



# Género y prescripción de psicofármacos(\*)

Iñaki Markez, Nuria Romo, Mónica Póo,  
Amando Vega, Carmen Meneses, Eugenia Gil

## Resumen

Se presenta una revisión de la investigación realizada sobre el uso de psicofármacos, especialmente de aquellos estudios sobre la prescripción y uso por las mujeres, pues los psicofármacos son un grupo de fármacos de elevado consumo en el Sistema Público de Salud, siendo las mujeres las principales usuarias por ello se observa el análisis de los factores que influyen en el sobrediagnóstico médico o psiquiátrico en las mujeres y abuso en los tratamientos farmacológicos.

Se comprueba que una parte importante de la producción científica se centra en el estudio de la detección de los trastornos en Atención Primaria o Especializada y en la morbilidad psiquiátrica de manera comparada entre los sexos. La mayor parte de las investigaciones realizadas en este ámbito tiene un carácter clínico y epidemiológico.

## Palabras clave

Género, trastorno mental, psicofármacos, prescripción, atención primaria.

— ¿Por qué vendes estas píldoras? —dijo el Principito.

— Tomando una a la semana ya no sentirás necesidad de beber. Se ahorran cincuenta y tres minutos a la semana, —respondió el vendedor.

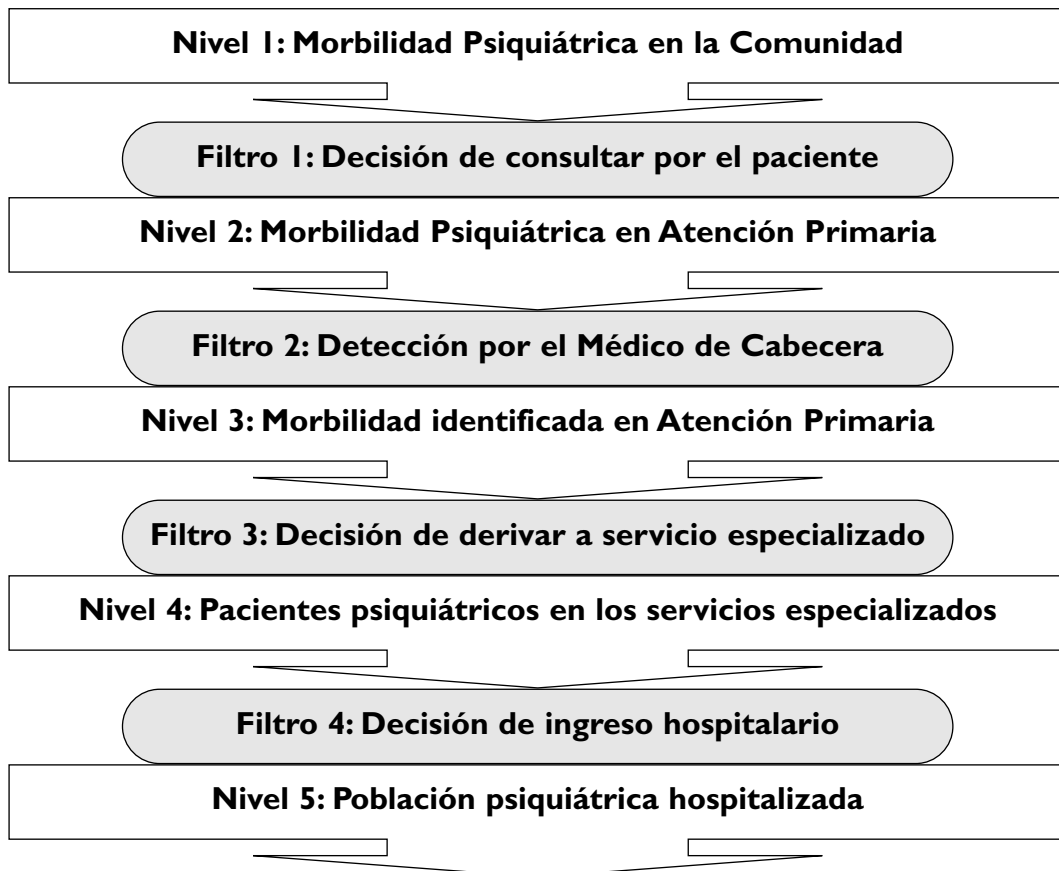
—Yo —se dijo el Principito— si tuviera cincuenta y tres minutos para gastar, andaría despacio hacia una fuente.

Saint-Exupéry, *El Principito*

A medida que se ha desarrollado la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental se han sucedido aportaciones provenientes del estudio de la población y su relación con los dispositivos asistenciales llegando a lo que se denominó “el camino de la asistencia Psiquiátrica” (1,2). El *Modelo de Goldberg* utiliza cinco niveles con sus cuatro filtros para describir la morbilidad psiquiátrica en la población general y su recorrido hasta la atención especializada (fig 1).

(\*) Este trabajo es parte de un estudio financiado por la Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. N/REF RS/MS. Convocatoria I+D+I. Expte.64/01, cuyo título es *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas.*

Figura 1.- Niveles y filtros en los trastornos psiquiátricos



Fuente: Modificado de Goldberg y Huxley, 1980

En estos niveles de atención destacan los dos momentos clave en este recorrido: la decisión del paciente de consultar y la capacidad de detección de psicopatología por el médico o médica de cabecera. A pesar de la elevada variabilidad en los estudios según el método de detección, la capacidad de detección de trastornos psiquiátricos por el médico—a de atención primaria se sitúa en torno al 35% como podemos ver en la tabla 1 que se presenta a continuación y que resume algunos trabajos llevados a cabo en esta área.

Con el desarrollo del modelo de atención primaria así como de la investigación epidemiológica, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, se ha ido comprobando la coincidencia de numerosos

problemas en el tipo de afectaciones en la salud mental y en los modos de atención siendo los trastornos de ansiedad, depresión o mixtos los más frecuentes (3).

En los años 80 y 90 se realizaron muchos estudios epidemiológicos desarrollados en el campo de la salud mental que aportan información general al mismo tiempo que recogen las diferencias de prevalencia por sexo tanto para trastornos específicos como para el conjunto de los trastornos. Las tasas de prevalencia de trastorno psiquiátrico en los estudios comunitarios oscilan entre un 10 y un 40% según diferentes estudios nacionales o internacionales (4,5,6,7) variando según los instrumentos de medida utilizados y según utilizaran instrumentos de *screening* o entrevistas psiquiátricas estandarizadas, siendo



menor la prevalencia en estas ocasiones. Cuando se utiliza el GHQ-28 en población general, la prevalencia se sitúa entre 30 y 40% (8,9,10,11). En estudios en dos fases con el PSE (4,12,13,14,15,16), las cifras medias de prevalencia oscilan de 10–26%, mientras que con el

DIS se sitúan en torno al 32% (17,18,19). Diferentes estudios en el estado español dan Prevalencia de morbilidad psiquiátrica siempre superiores en las mujeres con valores que oscilan entre el 20 y 34%, mientras que en los varones oscilan entre el 8 y 21% (ver Tabla 1).

**Tabla 1: Prevalencia de morbilidad psiquiátrica por sexo en diferentes estudios**

Autores-as	Año	Instrumento	N	Lugar	Prevalencia de psicopatología (%)	
					Mujeres	Varones
Vazquez-Barquero y otros	1981	GHQ-60/ CIS	1156	Navarra	28,3	19,1
Seva y Civera	1982	GHQ-30	404	Soria	34,2	¿?
Díez y otros	1984	GHQ/ PSE	452	Cantabria	20,6	8,0
Vazquez-Barquero y otros	1987	GHQ-60/ PSE	1232	Cantabria	20,6	8,1
Herrera y otros	1990	GHQ/ PSE	811	Barcelona	20,1	8,2
Villaverde y otros	1993	GHQ-28/ CIS	660	Tenerife	22,0	12,2
Retolaza, Markez, Ballesteros	1995	GHQ-28/ PSE	500	Bizkaia	23,7	12,8
Gili y otros	1998	GHQ-28/ SCAN	697	Formentera	21,2	22,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de diferentes estudios.

Estas diferencias de distribución de la patología mental según el sexo, aunque han sido objeto de diversas interpretaciones, ha permitido conocer que a las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia trastornos relacionados con la ansiedad, el sueño y la depresión, mientras que los varones se les diagnostica más abuso de sustancias y de trastornos de personalidad (4,15,17,20).

## Detección de trastorno mental

En el ámbito de la Atención Primaria, el 50% de los pacientes que acuden a un servicio de

salud tiene un factor psicosocial como precipitante de su demanda y los problemas de salud mental suponen más del 20% de motivos de consulta en medicina general (21). En la investigación llevada a cabo por profesionales de este ámbito de atención existe un reconocimiento de la importancia del consumo de psicofármacos y del aumento en su uso en los últimos años, reconociéndose que los principales prescriptores y prescriptoras han sido y siguen siendo los médicos/as de Atención Primaria. Como ya hemos dicho al explicar el modelo de Goldberg, se sitúa en torno al 35% la capacidad de estos profesionales de detectar trastornos psiquiátricos.



Trabajos realizados en consultas de atención primaria en Bizkaia (9,15) ofrecían una prevalencia de 28% sobre el total de consultantes durante un mes. Las mujeres presentaban una prevalencia (23,7%) que casi doblaba la de los varones (12,8%) siendo la depresión el trastorno más frecuente en ambos casos pero sobre todo en las mujeres. Otro estudio realizado con mujeres en un área urbana de Pamplona (16) ofrecía tasas de morbilidad del 25% excluyendo la dependencia tabáquica. En otro trabajo de Vázquez-Barquero y cols. (22) y que fue realizado en distintos centros del norte, en concreto en Asturias y Cantabria, con el SCAN como entrevista de estudio, los trastornos más frecuentes entre las mujeres fueron la ansiedad generalizada (18,5%), la depresión (7,1%) y la distimia (3,6%), aunque esta última sea otra categoría referida a la depresión.

En este ámbito de la Atención Primaria se ha tratado de estimar la prevalencia de trastorno mental en las mujeres o de manera comparada entre varones y mujeres de grupos específicos de la población. Por ejemplo, Arillo y otros (16) trataron de estimar la prevalencia de patología mental en mujeres de 18–70 años en una zona básica de salud de Pamplona, describiendo la comorbilidad existente y analizando el registro de patología mental en la historia clínica a través de un estudio transversal observacional. Los resultados indican que la prevalencia de enfermedades mentales en el “último año de vida” era del 33.3% y disminuye al 24.9% si se excluye el abuso de tabaco, siendo las patologías más frecuentes en esta muestra la depresión, tabaquismo, fobia simple, agorafobia, fobia social y estrés postraumático. Sus autores encontraban un bajo registro de morbilidad psiquiátrica en las historias clínicas de las mujeres lo que relacionan con el infraregistro puesto en evidencia en otros estudios.

El tipo de patología específica que se detecta en Atención Primaria, son depresión, ansiedad e insomnio, enfermedades de alta prevalencia tanto en las consultas de medicina familiar como en la población general. La depresión

(10,4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y la dependencia alcohólica (2,7%) fueron los tres trastornos de mayor prevalencia en un estudio de la OMS en centros de salud de 15 países del mundo, con un 24% de prevalencia media del conjunto de los centros para cualquier tipo de trastornos psíquico (25), siendo mujeres el 62% de total de consultantes.

Algunos autores concluyen que la utilización de fármacos en el ámbito de la Atención Primaria se centra fundamentalmente en el tratamiento de la ansiedad, insomnio y trastornos depresivos (23). El malestar psíquico ha sido otro aspecto estudiado entre las personas que acuden a este ámbito de la atención sanitaria. Sebastián Gallego, R. y otros (1998) determinan su prevalencia en la población consultante de un centro de salud urbano de Barcelona, concluyendo que la prevalencia de malestar psíquico es alta, “dándose principalmente entre mujeres, sin una pareja estable, que acudían más de seis veces al año a consulta, con consumo habitual de psicotropos y analgésicos” (24)

Otros estudios han tratado de conocer la prevalencia del consumo entre las personas que acuden a consulta en el nivel primario de la atención a la salud. Mateo y otros (26) realizaron una investigación en el Centro de Salud de Potes en Madrid para determinar la prevalencia de consumo en estas consultas y correlacionarla con las características sociodemográficas y la presencia de síntomas psíquicos, concluyendo que el consumo global de psicofármacos se sitúa en el 21% de la muestra, porcentaje superior al obtenido en otros estudios, aunque similar al hallado en nuestro país en pacientes ingresados o ancianos, con mayor consumo de psicofármacos en mujeres, en individuos de edad elevada, viudos o que viven solos, con patología orgánica crónica.

## ¿Qué influye en la prescripción?

El hecho que las mujeres sean más medicalizadas que los varones y que esta situación se



aplique a la prescripción de psicofármacos nos lleva a pensar que el género es un elemento clave que influye en la relación médico–a/paciente desde el ámbito de los dos actores. Dos elementos pueden ser importantes para comprender esta situación. La actitud de médicos y médicas hacia sus pacientes y también la hiperfrecuentación de las mujeres en las consultas.

### ***Actitudes de médicos–as ante la prescripción en varones o mujeres***

Un campo de especial interés está en el estudio de las diferentes actitudes de los profesionales, sean varones o mujeres, en el acto médico, en particular en lo referente a la prescripción farmacológica según el sexo del paciente. Sabemos que la investigación realizada con profesionales americanos ha mostrado que éstos prescriben más medicamentos de todo tipo a las mujeres cuando las comparamos con los varones, siendo confirmado este dato en este país para la prescripción de psicofármacos (27).

Algunos estudios apuntan a que ante similar diagnóstico y número de consultas, la mujer recibe mayor cantidad de psicofármacos que los varones (26,28), lo cual hace pensar en errores diagnósticos o sesgos de género en el diagnóstico (38). En esos estudios se señala que los 2/3 de prescripciones de psicofármacos (tranquilizantes menores y antidepresivos fundamentalmente) están dirigidas a mujeres (29,30). En la investigación internacional está consensuado de manera clara que el personal médico prescribe más psicofármacos a las mujeres que a los varones.

El género, como elemento importante de la probabilidad de recibir una prescripción de psicofármacos, puede no ser el único factor determinante. Otras variables que predicen la prescripción del fármaco incluyen la mayor edad, el estatus socioeconómico, la situación psicológica y social, la salud física y mental, el estrés psíquico y el policonsumo de drogas. Por ejem-

plo, interaccionando con la edad el uso inapropiado de drogas en la mujer mayor ha sido bien documentado.

La literatura publicada en MEDLINE desde 1985 a 1998 sobre la influencia que tiene el género del profesional de la medicina en la relación con los pacientes fue revisada por Ana Delgado (31) y destacó algunos aspectos que tienen interés para comprender los resultados de esta investigación que presentamos, a pesar de que no estén referidos a la prescripción de psicofármacos. Concluyó que respecto al estilo de comunicación, tanto la duración de la visita como los contenidos y estructura de la misma varían entre médicos y médicas, siendo usualmente la duración media de la consulta superior en las médicas. Del mismo modo, se observa otra interacción, esta vez entre el género del médico y demanda: ante un problema psicosocial, las médicas hablan más que ante un paciente somático. Se ha comprobado que las médicas dedican una proporción mayor del tiempo a recabar información y discutir con sus pacientes aspectos del funcionamiento social y/o familiar. Las médicas son también menos directivas que sus colegas varones en la toma de decisiones y abogan por facilitar al paciente una participación mayor en la decisión, aunque sólo aparece este resultado con los pacientes jóvenes.

El perfil de los problemas atendidos por médicos y médicas en consulta parece ser bastante distinto, observándose entre las médicas una mayor cantidad de problemas de salud de las mujeres así como de tipo psicosocial. Varones y mujeres prefieren, generalmente, un médico–a de su mismo sexo para consultar por problemas del área genital, pero sólo las mujeres manifiestan preferencia por una médica para problemas psicosociales.

El efecto del sexo del paciente sobre la calidad de las historias clínicas o la actitud diagnóstica terapéutica tiene así mismo interés de cada a la comprensión de los factores que



incluyen en la interacción médico–paciente. Moreno Luna y otros (2000) han estudiado si la actitud diagnóstico–terapéutica de los médicos ante personas con síntomas de ansiedad–depresión es diferente según el paciente sea varón o mujer. Los autores concluyen que la actitud de los médicos–as de Atención Primaria ante pacientes con síntomas ansioso–depresivos difiere según sea el sexo del paciente. Los médicos–as de Atención Primaria prescriben más ansiolíticos, prestan más apoyo psicológico y piensan más en la causa funcional cuando el paciente es mujer. Los autores creen que esto puede ser debido a la influencia de los datos de prevalencia “clásicos” que indican que la ansiedad–depresión es 2–3 veces más frecuente en las mujeres que en los varones por lo que se preguntan si los resultados de su estudio no responden a un posible círculo vicioso: “Hay mayor prevalencia en las mujeres porque los médicos diagnostican más, y los médicos diagnostican más por suponer que hay mayor prevalencia” (38). Pepió i Vilaubí, J.M. y otros (1997) se plantearon como un objetivo de su investigación analizar y cuantificar el posible efecto del sexo del paciente sobre la calidad de las historias clínicas de atención primaria correspondientes a la población adulta. Sus resultados evidencian que la calidad de los registros de la historia clínica de atención primaria es mayor entre las mujeres que entre los varones(32). Esto contrasta con la dificultad que tienen las mujeres en comparación con los varones para beneficiarse de los avances tecnológicos y terapéuticos concentrados en su mayoría en los hospitales, que plantean la existencia de discriminación de la mujer en cuanto a beneficios de la asistencia sanitaria.

La actitud del personal médico también ha sido estudiada ante trastornos concretos como la ansiedad. Este es el caso de Vega Alonso y colaboradores (1999) que evalúan los principales factores que influyen en la actitud terapéutica del personal médico frente a los trastornos de ansiedad y su variabilidad en tres comunidades autónomas, en concreto, analizan la influencia

de factores independientes, relacionados con las características de los médicos de atención primaria, los pacientes y la enfermedad, sobre las actitudes terapéuticas y su variabilidad frente a los trastornos de ansiedad. Realizan un estudio observacional de 3247 personas que acuden a las consultas de medicina de familia en atención primaria y son identificadas como pacientes con trastornos de ansiedad en las Comunidades Autónomas de Castilla y León, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Este trabajo aporta información sobre diferentes tratamientos. Los pacientes de Castilla y León o de la Comunidad Valenciana tuvieron una probabilidad superior de ser derivados que los del País Vasco. La preferencia por el tratamiento farmacológico fue también una característica de los datos de Castilla y León. La edad de los pacientes no parece tener una gran influencia, mientras que en función del sexo del enfermo se observó que en los pacientes de sexo femenino es más frecuente el consejo, en tanto que en los de masculino lo es la derivación (33). Los médicos de atención primaria que trabajan en centros de atención primaria de ámbito urbano y los varones proporcionan consejo médico con más frecuencia y derivan a los pacientes hacia la atención especializada menos que los médicos del sexo femenino. El consejo es más frecuente en los pacientes del sexo femenino mientras que la derivación lo es en los del sexo masculino. Los hallazgos sugieren muchas diferencias en la actitud de los médicos–as de atención primaria hacia los pacientes con trastornos de ansiedad. Las características personales de los médicos–as y su ubicación geográfica ejercen gran influencia sobre las actitudes terapéuticas.

### ***Hiperfrecuentación en Atención Primaria y “malestar de las mujeres”***

No es casual que se “psicologice” la hiperfrecuentación, apareciendo con frecuencia términos como cronificación, enfermedad psicosomática, somatización, hipocondría, etc., en alusión a



quienes participan de estos comportamientos repetidos. En un estudio en tres centros de salud de Bizkaia (34) que consideraba persona hiperutilizadora a quienes realizaban más de 7 contactos por iniciativa propia durante un año, se observó que un 10% de los pacientes —los hiperfrecuentadores— habían realizado el 31% de las consultas a demanda. Se pudo comprobar que la enfermedad física crónica, la presencia de trastorno mental y los acontecimientos vitales estresantes se asociaban con la alta frecuentación de las consultas médicas. La elevada frecuentación dificulta en ocasiones un adecuado diagnóstico y por ello es frecuente encontrar alusiones a “enfermos psiquiátricos” que evaden diagnósticos mejor definidos. El temor a la psicopatología es un hecho. Por la débil confianza del médico en sus posibilidades terapéuticas al considerar que carece de tiempo para *hablar* con la persona enferma, y también por el recelo, cuando no, ignorancia del correcto uso del tratamiento farmacológico. Se ha demostrado que las mujeres están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto, para buscar atención a sus trastornos.

Los diagnósticos de somatización son más frecuentes en las mujeres, la salud se ha psicologizado, pero casi nunca se piensa que las enfermedades de los varones tengan un componente psíquico. Estudios recientes indican prevalencias en trastorno mental parecidas en varones y mujeres, aunque las mujeres consultan más. Las mujeres consultan más por trastornos depresivos, ansiedad y los varones por mayor abuso de sustancias y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, creemos que ambas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales frente a cada sexo. Las mujeres tienen más responsabilidad de su salud en virtud de el posible embarazo y el cuidado de sus hijos a la vez que la de ancianos de sus familias que los varones, lo que explica que frecuenten más las consultas y

tengan una mayor responsabilidad ante la enfermedad acudiendo a las consultas. Resulta más aceptable socialmente que una mujer acuda al médico que un varón. No se trataría, pues, de mayor presencia de morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino.

Establecer contacto con los servicios médicos, forma parte de lo que desde la psicología social de la salud se ha llamado conducta de enfermar, término acuñado por Mechanic en 1978 (35), conducta que implica una percepción e interpretación de los síntomas, asunción del papel de enfermo, búsqueda de asistencia, asunción del papel de paciente y recuperación. Una vez en la consulta las formas de expresión y transmisión de los síntomas son distintas entre varones y mujeres, lo que se ha llamado la semiología de las mujeres. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas estos que los médicos no identifican como signos de una malestar, por lo que tienden infradiagnosticar y infaprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres (27). La capacidad del médico para determinar el diagnóstico psicopatológico concreto (ansiedad o depresión) es baja. Los síntomas ansiosos con mayor expresión clínica, resultan más diagnosticados. Ello pone de manifiesto las carencias y sesgos de formación que gran parte de los profesionales de atención primaria en el ámbito de la salud mental. Estos profesionales, como muchos miembros de esta sociedad, comparten los estereotipos que en ella se manejan. Comparten las mismas actitudes negativas ante problemas como la vejez, la falta de atractivo físico, que el resto de la sociedad. Es lo que se ha llamado el sesgo sexual de médico. Los médicos a veces responden de forma diferente a los pacientes varones o mujeres que presentan la misma queja, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferenciados.



Existen variables referentes al médico o médica que influyen en su capacidad para diagnosticar y abordar situaciones. Cuando el paciente es una mujer se evidencia menos esfuerzos terapéuticos que cuando el paciente es un varón, claramente objetivables en la calidad de las historias clínicas y en el manejo de pruebas tecnológicamente más sofisticadas. Es necesario considerar el sesgo en los juicios médicos según el sexo del paciente, y la grave falta de conocimientos sobre factores de riesgo y sobre la semiología de las mujeres.

### **Algunas propuestas de los profesionales de la Medicina**

En las investigaciones analizadas se señalan algunas propuestas que las investigadoras e investigadores creen que pueden llevar a una mejor prescripción de este tipo de fármacos. Fernández Alvarez y su equipo consensuaron entre médicos-as de Atención Primaria las cinco acciones más importantes que pueden disminuir la prescripción de estos fármacos: educación sanitaria a la población; disminuir la presión asistencial; concienciar a los médicos de una correcta prescripción: potenciar la red de apoyos sociales y que los médicos potencien el uso de tratamientos alternativos eficaces (36).

Mateo y otros (26) concluyeron su investigación resaltando el elevado número de consumidores entre los usuarios de atención primaria, sobre todo en determinados grupos “de riesgo” como es el colectivo de las mujeres. Probablemente en las personas de estos grupos sea necesario una actuación especial desde los equipos de atención primaria, mediante medidas de apoyo y detección precoz de síntomas psíquicos a fin de prevenir la aparición de trastornos psiquiátricos y el consumo excesivo de psicofármacos.

Vega Alonso y colaboradores (33) proponen, siguiendo otros estudios previos, la necesidad de detectar perfiles clínicos y demográficos de los pacientes con problemas de ansie-

dad con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a reconocer, diagnosticar y seleccionar tratamientos para estos trastornos mentales. Nuevos enfoques terapéuticos de estos problemas en atención primaria deben ser definidos sobre la base de estudios de eficacia de los tratamientos y de la pertinencia de la derivaciones a la atención especializada y a los equipos de salud mental. Siguiendo una línea similar Torre Gil y otros (37) señalan en su investigación que es necesaria una mayor formación médica en atención primaria para poder afrontar los problemas de salud mental de los pacientes.

En el estudio sobre el que se ha basado este artículo, los profesionales de la salud mental aportan una aclaración a diferencia de los de Atención Primaria, intentando distinguir entre patología psiquiátrica y malestares psicológicos o emocionales. La presencia de signos y síntomas de tristeza o ansiedad, no siempre constituye una entidad psiquiátrica, aclaración que lleva a replantearse la existencia de mayor morbilidad psiquiátrica entre las mujeres (39). Señalan que en el discurso de los profesionales está clara una respuesta de medicalización ante los procesos asociados al ciclo vital de las mujeres. En sus discursos se ve como estereotipos de género influyen la forma de identificación y diagnóstico de patologías como la ansiedad o depresión asociadas a los malestares. La investigación aporta datos de interés que pueden ayudar a la comprensión de la asistencia sanitaria a las mujeres y el impacto que esta asistencia tiene en su vida cotidiana. También el género se construye a través de la construcción identitaria de las mujeres que en parte lleva a una distinta vivencia del proceso de salud-enfermedad.

Las mujeres, por su parte, son conscientes de la necesidad de alternativas no farmacológicas para la atención a sus malestares, alternativas que tanto pueden incluir tratamientos especializados como actividades de promoción personal, de animación sociocultural, etc. Esta





educación sobre los fármacos debiera iniciarse ya en las escuelas y continuar después en otros servicios dedicados a la atención de las personas, por supuesto, de acuerdo siempre con sus necesidades.

Desde una perspectiva amplia, el sistema educativo no puede desentenderse de la problemática de los medicamentos, con un consumo creciente, muchas veces injustificado y, en ocasiones, perjudicial. Si sabemos que la niñez y en la adolescencia se crean las pautas de conducta posterior, habrá que comprometerse frente a la "cultura de la pastilla" que en nada favorece el pleno desarrollo de la persona y sí estimula el recurso a todo tipo de sustancias para buscar "soluciones mágicas" a los problemas de la vida.

Como conclusión de este trabajo habrá que resaltar que los psicofármacos no constituyen la solución a los malestares de las mujeres, como se ha podido constatar en nuestra investigación (39), por lo que habrá que buscar otras alternativas, más allá del tratamiento farmacológico y las terapias especializadas. La promoción de la Salud, como se señala en la Carta de Ottawa, entre otros documentos supranacionales (40) constituye un marco idóneo ya que expresa el desarrollo del sentido de responsabilidad individual, familiar y social ante la salud propia y la ajena, implica tanto la elaboración de una política pública sana como crear ambientes favorables, desarrollar aptitudes personales y reforzar la acción comunitaria, sin olvidar la reorientación de los servicios sanitarios.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Goldberg, D. and Huxley, P. (1980) *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Tavistock, London.
- 2.- Goldberg, D. P., Kay, G. and Thompson, L. (1976) Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*, 6, 565-569.
- 3.- Hidalgo, F. J., Delgado, E., Areas, V. L., García Marco, D., Juana, P. d. y Bermejo, T. Utilización de psicofármacos a nivel hospitalario: indicaciones y prescriptores. *Farmacia Clínica* [12[9], 654-664, 1997
- 4.- Vázquez Barquero, J. L., Díez Manrique, J. F., Pena Martín, C. and others (1987) Community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med*, 17, 227-241.
- 5.- Seva, A.; Magallon, R.; Sarasola, A.; Merino, JA. Investigación epidemiológica psiquiátrica en dos fases en Zaragoza (proyecto SAMAR-89). *An Psiquiatría* 1992; 8: 45-55
- 6.- Bebbington, P. E., Hurry, J., Tennant, C. and others (1981) The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-580.
- 7.- Lehtinen, V., Hindoholm, T., Veijola, J. and Väisänen, E. (1990) The prevalence of pse-Catego disorders in a Finish adult population cohort. *Social Psychiatry Epidem*, 25, 187-192.
- 8.- Alvarez, E. and Crespo, M. D. (1996) Morbilidad psiquiátrica en atención primaria. Resultados de un estudio epidemiológico con el cuestionario GHQ-28. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 3, 6-14.
- 9.- Markez, I. (1993) *Detección de Morbilidad psiquiátrica en la Atención Primaria de Salud*. Universidad del País Vasco. Serie Tesis.
- 10.- Chocrón, L., Vilalta, J., Legazpi, I., Auquer, K. y Franch, L. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Atención Primaria* 18, 52-58. 1996.
- 11.- Martínez Alvarez, J. M., MariJuan, L., Retolaza, A. y otros (1993) Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. *Atención Primaria*, 11, 127-132.
- 12.- Gaminde, I., Uría, M. and Padro, D. (1993) Depression in three population in the Basque country. A comparison with Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 243-251.
- 13.- Mas Hesse, J., Tesoro, A. y otros (1993) *Mujer y salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- 15.- Retolaza, A., Markez, I. y Ballesteros, J. (1995) Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria*, 55, 593-608.
- 16.- Arillo Crespo, A., Aguinaga Ontoso, I. y Guillén Grima, F. (1998) Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atención primaria*, 21, 265-269.
- 17.- Villaverde, M. L., Gracia, R., De la Fuente, J., González de Rivera, J. L. y Rodríguez Pulido, F. *Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife*. González de Rivera, J. L., Rodríguez Pulido, F., y Sierra, A. El método epidemiológico en salud mental. 187-99. 1993. Barcelona, Masson/Salvar.
- 18.- Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, J. F., Pena, C. Q. G. y López, L. M. (1986) Two stage desing in a community survey. *British J Psychiatry*, 149, 88-97.



- 19.–Robbins, L. N. and Regier, D. A. (1991) *Psychiatric disorders in America. The epidemiology catchment area study*. The Free Press, New York.
- 20.–Ormel, J., Maarten, W. J., Koeter, M. A., Van den Brik, W. and Van de Willige, G. (1991) Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 700–705.
- 21.–Torres Martínez, C., Orgaz Gallego, P., Lozano Alvarez, F., Sánchez Gómez, M. H., Pinnel Muñoz, M. F., Tojeiro Lorente, S. y Lain Teres, N. Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción. *Atención Primaria* [11[8], 385–387. 1993.
- 22.–Vázquez Barquero, J. L., García, J., Artal Simon, J. and others (1997) Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J of Psychiatry*, 170, 529–535.
- 23.–Iragüen Eguskiza, P. (2000) Consumo de benzodiacepinas. ¿Dónde estamos? *Formación médica continuada en atención primaria*, 7, 499–501.
- 24.–Sebastián Gallego, R., Solá Gonfaus, M., Barreto Ramón, P., Corral Mata, M. E., Muñoz López, J. y Boncompte Vilanova, M. P. (1998) Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Atención primaria*, 22, 491–496.
- 25.–Ústün, T. B. and Sartorius, N. *Mental illness in General Health Care: An international study*. 1995. Chichester/New York, John Wiley & Son.
- 26.–Mateo Fernández, R., Ruperez Cordero, O., Hernando Blazquez, M. A., Delgado Nicolás, M. A. y Sánchez González, R. Consumo de psicofármacos en Atención Primaria. *Atención Primaria* [19[1], 47–50. 1997.
- 27.–Hohmann, A. A. (1989) Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care*, 27, 478–490.
- 28.–Pinkus, H. A., Tanielian, M. and others (1998) Tendencias en la prescripción de psicótropos. *JAMA*, 7, 261–267.
- 29.–Prather, J. E. and Minkow, N. V. (1999) Prescription for despair: women and psychotropic drugs. In Van Den Bergh, N. (ed), *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publishing Co Inc, New York, pp. 87–99.
- 30.–Sayer, G. P. and Britt, H. Sex differences in prescribed medications: another case of discrimination in general practice. *Social–Science–and–Medicine* 45 [10], 1581–1587.
- 31.–Delgado Sánchez, A. (1999) El papel del género en la relación médico–paciente. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 6, 509–516.
- 32.–Pepió i Vilaubí, J. M., Queralt i tomas, M. L., Clúa i Espuny, J. L. y Pinol i Moreso, J. L. (1997) Influye el género del paciente en la calidad de las historias clínicas de atención primaria? *Atención primaria*, 20, 75–81.
- 33.–Vega Alonso, A. T., Larranaga Padilla, M., Zurriaga Lloréns, O., Gil Costa, M., Urriaga, M. y Calabuig Pérez, J. (1999) Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 24, 569–578.
- 34.–Aiarzagüena, J. M. Factores bio–psicosociales y utilización de servicios de Atención Primaria de Salud. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco. 1995.
- 35.–Rodríguez Marín, J. (2001) *Psicología social de la salud*. Síntesis, Madrid.
- 36.–Fernández Alvarez, T., Gómez Castro, M. J., Baidés Morente, C. y Martínez Fernández, J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 30[5], 297–303. 2002.
- 37.–Torre Gil, P. d. I., Fernández Rodríguez, O. y Orueta Sánchez, R. Prevalencia del consumo de psicofármacos. *Centro de salud* [6[6], 373–375. 1998.
- 38.–Moreno Luna, M. E., Clemente Lirola, E., Pinero Acín, M. J., Martínez Matías, M. R., Alonso Gómez, F. y Rodríguez Alcalá, F. J. (2000) Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atención Primaria*, 26, 554–558.
- 39.–Romo, N; Meneses, C; Póo, M; Gil, E; Markez, I; Vega, A (2003). *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. Instituto de la Mujer (en prensa). Madrid.
- 40.–Carta de Ottawa (1988), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Salud entre Todos*, Suplemento. Febrero 1988.

**Iñaki Markez:** Psiquiatra, Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza. Bizkaia

**Nuria Romo:** Profesora de Sociología, Instituto de Estudios de la Mujer, Univ. de Granada.

**Mónica Póo:** Psicóloga, Ekimen–Investigación sobre sustancias y salud mental. Bizkaia.

**Carmen Meneses:** Profesora de antropología. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

**Eugenia Gil:** Profesora Salud Pública, Universidad de Jaen.

**Amando Vega:** Profesor de Educación Especial, Universidad del País Vasco, Donostia.

Correspondencia a: Iñaki Markez

Centro de Salud Mental de Galdakao • Bizkaia s/n (ambulatorio) • 48960 Galdakao. BIZKAIA

Tlfno.: 94 600 74 08 • e-mail: imarkez@euskalnet.net