

“.....Blancas Colinas.....”

Observamos en este número que tenemos entre manos que un 67% de los artículos se refieren a diversas situaciones y patologías de la mujer. Ya en su momento (1) llamamos la atención sobre este hecho; decíamos entonces que “estamos ante un reto que una serie cada vez más creciente de investigadores ha reconvertido en una verdadera disciplina científica”. En otra editorial, Sender (2) nos llamaba la atención sobre los datos que aportan los estudios de envejecimiento en la que el clima hormonal se “equilibra” (en cierta manera) y la exigencia laboral se neutraliza y deja de moldear los comportamientos. A pesar de que las mujeres viven más años, su autoapreciación de la calidad de salud es peor que la de los hombres. Dolor crónico y malestar emocional serían los problemas más repartidos. En cambio el infarto de miocardio se ha “beneficiado” del “reparto democrático”; factores biológicos pero también psicosociales (“difíciles de ordenar” según la autora) se implicarían en esta igualación genérica.

Retomemos el tema del “malestar emocional”. Clásicos son los porcentajes epidemiológicos en salud mental que afectan a las mujeres. Permítannos recordar algunos de los más frecuentes:

- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Población general (PG): 7,6%; Mujeres (M): 4,5%; Consultas Clínicas (CC) M=55%.
- **Fobia Social.** PG=13%; M=6%; CC: M=53%.
- **Crisis de angustia.** PG=3,5%; M=2%; CC= M=67%.
- **Agorafobia.** PG=6%; M=4,5%; CC: M=80%.
- **T. Afectivos (todos los diagnósticos).** Hombres (H)=5-12%; M=9-26%; CC: M=51%.
- **Hipocondría.** PG=4-6%; M, igual tasa que H; CC: M=30%.
- **T. Dismórfico.** PG=2%; M=1%; CC= Datos dispares.
- **Estrés posttraumático.** PG=9%; M=6%; CC= idem.

A excepción de la Hipocondría o el Trastorno Dismórfico, las mujeres sufren más y también lo consultan más. Los razonamientos explicativos son complejos y multifactoriales con variables como la evaluación (las mujeres tienden a responder a los cuestionarios de “screening” de forma más positiva que los hombres), la aceptación o referencia de síntomas, el rol de enferma, mayor conducta de búsqueda de ayuda médica, tendencias sesgadas de los propios médicos que diagnosticarían más trastornos psíquicos en la población femenina, los ciclos biológicos y sus vulnerabilidades neurohormonales, la mayor disposición a admitir miedos, mayor ansiedad-rasgo, estereotipo de roles y circunstancias adversas específicas en la evaluación biográfica. En este sentido me permito recomendarles un artículo impecable que desarrolla un modelo evolutivo para la etiología de la depresión mayor en mujeres (3).

Obviamos –pero no olvidamos– los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en donde la ratio mujer/hombre sigue pesando más en las féminas. Condiciones muy específicas deben ser registradas como el impacto de la esterilidad y de los pasos diversos en reproducción asistida, amén de la “aceptación de una renuncia que en ocasiones implica conflicto” (2), unos temas que empiezan a asomar en las investigaciones actuales. La menopausia o el tan debatido síndrome

disfórico premenstrual o la vulvodinia, presentan una cierta generosidad de estudios como también hay un renovado interés por la correlación embarazo-estrés. Ya en su momento (4) les comentamos la maravillosa monografía de Margaret F. Jenswald y col. (5), psiquiatra y directora del "Institute for Research of Women's Health" de Washington, unos papeles que rompían moldes y que enviaban un misil directo al corazón de las investigaciones psicofarmacológicas y a la propia práctica clínica que tantas veces olvidaron (y negligencian aún) las diferencias genéricas en el metabolismo de los fármacos y sus interacciones con hormonas, ciclo menstrual; embarazo o menopausia. Otras monografías como la de Regina Casper también deben ser muy tenidas en cuenta (6).

Queremos y debemos saber. Y en este sentido son cada vez más progresivos, no solamente los equipos que investigan, sino también las entidades que lo potencian; un ejemplo señero es la "International Society for Psychosomatics Obstetrics and Gynecology" y en nuestro ámbito la "Sección de Obstetricia y Ginecología Psicósomática" de la SEGO que fundó el malogrado prof. Salvatierra y a la que deberíamos hacer más caso. A nivel asistencial, varios Centros de Atención Primaria han estructurado unidades específicas y –a nivel psiquiátrico– la primera Unidad de Psiquiatría y Psicología de la Mujer dirigida ejemplarmente por la Dra. García Esteve (en la Maternidad –Hospital Clínico de Barcelona–), fuente de numerosas consultas e investigaciones modélicas. Esperamos que estos ejemplos cundan y consolidemos un tema que a todos –profesionales y usuarios– nos atañe.

J.M^a. FARRÉ (Editor)

- (1) J.M. Farré. "Mujer y Salud". Editorial. Cuadernos de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de Enlace, nº 49/50, 7; 1999.
- (2) R. Sender. "El género del enfermar". Editorial invitada. Cuadernos de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de Enlace, nº 57, 7-8, 2001.
- (3) K.S. Kendler y col. "Depresión mayor en mujeres: en busca de un modelo evolutivo global". The American Journal of Psychiatry (ed. Esp.), 5, 539-551, 2002.
- (4) "Noticias breves", Cuadernos de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de Enlace, 42/43, 126, 1997.
- (5) M.F. Jenswald y col. "Psychopharmacology and Women. Sex, Gender and Hormones". American Psych. Press, Washington D.C., 1996.
- (6) R. Casper. "Womens health hormones, emotions and behavior". Cambridge University Press, U.K., 1998.