudir a tratamiento.

Entonces, si esto fuera cierto, debíamos encontrar una mayor proporción de mujeres con trastorno mental en la consulta que en la comunidad y, sin embargo, los estudios que se han hecho muestran lo contrario. Muestran que hay el doble de mujeres que de hombres con trastorno mental, sobre todo a base de trastornos de tipo neurótico en la comunidad y, sin embargo, que en la consulta de atención primaria la relación es de 1,3 a 1. Por tanto, nos encontramos con lo contrario de lo que dice la hipótesis. Las mujeres sí que sufren más trastornos mentales, pero tienen una menor tendencia a consultar.

Si parece ser que la mujer presenta una problemática, un número mayor de problemas, pero no va a la consulta del profesional, ¿nos podrías explicar a qué se debe o cómo se toma la decisión de ir o no ir a consultar a un profesional de la salud? Para ir a consultar, lo primero que es necesario es detectar que el problema que tienes tiene que ver con una enfermedad y no es algo explicable por algo que has hecho el día anterior. No es lo mismo tener un dolor de cabeza porque se tiene una resaca que tener un dolor de cabeza que no sabes a qué atribuir. Una vez que se ha detectado que lo que ocurre son síntomas, se pasa a un proceso que de Goldberg y Huxley llaman la validación provisional, que consiste en consultar con amigos, con personas de confianza, para ver si ellos opinan lo mismo.

El paso siguiente es acudir al médico para que legitime como tal la enfermedad. Esto supone o que te den una baja o que empiece un tratamiento. En cualquier caso, poner en manos de otro la responsabilidad del autocuidado.

En resumen, ¿nos podrías decir a qué depende el ir a consultar al profesional? Depende en primer lugar de la gravedad de los síntomas. No es que haya una relación bionílica, pero sí que se consulta más cuanto más graves sean los síntomas. Y luego hay una serie de variables sociales que hacen que se consulte más por trastornos que pueden ser menores, como puede ser la soledad o el que haya un estrés psicosocial muy alto.

¿Crees que existen diferencias respecto a estos factores que nos has estado enumerando entre los hombres y las mujeres? Sí, sí que los hay. Además, se han hecho estudios que los demuestran. Orwith hace estudios de redes sociales con las personas que van a su consulta y se encuentra que las mujeres normalmente han hablado de sus problemas con 4,5 personas, mientras que los hombres sólo con una.

También encuentran que quien da la validación a las mujeres suelen ser sus amigas, mientras que a los hombres es el jefe o el cónyuge. Son diferencias importantes en el proceso de validación provisional. También tiene una diferencia grande el que cuando vas al médico te dé la baja y dejes de ir a tu trabajo o que dejes de hacer tu casa.

O sea que también hay una diferencia muy grande cuando el trabajo de las mujeres es exclusivamente de ama de casa y no requiere una baja laboral. ¿Entonces piensas que a la consulta de atención primaria llegan más mujeres que hombres? Sí, en los datos que tenemos nosotros, que coinciden con los datos internacionales, la cantidad de mujeres en atención primaria es el 67,1%. Y esto tanto para trastornos de tipo general como para trastornos psiquiátricos.

No hay diferencia. ¿Esta diferencia entre el número de hombres y mujeres que consultan en atención primaria se sigue manteniendo a un nivel más especializado? Sí, en las consultas especializadas encontramos que el 62% son mujeres. Y el grupo de riesgo que nos encontramos es el de mujeres casadas con trastornos de tipo neurótico con hijos en casa que no trabajan fuera de casa.

Esto coincide con los estudios internacionales y sobre todo con las publicaciones de Brown y Harris que dan un perfil exactamente igual para grupos de riesgo en mujeres. ¿Y ya por último, esta diferencia sigue manteniéndose también a nivel de hospitalizaciones? No, en el último nivel, en el de hospitalizaciones, nos encontramos con más hombres que con mujeres. Esto ha permitido que se sostuviera durante mucho tiempo la idea de que la demanda del hombre es más real que la de la mujer.

Hay otra hipótesis para explicarlo que tendría que ver con que la tolerancia social a una mujer con un trastorno mental grave es mayor que para un hombre. Probablemente esto nos puede dar más luz si tenemos en cuenta que los trastornos psicóticos se presentan con tanta

frecuencia en uno como en otro sexo. Como resumen podríamos decir que sí que parece que los datos indican una mayor presencia de trastornos en las mujeres que en los hombres, pero solamente en los niveles inferiores del modelo que hemos venido exponiendo.

A lo largo de este problema hemos revisado las hipótesis que existen en la literatura para intentar explicar por qué existe esta diferencia llegando a la conclusión que todavía quedan muchos datos por desvelar y que existe un poco de mito con respecto a la debilidad de la mujer. Buenas noches Josefina y muchas gracias por estar con nosotros. Buenas noches Blanca.

En vida y salud Josefina Mas, psiquiatra en un centro de salud del Ayuntamiento de Madrid y Blanca Mas, profesora de ciencias de la conducta en la UNED. Los problemas psicológicos de la mujer y algunas características de la demanda de salud mental por parte de las mujeres fueron las cuestiones que han ocupado hoy este tiempo. El jueves que viene volveremos en vida y salud para hablar de la menopausia desde el punto de vista médico y psicológico.

Será con la ayuda de un especialista, el doctor Joaquín Díaz Recasens, que trabaja en la unidad de menopausia de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Y por parte de vida y salud nada más, este programa volverá a estar con vosotros dentro de siete días a las ocho y media de la noche hora peninsular. Y continuamos en el tiempo de radio educativo y cultural de la UNED.

Vamos a escuchar ya la sintonía de nuestro próximo programa. Psicología hoy.