

Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM

Silvia L. Gaviria¹
Renato D. Alarcón²

Resumen

Introducción: El estudio del género y sus efectos en la salud mental es un fascinante y creciente campo de la investigación clínica. La exclusión de mujeres en la mayoría de estudios clínicos ha dado lugar a vacíos importantes sobre las enfermedades mentales y su tratamiento. *Objetivos:* (a) Examinar áreas relevantes de la relación entre el género y la vulnerabilidad a los trastornos mentales; (b) a la luz de investigaciones recientes, revisar la historia del uso del género en las cuatro versiones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), y (c) evidenciar posibilidades, ventajas y desventajas de la activa consideración de género en DSM-V, que se va a publicar dentro de los próximos cuatro o cinco años. *Método:* La búsqueda de estudios fue realizada a través de las bases de datos: PubMed, Medline, Ovid, LILACS y SciELO. *Resultado y conclusión:* La enfermedad mental es el resultado de una compleja matriz de factores, como perfil genético, experiencias recientes y eventos vitales tempranos, apoyo social, creencias religiosas y, por supuesto, el género.

Palabras clave: género, trastornos mentales, DSM.

Title: Psychopathology and Gender: Longitudinal and Historical View Through DSM

Abstract

Introduction: The study of gender and its effects on mental health is a fascinating and growing field of clinical research. The exclusion of women in most clinical studies has generated significant gaps in our knowledge about mental illnesses and their treatments. *Objectives:* (a) First, to examine relevant areas of the relationship between gender and vulnerability to mental disorders; (b) on the basis of recent research, to review the history of the use of gender in the four versions of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), and, finally, (c) to show the possibilities, advantages and disadvantages of an active consideration of gender in DSM-V, to be published within the next four or five years. *Method:* The search for studies was conducted through the following databases: PubMed, Medline, Ovid, LILACS, and SciELO. *Results and conclusion:* Mental illness is the result of a complex matrix of factors such as genetic profile, recent experiences and early life events, social support, religious beliefs, and, of course, gender.

Key words: Gender, mental disorders, DSM.

¹ Médica psiquiatra. Directora del Departamento de Psiquiatría Universidad CES. Medellín, Colombia.

² Médico psiquiatra. Master of Public Health (MPH). Mayo Clinic, Estados Unidos.

Introducción

El interés en la salud de las mujeres se ha intensificado en las últimas décadas. Aparte de sus aspectos y enfermedades propias (por ejemplo, las condiciones ginecológicas y obstétricas), otras enfermedades se expresan de manera diferente en las mujeres, tanto en términos de gravedad como de curso clínico o respuesta a las intervenciones terapéuticas.

En el pasado, la salud de las mujeres se centraba casi exclusivamente en el área reproductiva; hoy en día su abordaje es amplio y multidisciplinario. Hasta hace pocas décadas, las mujeres eran excluidas de las muestras clínicas en estudios de investigación, de manera tal que resultados de varones se aplicaban indistintamente a ellas. Por otro lado, si los estudios incluían mujeres, los datos no eran analizados por sexo y simplemente se asumía que no había diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a la forma de enfermar o en la respuesta a los tratamientos.

En la actualidad, se aceptan importantes diferencias entre hombres y mujeres y, en el caso de algunas enfermedades mentales, se acepta hoy que pacientes mujeres tienen diferentes síntomas, curso y factores de riesgo. Se han detectado, así mismo, diferencias de sexo en la farmacocinética, fundamentalmente debidas a factores hormonales (1,2).

El género puede afectar virtualmente todos los aspectos de la psicopatología, incluida la prevalencia de

enfermedades mentales, la expresión de los síntomas, el curso de la enfermedad, las modalidades de búsqueda de ayuda por parte de los pacientes y la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, uno de los más consistentes hallazgos epidemiológicos es que la depresión unipolar es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Las mujeres son también más proclives a experimentar trastornos de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. Las tasas de trastorno afectivo bipolar son similares en ambos sexos, pero las mujeres tienden más a desarrollar un ciclaje rápido y a presentar mayor proporción de episodios depresivos y fases mixtas. Aunque el alcoholismo es mucho más prevalente en los hombres, la tasa de mortalidad es mayor en las mujeres (3,4).

Por otro lado, las mujeres están más expuestas a circunstancias ambientales adversas (como abuso sexual), que pueden conducir a cuadros clínicos específicos. Resulta claro que la compleja relación entre género y patología mental, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres y cómo éstas interactúan con factores socioculturales para producir la enfermedad mental son temas relevantes de investigación, aun en sus comienzos.

Género y sexo: aspectos conceptuales

El término *sexo* se ha utilizado fundamentalmente para clasificar

a los seres humanos en relación con sus órganos reproductivos y el complemento cromosómico, es decir, características genéticas y biológicas ligadas a los cromosomas sexuales XX o XY. Las diferencias morfológicas y funcionales se establecen de inicio durante la fertilización, a la que sigue la diferenciación gonadal y, finalmente, la manifestación del fenotipo masculino o femenino definitivo durante la pubertad. El *milieu* de las hormonas reproductivas es un ejemplo de la diferencia entre hombres y mujeres; sin embargo, los efectos del sexo se extienden más allá del sistema reproductivo.

El término *género*, por otra parte, se refiere a la autorrepresentación de las personas como hombres o mujeres, a las representaciones psicosociales del vivir como un hombre o como una mujer. Incluye, por lo tanto, aspectos biológicos, psicológicos y sociales y sus complejidades; en realidad, es un rasgo distintivo. El sexo de una persona está genéticamente determinado en el momento de la concepción y no es cuestión de elección. Sin embargo, la forma en que un hombre o una mujer viven dentro del género asignado puede actuar de muchas y diferentes direcciones.

El género está influido por estilos de socialización sugeridos o enseñados por los padres, escuelas o pares; por la ubicación y la calidad de la vivienda; por la disponibilidad y acceso a la educación, o por el tipo de juguetes y ropa que se ofrecen al

niño. Todos estos factores —al lado de muchos otros— contribuyen a conformar la identidad y a delinear las características del yo, del ego o del *self*, que puede ser fuerte y resistente o frágil y vulnerable (5).

Así, el género es resultado de un complejo proceso de interacción entre el genoma y el ambiente, interacción que tiene lugar durante diferentes períodos del desarrollo y culmina con la expresión de un fenotipo determinado, que incluye las características conductuales del individuo (6).

Importancia del género en psicopatología

Los hallazgos del estudio sobre la carga mundial de morbilidad, conducido por la Organización Mundial de la Salud, evidenciaron que, con la depresión como la primera causa de discapacidad en el planeta, el trastorno depresivo unipolar es la quinta causa entre las mujeres (5,7,8). ¿Cuál es el porqué de estas tasas tan elevadas? La búsqueda de respuestas radica en el complejo número de factores etiopatogénicos (biopsicosociales) a lo largo de las diferentes fases del ciclo vital. Por ejemplo, en algunos individuos (particularmente, mujeres), la depresión ocurre sólo en presencia de eventos estresantes, mientras que en otros tal factor no parece indispensable. Aunque la vulnerabilidad genética es fundamental para el desarrollo de la depresión, la incidencia de

los trastornos depresivos es baja en ausencia de factores de estrés ambiental (1,5,9,10).

A lo largo del ciclo vital, la adolescencia y la madurez son etapas en que las mujeres asumen innumerables funciones y responsabilidades; por lo tanto, es más probable que sean víctimas de, por ejemplo, violencia sexual y doméstica, o que con frecuencia se encuentren en desventaja social y financiera. Por otro lado, las mujeres experimentan síntomas depresivos en relación con eventos del ciclo reproductivo, como el período premenstrual, el posparto y la menopausia. Factores hormonales relacionados con tal ciclo o diferencias de sexo relacionadas con el eje hipotálamo-hipófisis adrenal y la función tiroidea desempeñan un papel importante en el incremento de la vulnerabilidad al estrés. Además, el riesgo de sufrir trastorno de estrés postraumático (TEPT) es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, a pesar de que la exposición a eventos traumáticos tiene una prevalencia mayor en hombres (11).

Caspi y cols. (12) examinaron la relación entre el polimorfismo del gen transportador de serotonina y eventos vitales. En un estudio prospectivo longitudinal de una cohorte estudiada desde el nacimiento, estos autores evaluaron por qué algunos eventos vitales producían depresión en unos individuos, pero no en otros. Encontraron que un polimorfismo funcional en la región promotora del

gen transportador de serotonina modula la influencia de los eventos vitales que resultan en depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del polimorfismo promotor del gen transportador de serotonina exhibían más síntomas depresivos, diagnóstico de depresión y suicidio que los individuos homocigotos para el alelo largo. Este estudio genético-epidemiológico provee evidencia clara de la interacción genético-ambiental: la respuesta de un individuo a los estresores ambientales es modulada por su constitución genética.

Enfoque del curso vital en psiquiatría

Los trastornos mentales se caracterizan por síntomas del desarrollo y consolidación de la enfermedad y por la suma de otros síntomas o trastornos a través del tiempo (comorbilidades) que evolucionan en el transcurso del ciclo vital (13). Una experiencia mayor en el curso de la vida de muchas mujeres es el parto. ¿Incrementa el embarazo la probabilidad de que una mujer con trastorno afectivo bipolar tenga más episodios de manía? (14,15). Si ella tiene múltiples embarazos en el futuro, ¿es menor su probabilidad de recuperación total? ¿Requiere más bien incrementar las medicaciones y las dosis? O ¿su enfermedad se torna más resistente al tratamiento?

Estos conceptos han sido aplicados a la salud perinatal por Misra y cols. (16). Los factores de riesgo

distales (en el tiempo) desempeñan un papel individual o poblacional de mayor susceptibilidad frente a factores de riesgo *proximales* (cerca-nos). Por ejemplo, una mujer víctima de abuso sexual por parte de un miembro de la familia en la infancia llega a la adultez con diferentes riesgos distales, a diferencia de una mujer procedente de una familia con vínculos interpersonales claros y psicológicamente saludables.

Los factores distales aumentan o disminuyen la probabilidad de desarrollar problemas de salud. Los factores proximales tienen un impacto directo en el estado de salud de los individuos y están representados por respuestas comportamentales y biomédicas a los factores distales. Si el embarazo es el área focal de interés, son la interrelación entre el estado de salud de la madre inmediatamente previo a la concepción y las demandas del embarazo los factores que influyen más decisivamente en los resultados perinatales. A su vez, el embarazo per se tiene un efecto en el curso de la vida de las mujeres. Los resultados pueden ser entendidos como maternos, fetales/infantiles, familiares, comunitarios y sociales. La atención de los profesionales de salud busca minimizar los riesgos distales y proximales, y maximizar los resultados positivos.

El modelo incluye potenciales opciones de intervención para mejorar el riesgo perinatal, desde la perspectiva de la pareja, del equipo médico y del contexto familiar. La

cuarta edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) reconoce la importancia de la historia natural de los trastornos psiquiátricos. El conocimiento de algunas características de los trastornos del ánimo, como gravedad, remisión, tipos de síntomas (psicóticos, catatónicos, atípicos o melancólicos) y patrón estacional, incrementa la especificidad diagnóstica y crea subgrupos homogéneos, que facilita la selección del tratamiento y mejores predicciones pronósticas.

La depresión posparto plantea dilemas de diagnóstico diferencial, porque puede ser aplicada al actual o más reciente episodio depresivo mayor, maniaco o mixto en el trastorno afectivo bipolar I o bipolar II o a un trastorno psicótico breve. Para calificar como un episodio posparto, el cuadro debe presentarse en las primeras cuatro semanas después del nacimiento (16,17). Muchos investigadores, sin embargo, usan una duración mayor de cuatro semanas para determinar el comienzo de la depresión posparto e incluyen otros trastornos que se suman al listado anterior.

El DSM-IV-TR describe la sintomatología posparto de manera similar a la de episodios que ocurren en otros momentos de la vida de las mujeres, y anota que las características psicóticas pueden estar presentes. No obstante, los hallazgos acumulados parecen indicar que la psicosis posparto de comienzo agudo difiere de

la que ocurre en las mujeres durante otros períodos del ciclo vital. La psicosis posparto suele acompañarse de alteraciones en la cognición, confusión y síntomas maniacos.

Wisner y cols. (18) encontraron que la psicosis posparto de comienzo agudo difería de los episodios psicóticos de mujeres no posparto. La desorganización del pensamiento, el comportamiento agitado, la falta de autocrítica, los delirios de persecución, la celotipia, la grandiosidad, la suspicacia, el deterioro sensorial y de la orientación y la negligencia en el cuidado personal fueron significativamente más comunes en mujeres en estadio posparto.

Ciclo reproductivo de la mujer y su impacto en la psicopatología

Históricamente las mujeres han sido excluidas de las muestras clínicas, debido al “ruido” creado por variables como el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia y la menopausia en la recolección e interpretación de los datos de investigación. El llamado *ciclo reproductivo*, extendido desde los años adolescentes hasta el período menopáusico entre la quinta y sexta décadas de la vida, engloba variables que afectan la etiología, la epidemiología, la expresión sintomática y la respuesta al tratamiento de muchas, si no todas, las enfermedades mentales, de manera incuestionable.

En los últimos años, sin embargo, ha habido un incremento en las

publicaciones relacionadas con sexo y género, aun cuando su presentación y análisis no están libres de ciertos sesgos o imprecisiones. Así, por ejemplo, se requiere más consistencia en la interpretación de hallazgos en los estudios de imágenes cerebrales que reflejen la trayectoria del desarrollo cerebral normal por edad y género (19). En promedio, el cerebro masculino es 10% más grande que el cerebro femenino. El núcleo caudado, el globo pálido y el hipocampo son desproporcionadamente más grandes en las mujeres y la amígdala es desproporcionadamente más pequeña que en el cerebro masculino.

Por otro lado, se han reportado sorprendentes diferencias de género en la fisiopatología y resultados de daños neurológicos agudos. Una mayor neuroprotección en las mujeres puede deberse a mecanismos antioxidantes mediados por las hormonas sexuales. La claridad y precisión de la génesis de estas diferencias constituye un serio desafío, es decir, debe ser objeto de un estudio preferente saber si éstas cumplen algún papel en las relaciones numéricas y estadísticas entre psicopatología y género.

Igualmente, la relación de mujeres a hombres, tanto para anorexia como para bulimia, es aproximadamente 10:1. El sorprendente predominio en las mujeres, probablemente llevará a los investigadores a identificar factores biopsicosociales en su intento de comprender la etiología de

estos trastornos. Se pueden plantear muchas preguntas en relación con este tema: ¿por qué las mujeres presentan más trastornos de la conducta alimentaria que los hombres? ¿Se trata de la misma enfermedad cuando ocurre en hombres que en mujeres? ¿Son las estructuras y funciones cerebrales diferentes en hombres y mujeres con bulimia? ¿Cuáles son los hallazgos comunes a mujeres y hombres con trastornos alimentarios? ¿Cómo se puede explicar el hecho de que la prevalencia se incrementa en la medida en que las regiones o áreas geográficas bajo estudio muestran mayor urbanización? ¿Existen diferencias socioculturales entre géneros que complican más aún las diversas variantes clínicas? (4,5,20).

Las diferencias de género son también mayores en la presentación y curso de la esquizofrenia: las mujeres tienden a un comienzo más tardío de la enfermedad, mayor evidencia de síntomas afectivos y, en general, un mejor pronóstico que los hombres. La edad de comienzo puede tener significado tanto en la fisiopatología como en el pronóstico. Los hombres tienen un ajuste premórbido menos eficiente, menos logros académicos, mayores indicios de anormalidades en las estructuras cerebrales, más signos negativos y un peor resultado final que las mujeres. Entre tanto, éstas presentan síntomas menos crónicos, menor número de hospitalizaciones y estancias más cortas, una mayor probabilidad de retornar

al trabajo y más apoyo social. Las mujeres con esquizofrenia pueden estar casadas en mayor número que los hombres y tienen dos veces más probabilidades de tener descendencia (21-23).

Las diferencias en la expresión de la enfermedad, basadas en el género, son más que curiosidades. En la investigación epidemiológica psiquiátrica, las variables de impacto en las diferencias de expresión de la enfermedad en diferentes poblaciones son base fundamental para la generación de hipótesis etiopatogénicas y clínicas.

“El laboratorio de la vida reproductiva de la mujer”

Los dramáticos eventos de la vida reproductiva de la mujer proveen un set de variables con inmenso potencial para avances en investigación. Por ejemplo, el hecho de que las fluctuaciones hormonales de ocurrencia usual puedan ser correlacionadas con cambios del humor y comportamiento permite que las mujeres puedan actuar como sus propios controles en estudios de investigación. Las mujeres con trastorno disfórico premenstrual y sin éste pueden ser comparadas en relación con diferentes características, las cuales pueden explorarse luego desde el punto de vista etiopatogénico. ¿Por qué el 5% de las mujeres tiene un mayor deterioro premenstrual? ¿Por qué el 95% de las mujeres no presenta esta complicación a pesar

de tener similares oscilaciones hormonales? ¿Qué correlación existe entre el trastorno disfórico premenstrual y otras patologías del espectro serotoninérgico?

La depresión posparto es otro ejemplo del potencial efecto psicopatológico de los eventos reproductivos. El *milieu* hormonal del período posparto es bastante diferente al de otras etapas en la vida de la mujer. Bloch y cols. (24) estudiaron mujeres con historia de depresión de comienzo en el posparto y otras sin historia de depresión (pero con historia de embarazos). Los investigadores indujeron un estado hipogonadal en las mujeres utilizando leuprolide, después de haber administrado dosis suprafisiológicas de estradiol y progesterona durante ocho semanas. De este modo crearon un ambiente hormonal similar al embarazo. Tras retirar ambos esteroides bajo condiciones de doble ciego, cinco de las ocho mujeres con una historia de depresión posparto y ninguna de las ocho mujeres sin tal historia desarrollaron significativos síntomas depresivos al final de la fase de suministro de progesterona y estradiol (la cual simulaba el final del embarazo), y síntomas pico en la fase del retiro de los esteroides (simulación del posparto).

La implicación de este hallazgo es que las mujeres con depresión posparto difieren de aquéllas sin tal historia, en cuanto a sensibilidad a los efectos desestabilizadores del humor, desencadenados por la

supresión de los esteroides gonadales. ¿Qué factor es responsable de esta vulnerabilidad? ¿Puede ser identificada esta vulnerabilidad antes del parto? ¿Las mujeres con trastorno disfórico premenstrual evidencian esta misma vulnerabilidad? ¿Puede ser el trastorno disfórico premenstrual un predictor de depresión posparto? ¿Son similares en su presentación todos los síndromes depresivos asociados con inestabilidad hormonal en las mujeres? ¿Podemos tratar la depresión posparto con estradiol o aumentar con esta hormona la respuesta al antidepresivo? (24-26).

La depresión posparto puede y debe estudiarse siguiendo un modelo biopsicosocial de la enfermedad. Las mujeres que sufren de depresión posparto tienen un 25% de probabilidades de hacer depresión en el siguiente posparto (24); sin embargo, algunas mujeres con vulnerabilidad no se deprimen consistentemente después de dar a luz. Es posible que algunas interacciones, todavía desconocidas, entre vulnerabilidad y otros factores de tipo genético, ambiental, social o interpersonal resulten en el cuadro mórbido (18).

La menopausia se caracteriza por un conjunto de síntomas somáticos y psicológicos asociados con la reducción en las concentraciones circulantes de esteroides sexuales femeninos. Este evento natural permite estudiar los efectos que la reducción de tales compuestos produce en el sistema nervioso central (27).

Algunos investigadores han encontrado que el estradiol u otros agentes pueden ser beneficiosos para los síntomas depresivos de la perimenopausia, pero no en mujeres posmenopáusicas. ¿Es posible que el estradiol sea efectivo en casos de depresión relacionada con cambios hormonales, otras épocas o circunstancias de la vida reproductiva de las mujeres? (14).

Implicaciones del embarazo en el desarrollo y curso de la vida

La psicopatología y la neuropsiquiatría del desarrollo han hecho hincapié en la compleja interrelación entre múltiples factores de riesgo y factores protectores de orden genético, neuroendocrino, ambiental y psicosociocultural en juego durante el embarazo, parto, período neonatal y de la infancia. Los factores de riesgo han sido vistos como causales, pero más que ello parecen ser factores contribuyentes dinámicos en el curso del tiempo (16,17,26,28).

Un aspecto relevante y de creciente interés es el impacto de la vida intrauterina en la salud fetal y a largo plazo. Por ejemplo, la susceptibilidad de un individuo a la enfermedad cardiovascular no puede explicarse completamente por diferencias en los factores de estilo de vida o por predisposición genética: la vida intrauterina parece influir también decisivamente (25,26). Individuos que tuvieron bajo peso al nacer en relación con la edad gestacional

presentan una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular y trastornos metabólicos en la edad adulta. Un ambiente que deteriore el crecimiento *in utero* o durante la infancia temprana puede también influir en el metabolismo o fisiología del individuo, de tal forma que se incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular en la vida adulta. Similarmente, se postula que perturbaciones del desarrollo cerebral determinadas por una infección viral, desnutrición, deficiencia de folato o mucho estrés pueden tener vigencia etiológica en una proporción sustancial de casos de esquizofrenia (21,29).

Investigación y género: tendencias

El enfoque epidemiológico a lo largo del ciclo vital contribuyó a delimitar los primeros modelos etiológicos de la enfermedad, como en el caso de ciertos comportamientos (esto es, dieta o hábito de fumar) y su relación con el comienzo y curso de entidades clínicas (obesidad o cáncer de pulmón). Los factores biológicos y psicosociales actúan independiente e interactivamente en la vida adulta y sus efectos son acumulativos a través del tiempo. En este contexto, se requiere un enfoque longitudinal para comprender las muchas dimensiones etiológicas que actúan a lo largo del ciclo vital de la mujer.

Se requeriría un “laboratorio longitudinal de la vida reproducti-

va de la mujer” en el que el tiempo pueda ser conceptualizado como una plataforma horizontal o longitudinal y en el que los factores biopsicosociales interactúen transversalmente. Este modelo promueve el estudio de factores que están presentes en la vida temprana, junto al de influencias del medio en los años posteriores, para identificar riesgos y procesos de protección a través de la vida. Factores como la constitución genética, las agresiones del medio ambiente y el apoyo individual e institucional deben ser tenidos en cuenta en el desarrollo de un modelo complejo y dinámico de la enfermedad.

El diseño de estudios y la recolección y análisis de datos que incorporen esta perspectiva es todo un desafío. Un ejemplo de este tipo de estudio sería investigar cómo la exposición a determinados factores durante la vida fetal y la infancia influyen en el riesgo de enfermar durante la adultez, en la salud mental y en el estatus socioeconómico, consecuencias que a su vez contribuyen a las disparidades en salud y mortalidad durante fases posteriores del ciclo vital (3,13,23).

Género y su impacto en el DSM-V

La agenda de investigación para el DSM-V incluye bases y estrategias específicas para nuevos proyectos (6,30,31), al igual que aspectos de

nomenclatura, investigación en genética y neurociencias, psicología y epidemiología del desarrollo, en particular de las controvertidas dos primeras décadas de la vida. También se estudian los problemas de relación, se pone el acento en un enfoque dimensional, se valora la relación entre trastornos mentales y la incapacidad funcional o laboral y se examina la importancia de la cultura en la psicopatología, así como las principales variables culturales del diagnóstico psiquiátrico.

Los aspectos relacionados con el género se profundizaron luego en el texto *Age and Gender, Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM V*, dedicado a identificar las lagunas existentes en el conocimiento de estas variables (1,6). Este volumen revisa la historia y controversias acerca de género, neurobiología, sexo frente a género, factores socioculturales, perspectivas del desarrollo con énfasis en traumas de la infancia, salud sexual y reproductiva de la mujer, la relación del género con la expresión de los síntomas, curso y tratamiento, al igual que género y criterios diagnósticos. Hace hincapié, así mismo, en la necesidad de que haya una conducción sistemática de nuevos estudios, que se incluya el componente del género en futuros trabajos, que haya análisis secundarios de datos existentes y se examine la relación del género con otras variables.

Enfoques de género en el DSM: historia y controversias

DSM-I y DSM-II: enfoque mínimo

El *género* ha sido materia de numerosas controversias y se ha enfocado desde diferentes perspectivas y con énfasis variables en el DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). La primera edición (DSM-I), publicada en 1952, incluyó el sexo de los pacientes, pero no analizó datos o hallazgos pertinentes, como mínimos correlatos epidemiológicos. El DSM-II (1968) no dedicó una sección extensa a reportes estadísticos, aunque sí recomendó la tabulación del análisis demográfico. Esta versión incluía por primera vez la relación entre género y un trastorno específico —la reacción delincinencial grupal en la infancia— y establecía que “la reacción es más común en los niños que en las niñas”.

Al igual que en el DSM-I, hubo usos ocasionales de pronombres masculinos para referirse tanto a hombres como a mujeres en relación con cuadros como histeria, paranoia y personalidad explosiva. La mínima atención al tema en el DSM-I y en el DSM-II fue probablemente reflejo de muchos factores, en particular la falta de investigaciones específicas sobre las relaciones entre género y psicopatología (30).

DSM-III: incremento mínimo y limitado

El DSM-III (1980) mostró un considerablemente mayor enfoque

en el género, pero siguió siendo limitado. Allí se apreciaba una descripción algo más detallada de cada trastorno, con la inclusión de algunas características asociadas, como edad de comienzo, complicaciones y factores predisponentes. La *frecuencia relativa* de las categorías diagnósticas en hombres y mujeres fue provista en una sección dedicada específicamente a hallazgos entre los sexos.

Para algunos trastornos, esta relación fue relativamente específica; por ejemplo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad “es diez veces más común en los niños que en las niñas”. Otros ejemplos incluyen el transexualismo (mujeres-a-hombres, es más probable que tengan una historia de homosexualidad y un curso más estable); trastorno explosivo intermitente, en el que es probable que “los hombres sean vistos en una correccional mientras que, más frecuentemente, las mujeres acudirían en un centro de salud mental”. En otras áreas, la información sobre sexo/género fue más inespecífica; por ejemplo, respecto a la esquizofrenia, se anota que “su frecuencia es aparentemente igual en hombres y mujeres”. Para el trastorno conversivo, se dice que “no hay información definitiva disponible”, pero un síntoma particular, el *globus hystericus* (la sensación de tener un abultamiento en la garganta, que impide deglutir), es aparentemente más frecuente en mujeres. Otros trastornos incluyeron simplemente

una mención, pero no información concreta (por ejemplo, trastorno de identidad de género en la infancia, trastorno por despersonalización, fuga psicogénica, trastorno de ansiedad generalizada, TEPT y trastornos paranoides) (9,31).

El DSM-III incluye, por primera vez, algunos criterios diferentes para hombres y mujeres; es el caso de los trastornos de identidad de género en la infancia y de inhibición de la excitación sexual. También se establecieron diferentes criterios diagnósticos y, a la vez, diferentes códigos para la inhibición orgásmica en hombres y en mujeres. Finalmente, circunscribe lo obvio, la eyaculación precoz a los hombres y el vaginismo funcional a las mujeres.

DSM-III-R y DSM-IV: progresos y controversias

El DSM-III-R (1987) continuó incluyendo una sección dedicada específicamente a la relación entre sexos y la frecuencia de las patologías mentales, con datos algo más precisos. Por ejemplo, establece que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es seis a nueve veces más frecuente en niños dentro de las muestras clínicas y tres veces más común en los niños en la comunidad general. Anota, además, que el trastorno oposicional desafiante es más común en hombres antes de la pubertad, pero no en la etapa pospuberal. Los criterios diagnósticos separados fueron mantenidos para

los trastornos de excitación sexual y de inhibición orgásmica. Igualmente, para el trastorno de identidad de género en la infancia, pero no en la adultez.

La publicación del DSM-III-R dio lugar a varias controversias en relación con el género. El proceso de revisión del texto incluyó el examen de las propuestas de trastorno disfórico de la fase lútea tardía (*Late Luteal Phase Dysphoric Disorder* [LLPDD]) y de los trastornos de personalidad *self defeating* y sádica (26,31). Se expresaron reservas respecto al daño potencial a las mujeres y a otros grupos si se incluían estos diagnósticos. Ambas controversias fueron resueltas con la inclusión de las respectivas entidades en el Apéndice A, como “Categorías diagnósticas propuestas que necesitan futuros estudios”.

Las diferencias continuaron durante el desarrollo del DSM-IV (1995). Ross y cols. (32) resaltan los debates sobre género. Un grupo de trabajo examinó el LLPDD y propuso una etiqueta diferente: trastorno disfórico premenstrual. El DSM-IV expandió el texto para incluir información sobre cómo los trastornos varían en expresión y curso entre los sexos, en una sección llamada “Características específicas de cultura, edad y género”. Por ejemplo, se señala que hombres con un diagnóstico de trastorno de la conducta se involucran con frecuencia en peleas, robos, vandalismo y problemas disciplinarios en la escuela; mientras

que mujeres con similar diagnóstico, es más probable que muestren ausentismo escolar, mentiras, fugas, uso de sustancias o prostitución. En otro acápite, se señala que “las mujeres con esquizofrenia tienden más a tener un comienzo tardío, mayor frecuencia de síntomas afectivos y mejor pronóstico”.

DSM-IV-TR: enfoque sobre las estadísticas de género

El DSM-IV-TR (2000) reconoce la importancia de la historia natural de los trastornos psiquiátricos. El conocimiento de algunas características de los trastornos del humor como gravedad, remisión, patrón estacional y tipos de síntomas (psicóticos, catatónicos, melancólicos o atípicos) incrementa la especificidad diagnóstica y crea subgrupos homogéneos, lo que facilita la selección de tratamientos y predicciones pronósticas.

Hartung y Widiger (33) tabularon información sobre las relaciones entre sexo y enfermedades mentales y expresaron su preocupación por la falta de consistencia en su cantidad y calidad. Sugirieron que esto se debe no sólo a la inconsistencia de los datos empíricos provistos a los autores del DSM-IV, sino también al hecho de que “la información provista en el DSM IV fue preparada por diferentes individuos sin la documentación necesaria para las conclusiones”. Esta preocupación

incide en el DSM-IV-TR (2000), cuyos autores condujeron revisiones sistemáticas de la literatura destinadas a diversas secciones del manual, donde incluyeron las variaciones en la relación entre sexo y género con la expresión y curso de la enfermedad. Estas revisiones fueron luego examinadas por expertos independientes.

Como resultado de este proceso, se incluyeron cambios importantes en algunos trastornos. Por ejemplo, mientras que en el DSM-IV se establecía que el trastorno facticio ocurría con igual frecuencia en hombres y mujeres, en el DSM-IV-TR se dice que ocurre más frecuentemente en mujeres. En el DSM-IV se sugiere que la esquizofrenia ocurre con igual regularidad en hombres y mujeres; entre tanto, el DSM-IV-TR establece que esta es más frecuente en hombres.

Se dice en el DSM-IV que el delirio ocurre más a menudo en las mujeres, pero en el DSM-IV-TR se considera que los hombres exhiben mayor riesgo. El DSM-IV-TR incluye posibles explicaciones, como inadecuada evaluación (trastorno de la lectura, trastorno de personalidad histriónica), diferencias entre hombres y mujeres en el reporte de síntomas o búsqueda de tratamiento (ciclotimia, trastorno de identidad de género, juego patológico, pesadillas), diferencias en el contexto en el cual se realizaron los estudios (trastorno por déficit de atención e hiperactividad,

ansiedad de separación, fobia social, ansiedad generalizada y trastorno de ajuste), diferencias culturales (nicotina y somatización) o diferencias de edad (trastorno por uso de alcohol, esquizofrenia, distimia, trastorno del ajuste, sonambulismo, terrores nocturnos, trastornos de identidad de género y juego patológico).

En resumen, el DSM-IV-TR representó un gran esfuerzo para ampliar y profundizar la información relacionada con género e incluida en el texto. Es evidente que hay considerables inconsistencias en relación con el impacto del sexo/género en la frecuencia, la expresión y el curso de muchos tipos de trastornos; por ello es deseable que, para futuras ediciones del DSM, se establezca una guía consistente y explícita sobre estos temas, basada en información estandarizada y uniforme (6,31).

Conclusiones

A pesar de los evidentes avances en la consideración del género como variable importante en el proceso diagnóstico en psiquiatría, resulta claro que la publicación de la quinta edición del DSM se constituye en una excelente oportunidad para elucidar esta variable en numerosas áreas clínicas e incidir en la evaluación y manejo de casos. En cuanto variable cultural, el género puede también presentar diferencias basadas en consideraciones étnicas, geográficas o aun sociopolíticas que no se pueden pasar por alto.

En este sentido, no basta solamente con reconocer diferencias clínicas con base en el género: es importante correlacionarlo con otros elementos del ambiente cultural donde se desenvuelve el individuo. Esto es más relevante aún si se considera el fenómeno de globalización, nutrido por migraciones internas y externas en diversas regiones del mundo. Dado el impacto del DSM como sistema nosológico mundial, los pasos que se den para consolidar la importancia del género tendrán repercusiones importantes.

A los aspectos declarativos en este contexto deben unirse importantes especificaciones que diferencien claramente la frecuencia de determinados trastornos mentales en hombres y mujeres. Existen investigaciones pertinentes que muestran el predominio en mujeres de entidades como la conducta suicida, algunos trastornos depresivos, las psicosis “funcionales”, la histeria y los cuadros ansiosos y somatomorfos (34,35). Las repercusiones terapéuticas y de manejo general son también innegables en cuanto al género: el llamado *apoyo social* (36) interactúa con otras variables como el estado civil, el número de hijos, el nivel educativo, etc. El progreso logrado en las últimas décadas, y reflejado en las diversas ediciones del DSM, debe continuar en beneficio de un buen proceso diagnóstico, un tratamiento más objetivo y efectivo y, tal vez con mayor énfasis, un enfoque preventivo, eficaz y duradero.

Referencias

1. Kornstein SG, Clayton AH. Preface. En: Kornstein SG, Clayton AH. editors. *Women's mental health: a comprehensive textbook*. New York: Guilford Press; 2002.
2. Stotland N. Gender-based biology. *Am J Psychiatry* 2001;158(2):161-2.
3. Wisner KL, Dolan-Sewell R. Why gender matters. En: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA. editors. *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2007.
4. Frank JB, Weihs K, Minerva E, Lieberman DZ. Women's mental health in primary care. Depression, anxiety, somatization, eating disorders, and substance abuse. *Med Clin North Am* 1998;82(2):359-89.
5. Andreasen NC. Vulnerability to mental illness: gender makes a difference and so does providing good psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):211-213. 2005.
6. Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA. editors. *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2007.
7. Vieitez A, López-Matto A. Psicopatología de la mujer. En: López-Matto A. (ed). *Psiconeuroinmunoendocrinología: Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Polemos; 2002.
8. Stewart D. La salud mental de las mujeres en el mundo. En: Correa E, Jadresic E. editores. *Psicopatología de la mujer*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2005.
9. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(1):39-44.
10. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29(2-3):85-96.
11. Breslau N. Gender differences and posttraumatic stress disorder. *J Gen Specific Med* 2002;5(1):34-40.
12. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5HTT gene. *Science* 2003;301(5631):386-9.
13. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, et al. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(10):778-83.
14. Soares CN, Almeida OP, Joffe H, Cohen LS. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(6):529-34. 2001.
15. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004;161(4):608-20.
16. Misra DP, Guyer B, Allston A. Integrated perinatal health framework. A multiple determinants model with a life span approach. *Am J Prev Med* 2003;25(1):65-75.
17. Nonacs RM. Postpartum mood disorders. En: Cohen L, Nonacs RM. (eds). *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005.
18. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illness related to childbearing. *J Affect Disord* 1994;30(2):77-87.
19. Durston S, Hulshoff Pol HE, Casey BJ, Giedd JN, et al. Anatomical MRI of the developing human brain: what have we learned? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(9):1012-20.
20. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in coping with depression across the lifespan. *Depression* 1995;3(1-2):81-90.
21. Häfner H. Gender differences in Schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2003;Suppl 2:17-54.
22. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-9.

23. Seeman MV. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1324-33.
24. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000;157(6):924-30.
25. Gaviria SL. Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006;35(2):210-24.
26. Dodic M, Moritz K, Wintour EM. Prenatal exposure to glucocorticoids and adult disease. *Arch Physiol Biochem* 2003;111(1):61-9.
27. Gaviria SL. Climaterio: vulnerabilidad versus desafío. En: Gaviria SL, Luna I, Correa E. editores. *Climaterio: una visión integradora*. Medellín: Marin Vieco; 2003.
28. Gaviria SL. El síndrome premenstrual. En: Téllez J, Gaviria SL, Burgos C. editores. *Afrodita y Esculapio: una visión integradora de la medicina de la mujer*. Bogotá: Nuevo Milenio; 1999.
29. Susser EB, Brown A, Matte TD. Prenatal factors and adult mental and physical health. *Can J Psychiatry* 1999;44(4):326-34.
30. Widiger TA. DSM's approach to gender: history and controversies. En: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA. editores. *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2007.
31. Spitzer RL, Williams JB, Skodol AE. DSM-III: the major achievements and an overview. *Am J Psychiatry* 1980;137(2):151-64.
32. Ross R, Frances AJ, Widiger TA. Gender issues in DSM-IV. pp. 205-226. En: Oldham JM, Riba MB editores. *American Psychiatric Press. Review of psychiatry*. Vol. 14. Washington, DC, American Psychiatric Press; 1995.
33. Hartung CM, Widiger TA. Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychol Bull* 1998;123(3):260-78.
34. Granados JA, Ortiz L. Patronos de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental* 2003;26(1):42-50.
35. Weich S, Sloggett A, Lewis G. Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study. *Psychol Med* 2001;31(6):1055-64.
36. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, et al. Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental* 2002;25(2):32-7.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 15 de diciembre del 2009

Aceptado para publicación: 16 de mayo del 2010

*Correspondencia
Silvia Gaviria
Departamento de Psiquiatría
Universidad CES
Calle 10A No. 22-04
Medellín, Colombia
sgaviria@une.net.co*