

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE MUJERES A TRAVÉS DEL DIS

López-García, G.¹, Cortegano, M.C.¹, Martín, C.¹, Murcia, L.¹, López-Mora, I.¹,
García Montalvo, C.² y López Soler, C. ²

¹ Unidad de Psicología Clínica Hospital "Virgen de La Arrixaca" de Murcia.

² Universidad de Murcia

RESUMEN

La investigación epidemiológica llevada a cabo en las últimas décadas en nuestro país ha demostrado, de manera inequívoca, la existencia de marcadas diferencias en la morbilidad psicopatológica y en el patrón de conducta de enfermedad desarrollados según el sexo (Vazquez-Barquero, Díez Manrique, Peña, Quintanal y Labrador López, 1986; Herrera, Antonell, Espagnolo, Domenech y Martín, 1987; Herrera, Antonell, Spagnolo y Gispert, 1990). Este hecho, unido a la constatación de que la prevalencia psicopatológica en la mujer es mucho mayor que en el hombre y que el riesgo de padecer un trastorno mental puede ser casi del doble en el sexo femenino (Muñoz, 1979; Herrera et al., 1987; Vazquez-Barquero, Díez Manrique y Peña, 1987), nos hacen plantear la presente investigación con el objetivo de conocer el tipo de desórdenes psicológicos que afectan de forma preferente a la población femenina, objetivo éste enmarcado en un planteamiento metodológico de tipo epidemiológico descriptivo

Palabras clave: modelo de entrevista de diagnóstico, psicopatología, epidemiología, trastornos mentales, mujeres

ABSTRACT

The epidemiologic investigation made in our country during last decades has shown, unequivocally, the existence of pronounced differences in the psychopathologic morbidity and in the disease model of behaviour developed depending on the sex (Vazquez-Barquero, Díez Manrique, Peña, Quintanal y Labrador López, 1986; Herrera, Antonell, Espagnolo, Domenech y Martín, 1987; Herrera, Antonell, Spagnolo y Gispert, 1990). This fact joint to the prove that woman psychopathologic prevail is bigger than man one and the risk of having a mental disorder can be almost the double in the female sex (Muñoz, 1979; Herrera et al., 1987; Vazquez-Barquero, Díez Manrique, y Peña, 1987), make us to establish the present investigation in order to know the kind of psychological disorders wich affect on preferent way to female population, wich is the objetive on the methodological planning of descriptive epidemiological king

Key words: diagnostic interview schedule, psychopathology, epidemiology, mental-disorders, women

INTRODUCCIÓN

El objetivo primordial que guía la realización del presente trabajo de investigación es el de describir una muestra clínica de mujeres en base al tipo de alteraciones psicopatológicas que presentan, objetivo este que nos llevó a adoptar un planteamiento metodológico de tipo epidemiológico descriptivo, fundamentado en el diagnóstico de una serie de trastornos mentales a partir de un modelo de entrevista clínica totalmente estructurado, el DIS-III-R (Modelo de Entrevista de Diagnóstico, tercera versión revisada) (Robins, Helzer, Cottler y Goldring, 1989), el cual está basado a su vez en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición revisada) (APA, 1988).

Así, y dado que nuestra investigación y los resultados obtenidos de ella están basados en un concreto sistema de clasificación de los trastornos mentales (DSM-III-R) consideramos conveniente, aunque sin profundizar en ellos, destacar algunos aspectos teóricos concernientes al problema de la clasificación y diagnóstico en psicopatología así como a la situación actual acerca del estudio de la psicopatología en la mujer, antes de pasar a detallar las características concretas del trabajo empírico realizado.

En lo que respecta a la primera de las cuestiones mencionadas -la clasificación y diagnóstico- todos conocemos la existencia de múltiples intentos de clasificación de las alteraciones de la conducta, acordes en cada momento con los valores y avances científicos de cada época. Sin embargo, uno de los más importantes avances en lo que respecta a la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales fue la publicación, en 1980 por la Asociación Americana de Psiquiatría, de la 3ª edición del DSM (el DSM-III), ya que este sistema clasificatorio incorporaba importantes avances metodológicos tales como el uso de criterios diagnósticos específicos (de inclusión y exclusión) para una gran cantidad de categorías diagnósticas (150) o el uso de una clasificación multiaxial (con cinco posibles ejes). La revisión del DSM-III (DSM-III-R), publicada sólo siete años después (1987), propone numerosas modificaciones sobre el anterior, aunque relativamente menores, ya que únicamente

persiguen corregir imperfecciones técnicas y lógicas del anterior manual. Puesto que este ha sido uno de los sistemas clasificatorios y diagnósticos de entre los vigentes hasta la actualidad (aunque en 1994 fue publicado el DSM-IV), en él nos hemos basado para realizar nuestra investigación en base a la administración de una entrevista totalmente estructurada derivada de él, el DIS-III-R (Modelo de Entrevista de Diagnóstico, 3ª versión revisada) (Robins et al., 1989), del que hablaremos más detenidamente cuando exponamos los aspectos metodológicos de nuestro trabajo.

Por otra parte, y en lo que concierne al estudio de la salud mental de la mujer y sus características distintivas, la investigación epidemiológica llevada a cabo en las últimas décadas ha demostrado, de manera inequívoca, la existencia de marcadas diferencias en la morbilidad psicopatológica y en el patrón de conducta de enfermedad desarrollados según el sexo. Este hecho se ha confirmado en estudios realizados tanto en poblaciones hospitalarias, como en pacientes que contactan con los consultorios de medicina general, como en la población general y ha sido verificado, asimismo, en nuestro propio país (Vázquez-Barquero et al., 1986; Herrera et al., 1987, 1990).

Los mecanismos que se han utilizado para explicar estas diferencias pertenecen a dos tipos de formulaciones teóricas: biologicistas y ambientalistas. Las primeras establecen que es constitucional, lo genético y/o los factores endocrinos son los que condicionan las diferencias de morbilidad psicopatológica según el sexo, si bien los estudios realizados en esta área se muestran insuficientes para explicar el distinto comportamiento de cada uno de los sexos frente a la enfermedad mental (Weissman y Klerman, 1977; Togersen, 1983; Gershow, 1976; Frankenhauser, 1976). En el polo opuesto, las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales las que mejor explican las variaciones en la morbilidad y en los patrones de conducta de enfermedad encontrados. De esta forma, factores como el estado civil, la presencia de hijos menores en el hogar, o el estado ocupacional serían los responsables, actuando a través de los roles impuestos socialmente a cada sexo, del modo en que cada uno de ellos manifiesta su sufrimiento psicológico y de las

estrategias que adopta para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica (Brown y Harris, 1978; Bebbington, Hurry Tennant, Sturt y Wing, 1981). No obstante, los distintos estudios realizados no se muestran concluyentes en uno u otro sentido, lo cual apunta a la idea de que, posiblemente, dichas diferencias estén explicadas en mayor o menor medida por ambos tipos de factores.

La *Tabla 1* describe, haciendo referencia a algunos aspectos metodológicos, la prevalencia psiquiátrica más relevante encontrada en ambos sexos en algunos de los estudios comunitarios realizados en la última década en España y otros países. Observamos, en primer lugar, en las mujeres de todas las comunidades investigadas, unas altas cifras de alteraciones psicopatológicas, situándose la preva-

lencia/mes entre el 12.4 y el 34.2%; en segundo término destaca que dicha prevalencia es de manera constante significativamente más alta que la encontrada en el sexo masculino y, finalmente, que las cifras de morbilidad detectadas dependen, en alguna medida, del instrumento de exploración psicopatológica utilizado. Así, la utilización de un cuestionario como el GHQ (General Health Questionnaire) (Goldberg y Williams, 1988) genera cifras de morbilidad muy uniformes, pero más altas que las obtenidas mediante entrevistas psiquiátricas como el PSE (Present State Examination) (Wing, Cooper y Sartorius, 1974) y el DIS.

El análisis de los estudios comunitarios que analizan la problemática de la comparación entre morbilidad psicopatológica femenina y masculina mediante el PSE o el CIS (Clinical

Tabla 1.- Prevalencia psiquiátrica encontrada en distintos estudios comunitarios realizados en España, y otros países, según el sexo.

País, Autor y Área	Nº en la muestra	Instrumento	Prevalencia Psiquiátrica (%)	
			Varones	Mujeres
ESPAÑA				
Muñoz (1979). Navarra	???	PSE-140 *	11.6	23.6
Vazquez-Barquero y col. (1981, 1982) Navarra	1156	CIS *	19.2	28.3
Seva Díaz y col. (1982) Soria	404	GHQ-30	??	34.2
Vazquez-Barquero y col. (1987) Cantabria	1232	PSE-140 *	8.1	20.6
Herrera y col. (1987) Barcelona	811	GHQ-60	15.9	30.8
Mateos Alvarez y col. (1989) Galicia	2510	GHQ-60	20.8	33.6
OTROS PAÍSES				
Bebbington y col. (1981) Londres	800	PSE-140 *	6.1	14.9
Mavreas y col. (1986) Atenas	489	PSE-140	8.6	22.6
Lehtinen y col. (1990) Finlandia	742	PSE-140	6.9	12.4
Regier y col. (1988) ECA Program	18.571	DIS	14.0	16.6
Claves:				
* Estudios con metodología de doble fase.				
GHQ General Health Questionnaires				
PSE Present State Examination				
CIS Clinical Interview Schedule				
DIS Diagnostic Interview Schedule				

Interview Schedule) (Goldberg, Cooper, Eastwood, Kedward y Shepherd, 1970) revela que las mujeres presentan un exceso de morbilidad que se sitúa en torno a una proporción 2:1 con respecto a los hombres (ver *Tabla 1*). A similares conclusiones se llega en la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989) en la que se demuestra que el riesgo relativo de presentar alteraciones mentales es superior en el sexo femenino, ascendiendo la razón de tasas mujer/varón del 1.6 en el grupo de edad 16-44 años al 2.0 en las edades superiores a los 44 años. Dicho exceso está generado por la presencia de cifras de prevalencia significativamente más altas en los cuadros depresivos, de ansiedad y fóbicos.

Similar predominio femenino de morbilidad psicopatológica puede ser evidenciado en el proyecto ECA (Regier, Boy y Burke, 1988), si bien en este caso, el diferencial mujer/hombre se reduce considerablemente (16.6%/14.0%). Esto es debido a que, mientras que la depresión y la ansiedad son más comunes en las mujeres, otros trastornos como el alcoholismo, las adicciones o determinadas alteraciones de la personalidad lo son en los varones. Se podría por ello concluir que, lo realmente importante en las diferencias mujer/varón con respecto a la enfermedad mental no son las cifras de morbilidad global que ambos sexos presentan, sino más bien las formas psicopatológicas a través de las que se expresa dicha morbilidad.

METODOLOGÍA

1. Objetivos

El objetivo planteado al inicio de este trabajo, que será el que marque el desarrollo empírico de nuestra investigación, es el conocer la frecuencia de aparición de las distintas alteraciones psicopatológicas en una muestra clínica de mujeres, mediante la administración de un concreto instrumento de evaluación.

2. Material y métodos

2.1. Descripción de las variables estudiadas

Hemos sometido a estudio 40 variables referidas a los 40 posibles diagnósticos obtenidos en la muestra a partir de una entrevista

estructurada (DIS) derivada del DSM-III-R. Dichas variables incluyen:

- Tres trastornos somatoformes
- Nueve trastornos por ansiedad
- Quince posibles trastornos del estado de ánimo
- Ocho trastornos por uso de sustancias psicoactivas
- Dos trastornos de la conducta alimentaria
- Esquizofrenia
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno mental orgánico

2.2. Instrumentos de medida

La técnica de evaluación utilizada ha sido el instrumento de diagnóstico propiamente dicho, el "Modelo de Entrevista de Diagnóstico, tercera versión revisada" (Diagnostic Interview Schedule, third edition revised) (DIS-III-R) (Robins et al., 1989). El DIS (Diagnostic Interview Schedule, DIS) (Robins, Helzer, Croughan y Rataliff, 1981) es una entrevista psicodiagnóstica altamente estructurada que se creó a partir de los criterios del DSM-III, con la finalidad de ser utilizada en estudios epidemiológicos de campo de gran escala (Robins et al., 1981a). Una de sus características más singulares, impuesta por el diseño epidemiológico para el cual se concibió (estudio de muestras muy numerosas), es la de poder ser utilizada por entrevistadores sin experiencia en psicodiagnóstico clínico, tras solo un corto periodo de aprendizaje de varias semanas.

El DIS es un instrumento complejo y extenso, que podemos catalogar dentro de la familia de entrevistas estructuradas/informatizadas (de Pablo, Albacete y Meroño, 1992), en el cual, cada pregunta o varias preguntas, son "alternativas" fijas y precodificadas de respuesta, que se hallan vinculadas a un criterio diagnóstico; su conjunto, lógicamente ordenado, permite que el total de la información obtenida una vez finalizada la entrevista, pueda traducirse a diagnósticos mediante una serie lógica de reglas de decisión. En 1989, Robins y cols., elaboraron la versión III-R del DIS, la cual incorpora cuestiones para que los diagnósticos puedan realizarse según el sistema DSM-III-R, y ésta ha sido la versión utilizada en nuestra investigación.

2.3. Descripción de la muestra

En un primer momento de nuestra investigación, y en un intento de delimitar el proyecto, nos planteamos trabajar con un área concreta dentro de la población general de mujeres, referida a población clínica. Así, la muestra se ha obtenido de entre las mujeres que acuden a la/s consultas de Psiquiatría y Psicología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, con edades comprendidas entre los 20 y los 55 años.

Obtuvimos de esta forma 76 protocolos, recogidos en un espacio de cinco meses (Febrero-Junio de 1994), que son los que han configurado la muestra definitiva.

2.4. Procedimiento estadístico

Una vez que dispusimos de los 76 protocolos que formarían la muestra, los datos de las 40 variables referidas a posibles diagnósticos se sometieron a un análisis exploratorio mediante el paquete estadístico SYSTAT (The System for Statistics), en versión 5.0 a partir de Ato y López-García (1994), obteniendo las distribuciones de frecuencias y porcentajes de cada una de las variables.

RESULTADOS

Resumiremos en este momento los resultados obtenidos a través del análisis de las 40 variables referidas a posibles diagnósticos, analizando la frecuencia de aparición de éstos en el total de la muestra. A continuación, y puesto que una gran proporción de las mujeres son diagnosticadas de más de un trastorno, describiremos la muestra en función de que en cada una de sus componentes se haya realizado un solo diagnóstico (diagnóstico único) o más de uno (diagnóstico múltiple), respetando en este último caso los criterios de diagnósticos excluyentes marcados por el DSM-III-R.

A) Análisis frecuencial de diagnósticos

Tal y como se puede observar en las *Tablas 2, 3 y 4* (y *Figuras 1, 2 y 3*) vemos que la mayor parte de los trastornos diagnosticados en nuestra muestra se agrupan en tres grandes categorías: Trastornos Somatoformes, Trastornos por Ansiedad y Trastornos del Estado

de Animo, apareciendo el resto de diagnósticos en muy bajas proporciones (*Tablas 5 y 6*). En todos los casos, hablaremos siempre de la frecuencia relativa de trastornos con respecto al 100% de la muestra.

En lo que respecta a los Trastornos Somatoformes, solo una de las pacientes es diagnosticada de Trastorno por Somatización, mientras que 51 (67.11%) lo son de Dolor Somatoforme y 34 (44.74%) pertenecen a una categoría que, aunque no aparece como tal en el DSM-III-R, hemos considerado interesante introducir y que es la de "Trastorno por Somatización ausente, pero presentes seis o más síntomas a lo largo de la vida". No es posible obtener el porcentaje global de mujeres que presentan un Trastorno Somatoforme, ya que estos diagnósticos no son mutuamente excluyentes, y se produce un solapamiento al aparecer pacientes con más de uno de estos diagnósticos.

Lo mismo ocurre en el caso de los Trastornos por Ansiedad, en donde nos volvemos a encontrar un solapamiento de los distintos diagnósticos. No obstante, analizando parcialmente los resultados, observamos que un 22.37% de la muestra (17 pacientes) presenta un Trastorno por Angustia, siendo más frecuente con Agorafobia que sin ella; un 75% presenta algún tipo de Fobia, siendo la más frecuente la Fobia Social, y un 11.85% (9 pacientes) presenta un Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Finalmente, podemos observar que solo tres pacientes de nuestra muestra son diagnosticadas de Trastorno por Ansiedad Generalizada.

Por último y, en lo que respecta a los Trastornos del Estado de Animo, sí es posible obtener el porcentaje total de la muestra que presenta un trastorno de este tipo ya que, en este caso, los diagnósticos sí son mutuamente excluyentes. Observamos así, que un 81.9% de la muestra (63 del total de 76 pacientes) presenta un trastorno del estado de ánimo, porcentaje global que se distribuye entre un 74.01% (57 mujeres) que presenta un trastorno de tipo depresivo, y solo un 7.89% (6 pacientes) que presenta un trastorno de tipo bipolar o un episodio hipomaniaco. Vemos que son, por tanto, mucho más frecuentes los trastornos de tipo depresivo y, dentro de éstos, predominan los que se presentan sin síntomas psicóticos sobre los que aparecen con dichos síntomas.

Tabla 2.- Frecuencia Trastornos Somatoformes

	Frecuencias	Porcentajes	Totales
TRASTORNOS SOMATOFORMES			
T. por Somatización	1	1.32%	
T. por somatización ausente pero presentes seis o más síntomas	34	44.74%	
Dolor Somatoforme	51	67.11%	

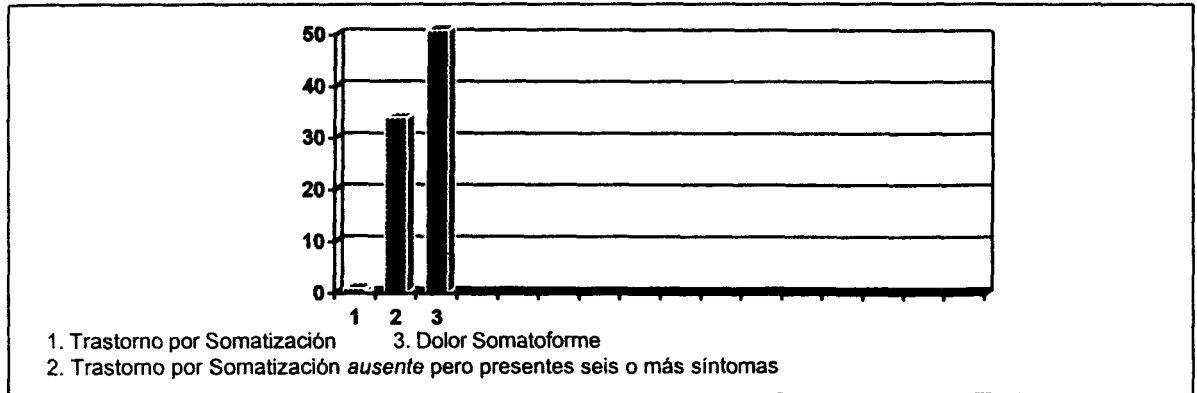


Figura 1.- Frecuencia Trastornos Somatoformes

Tabla 3.- Frecuencia Trastornos por Ansiedad

	Frecuencias	Porcentajes	Totales
TRASTORNOS POR ANSIEDAD			
T. por angustia sin agorafobia	5	6.58%	
T. por angustia con agorafobia	12	15.79%	17 (22.37%)
Agorafobia sin angustia	13	17.11%	
Fobia social	23	30.26%	57 (75%)
Fobia simple	21	27.63%	
T. obsesivo-compulsivo (obsesiones y compulsiones)	3	3.95%	
T. obsesivo-compulsivo (solo obsesiones)	3	3.95%	9 (11.85%)
T. obsesivo-compulsivo (solo compulsiones)	3	3.95%	
T. por ansiedad generalizada	3	3.95%	

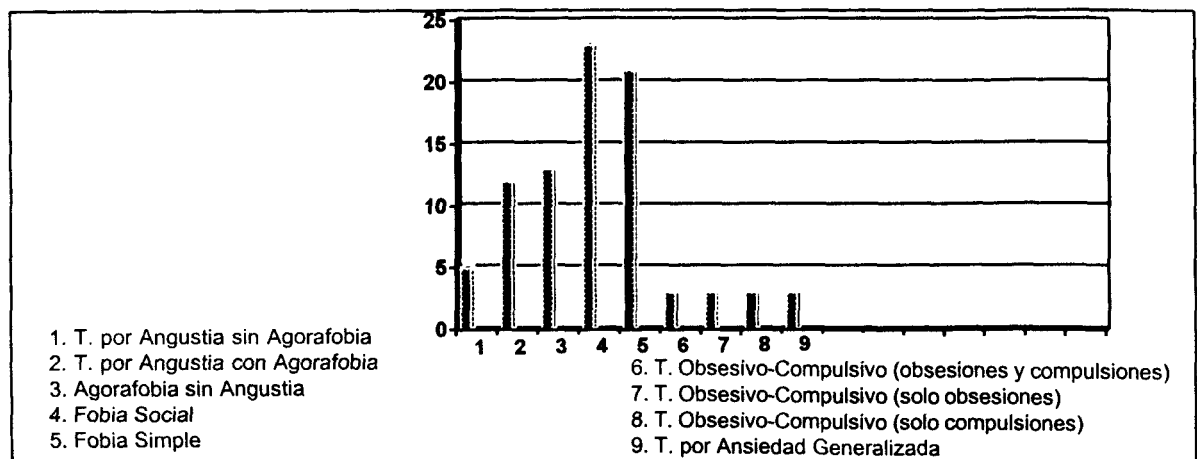
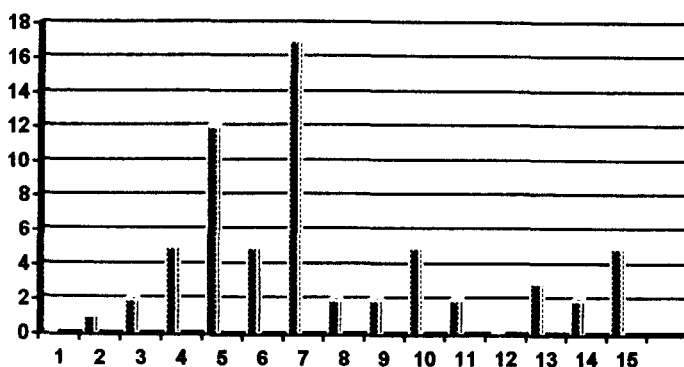


Figura 1.- Frecuencia Trastornos por Ansiedad

Tabla 4.- Frecuencia Trastornos del Estado de Animo

	Frecuencias	Porcentajes	Totales
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO			
Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos	0	0.00%	
Episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos	1	1.32%	1 (1.32%)
Episodio hipomaniaco	2	2.63 %	
Depresión mayor, episodio único con síntomas psicóticos	5	6.58%	
Depresión mayor, episodio único sin síntomas psicóticos	12	15.79%	17 (22.37%)
Depresión mayor recurrente con síntomas psicóticos	5	6.58%	
Depresión mayor recurrente sin síntomas psicóticos	17	22.37%	22 (28.95%)
Distimia	2	2.63%	
T. depresivo no especificado con síntomas psicóticos	2	2.63%	
T. depresivo no especificado sin síntomas psicóticos	5	6.58%	7 (9.21%)
T. bipolar con síntomas psicóticos	2	2.63%	
T. bipolar sin síntomas psicóticos	0	0.00%	2 (2.63%)
Episodio depresivo mayor excepto criterios de exclusión	3	3.95%	
E. depresivo mayor y E. maniaco excepto criterios de exclusión	2	2.63%	
Sintomatología depresiva (leve)	5	5.58%	



- | | |
|--|--|
| 1. Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos | 9. T. Depresivo no especificado con síntomas psicóticos |
| 2. Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos | 10. T. Depresivo no especificado sin síntomas psicóticos |
| 3. Episodio Hipomaniaco | 11. T. Bipolar con síntomas psicóticos |
| 4. Depresión Mayor, episodio único con síntomas psicóticos | 12. T. Bipolar sin síntomas psicóticos |
| 5. Depresión Mayor, episodio único sin síntomas psicóticos | 13. Episodio Depresivo Mayor excepto criterios de exclusión |
| 6. Depresión Mayor recurrente, con síntomas psicóticos | 14. E. Depresivo Mayor y E. Maniaco excepto criterios de exclusión |
| 7. Depresión Mayor recurrente, sin síntomas psicóticos | 15. Sintomatología depresiva (leve) |
| 8. Distimia | |

Figura 3.- Frecuencia Trastornos del Estado de Animo

Tabla 5.- Frecuencia Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas

	Frecuencias	Porcentajes	Totales
TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
Dependencia de alcohol leve	0	0.00%	
Dependencia de alcohol moderada	0	0.00%	
Dependencia de alcohol grave	0	0.00%	
Abuso de alcohol	0	0.00%	
Dependencia de drogas prescritas leve	2	2.63%	
Dependencia de drogas prescritas moderada	0	0.00%	
Dependencia de drogas prescritas grave	0	0.00%	
Abuso de drogas prescritas	0	0.00%	

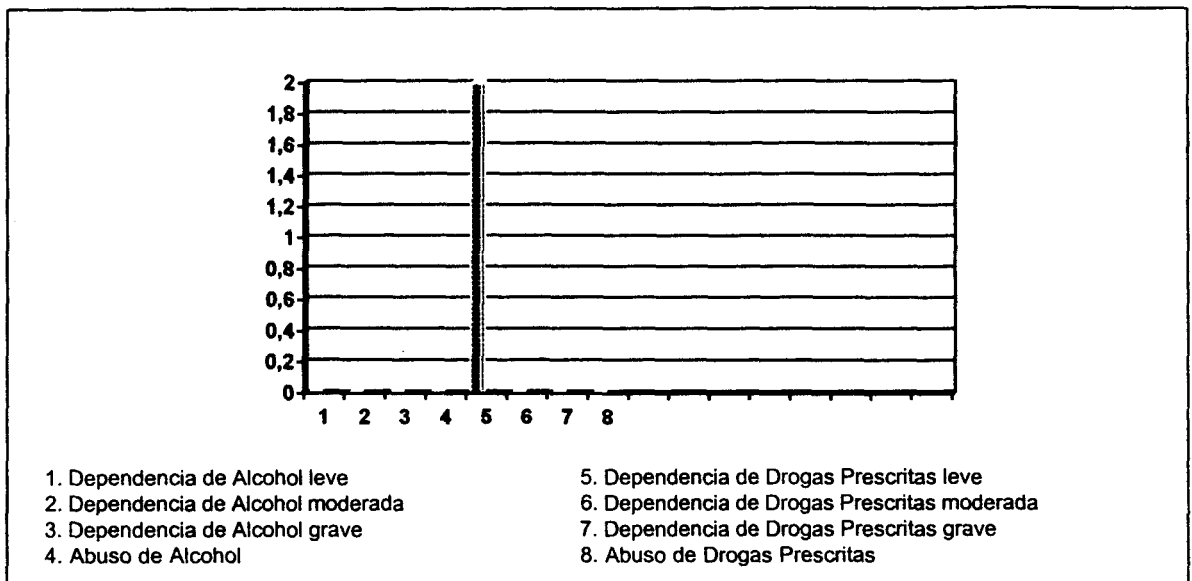


Figura 4.- Frecuencia Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas

En las tablas y figuras siguientes se pueden observar los resultados referidos al resto de posibles diagnósticos sometidos a estudio (Trastornos por uso de sustancias psicoactivas, Trastornos de la conducta alimentaria, Esquizofrenia, Trastorno antisocial de la personalidad y Trastornos mentales orgánicos), constándose en todo caso la baja frecuencia de aparición de éstos en el total de la muestra: un 2.63% de ésta (2 pacientes) presenta una Dependencia de drogas prescritas (leve), un 2.63% recibe el diagnóstico de Bulimia nerviosa y sólo una de las 76 pacientes (1.32%) está diagnosticada de Esquizofrenia.

B) Análisis frecuencial diagnósticos únicos y múltiples

Ante la observación de que una gran proporción de mujeres reciben más de un diag-

nóstico, ofreceremos de forma resumida (Tablas 7 y 8/Figura 6) una caracterización global de la muestra en función de las tres grandes categorías de trastornos que se han mostrado como más frecuentes en nuestro estudio (Trastornos somatoformes, Trastornos por ansiedad y Trastornos del estado de ánimo) y las posibles combinaciones en las que aparecen en las 76 mujeres.

Como se puede observar en dichas tablas, hemos agrupado a las mujeres en función de que se encuentren incluidas en una sola de esas tres categorías de trastornos anteriormente mencionadas, o en cada una de las tres posibles combinaciones entre ellas: Trastornos somatoformes y por ansiedad, Trastornos somatoformes y del estado de ánimo y Trastornos por ansiedad y del estado de ánimo. Asimismo, hemos obtenido el porcentaje de

Tabla 6.- Frecuencia otros trastornos

	Frecuencias	Porcentajes	Totales
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
Anorexia nerviosa	0	0.00%	
Bulimia nerviosa	2	2.63%	
ESQUIZOFRENIA	1	1.32%	
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	0	0.00%	
TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS	0	0.00%	

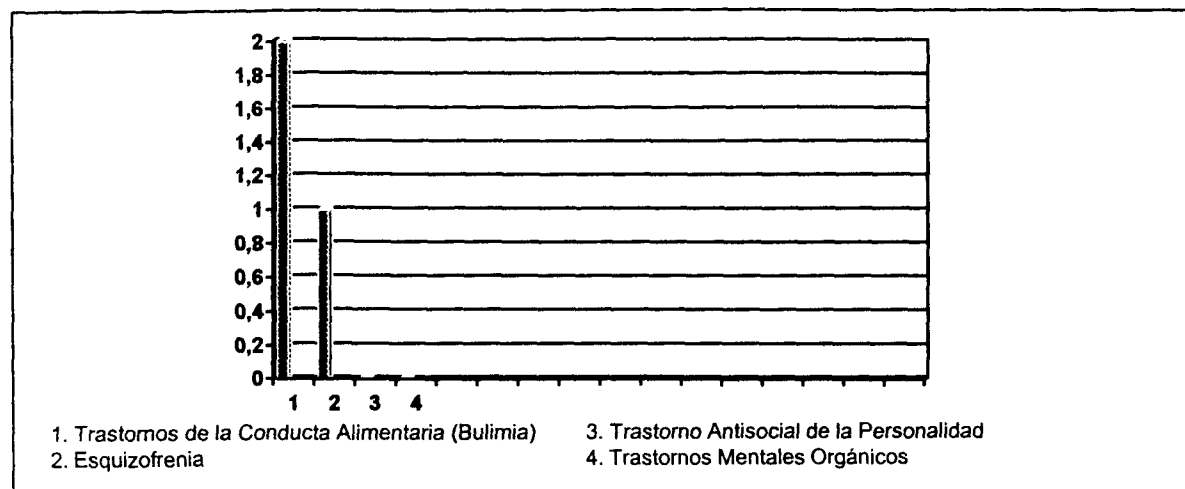


Figura 5.- Frecuencia otros trastornos

Tabla 7.- Frecuencia Diagnósticos Únicos

	Frecuencias	Porcentajes	%Totales por grupos
DIAGNÓSTICOS ÚNICOS			
Trastornos Somatoformes	7	9.21	
Trastornos por Ansiedad	4	5.26	19 (25%)
Trastornos del Estado de Animo	8	10.52	

mujeres que reciben diagnósticos de las tres categorías y el de mujeres que no reciben ningún diagnóstico.

Pasamos a detallar la información contenida en dichas tablas:

1) En primer lugar (*Tabla 7*), observamos que solo 19 de nuestras mujeres (25%) reciben diagnósticos que se incluyen en una sola categoría: ocho de ellas en la de Trastornos

del estado de ánimo (10.52%), siete en la de Trastornos somatoformes (9.21%) y solo cuatro en la de Trastornos por ansiedad (5.26%).

2) En segundo lugar (*Tabla 8*), cabe resaltar que una proporción elevada de mujeres (32.89%), en concreto 25 de las 76 mujeres estudiadas, recibe al mismo tiempo diagnósticos pertenecientes a dos categorías y, lo que es más importante, la gran mayoría de ellas,

Tabla 8.- Frecuencia Diagnósticos Múltiples

	Frecuencias	Porcentajes	%Totales por grupos
DIAGNÓSTICOS MÚLTIPLES			
Trastornos Somatoformes y por Ansiedad	3	3.94	
Trastornos Somatoformes y del Estado de Animo	18	23.68	25 (32.89%)
Trastornos por Ansiedad y del Estado de Animo	4	5.26	
Los tres tipos de trastornos	30	39.47	30 (39.47%)
NINGÚN TRASTORNO	2	2.63	2 (2.63%)

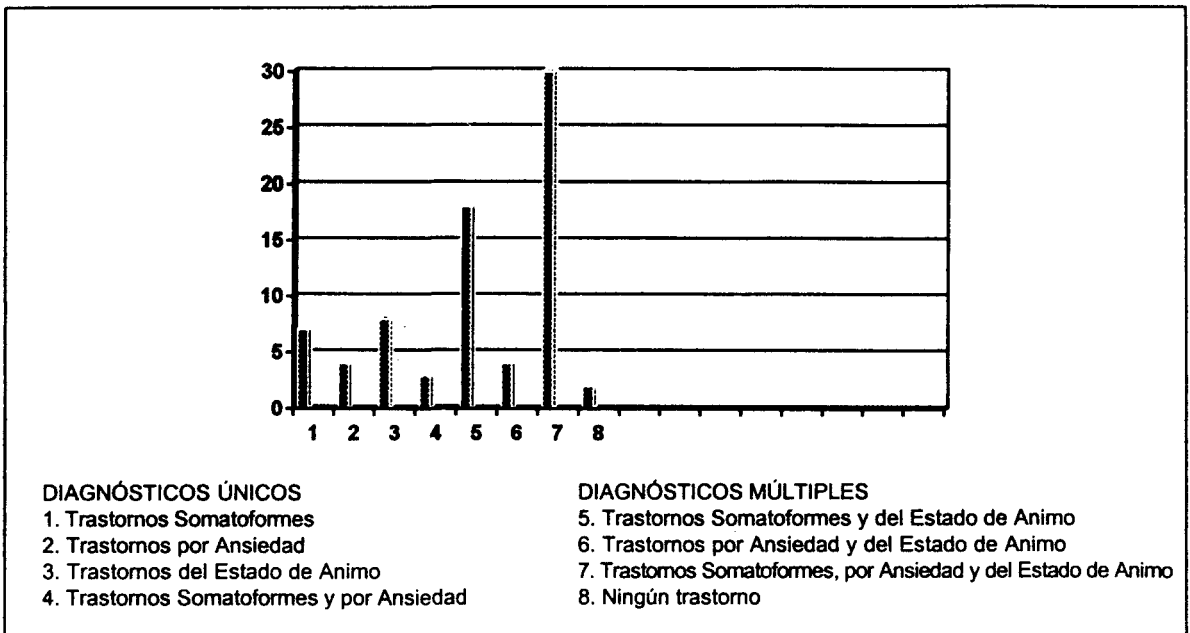


Figura 6- Frecuencia Diagnósticos Únicos y Múltiples

un 23.68% (18 mujeres) presenta conjuntamente algún Trastorno somatoforme y del estado de ánimo.

3) En tercer lugar (Tabla 8), es especialmente llamativo que un 39.47% de la muestra, lo que supone un total de 30 mujeres, presenta diagnósticos encuadrables a un tiempo en las tres grandes categorías.

En definitiva y, haciendo una valoración global, mientras que solo un 25% de nuestra muestra recibe diagnósticos pertenecientes a una sola de las tres grandes categorías, una amplísima proporción, el 72.36% (55 mujeres), presenta trastornos en más de una categoría, y solo el 2.63% (dos mujeres) no pre-

senta, ni en la actualidad ni en el pasado, ningún tipo de sintomatología con significación clínica.

CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos y que intentarían responder al objetivo que nos planteábamos al inicio de la investigación en relación a la morbilidad psicopatológica, se podrían concretar en los siguientes puntos:

Se observa en nuestra muestra un claro predominio de tres grandes categorías de trastornos: trastornos del estado de ánimo, tras-

tornos por ansiedad y trastornos somatoformes (tal y como se confirma en estudios como los de Lehtinen, Lindholm, Veijola y Vaisanen, 1990; o Vázquez-Barquero et al., 1987).

Respecto a los trastornos por ansiedad, se confirma la prevalencia establecida en el DSM-III-R (APA, 1988) en el sentido de que en población clínica es mucho más común el Trastorno por Angustia con Agorafobia que sin ella, y que la Agorafobia sin Historia de Trastorno por Angustia es una alteración más rara que otras fobias como la Social o la Simple. Asimismo, corroboramos los datos de prevalencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno por Ansiedad Generalizada en el sentido de que son poco frecuentes en muestras clínicas (DSM-III-R).

En este punto consideramos necesario comentar los datos referidos a la fobia simple y social. En nuestra opinión, el elevado número de mujeres diagnosticadas de estos trastornos en nuestra muestra se debe a la baja rigurosidad que, creemos, presenta el DIS para estos trastornos ya que se evalúan mediante preguntas abiertas y, en cierto modo abstractas, que no especifican con claridad los síntomas de ansiedad que el paciente debe mostrar ante el estímulo o situación fóbica, con lo cual se le deja un gran margen para que valore subjetivamente si el miedo que siente es o no lo suficientemente intenso. Este hecho, desde nuestro punto de vista, ha aumentado considerablemente el número de diagnósticos de fobia realizado, ya que las pacientes han tendido a valorar como significativos unos temores que, en realidad, no son incapacitantes.

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, de nuevo se confirman los datos sobre prevalencia de las Depresiones Mayores del DSM-III-R, que hablan de muy altas proporciones, especialmente en mujeres.

En relación a los trastornos somatoformes, se confirman los datos de prevalencia del DSM-III-R, en el sentido de que es más frecuente la aparición de Dolor Somatoforme que de Trastorno por Somatización.

Confirmando de nuevo los resultados de los estudios revisados sobre diagnósticos múltiples (Vázquez-Barquero, Muñoz y Madoz Jauregui, 1981; Vázquez-Barquero, Peña, Díez Manrique, Arenal, Quintanal y Samaniego, 1988; Vázquez-Barquero, Wilkinson, Williams,

Díez Manrique y Peña, 1990), los trastornos somatoformes aparecen, en nuestras mujeres, asociados predominantemente a los trastornos del estado de ánimo, con clara superioridad sobre las asociaciones con los trastornos por ansiedad.

Por último, hemos de resaltar que, en nuestra muestra, es más frecuente el que en una misma persona aparezcan trastornos pertenecientes a más de una categoría que a una sola de ellas.

En *resumen* y, para terminar, consideramos que el objetivo que nos planteamos al inicio del presente trabajo se ha llevado a cabo y que las conclusiones obtenidas podrían ser un punto de partida para proseguir el estudio sobre la salud mental de las mujeres con el fin de intentar, en la medida de lo posible, analizar todas aquellas variables que pueden repercutir negativamente en dicha salud mental (temperamentales, socioculturales,...), porque conocer a fondo los posibles factores predisponentes y de riesgo es indispensable si pretendemos conseguir el fin último que es la prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition - revised (DSM-III-R)*. Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición revisada (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson.
- Ato, M. y López-García, J. (1994). *Fundamentos de estadística con SYSTAT*. Madrid: Rama.
- Brown, G.W. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychitric disorder in women*. Londres: Tavistock.
- Frankenhauser, M., Dunne, E. y Lundberg, V. (1976). Sex differences in sympathetic adrenal medullary reactions induced by different stresses. *Psychopharmacology*, 47, 1-5.
- Gershow, E.S. y Bunney, W.E. (1976). The question of X-linkage in bipolar manic depressive illness. *Journal of Psychiatry Research*, 13, 99-117.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, Berkshire: Nfer-Nelson.
- Goldberg, D., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B. y Shepherd, M. (1970). A standardized

- psychiatric interview suitable for use in community surveys. *The British Journal of Preventive Social Medicine*, 24, 18-23.
- Herrera, R., Antonell, J. Spagnolo, E. y Gispert, R. (1990). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas*, 120, 111-130.
- Herrera, R., Antonell, J. Spagnolo, E., Domenech, J. y Martín, S. (1987). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas*, 107.
- Lehtinen, V., Lindholm, T., Veijola, J. y Vaisanen, E. (1990). The prevalence of PSE-CATEGO disorders in a Finnish adult population cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 187-192.
- Muñoz, P.E. (1979). Estudio de la distribución de los trastornos psiquiátricos y de los niveles de salud mental en una población rural: aplicación de un método estándar al conocimiento de la morbilidad psiquiátrica. Madrid: Universidad Autónoma. Tesis Doctoral.
- Pablo, F. de, Albacete, A., Meroño, A. y cols. (1992). Validez de la versión española del Diagnostic Interview Schedule. Tercera versión revisada (DIS-III-R). *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20(6), 257-262.
- Regier, D.A., Boy, J.H., Burke, Jr J.D. y cols. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiological catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 997-986.
- Robins, L.A., Helzer, J.E., Croughan, J. y Rataliff, N. (1981b). *National institute of mental health Diagnostic Interview Schedule: version II*. NIMH, USA.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Cottler, L. y Goldring, E. (1989). *Diagnostic interview schedule; version III-R*. Washington University Department of Psychiatry.
- Togersen, S. (1983). Genetics of neurosis. The effect of sampling variation upon the twin concordance ratio. *The British Journal of Psychiatry*, 142, 126-132.
- Vazquez-Barquero, J.L., Díez Manrique, J.F., Peña, C. y cols. (1987). A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- Vazquez-Barquero, J.L., Díez Manrique, J.F., Peña, C., Quintanal, R.G. y Labrador López, M. (1986). Two stage design in a community survey. *The British Journal of Psychiatry*, 149, 88-97.
- Vazquez-Barquero, J.L., Muñoz, P.E. y Madoz Jauregui, V. (1981). The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *The British Journal of Psychiatry*, 139, 328-335.
- Vazquez-Barquero, J.L., Peña, C., Díez Manrique, J.F., Arenal, A., Quintanal, R.G. y Samaniego, C. (1988). The influence of sociocultural factors on the interaction between physical and mental disturbances in a rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 195-201.
- Vazquez-Barquero, J.L., Wilkinson, G., Williams, P., Díez Manrique, J.F. y Peña, C. (1990). Mental health and medical consultation in primary care settings. *Psychological Medicine*, 20, 681-694.
- Weissman, M.M. y Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Wing, J.K., Cooper, J.E. y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Nueva York: Cambridge University Press.