

## ORIGINALES BREVES

# Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos

**M.E. Moreno Luna<sup>a</sup>, E. Clemente Lirola<sup>a</sup>, M.J. Piñero Acín<sup>b</sup>, M.R. Martínez Matías<sup>b</sup>, F. Alonso Gómez<sup>c</sup>  
y F.J. Rodríguez Alcalá<sup>d</sup>**

Centros de Salud de La Puebla de Montalbán, Sta. María de Benquerencia y Sillería. Gerencia de AP de Toledo.

**Objetivo.** Conocer si la actitud diagnóstico-terapéutica de los médicos ante personas con síntomas de ansiedad-depresión es diferente según el paciente sea varón o mujer.

**Diseño.** Descriptivo, transversal, por encuesta postal, basada en casos clínicos.

**Emplazamiento.** Atención primaria (AP) de Castilla-La Mancha.

**Participantes.** Médicos de AP que ejercen en el ámbito público.

**Mediciones y resultados principales.** Diseñamos dos modelos de encuesta que sólo variaban en cuanto al sexo del paciente, cada uno de los cuales se componía de cinco supuestos clínicos, dos de ellos sobre ansiedad-depresión y otros tres, cuyo fin era el de enmascarar a los dos primeros, sobre patología orgánica. Se dividió la muestra en dos mitades, remitiendo a cada una de ellas un modelo de encuesta diferente. De las 800 encuestas enviadas, recibimos 273 (34,2%). Edad media, 41,1 años. Un 70,4% eran varones. En el supuesto 1 que analizaba la actitud terapéutica ante un/a paciente con varios episodios de dolor precordial atípico «sensación de nudo», con ECG, exploración y analítica normales, encontramos que en el 77,2% de las mujeres se pautó tratamiento con ansiolíticos, frente a un 58,5% de los varones ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 9,97$ ). Se optó por apoyo psicológico en consulta en un 52,1% de las mujeres frente al 33,9% de varones ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 7,89$ ). Sin embargo, optaron por derivar al cardiólogo al 9,5% de las mujeres frente al 24,5% de los varones ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 10,01$ ). En el supuesto 2, en el que se interrogaba sobre la primera sospecha diagnóstica ante un/a paciente fumador/a con astenia, anorexia, dificultad para concentrarse y mareos inespecíficos de varios meses de evolución, un 55,7% de mujeres fue diagnosticado de cuadro ansioso-depresivo frente al 34,3% de los varones ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 13,67$ ).

Analizando el supuesto 2 según el sexo del médico, no encontramos diferencias significativas.

**Conclusiones.** La actitud de los médicos de AP ante pacientes con síntomas ansioso-depresivos difiere según sea el sexo del paciente. Prescribimos más ansiolíticos, prestamos más apoyo psicológico y pensamos más en causa funcional, cuando nuestro paciente es mujer.

**Palabras clave:** Atención primaria; Cuadros ansioso/depresivos; Género paciente.

## INFLUENCE OF PATIENT'S GENDER ON THE MANAGEMENT OF CLINICAL PROFILES OF ANXIETY/DEPRESSION

**Objectives.** To find whether the diagnosis-therapy approach of doctors to people with symptoms of anxiety-depression differs depending on whether the patient is a man or a woman.

**Design.** Crossover, descriptive study through a postal questionnaire, based on clinical cases.

**Setting.** Primary Care (PC) in Castilla-La Mancha.

**Participants.** PC doctors working in the public domain.

**Measurements and main results.** We designed two models of questionnaire which only varied in the sex of the patient. Each model consisted of five clinical hypotheses, two on anxiety-depression and three others, whose aim was to mask the first two, on organic pathology. The sample was divided into two halves, with a different model of questionnaire placed in each half. We received back 273 (34.2%) of the 800 questionnaires sent out. Average age was 41, and 70.4% were men. In hypothesis 1, which analysed the therapeutic attitude to a patient with various episodes of atypical «knotted sensation» precordialgia, through ECG, normal examination and analysis, we found that in 77.2% of women, against 58.5% of men, treatment with anxiolytic drugs was prescribed ( $p < 0.01$ ,  $\chi^2 = 9.97$ ). Psychological support at the consultation was opted for in 52.1% of women against 33.9% of men ( $p < 0.01$ ,  $\chi^2 = 7.89$ ). However, doctors opted to refer to the cardiologist 9.5% of women against 24.5% of men ( $p < 0.01$ ,  $\chi^2 = 10.01$ ). In hypothesis 2, doctors were asked about their first diagnosis of a smoking patient with asthenia, anorexia, difficulties in concentration and various months of non-specific sick feelings. 55.7% of women were diagnosed as having an anxiety-depression profile against 34.3% of men ( $p < 0.01$ ,  $\chi^2 = 13.67$ ). The doctor's sex in hypothesis 2 led to no significant differences.

**Conclusions.** The approach of primary care doctors to patients with symptoms of anxiety and depression differs with the sex of the patient. We prescribe more anxiolytic drugs, give more psychological support and think more of functional causes when our patient is a woman.

(Aten Primaria 2000; 26: 554-558)

<sup>a</sup>MIR de Familia de tercer año del Centro de Salud de La Puebla de Montalbán (Toledo). <sup>b</sup>MIR de Familia de tercer año del Centro de Salud Sta. María de Benquerencia (Toledo). <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sillería (Toledo). <sup>d</sup>Médico de Familia. Técnico de Salud de la Gerencia de AP de Toledo.

Correspondencia: F. Javier Rodríguez Alcalá.

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palomarejos.

C/ Barcelona, 2. 45005 Toledo.

Correo electrónico: flopez@gapto08.insalud.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 8-V-2000

## Introducción

Los trastornos ansioso-depresivos constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria (AP). Los estudios realizados por la OMS establecen una prevalencia mundial del 3-5% (120-200 millones de personas en todo el mundo). En España, la prevalencia se sitúa en torno al 5-10% de la población adulta<sup>1,2</sup>. Entre los pacientes atendidos en las consultas de medicina general la frecuencia de trastornos depresivos oscila en un 10-20%, y de los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica la cifra llega al 50%<sup>3,4</sup>. Sólo un 10% de los pacientes depresivos llega al psiquiatra, siendo por tanto un trastorno infradiagnosticado.

Nos parece de suma importancia que el médico de AP tenga una visión clara y esquemática de los grupos de pacientes que acuden a su consulta con estos trastornos, debiendo estar preparado para realizar un diagnóstico correcto, lo que supondría un beneficio para el paciente, al disminuir el número de exploraciones innecesarias, al mismo tiempo que se reducirían los costes sanitarios. Por otro lado, el hecho de no llegar a un correcto diagnóstico condiciona un peor pronóstico para estos enfermos ignorados, que tienen un curso más prolongado, evolución más complicada y peores perspectivas terapéuticas que los correctamente reconocidos<sup>5</sup>.

Las diferencias de distribución de patología mental según el sexo han sido objeto de diversas interpretaciones. La mayor parte de los autores coinciden en que existe un predominio en las mujeres de los llamados trastornos psiquiátricos menores, entre los que se encuentra la ansiedad-depresión, que por otra parte son los más frecuentes en nuestras consultas<sup>1-3,6-8</sup>. Sin embargo, algunos estudios longitudinales recientes no han

encontrado preponderancia de patología mental entre las mujeres<sup>9,10</sup>.

Por otra parte, en los últimos años se han empezado a investigar las distintas actitudes de los profesionales en el acto médico, en particular en la indicación de las exploraciones a realizar o prescripción de medicamentos, según el sexo del paciente. Así, por ejemplo, cuando se trata de diagnosticar y tratar patologías como las enfermedades coronarias, que aunque sean de predominio masculino afectan cada vez más a mujeres, en caso de igualdad de patología muchas mujeres serán excluidas de los procedimientos terapéuticos habituales, con el consiguiente riesgo que esto supone, lo que se ha venido a denominar síndrome de Yentl<sup>11</sup>. Así mismo, en otros estudios se apunta a que la mujer, ante igualdad de visitas y diagnósticos, recibe mayor cantidad de psicofármacos que los varones<sup>12,13</sup>.

Tras este análisis, nos planteamos si las diferencias en las cifras de prevalencia de trastornos depresivos entre sexos no estarían influenciadas por el concepto clásico de que dichos trastornos son más frecuentes en mujeres, y que como consecuencia se estuvieran infradiagnosticando en los varones o sobrediagnosticando en éstas, es decir, se estuviera cometiendo un sesgo de género en el diagnóstico de este problema. Por ello diseñamos un estudio con el objetivo de conocer si la actitud diagnóstico-terapéutica de los médicos de AP, ante personas con los mismos síntomas de ansiedad-depresión, es diferente según el paciente sea varón o mujer.

## Material y métodos

La población objeto de nuestro estudio fueron los médicos de AP que ejercían en el ámbito público de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. El tamaño muestral calculado para una diferencia esperada del 10% ( $p_1 = 35\%$  y  $p_2 = 45\%$ , obtenidos de la respuesta al caso 2 en un pilotaje previo) con una seguridad del 95% y una potencia del 80% fue de 316. En previsión de una tasa de respuestas del 40% decidimos enviar 800 cuestionarios que se repartieron de forma proporcional al número de médicos, entre las 5 provincias de la región.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, por encuesta postal, basada en casos clínicos, autocumplimentada y anónima, realizada entre marzo y septiembre de 1998.

Se diseñaron dos modelos de encuesta (A y B), que sólo variaban en el sexo del pa-

**TABLA 1. Supuesto 1**

Juan/Adela es un/a paciente de 45 años, casado/a y con 3 hijos, que acude a consulta por presentar dolor precordial ocasional desde hace varios meses, que es descrito como una «sensación de nudo que me sube desde el estómago hacia la garganta y me falta el aire». El dolor no se irradia, no se acompaña de cortejo vegetativo, no se modifica con los movimientos respiratorios ni con la presión en la zona, no se relaciona con la actividad física ni con la ingesta de alimentos, aunque suele coincidir con momentos del día en que se encuentra más nervioso

La exploración física, incluida la ACP fue normal. El ECG no mostró alteraciones de interés. Una analítica convencional en la que se incluyeron pruebas de función tiroidea, resultó normal

¿Qué actitud/es le parece/n la/s más adecuada/s ante este paciente?:

1. Solicitar nuevas pruebas diagnósticas
2. Derivar a cardiología para continuar estudio
3. Iniciar tratamiento con ansiolíticos
4. Derivación a psicólogo o psiquiatra para psicoterapia
5. Volver a citar al paciente para profundizar en su biografía
6. Apoyo psicológico en consulta
7. Otras

ciente (esta variación sucedía en cada supuesto clínico, por lo que en los dos modelos había pacientes varones y mujeres). Cada uno de ellos constaba de 5 supuestos clínicos, dos de ellos sobre ansiedad-depresión (fig. 1) y otros tres sobre patología orgánica, cuyo único fin era enmascarar el objetivo del estudio.

Con el fin de evitar que coincidieran los dos modelos de encuesta en una misma zona de salud, para que los profesionales no reconociesen el objetivo del estudio, realizamos un muestreo por conglomerados, de forma que las unidades de muestreo eran zonas básicas de salud (ZBS) que se escogieron aleatoriamente, recibiendo todos los profesionales de cada ZBS el mismo cuestionario. La muestra se dividió en dos mitades y cada una de ellas recibió un modelo diferente de cuestionario.

Los cuestionarios recibidos se introdujeron en una base de datos informática y para su procesamiento se utilizó el programa estadístico R-SIGMA. Usamos la ji-cuadrado para el análisis de variables cualitativas y la t de Student o ANOVA para la comparación de medias.

## Resultados

De las 800 encuestas enviadas, se recibieron 273 (34,2%); de ellas 106 pertenecían a un modelo de cuestionario (A) y 167 al otro (B). La edad media de los médicos que contestaron fue de 41,1 años (EE, 0,42) y su distribución por sexos un 70,4% de varones y un 29,6% mujeres (esta distribución en los que no respondieron era del 73,6 y 26,4%, respectivamente, sin diferencias significativas con los que contestaron); ambas variables se distribuyen de forma similar en los dos modelos de encuesta. Un 70,9% de los encuestados tenía

plaza en propiedad, el 24,6% era interino y un 4,5% suplente o refuerzo. Un 66,2% ejercía en poblaciones con menos de 10.000 habitantes, frente a un 33,8% que lo hacía en zona urbana (más de 10.000 habitantes).

En el supuesto 1 (tabla 1) que analizaba la actitud terapéutica ante un/a paciente con varios episodios de dolor precordial atípico, encontramos que en un 77,2% de las mujeres se pautó tratamiento con ansiolíticos, frente a un 58,5% de los varones ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 9,97$ ). Se optó por apoyo psicológico en consulta en el 52,1% de las mujeres, frente a un 33,9% de los varones ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 7,89$ ) y, sin embargo, optaron por derivar al cardiólogo al 9,5% de las mujeres frente al 24,5% de los varones ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 10,01$ ). Las respuestas a este supuesto, según el paciente fuese varón o mujer, se reflejan en la figura 1.

En el segundo supuesto (tabla 2), en el que se interrogaba sobre la primera sospecha diagnóstica ante un/a paciente fumador/a con astenia, anorexia, dificultad para concentrarse y mareos inespecíficos de varios meses de evolución, con analítica y exploración normales, el 55,7% de mujeres fue diagnosticado, de cuadro ansioso-depresivo y el 35,8% de síndrome constitucional, frente a un 34,3 y 58,4%, respectivamente, en los varones ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 13,67$ ). La figura 2 nos muestra las respuestas de los médicos a este supuesto según el sexo del paciente. En este supuesto también analizamos la actitud diagnóstica, según el sexo del médico, cuando el paciente era varón o mujer,

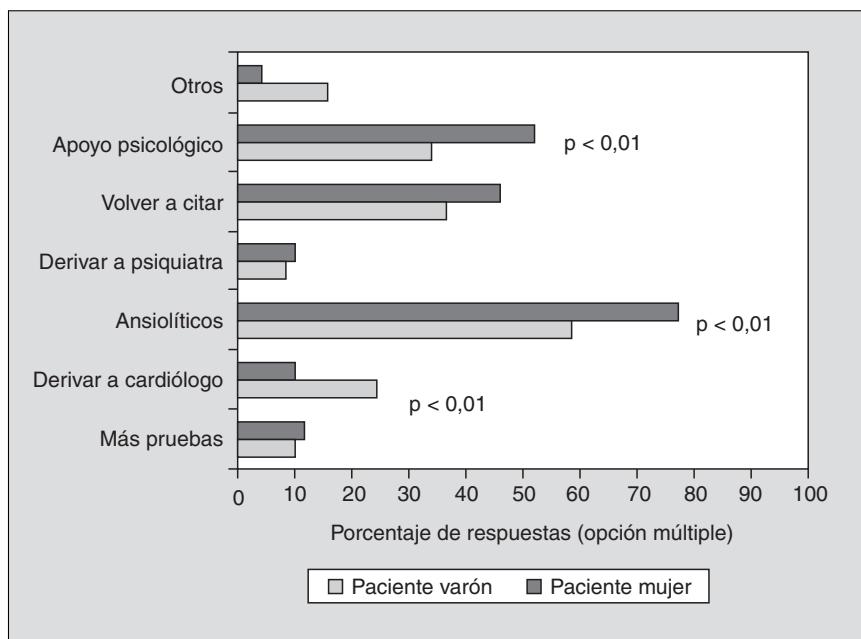


Figura 1. Actuación en el supuesto 1 según el sexo del paciente.

TABLA 2. Supuesto 2

Adela/Juan es auxiliar administrativa/o de 49 años, fumador/a de 20 cigarrillos/día, sin otros antecedentes de interés, casado/a y con 4 hijos, que desde hace 2 meses refiere encontrarse más cansada/o de lo habitual, con disminución del apetito y una leve pérdida de peso no cuantificada. En el último mes ha presentado varios episodios de mareo inespecífico

Durante la entrevista, la/el paciente se encuentra ligeramente ansioso/a y refiere tos crónica matutina en los últimos meses y dificultad para concentrarse en su trabajo. La exploración física, incluida la neurológica, no muestra alteraciones. En una analítica rutinaria realizada hace una semana en la empresa, el sistemático de sangre, bioquímica elemental y el sistemático de orina mostraban valores dentro de los límites normales.

¿Cuál sería la primera sospecha diagnóstica? (decídase por una sola de las tres opciones):

1. Cuadro ansioso-depresivo
2. Síndrome constitucional en relación con patología orgánica
3. Otras

sin encontrar diferencias significativas; los resultados de este análisis se muestran en la figura 3.

Por último, analizamos las respuestas a ambos supuestos según la edad del médico, su situación laboral y el tamaño de la población en la que ejercían, sin que detectásemos diferencias significativas en ninguno de los casos.

## Discusión

No podemos pasar a analizar nuestros resultados sin antes valorar algunos factores que han podido influir sobre su validez. El primero de ellos hace referencia a la baja tasa de res-

puesta obtenida (34%), que aunque es comparable a la de otros estudios realizados a través de encuesta postal debemos tener presente para el análisis. En nuestro estudio entendemos, que esta baja respuesta puede haberse visto agravada por el elevado número de cuestionarios, sobre los más diversos temas, que recibe el colectivo médico. A pesar de todo, y teniendo en cuenta que la distribución por sexo de los participantes es similar a la de la población a estudio, podemos hablar de una tasa de respuesta suficiente y representativa para nuestro trabajo.

También debemos considerar que el hecho de no hallar diferencias signifi-

cativas en cuanto al diagnóstico del caso 2 –en el que había que decidirse entre un diagnóstico de ansiedad-depresión o síndrome constitucional– según el sexo del médico no debe ser sobrevalorado, ya que en nuestra opinión se ve influenciado por el menor número de mujeres de nuestra muestra y no podemos asegurar que estas diferencias no se manifiestasen, en consonancia con la mayor susceptibilidad de las médicas ante este tipo de patología<sup>14</sup>, si aumentásemos el tamaño muestral.

Uno de los datos que más nos llamó la atención al analizar nuestros resultados fue, cómo ante la misma sintomatología y en idénticas circunstancias, a las mujeres se les pautan más ansiolíticos y se les presta más apoyo psicológico que a los varones, mientras que a éstos se opta por derivarlos a diferentes especialistas. La mayor prescripción de ansiolíticos a las mujeres, en igualdad de visitas y diagnósticos, que a los varones, es congruente con la literatura revisada<sup>12,13</sup>, el hecho de optar más por el apoyo psicológico en consulta en las pacientes del sexo femenino podría ser equiparable a la mayor frecuencia de consejo médico a las mujeres, que se observa en el estudio de Vega Alonso et al publicado recientemente<sup>15</sup>; en cuanto al resto de actitudes diagnóstico-terapéuticas por las que optaron los profesionales en nuestro trabajo, si bien no hemos encontrado estudios similares con los que comparar, distintas publicaciones apuntan a la mayor utilización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos complejos en los varones<sup>11,16</sup>, lo que de nuevo está en consonancia con nuestros resultados.

También hay que destacar entre los resultados que la primera sospecha diagnóstica de los médicos, ante pacientes con idénticos síntomas y circunstancias, fue de cuadro ansioso depresivo, preferentemente, en las mujeres y de síndrome constitucional en los varones.

Nuestra primera reacción, a la luz de los resultados, fue pensar que se evidenciaba una cierta actitud sexista o un sesgo de género en las sugerencias actuaciones de los profesionales médicos, pero tras esta primera intuición, y después de un análisis más pausado, nos surgió una cuestión principal: teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios de prevalencia de síntomas de

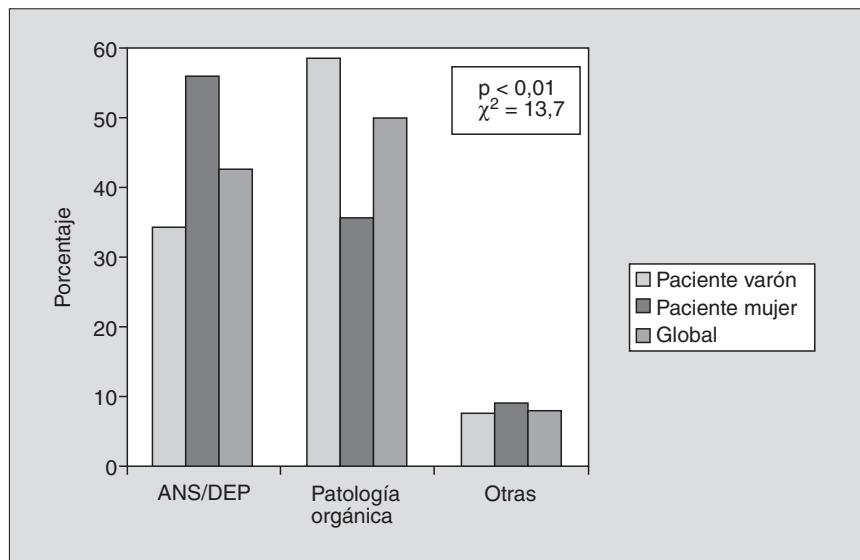
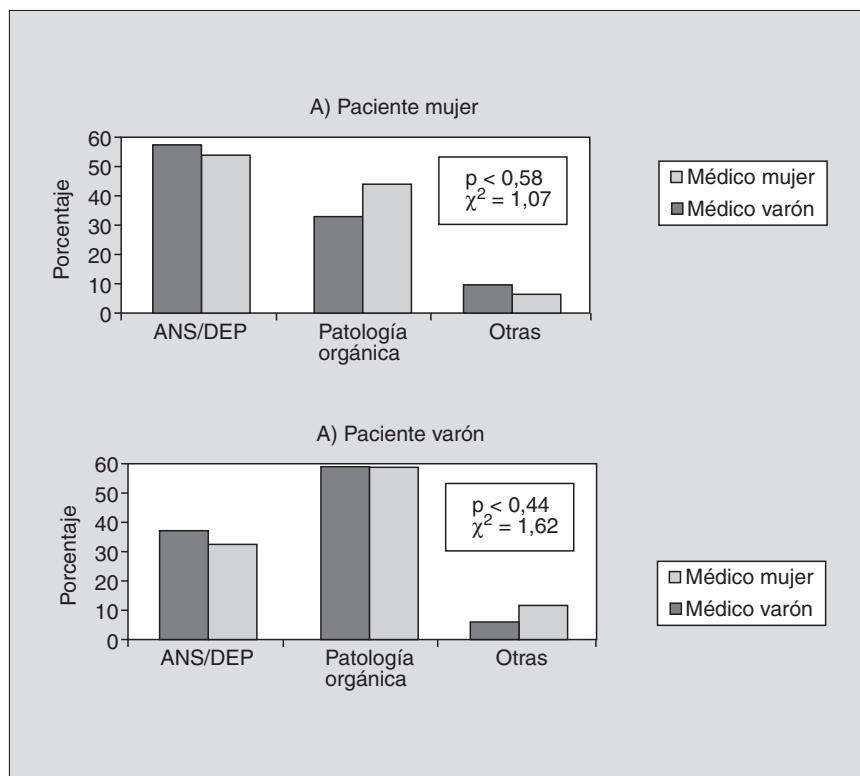


Figura 2. Sospecha diagnóstica en el supuesto 2, global y según el sexo del paciente.



Figuras 3A y B. A) Sospecha diagnóstica en pacientes mujeres según el sexo del médico. B) Sospecha diagnóstica en pacientes varones según el sexo del médico.

ansiedad-depresión indican que éstos son 2-3 veces más frecuentes en el sexo femenino<sup>1,3,7,17</sup>, ¿no sería, en cierta medida, lógico pensar más en esta patología si el paciente es

mujer? Teniendo presente que ciertos trabajos longitudinales<sup>9,10</sup> sugieren que la citada patología puede no ser más prevalente entre las mujeres y que los casos clínicos de

nuestro estudio, por su diseño, nos permitían asegurar la comparabilidad (eliminando connotaciones socioculturales) entre los pacientes de los 2 grupos, con la única diferencia del sexo, nos planteamos nuevas cuestiones:

Si los médicos, influenciados por unos datos «clásicos» de prevalencia, diagnosticamos más la ansiedad-depresión en las mujeres, ¿no será que estas cifras de prevalencia obedecen a un posible «círculo vicioso»? *«Hay mayor prevalencia en las mujeres porque los médicos la diagnosticamos más, y los médicos la diagnosticamos más por suponer que hay mayor prevalencia»*; ¿no estaremos, en realidad, infradiagnosticando estos cuadros en varones o supravalorándolos en las mujeres?

Como conclusiones de nuestro trabajo, podemos afirmar que la actitud de los médicos de AP ante pacientes con síntomas ansioso-depresivos difiere según el sexo del paciente. Prescribimos más ansiolíticos, prestamos más apoyo psicológico y pensamos más en causa funcional cuando nuestro paciente es mujer, y esto sin poder hablar de diferencias cuando el médico es varón o mujer.

No obstante, creemos que el tema en cuestión no queda resuelto y nos plantea importantes dudas como las anteriormente expuestas, que pensamos deberían ser motivo de futuros estudios, de diseño longitudinal, que sin duda ayudarían a mejorar las evidencias existentes en el tema, y quizás colaborarían a provocar un cambio de actitud diagnóstico-terapéutica ante estos pacientes.

## Bibliografía

1. Bobes J, Sáiz P, González MP, Bousoño M. Trastornos del humor (afectivos) de tipo depresivo. En: Bobes J, Bousoño M, González MP, editores. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria. Oviedo: I. Gofer, 1995; 139-148.
2. Roca M, Bernardo M. Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Masson, 1996.
3. Alonso-Fernández F. Manejo del enfermo depresivo en atención primaria. El Médico 1998; 681: 24-43.
4. Delgado JL, Martín MV. Trastorno de ansiedad: ¿es un diagnóstico fácil? Formación Médica Continuada 1998; 5: 533-538.

5. Vieta E. Diagnóstico de los trastornos mentales más prevalentes en atención primaria. *Salud Mental* 1998; 1: 154-166.
6. Arillo A, Aguinaga I, Guillén F. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Aten Primaria* 1998; 21: 265-269.
7. De la Gándara JJ. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 389-394.
8. Álvarez E. Los trastornos afectivos en el ámbito de la asistencia primaria. *Centro de Salud* 1997; 5: 37-50.
9. Srole L, Fischer AK. Changing lives and well-being: The Midtown, Manhattan Panel Study, 1954-1976. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79 (Supl 348): 35-44.
10. Dilling H, Weyerer S, Fichter M. The Upper Bavarian Studies. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79 (Supl 348): 113-140.
11. Healy B. The Yentl syndrome. *N England J Med* 1991; 325: 274.
12. Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J et al. Tendencias en la prescripción de psicotropos. *JAMA* (ed. esp.) 1998; 7: 261-267.
13. Mateo R, Rupérez O, Hernando MA, Delgado MA, Sánchez R. Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 101-104.
14. Delgado A, López LA. Grupo de Atención a la Mujer (semFYC). Médicos y médicas: ¿es diferente su práctica profesional? *Aten Primaria* 1999; 23: 1-2.
15. Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urtiaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 569-578.
16. Ruiz MT, Ronda E. Atención sanitaria según el sexo de los pacientes. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 537-538.
17. Alonso MP, De Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madruga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 161-166.