

Género y salud mental en un mundo cambiante

Isabel Montero^a / Dolores Aparicio^b / Manuel Gómez-Beneyto^c / Berta Moreno-Küstner^d / Blanca Reneses^e /
Judit Usall^f / José L. Vázquez-Barquero^g

Por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.

^aProfesora Titular de Psiquiatría. Universidad de Valencia. Valencia. España.

^bResponsable del sistema de información (salud mental extrahospitalaria) Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Vitoria. Álava. España.

^cCatedrático de Psiquiatría. Universidad de Valencia. España.

^dProfesora Asociada. Universidad de Granada. España.

^eServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España.

^fCentro de Salud Mental San Juan de Dios. El Prat de Llobregat. Barcelona. España.

^gCatedrático de Psiquiatría-Universidad de Cantabria. España.

Correspondencia: Isabel Montero. Profesora Titular de Psiquiatría. Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 15. 46010 Valencia. España.
Correo electrónico: isabel.montero@uv.es

(Gender and mental health in a changing world)

Resumen

Que el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales según el género, que los abusos sexuales y la violencia recaen mayoritariamente sobre las mujeres, que la vivencia psicológica de la reproducción y de la paternidad/maternidad es distinta en hombres y mujeres y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre los sexos son cuestiones ampliamente aceptadas hoy en día. En este capítulo se revisan las diferencias en la morbilidad psiquiátrica, la discapacidad y la utilización de servicios de salud mental entre hombres y mujeres de la población española y se discute la necesidad de implantar una nueva disciplina que examine cómo los trastornos mentales y los diferentes tratamientos pueden afectar de forma distinta a ambos géneros. El profundo proceso de transformación en nuestra sociedad en los roles sociales para hombres y mujeres obliga a plantear nuevos estudios con el objetivo de evaluar las diferencias actuales en las tasas de morbilidad psiquiátrica y los factores de riesgo asociados. Los resultados condicionarán no sólo la formulación de nuevas hipótesis relevantes, sino la adecuada selección de estrategias de estudio y la elaboración de válidos y fiables instrumentos de medida.

Palabras clave: Salud mental. Diferencias de género. Formación.

Abstract

It is well established that human psychological development, violence and sexual abuse, the experience of reproduction and parenting, as well as psychopathology and psychiatric morbidity are different for men and women, both in quality and quantity. In this chapter some of these differences, including disability and the use of services in the Spanish population are described and analysed. Whether there is a need for a new discipline to study psychiatric illness and psychiatric treatment from the point of view of gender is discussed. There has been a deep process of transformation of gender roles in our society. In our opinion this calls for new research efforts aimed at estimating the rates of prevalence and associated risk factors in men and women at present. The results of such research will probably lead to the formulation of new and more relevant hypotheses, and to the development of new research strategies and more valid and reliable measuring instruments.

Key words: Mental health. Gender differences. Education.

Introducción

La investigación llevada a cabo en las últimas décadas ha demostrado de manera inequívoca la existencia de claras diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta enferma desarrollados por hombres y mujeres.

Los mecanismos que se han utilizado para explicar estas diferencias pertenecen a 2 tipos de formulaciones teóricas. La primera de ellas postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre ambos sexos. Sin embargo, la mayor parte de los estudios realizados en esta línea se muestran insuficientes para explicar su distinto comportamiento frente a esta problemática. Por el contrario, las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en última instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica.

Con este trabajo pretendemos mostrar algunas de las controversias referentes a las diferencias de género en la aparición y la distribución de los trastornos mentales, así como en la utilización de los servicios de salud mental y en la respuesta al tratamiento psicofarmacológico.

Influencia del género en la salud mental

La tabla 1 recoge la prevalencia psiquiátrica encontrada en algunos de los estudios comunitarios llevados a cabo en España en las últimas décadas¹⁻⁴. Ob-

servamos en las mujeres de todas las comunidades investigadas unas cifras elevadas de alteraciones psiquiátricas, situándose la prevalencia para la globalidad de los trastornos mentales entre el 18,7 y el 36,1%. Esta variabilidad depende en gran medida del instrumento de exploración psicopatológico utilizado. Así, el GHQ (cuestionario de detección de morbilidad psiquiátrica, validado para diferentes poblaciones y ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos) genera unas cifras más uniformes, pero generalmente más elevadas, al incluir manifestaciones subclínicas, que las detectadas mediante entrevistas psiquiátricas.

Este exceso de morbilidad psiquiátrica, se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres; entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias, que no quedan bien recogidos en muchos de los instrumentos de detección.

El consumo de ciertas drogas por parte de las mujeres es un hecho relativamente reciente y, por tanto, afecta fundamentalmente a los grupos de edad más jóvenes, los cuales, como ocurre con el consumo de alcohol, tienden a equiparar sus patrones conductuales a los de los hombres adultos. Mientras que el consumo de drogas, que implica una transgresión y un notable desarraigo y problemática psicosocial, predomina en los hombres y en los grupos más jóvenes, el consumo más socializado, generalmente medicalizado y a niveles adecuados de integración y afectación psicosocial, lo hace en las mujeres de edad más avanzada¹.

Un ejemplo del efecto de los cambios sociales producidos en mujeres en el mundo occidental es la creciente diferencia en las tasas de suicidio desde la década de los setenta, con un acortamiento de la distancia entre las frecuencias de tentativas de suicidio en ambos sexos⁵. Dos factores parecen contribuir

Tabla 1. Prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios realizados en España

Autor (año)	Área	Muestra (n)	Instrumento	Prevalencia psiquiátrica (%)	
				Hombres	Mujeres
Muñoz et al (1979)	Navarra	NC	PSE 140	11,6	23,6
Vazquez-Barquero et al (1981, 1982)	Navarra	1.156	CIS	19,2	28,3
Seva-Díaz et al (1982)	Soria	404	GHQ-30	—	34,2
Vazquez-Barquero et al (1987)	Cantabria	1.232	PSE-140	8,1	20,6
Herrera et al (1987)	Barcelona	811	GHQ-60	15,9	30,8
Mateos et al (1989)	Galicia	2.510	GHQ-60	20,8	33,6
Canals et al (1997)	Cataluña	290 (18 años)	SCAN	21,7	36,1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	12.415	GHQ-12	15,8	18,7
Roca et al (1999)	Formentera	697	GHQ-28	15	23,6

NC: no contesta; GHQ: Cuestionario General de Salud; PSE: Present State Examination (Examen del Estado Actual); CIS: Clinical Interview Schedule (Cuestionario de Entrevista Clínica); SCAN: Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría).
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Personas con discapacidad por enfermedad mental por sexo y edad (España, 1999)

	Total	6-24	25-44	45-64	65-79
Ambos sexos	160.831	21.671	60.515	43.392	35.253
Hombres	88.829	13.118	42.023	21.654	12.035
Mujeres	72.002	8.553	18.493	21.738	23.218

Fuente: Encuesta Nacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (INE, 1999).

a su descenso: los antidepresivos modernos, menos letales (forma común de suicidio entre las mujeres), y una mayor detección de la depresión como resultado de su mayor tendencia a solicitar asistencia.

Los trastornos mentales se asocian a niveles significativos de discapacidad, por lo que cabría esperar unas tasas más elevadas de discapacidad para las mujeres. Cabe señalar que un único trastorno mental, como la depresión, la patología psiquiátrica más prevalente entre las mujeres, aparece como la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad en la estimación para el año 2020⁶. Este impacto de la enfermedad mental no queda reflejado en la Encuesta Nacional de Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud⁷, donde no sólo el número de hombres discapacitados por enfermedad mental supera al de las mujeres, sino que su distribución por edades parece corresponder más a criterios de productividad que a la repercusión que la enfermedad mental tiene en la vida de las personas (tabla 2).

Influencia de los roles sociales

Los factores sociales y culturales tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de la enfermedad mental, cuya influencia se manifiesta de diferente manera en hombres y mujeres en función de las matizaciones en los roles que cada uno se ve obligado a desempeñar en las distintas sociedades.

Los datos aportados por los diversos estudios comunitarios realizados en varios países, entre ellos el nuestro, evidencian diferencias significativas de morbilidad psiquiátrica para los diferentes grupos de edad. Estas variaciones con respecto a la edad siguen en las mujeres de nuestro medio dos tendencias: una relativa al incremento de las formas de patología tradicionalmente vinculadas a los roles masculinos, como el consumo de alcohol y otras sustancias, en los grupos de edad más jóvenes, y otra relacionada con el incremento de los cuadros afectivos y ansiosos en edades más avanzadas, generalmente a partir de una edad mediana. El incremento de la morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, en comparación con las solteras, es un hecho frecuentemente observado.

En esencia, hoy se admite que dicha asociación es un rasgo característico de las mujeres, que no aparece en los hombres, para los que el estado civil «casado» se comporta como un factor de protección frente al desarrollo de la enfermedad mental⁸.

El papel que el trabajo desempeña en el bienestar psicológico de las mujeres es complejo y depende de una amplia serie de variables ligadas a la naturaleza de éste, su valoración social y las posibilidades que ofrece en su proceso de desarrollo personal. La aparente contradicción de los resultados de los diferentes estudios hay que establecerla precisamente en el significado que el trabajo adquiere en cada cultura. La referencia a la situación laboral de la mujer en abstracto resulta hoy inadecuada. A la hora de analizar el papel que el trabajo puede ejercer en la salud mental de la mujer, es necesario tener en cuenta los aspectos inherentes al significado y el sentido personal y social del mismo⁹.

La tendencia de las sociedades modernas a organizarse como sociedades urbanas lleva consigo una serie de cambios sociológicos capaces de transformar no sólo las interacciones que el individuo establece con su entorno, incluido su entorno sociolaboral, sino incluso con sus dinámicas familiares. Estos cambios indudablemente afectan tanto a los hombres como a las mujeres, pero plantean una problemática mayor a las mujeres, sobre todo a las casadas con hijos pequeños pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas¹⁰.

Influencia del ciclo reproductivo

La exposición perinatal a las hormonas sexuales parece ser la causa del dimorfismo sexual cerebral, tanto en morfología como en función, lo que regula la síntesis y actividad de enzimas, neurotransmisores, receptores y efectores. Las fluctuaciones de progesterona, tetrahidroprogesterona y estrógenos durante el ciclo menstrual pueden contribuir a los cambios que se producen en el ánimo en algunas mujeres¹¹.

El curso de los diversos trastornos, en algunas mujeres, puede también verse afectado por el ciclo menstrual. La fase premenstrual parece revertir una especial vulnerabilidad para el inicio de un episodio depresivo o para el empeoramiento de la sintomatología depresiva; entre un 3 y un 8% de las mujeres en edad reproductiva presentan un trastorno disfórico premenstrual¹².

En el período posparto la incidencia de ingresos psiquiátricos aumenta de forma significativa en los primeros 6 meses respecto a otros períodos de la vida de la mujer¹³; las tasas de prevalencia oscilan para la depresión posparto entre el 12 y el 15%. La coincidencia de la aparición del primer episodio depresivo con el puer-

perio es frecuente, y se incrementa el riesgo para otros episodios depresivos puerperales.

La posible relación entre la perimenopausia, la menopausia y la aparición de trastornos afectivos es un tema controvertido. En general, los estudios longitudinales realizados en la población general no han corroborado que durante la perimenopausia exista un incremento significativo del riesgo de depresión, a excepción de la menopausia quirúrgica. Los estudios con muestras clínicas, sobre todo de las que proceden de consultas ginecológicas, por el contrario, detectan un incremento de síntomas afectivos durante la perimenopausia. Probablemente, la explicación a esas discrepancias haya que buscarla en las diferencias entre las muestras estudiadas¹⁴. No obstante, es necesario realizar estudios interdisciplinarios que permitan valorar la interacción entre los factores hormonales y psicosociales.

Los estudios sobre farmacocinética de los psicofármacos han revelado diferencias importantes en la absorción y la biodisponibilidad, la distribución, el metabolismo y la eliminación en función del sexo. Las mujeres no sólo tienden a mostrar unas concentraciones plasmáticas de psicofármacos más elevadas que los hombres, sino fluctuaciones en los valores de algunos psicofármacos durante el ciclo menstrual¹¹. Estas diferencias pueden ser las causas de una respuesta terapéutica diferencial en las mujeres, aspecto habitualmente ignorado en la práctica psiquiátrica.

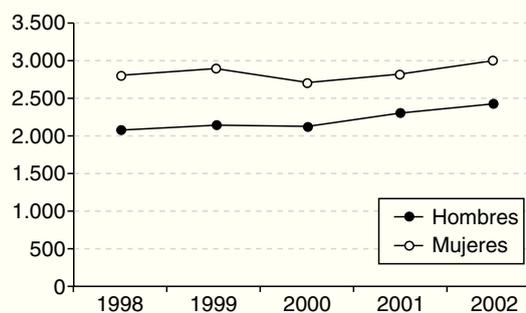
Género y servicios de salud mental

Según la mayoría de los estudios, las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos en los servicios ambulatorios especializados, y las diferencias son más patentes en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica¹⁵. De ahí que se haya sugerido que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos.

Ahora bien, si diferenciamos entre la tasa de incidencia tratada —las personas que acuden por primera vez— y la tasa de frecuentación —mayor número de contactos por caso—, los hombres presentan, según algunos estudios europeos, una mayor tasa de incidencia, aunque globalmente las mujeres presentan mayores tasas de frecuentación¹⁶. Sin embargo, según datos de algunos registros españoles, son los hombres los que tienen una media de contactos mayor.

La tendencia a incrementarse las tasas de primeros contactos entre los hombres también se ha detectado recientemente en nuestro entorno. Según los datos procedentes del registro de casos psiquiátricos de Gui-

Figura 1. Evolución anual de las primeras consultas a servicios de salud mental según el sexo (Guipúzcoa, 1998-2002).



Fuente: Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

púzcoa, el porcentaje de los que acuden por primera vez a los servicios de salud mental en los últimos 5 años se acorta ligeramente, pasando del 43% en 1988 al 45% en 2002, cifras muy similares a las obtenidas en diferentes registros psiquiátricos españoles. Estos datos globales se matizan cuando se tiene en cuenta el grupo diagnóstico (fig. 1).

En el ámbito de los servicios hospitalarios los datos no son concluyentes. Mientras algunos estudios europeos recientes detectan tasas más altas de ingresos en los hombres¹⁷, en la población española no se confirman las diferencias, y su distribución es homogénea para los primeros ingresos hospitalarios¹⁸.

La estancia media de los ingresos hospitalarios para el total de trastornos mentales analizada por grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) es ligeramente superior en las mujeres, en todos los casos. El análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD) muestra diferencias en el número de altas entre ambos sexos, máxima en el grupo de neurosis depresiva (el 68% de mujeres frente al 32% de hombres) cuya proporción se invierte en el grupo de psicosis (el 37% de altas en las mujeres frente al 63% en los hombres)¹⁹.

Respecto a la atención en los servicios de urgencias psiquiátricos, se constata que la utilizan con mayor frecuencia los hombres que las mujeres. El perfil sociodemográfico y clínico de los que demandan atención urgente es significativamente diferente, con el predominio entre ellos de unas mayores tasas de privación social, aislamiento y consumo de sustancias, así como trastornos de personalidad. En este mismo sentido, la proporción de los que acuden solos o conducidos por las fuerzas de orden público es significativamente mayor que en las mujeres en todos los estudios revisados²⁰.

Es difícil explicar las diferencias encontradas en la utilización de los distintos recursos de salud mental.

Hasta que éstas no se evalúen desde una perspectiva de género, y no sólo tomando el sexo como una variable estructural más, no tendremos respuestas más allá de la especulación.

Diferencias de género en la experiencia de prestar cuidados

En nuestro medio, más del 80% de los pacientes mentales crónicos conviven con su familia de origen, porcentaje muy por encima de lo estimado en países del entorno europeo²¹. Los factores culturales, pero sobre todo la falta de desarrollo de recursos comunitarios, son los que pueden explicar esta diferencia.

Los cuidadores de pacientes mentales se enfrentan no sólo a los problemas y las consecuencias que conlleva su propia labor y al abandono por parte de la Administración, que si cabe es mayor que la que sufren los cuidadores de pacientes con otras enfermedades, sino a otros problemas específicos, como los sentimientos de culpa y de vergüenza, de duelo, resentimiento y estigmatización.

En relativamente poco tiempo la psiquiatría ha pasado, de considerar a la familia, sobre todo a las madres, implicadas en la etiología de algunos trastornos mentales, a esperar de éstas que se conviertan en un recurso comunitario básico, en la mayoría de las ocasiones hasta su muerte, pero sin recibir la información y el apoyo necesarios para ello. Su perfil prácticamente se superpone al de la mayoría de cuidadores principales de otro tipo de enfermedades crónicas, un aspecto compartido por la mayoría de las sociedades: más de dos terceras partes son mujeres, de mediana edad, preferentemente madres, pero también esposas o hermanas, que tienen que compaginar los cuidados con otras tareas de responsabilidad²².

Aproximadamente un 15% de los cuidadores principales de pacientes psiquiátricos graves presentan problemas físicos atribuibles al hecho de cuidar, y la morbilidad psiquiátrica general es el doble de la esperada para la población general^{22,23}. Las mujeres experimentan un mayor nivel de sobrecarga, así como mayores repercusiones en su estado de salud psíquico y físico, que los cuidadores principales hombres, sin que hasta la fecha esté bien establecido el mecanismo que explique las diferencias en el impacto sobre la salud²⁴. La identificación de la carga derivada de los cuidados a los enfermos mentales continúa siendo parte integral de la investigación de los servicios psiquiátricos comunitarios; asimismo, sus costes deben ser incluidos en la valoración económica de los tratamientos²⁵.

El cuidado familiar se ha basado en el tiempo y en el trabajo de las mujeres, que se suponen libres en tér-

minos económicos. Los cambios operados en la actual familia española, así como la masiva incorporación de la mujer al mercado laboral, ponen en peligro la continuidad del cuidado familiar. Por tanto, hay una necesidad urgente de buscar nuevas alternativas o de complementar esta labor con otro tipo de cuidados informales, así como de buscar formas más equitativas de compartir los costes y los riesgos que esto supone.

Formación de profesionales

La medicina de familia y la psiquiatría son las 2 especialidades médicas que más han contribuido a poner en primer plano los problemas sanitarios que conlleva ignorar la diversidad, y en especial la desigualdad de género^{26,27}. Una encuesta realizada entre las asociaciones profesionales de psiquiatría de los países miembros de la Unión Europea revela que, aunque en todos ellos se considera el tema de vital importancia, solamente en tres (Reino Unido, Países Bajos y Dinamarca) está oficialmente regulada la formación de los psiquiatras en las diferencias de género de manera específica.

La educación en las diferencias de género está obstaculizada por barreras específicas ajenas al propio proceso educativo, entre las cuales cabe señalar la presencia mayoritaria de hombres en el profesorado (en nuestro país el 12% de los profesores de las facultades de medicina y alrededor del 20% de los coordinadores de área del Sistema Nacional de Salud son mujeres), el estereotipo sexista (ampliamente incorporado en nuestra forma de pensar, sentir y actuar como profesionales y como pacientes), la estructura, el funcionamiento y la dinámica de la familia (la distribución del poder y el reparto de responsabilidades que dan sentido y refuerzan los roles de género), la estructura, la organización y la provisión de servicios sanitarios y una buena parte de la legislación vigente.

La adquisición de conocimientos sobre las diferencias de género en la formación de los profesionales de salud mental no presenta dificultades especiales con tal de que se regule su obligatoriedad, tal como se ha previsto en el nuevo programa de formación de los residentes de psiquiatría elaborado por la comisión nacional de la especialidad en nuestro país. De todas formas, no hay que olvidar la influencia no intencionada que la enseñanza orientada a la adquisición de conocimientos ejerce sobre las actitudes. No es fácil evitar las «microdesigualdades» que se transmiten al impartir un programa teórico, como el paternalismo o la condescendencia, el uso sexista del lenguaje, la selección sesgada de ejemplos o de ilustraciones en psicopatología²⁸.

Al actualizar los contenidos teóricos de los programas de formación, es necesario hacer una lectura cui-

dados de los hallazgos de investigación sobre las diferencias de género, ya que se han identificado múltiples deficiencias en este terreno, atribuibles al sesgo de género en la investigación, a la lentitud con la que se incorporan los hallazgos a los programas de formación y a la concepción del cuerpo y la mente del hombre como modelo, donde figura la mujer como una mera desviación de la norma²⁹.

La enseñanza directa de destrezas y actitudes es todavía más problemática. Su aprendizaje está basado en la práctica guiada por el refuerzo, la participación activa y el modelado, requisitos que implican, todos ellos, el uso asiduo de la supervisión, procedimiento lamentablemente poco extendido en la formación de los residentes de psiquiatría en nuestro país³⁰. La otra condición necesaria es la existencia de un escenario de apoyo, lo que requiere la presencia de mujeres en número suficiente, tanto entre el profesorado como entre los estudiantes. A estas dificultades en la enseñanza de las actitudes se añade la ausencia de procedimientos de evaluación objetivos que puedan ser útiles para guiar la formación. El impulso al proceso educativo tiene un

carácter político relacionado con la vitalidad del movimiento feminista y con la puesta en marcha de medidas eficaces de discriminación positiva de género.

Conclusiones y recomendaciones

La salud mental de las mujeres se reconoce cada vez más como el campo de mayor impacto en el bienestar individual, familiar y social. Pero es un campo con un desarrollo aún muy precario a pesar del progreso realizado en las últimas 2 décadas, donde ha proliferado un número de estudios de diferente calidad, rigor y pertinencia. Para consolidarlo es necesario un esfuerzo de colaboración interdisciplinaria que tenga en cuenta la interacción de los diferentes fenómenos implicados: biológicos, ambientales y psicosociales.

Asimismo, es necesario introducir una formación que incorpore conocimientos de las variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, en el manejo terapéutico y en la investigación.

Bibliografía

1. Vázquez-Barquero JL, Santiago A, Díez-Manrique JF. La salud mental de la mujer en España. En: La mujer y la salud en España. Informe básico. Vol. 3. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales, 1992.
2. Canals J, Domenech E, Carbajo G, Bladé J. Prevalence of DSM-IV-R and ICD-10 Psychiatric Disorders in a Spanish Population of 18 years old. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:287-94.
3. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montañó JJ, Salvá JJ, et al. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the schedule for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:410-5.
4. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalence of mental disorders in the general population of Catalonia. *Gac Sanit* 1998;12:153-9.
5. Ribes J. Estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia, 1996.
6. Murray CJL, López JJ. Global comparative assessment in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva: World Health Organization, 1994.
7. Encuesta Nacional de Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1999.
8. Weissman M, Bland R, Joyce RP, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: crossnational perspectives. *J Affect Dis* 1993;29:77-84.
9. Ayuso JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C and the ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Brit J Psychiatr* 2001;179:308-16.
10. Montero I Factores de riesgo de depresión en las mujeres. En: Leal C, editor. *Trastornos depresivos en la mujer*. Barcelona: Masson, 1999; p. 37-48.
11. Majewska MD. Sex differences in brain morphology and pharmacodynamics. En: Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton J, editors. *Psychopharmacology and women*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996.
12. De la Gándara JJ. Trastorno disfórico premenstrual: prevalencia en población general. *Anales de la Real Academia de Medicina* 1995;33.
13. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Brit J Psychiatry* 1993;163:27-31.
14. Ruiz I, Montero I, Hernández-Aguado I. Factores asociados a la utilización de servicios de ginecología por la mujer climatérica: un estudio de casos y controles. *Med Clin (Barc)* 1994;102:761-4.
15. Üstun TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care*. Chichester: John Wiley & Sons, 1995. On Behalf of the WHO.
16. Hirsch S. Psychiatry beds and resources: factors influencing bed use and service planning. Report of a working party for the section of social and community psychiatry of the Royal College of Psychiatrist. London: Gaskell, 1998.
17. Saarento O, Räsänen S, Nieminen P, Hakko H, Isohanni M. Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland. *Eur Psychiatry* 2000;15:205-12.
18. Muñoz PE. La asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización. Un estudio de prevalencia-día. Departamento de Salud Mental [documento interno]. Madrid: Consejería de Sanidad, 1997.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud año 1999. Explotación de las bases de datos del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registro de pacientes (GRD). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
20. Dirk M, Dhossche MD, Ghani SO. Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. *General Psychiatry Hospital* 1998;20:235-40.

21. Gómez-Beneyto M, Asencio A, Berenguer MJ. Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios. En: Espinosa J, editor. *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: AEN, Edita Mayoría, 1986; p. 237-64.
 22. Montero I, Ruiz I, Tarazona E. Psychosocial distress in women caregivers related to health policies. 1st World Congress on Archives of Women's Mental Health 2001;94-5.
 23. Donelan K, Tlik M, DesRoches CM. Caregiving: challenge and implication for Women's Health. *Women's Health Issues* 2001; 11:185-200.
 24. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving: differential experiences by gender. *Med Care* 2002;40: 1249-59.
 25. Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL, and the Psicost Group. Utilization of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatr* 1998;173:334-40.
 26. Burge SK. Gender and power in family medicine. *Fam Med* 2000;32:625-7.
 27. Zimmerman MK. Status report on women's health in medical education and training. *Res Sociol Health Care* 2000; 3:1-17.
 28. Zelek B, Phillips S, Lefevre Y. Gender sensibility in medical curricula. *Can Med Assoc* 1997;156:1297-300.
 29. Harrison M. Woman as other: the premise of medicine. *J Am WMA* 1990;45:225-6.
 30. Perez F, Cuquerella MA, Conesa L, LaCruz M, Hernández M, Guillem JL, et al. Evaluación de la formación de Psiquiatría en España: resultados de una encuesta. *Actas-Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26:223-40.
-