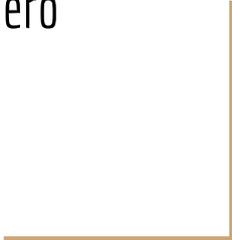




Género y psicopatología

Factores psicosociales que afectan
la Salud Mental, según género

Ps. Rodrigo Díaz Olguín



Por qué es importante?

- ¿Son hombres y mujeres similares o diferentes, en cuanto a la incidencia de factores psicosociales en salud mental?
- ¿Son sus habilidades de afrontamiento similares?, ¿están en igualdad de condiciones en términos de generación de problemas de salud mental y de apoyo profesional?
- ¿Impacta el género en la detección, diagnóstico y manejo de problemas de salud mental?
- ¿Nuestros terapeutas (técnicos en rehabilitación, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.) están entrenados / sensibilizados en una perspectiva de género?

1. Factores y mecanismos de riesgo

1. Factores y mecanismos de riesgo

Factor de riesgo

Epidemiología.

Enfoque nomotético.

Mayor probabilidad de observar una consecuencia en un grupo expuesto a un factor determinado

No es causa

(Cova, 2004)

Factores Distales -- Medios -- Proximales

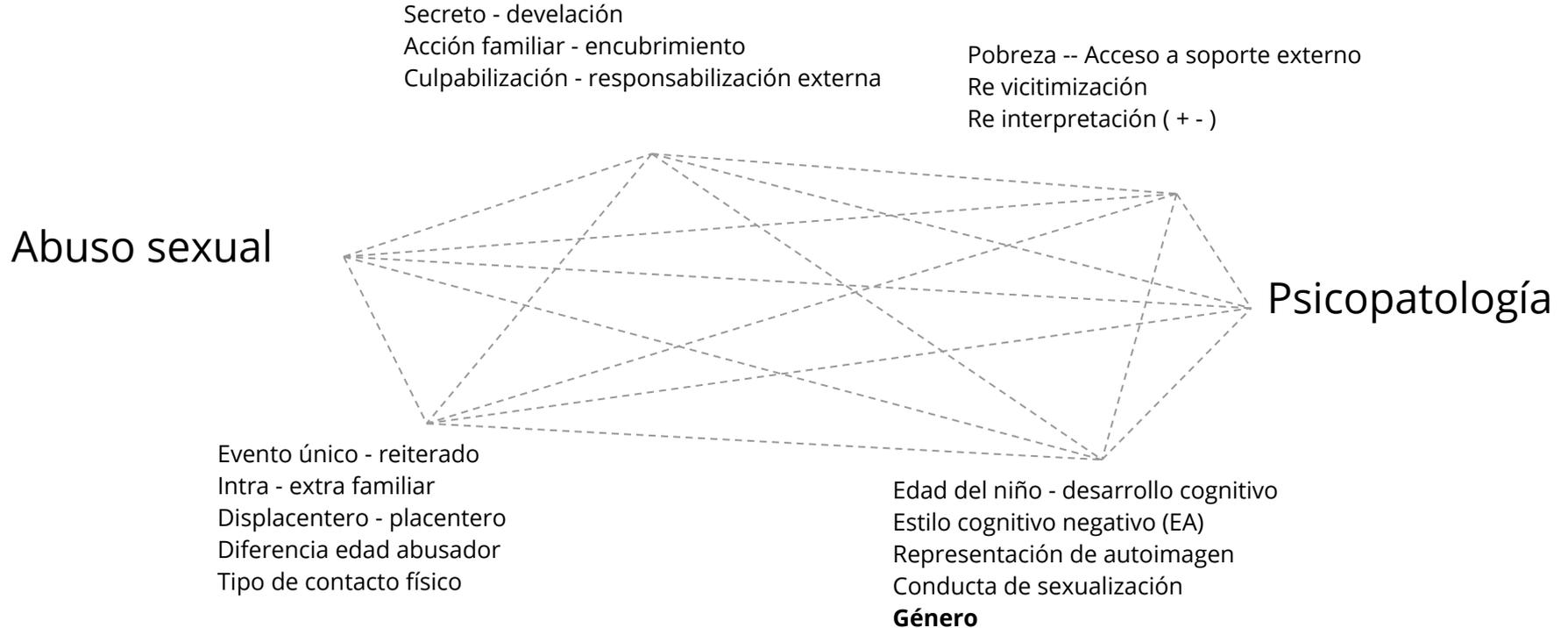
Variables mediadoras

Mecanismo de riesgo

Comprensión, explicación de la manera en que se afecta el comportamiento

(Cova, 2004)

1. Factores y mecanismos de riesgo



1. Factores y mecanismos de riesgo

Psychological Bulletin
2003, Vol. 129, No. 3, 447–466

Copyright 2003 by the American Psychological Association, Inc.
0033-2909/03/\$12.00 DOI: 10.1037/0033-2909.129.3.447

Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk

Kathryn E. Grant
DePaul University

Bruce E. Compas
Vanderbilt University

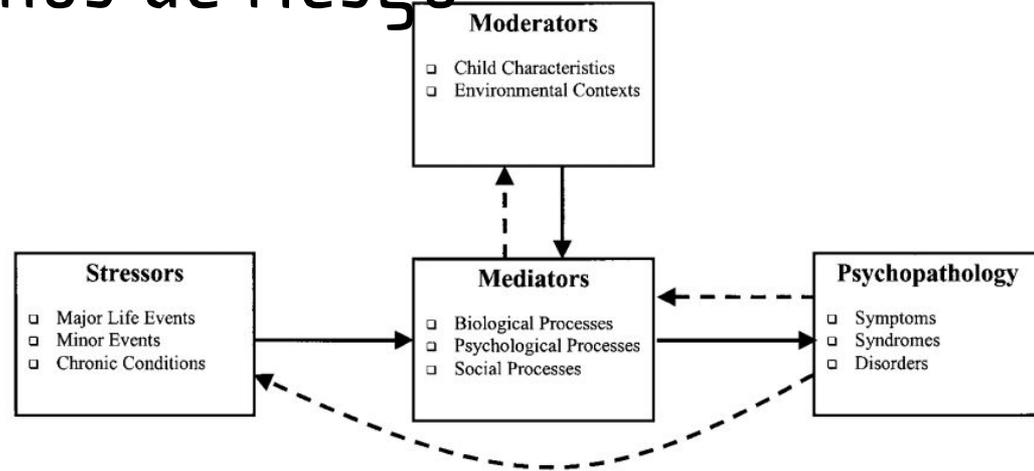
Alice F. Stuhlmacher, Audrey E. Thurm, Susan D. McMahon, and Jane A. Halpert
DePaul University

In the first half of this review, the authors critically evaluate existing research on the association between stressors and symptoms of psychopathology in children and adolescents. This analysis reveals (a) problems with conceptualizations of stress, (b) variability in measurement of stressors, and (c) lack of theory-driven research. To address these problems, the authors propose a general conceptual model of the relation between stressors and child and adolescent psychopathology. The authors examine basic tenets of this general model in the second half of this article by testing a specific model in which negative parenting mediates the relation between economic stressors and psychological symptoms in young people. Results generally provide support for the specific model as well as for the broader model.

Stressful life experiences constitute a potential threat to the well-being and healthy development of children and adolescents. Increasingly large numbers of young people are faced with stressful experiences that include acute traumatic events, chronic strain and adversity, and the accumulation of stressful life events and daily hassles (Haggerty, Sherrod, Garmezy, & Rutter, 1994). Examples of traumatic events that threaten the well-being of children and youth include natural and human disasters (Azarian & Skriptchenko-Gregorian, 1998; Saylor, 1993), victimization through sexual and physical abuse (Caviola & Schiff, 1988; Sumit, Miller, & Veltkamp, 1998), and exposure to neighborhood violence (Attar, Guerra, & Tolan, 1994). Chronic stress in children and youth includes economic and community hardship (Moffitt and

chronic stressors (e.g., excessive crowding or noise in a low-income neighborhood).

Understanding the role of stressors in the lives of children and adolescents is of both theoretical and practical significance. At the theoretical level, prevailing models of child and adolescent psychopathology recognize the potential importance of environmental stressors in the etiology and maintenance of both internalizing and externalizing disorders in youth¹ (Cicchetti & Toth, 1991, 1997; Haggerty et al., 1994; Rutter, 1989). At the practical level, numerous conditions and problems pose threats for children and adolescents. This is reflected in high levels of poverty, violence, and family adversity (Children's Defense Fund, 1999), as well as in



Central Propositions of General Conceptual Model:

1. Stressors contribute to psychopathology.
2. Moderators influence the relation between stressors and psychopathology.
3. Mediators explain the relation between stressors and psychopathology.
4. There is specificity in the relations among stressors, moderators, mediators and psychopathology.
5. The relations among stressors, moderators, mediators and psychopathology are reciprocal and dynamic.

Figure 1. General conceptual model of the role of stressors in the etiology of child and adolescent psychopathology.

2. Género

Sexo

Definición de las diferencias biológicas asociadas a la producción diferencial de gametos.
Categorial.

Identidad de género

Percepción subjetiva multideterminada (social, psicológica, biológica), utiliza el sexo y el **rol social de género** entre sus componentes.
Dimensional.

Orientación sexual

Tendencia a mantener la clase de objetos de satisfacción sexual

Hembra
Macho
Hermafrodita

Masculino,
Femenino,
Androginio.

Heterosexual, Bisexual,
Homosexual, Pansexual, etc., etc.

2. Género

1. Aproximación diferencialista - esencialista. Ser hombre - mujer.
2. Aproximación diferencialista - rasgos. Gradientes en el comportamiento.
3. Enfoque de la categoría social. Definición determinada por la cultura
4. Psicología feminista. Equilibrio - visibilización poder, vulneración y derechos
5. Enfoque cognitivo - Esquema, autoconcepto, representación
6. Constructivista - Interaccionista, construcción continua, significado personal

Procesos en identidad de género

Representación de sí con componentes inter afectados

A los 5 años, 3 categorías: social, académico, corporal, mutuamente afectadas.

Autoestima y autoconcepto

Valoración del sí mismo más global, integra el género hacia los 5 años de edad.

Sexualidad

A partir de los 3 años, la conducta sexual aparece asociada al género. No obstante, es una variable independiente.

Interacción e integración social

Alrededor de los 3 años, la mentalización del otro incluye el propio género



Procesos en identidad de género

Inicio temprano procesos cognitivos

Kohlberg: etiquetado (2 años), estabilidad (2-5 años) e internalización de la constancia (a partir de los 5 años)

Observar que se pueden presentar comportamientos estereotipados antes de la adquisición de un self de género

Fluctuaciones en el tiempo

Por ejemplo, observar tendencia a la androginia en la edad adulta

No es necesaria la concordancia absoluta con el rol social de género ni con el sexo

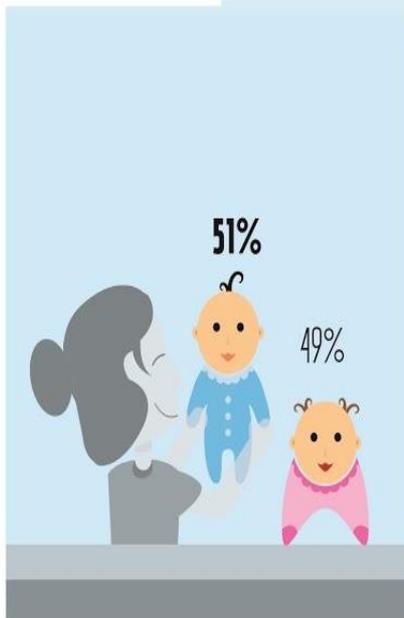
Teorías de la identidad social en género

Teoría del rol social del género

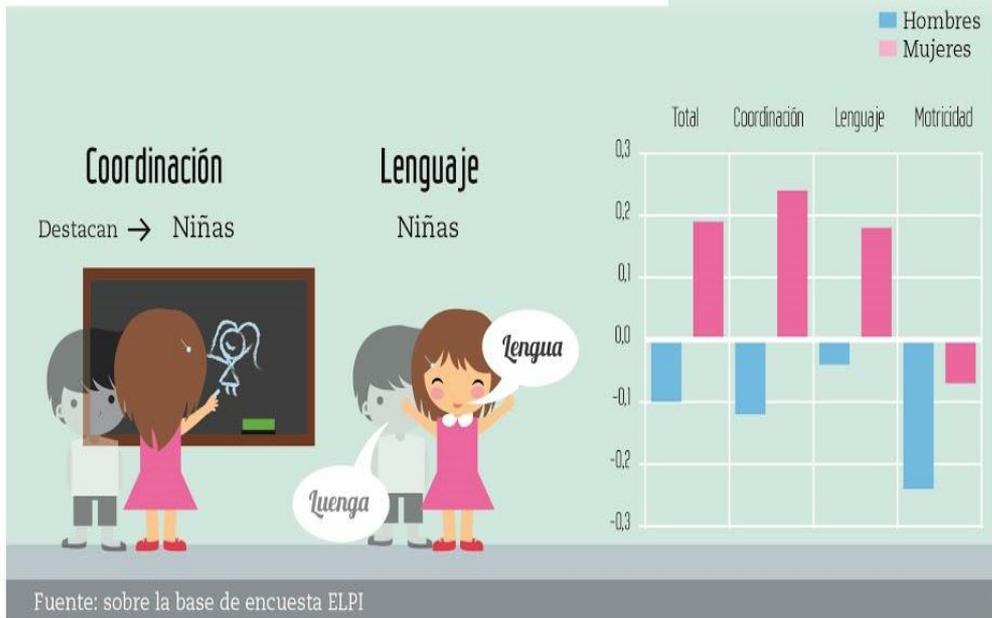


2. Género y trayectoria vital

Nacimientos

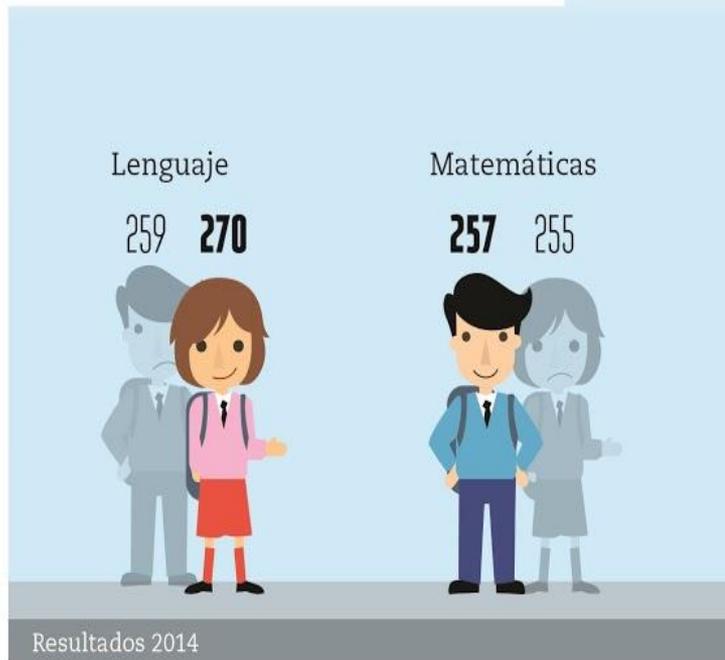


Desarrollo cognitivo: TEPSI (36-52 meses)

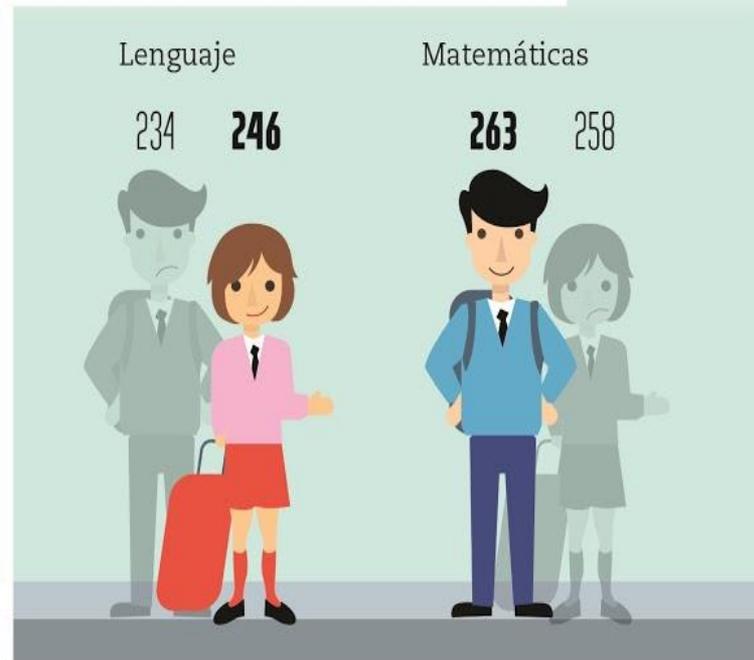


2. Género y trayectoria vital

Promedio Simce 4º Básico



Promedio Simce 8º Básico

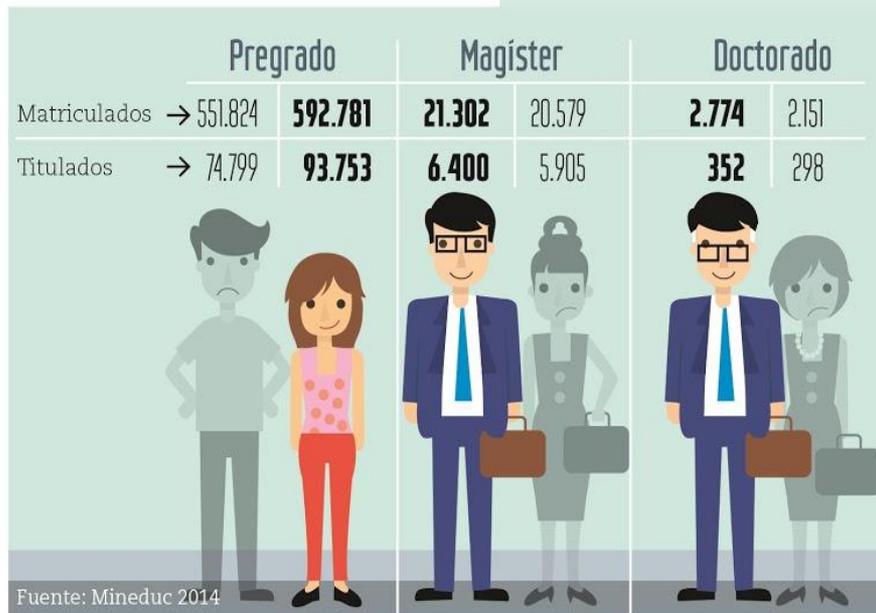


2. Género y trayectoria vital

PSU 2016



Matriculados y titulados



Fuente: Mineduc 2014

2. Género y trayectoria vital

En qué carreras se matriculan



Ingreso bruto promedio



BRECHAS DE PAGO Y COBERTURAS EN ISAPRES

Un estudio de la Superintendencia de Salud con enfoque de género, determinó que las mujeres pagan más que los hombres por sus planes de salud y, sin embargo, tienen menos cobertura.



FUENTE: Superintendencia de Salud

LA TERCERA

Mujeres pagan hasta 66% más que los hombres en sus planes de salud de isapres

- ▶ Estudio de la Superintendencia de Salud revela que la mayor brecha se produce a los 35 años.
- ▶ También tienen mayores copagos y menores coberturas. Expertos llaman a eliminar discriminación.

Lorena Letta

Una cotización mensual más cara, pero una cobertura menor y un gasto de bolsillo mayor, tienen las mujeres en las isapres. Así lo reveló un estudio de la Superintendencia de Salud que analizó con enfoque de género el sistema de aseguramiento privado.

De acuerdo al trabajo, hasta un 66% más paga una mujer de 35 años, sin cargas, por su plan de salud de isapre versus un hombre de la misma edad y en igual condición. Ello, pues

un hombre de 35 años tiene una cotización pactada que promedia los \$ 61.273 mensuales por un plan individual. En cambio, una mujer de la misma edad desembolsa al mes \$ 102.106, es decir, más del doble, por el mismo tipo de contrato (ver infografía).

El estudio además revisó la cobertura efectiva promedio que tienen los planes de salud de los afiliados y su evolución durante la última década. Así, se detectó que los niveles de beneficencia han disminuido en desmedro de las mujeres,

pasando de 63,4% en 2005 a 62,3% en 2015. Sin embargo, para los hombres la situación ha sido opuesta: la cobertura aumentó de 64% a 66,9% en el mismo periodo.

Además, si se compara la beneficencia por género que entregó el sistema en 2015, se detectan claras diferencias en favor de los hombres, cuya cobertura superó en 4,6% puntos a la que tuvieron las mujeres.

Esta situación queda de manifiesto al comparar las coberturas hospitalarias y ambulatorias

de los planes de salud de ambos géneros, donde los cotizantes masculinos tuvieron un 58,9% y un 73,6%, respectivamente, versus el 54,7% y 69,3% de las beneficiarias.

En consecuencia, debido a una menor cobertura, el gasto de bolsillo de las afiliadas es más alto. Y así lo demuestra el estudio al determinar que el año pasado hubo una brecha de 4,6 puntos porcentuales en favor de los hombres, pues las mujeres tuvieron copagos de 37,7%, mientras que el de ellos fue de 33,1%.

LAS OPINIONES

"Si estamos hablando de seguridad social, no basta con decir que los que gastan más deben pagar más".

Sebastián Pavlovic, superintendente de Salud

Cambios al sistema

El que las mujeres en edad fértil paguen más se explica por la lógica de seguro individual con que operan las isapres, donde el mecanismo de compensación de riesgos se basa en sexo y edad. Además, se fundan en datos que muestran que ellas usan más el sistema, con más prestaciones y licencias médicas.

Al respecto, el superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, sostiene que "si estamos hablando de seguridad social, no basta decir que los que gastan más deben pagar más, pues la lógica de esta es hacerse cargo de esas diferencias y generar solidaridad entre sanos y enfermos, jóvenes y adultos mayores, y hombres con mujeres, para darles más eficiencia social a las coberturas de salud". Agregó que el modelo de aseguramiento individual "es contradictorio con los principios básicos de la seguridad social" y que las discriminaciones por sexo y edad del sistema privado "no cuentan con legitimidad social".

Rafael Cavieles, presidente de la Asociación de Isapres, coincide en que la actual tarifa diferenciada por riesgos individuales debe cambiar: "Somos partidarios de un mecanismo más justo que permita solidarizar las tarifas y todos contribuyamos por igual al financiamiento del sistema privado de salud. Pero ello debe ser resultado por ley".

Existió consenso sobre la necesidad de reformar el funcionamiento de las isapres y, para ello, en 2014 el gobierno convocó a una comisión de expertos que acordó sus bases. Se trata de un plan llamado Cero junto de Beneficios de Salud (CBS), igual en todas las isapres y con la misma tarifa para los

"Somos partidarios de un mecanismo más justo que permita solidarizar las tarifas".

Rafael Cavieles, presidente Asociación Isapres

afiliados de una aseguradora, que podría ofrecerse en distintas redes de prestadores, junto con un fondo compensatorio entre las firmas que permitiría poner fin a la cautividad y terminar con las discriminaciones del sistema.

Sin embargo, el proyecto comprometido, pese a que ya estaría elaborado, no ha sido enviado al Congreso.

"Todos los expertos, de todo signo político, han concluido lo mismo: se requiere un plan único con precio conocido, copagos máximos acotados para atención ambulatoria y hospitalaria, y que sea idéntico para cada isapre", dijo el ex ministro de Salud Jaime Mañalich, quien agregó que "pese al consenso, no se avanza".

Para el economista Andrés Uthoff, el estudio "confirma la presencia de una tendencia al descenso en la industria de las isapres. Esta selección ocurre como resultado de la preferencia del asegurador por individuos que se espera sean rentables", dijo, junto con agregar que las alternativas para superar esa situación están en el proyecto de ley ya elaborado y "que el Ministerio de Hacienda se niega a considerar".

Sobre esto, la ministra de Salud, Carmen Castillo, dijo que como medida "estratégica" el proyecto se presentará en 2017 al Congreso para que lo tramite el próximo gobierno. "Tenemos la voluntad de dejarlo ingresado. Es una ley amplia ya puede ser tramitada a corto plazo, pues obliga a mejorar el funcionamiento de los principios de salud pública".

En vista de la demora, la Comisión de Salud del Senado acordó tramitar el proyecto de reforma a las isapres presentado durante el gobierno pasado. ●



BRECHAS DE PAGO Y COBERTURAS EN ISAPRES

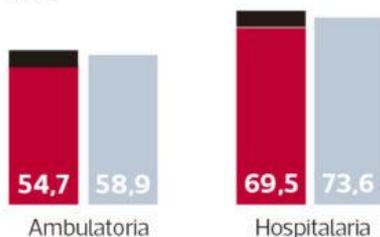
Un estudio de la Superintendencia de Salud con enfoque de género, determinó que las mujeres pagan más que los hombres por sus planes de salud y, sin embargo, tienen menos cobertura.

Brecha por edad cotización promedio



Brecha en las coberturas por sexo

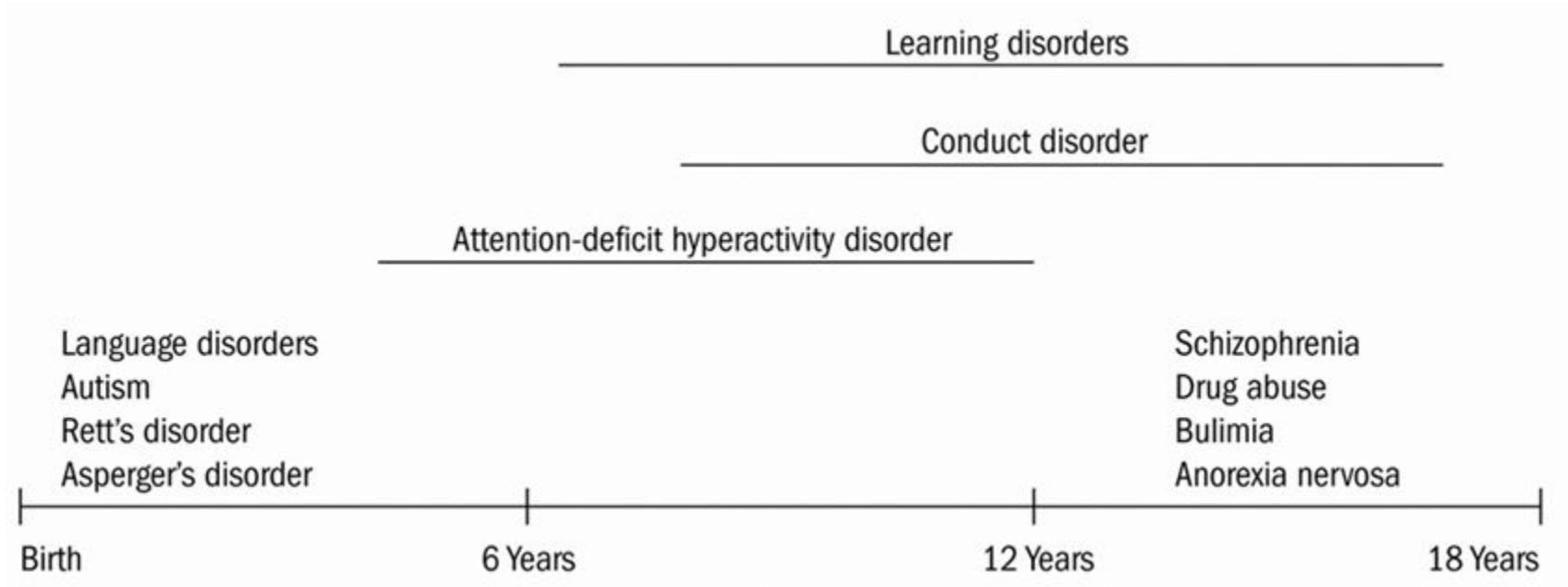
En %



Frecuencia de uso de prestaciones Año 2015



3. Psicopatología y género. Niñez



3. Psicopatología y género. Niñez

- Lenguaje: niñas primero. A los tres años, doblan el lenguaje de un niño. Mejor lectura.
- Chicos puntúan mejor en escalas de competencia auto - percibida: competencia atlética, apariencia personal, niveles de estima global
- Chicas puntúan mejor en escalas de competencia: mejores habilidades sociales, cooperación, empatía, solución grupal de problemas
- Chicas tienden a ser más eficientes académicamente, mejores puntuaciones, hasta la adolescencia.
- Chicos tienden a mostrar mejores puntajes en matemáticas y habilidades espaciales. Diferencia a lo largo de la vida. Impacto en el anclaje académico.

3. Psicopatología y género. Niñez

- Chicas mejores “senders and receivers” respecto a la información emocional
- Más temerosas, ansiosas, complacientes y dependientes.
- Razones ambientales y biológicas: mayor violencia y agresividad en niños, diferencias en expectativas de género (respecto a regulación)
- Problemas de conducta: niños. Psicopatología y comportamiento externalizante -- problemas de lenguaje, problemas de lectura y aprendizaje, trastornos de la eliminación, hiperactividad, hostilidad, inmadurez emocional, etc.
- Niñas: mayor probabilidad de psicopatología - comportamiento internalizante (ansiedad, depresión, quejas somáticas)

Michael Huss
Heike Hölling
Bärbel-Maria Kurth
Robert Schlack

How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS)

■ **Abstract** *Background* Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) is a chronic disorder with a substantial lifelong impact on personal and social functioning, academic performance, and the health system in general. Extended knowledge regarding its epidemiology will help to optimise the distribution of health resources and support affected children and adolescents. *Objectives* To report (1) the lifetime prevalence rates of ADHD in children and adolescents in Germany ages 3–17 years diag-

nosed by health care professionals, (2) the symptoms of hyperactivity and inattention in children and adolescents, and (3) the distributions and odds ratios for gender, age, socioeconomic status (SES), and history of migration. *Methods* Data were collected from May 2003 until May 2006 in 167 representatively selected sample points in Germany. A total of 17,461 children and adolescents (7,569 boys and 7,267 girls) were medically and physically examined, and their parents completed a self-administered questionnaire. Parent-reports of a lifetime ADHD diagnosis by a medical doctor or psychologist were taken as case definitions. Additional information was obtained via the parents from the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) and also from trained observers. *Results* The overall lifetime prevalence of ADHD diagnosis was 4.8%. As expected, there was a significant

gender difference between boys (7.7%) and girls (1.8%). Additionally, 4.9% of subjects had scores above threshold on the Inattention/Hyperactivity subscale of the SDQ. As expected, a significant age effect was found for ADHD diagnosis (1.5% preschool age; 5.3% primary school; 7.1% secondary school). There were neither German east/west differences nor differences for rural versus urban areas. However, socioeconomic status was significantly associated with the prevalence of diagnosis (low SES: 6.4%, medium SES: 5.0%; high SES: 3.2%). *Conclusion* The prevalence of diagnosed ADHD and the influence of its mediating factors found in our study are in line with those from other European countries, but our findings reflect a lower band of variation.

■ **Key words** prevalence – Germany – ADHD – children – adolescents

Por ejemplo, TDAH - prevalencia en 17,461 niños y adolescentes alemanes:

- Prevalencia de 4.8% en TDAH general
- Diferencias de género significativas: niños 7.7% y niñas 1.8%

Prof. M. Huss (✉)
Child and Adolescent Psychiatry
Johannes Gutenberg-University Mainz
Langenbeckstraße 1
53131 Mainz, Germany
Tel.: +49-6131/17-3280
Fax: +49-6131/17-5580
E-Mail: michael.huss@ukmainz.de

H. Hölling · B.-M. Kurth · R. Schlack
Dept. of Epidemiology and Health Reporting
Robert Koch-Institute
Mainz, Germany

Introduction

Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) is a chronic disorder with a substantial lifelong impact on social and academic performance as well as the health system in general. ADHD is one of the most prevalent behavioural disorders in children and adolescents [25].

In recent years, there have been many controversies regarding the extent to which children and adolescents are affected by ADHD. However, prevalence data between studies vary and depend not only on the sample of children but also on methodological factors like classification systems and assessment procedures [7]. In a systematic review, the worldwide pooled prevalence rate for ADHD was 5.29% [22]. Using a multi-

Huss y colaboradores, 2008

3. Psicopatología y género. Niñez

- Retardo mental
- Dificultades de lectura
- Problemas de lenguaje
- Autismo y S. Asperger
- Desorden desintegrativo infantil
- Trastorno oposicionista
- Rumiación (trastorno alimentario)
- Encopresis
- Enuresis
- Síndrome Tourette
- Abuso de drogas
- Problemas de conducta
- TDAH

- Síndrome de Rett
- Ansiedad y fobias
- Depresión
- Trastornos de la alimentación

3. Psicopatología y género. Niñez

Masculinidad y percepción de rasgos: asertividad e independencia (“instrumentalidad”)

Feminidad y percepción de rasgos: emocionalidad y compasión (“expresión”)

Los roles de género aparecen en alguna medida asociados a la psicopatología (inversamente relacionados con comportamiento internalizante y externalizante: a mayor “instrumentalidad”, menor comportamiento internalizante; a menor “expresión”, mayor comportamiento externalizante)

3. Psicopatología y género. Niñez

- Hijas son más proclives a complacer necesidades parentales y de otros
- Cuidados: (mujeres) cuidadora “de contacto”; (varones) cuidadores de “transporte y financiamiento”.
- Cuidado de contacto - más asociado a estrés, problemas psicológicos, depresión (en particular) y uso de medicamentos

Aronson J (1992) Women's sense of responsibility for the care of old people. *Gender and society*, 6 (1):8-29

Aronson (1991) Dutiful daughters and undemanding mothers: constraining images of giving and receiving care in middle and later life. In Baines C, Evans P, Neysmith S (eds) *Women's caring*, McClelland and Stewart Incorporation, Canada

4. Estereotipos de género y diagnóstico

- Trastorno de la personalidad: dependiente, histriónico, límite, antisocial
- Evaluadores: permeables a los estereotipos de género (Cook, Warnke, & Dupuy, 1993; Cosgrove & Riddle, 2004 -- > mismos síntomas, diferente género = diagnóstico)
-
-

Alisha Ali, Paula J. Caplan, and Rachel Fagnant, Chapter 5. Gender Stereotypes in Diagnostic Criteria. En:

- Chrisler, J. and McCreary, D. (Editors) (2010). Handbook of Gender Research in Psychology. Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology.

Sex Bias, Diagnosis, and DSM-III

Sandra Hamilton

Eugene, Oregon

Myron Rothbart and Robyn M. Dawes

University of Oregon

Sixty-five licensed clinical psychologists independently diagnosed 18 written case histories on the basis of 10 DSM-III categories. The results showed that females were rated significantly more histrionic than males exhibiting identical histrionic symptoms. There was no comparable sex bias to diagnose males showing antisocial pathology as more antisocial than females. The explanation proposed is that the antisocial category is behaviorally anchored whereas the histrionic category is trait dominated. Thus, the findings suggest that vague diagnostic descriptions promoted sex stereotyping and sex bias in diagnosis.

The issue of sex bias in DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) has recently received considerable attention. Although the DSM-III was constructed to provide an objective approach to diagnosis, writers such as Kaplan (1983) have challenged its objectivity. According to Kaplan, a pervasive masculine bias in DSM-III promotes increased diagnosis and treatment for women. In response, Williams and Spitzer (1983) argue that Kaplan's assertions are unfounded, because some diagnostic categories are more commonly assigned to males, e.g., antisocial personality disorder.

In resolving this discrepancy of opinion, categories in DSM-III should be individually evaluated. It is likely that sex bias is more often utilized when diagnostic categories describe personality traits rather than behaviors. That is, if an individual shows symptoms that are characterologically described

Por ejemplo: en una investigación clásica, Hamilton, Rothbart y Dawes (1986) estudiaron a 65 psicólogos clínicos, usando una serie de casos escritos que describían síntomas idénticos. Se encontraron variaciones en las etiquetas histriónica y antisocial.

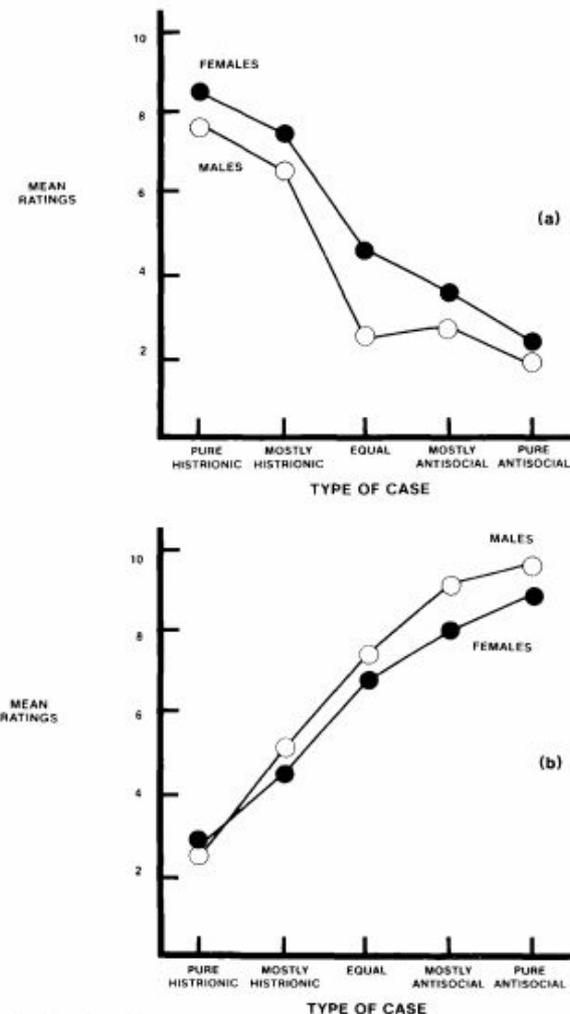


Fig. 1. (a) Mean diagnostic ratings of the histrionic category for male and female

4. Estereotipos de género y diagnóstico

Autosacrificio, pasividad, deferencia hacia otros (~> debilidad, vulnerabilidad, desórdenes mentales; matices en el diagnóstico de tp dependiente)

“Llamar la atención a través del aspecto físico” (~> tp histriónico)

Masculinidad, reactividad, agresividad (~> tp antisocial, varones)

Reactividad emocional (~> tp límite/internalización; hombres: tept/externalización)

THE ROLE OF GENDER IN THE CLINICAL PRESENTATION OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Caron Zlotnick, PhD, Louis Rothschild, PhD, and Mark
Zimmerman, MD

This study examined gender differences in the pattern of comorbid disorders and degree of impairment among outpatients with borderline personality disorder (BPD). A total of 130 outpatients with BPD were assessed for various lifetime impulse-related disorders and post-traumatic stress disorder and for indices of impairment. Compared with women with BPD, men with BPD reported significantly more lifetime substance abuse disorders, antisocial personality and met criteria of intermittent explosive disorder that did not overlap with a diagnosis of BPD. Women with BPD reported significantly more lifetime eating disorders than men with BPD. No gender differences were found in degree of overall impairment. These results suggest that male and female patients with BPD, although equally distressed, present with different lifetime patterns of impulse-related disorders.

In the last decade, the literature on the relationship between gender and borderline personality disorder (BPD) has generated much controversy and little clarity. Recently, BPD has been characterized as the "bad girl" of psy-

Articles

When She Was Bad: Borderline Personality Disorder in a Posttraumatic Age

Dana Becker, Ph.D.

The advent of the posttraumatic stress disorder diagnosis has been welcomed by many as a recognition of the circumstances and needs of victimized women. This paper argues that the increasing application of the PTSD label to women formerly diagnosed with borderline personality disorder, rather than resolving the dilemmas inherent in use of the borderline diagnosis, has succeeded instead in further medicalizing women's problems and reproducing the previously existing caste system of diagnosis and treatment.

4. Estereotipos de género y diagnóstico

- TP de tipo límite: observación de pathway de abuso sexual y maltrato
- Estrés y reactividad normal: patologización (ta depresivo) y medicación (~>internalización y diagnóstico); umbral diagnóstico es mayor en varones (~> externalización y narratividad)
- Depresión post - parto : “explicación biológica”, no obstante Whiffen (2004), a la luz de otros datos (Ballard, Davis, Cullen, Mohan, & Dean, 1994; Vandell, Hyde, Plant, & Essex, 1997): explicación sistema social y pareja / hormonal - biológico.
- *Is Premenstrual Dysphoric Disorder a Distinct Clinical Entity?* (Endicott et al., 1999):

Roundtable Discussion

Is Premenstrual Dysphoric Disorder a Distinct Clinical Entity?

JEAN ENDICOTT, Ph.D.,¹ JAY AMSTERDAM, M.D.,² ELIAS ERIKSSON, M.D.,³
ELLEN FRANK, Ph.D.,⁴ ELLEN FREEMAN, Ph.D.,² ROBERT HIRSCHFELD, M.D.,⁵
FRANK LING, M.D.,⁶ BARBARA PARRY, M.D.,⁷ TERI PEARLSTEIN, M.D.,⁸
JERROLD ROSENBAUM, M.D.,⁹ DAVID RUBINOW, M.D.,¹⁰ PETER SCHMIDT, M.D.,¹⁰
SALLY SEVERINO, M.D.,¹¹ MEIR STEINER, M.D.,¹² DONNA E. STEWART, M.D.,¹³
and SUSAN THYS-JACOBS, M.D.¹⁴

ABSTRACT

Does the evidence now available support the concept of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) as a distinct clinical disorder such that the relative safety and efficacy of potentia treatment can be evaluated? In a roundtable discussion of this question, a wealth of information was reviewed by a panel of experts. The key characteristics of PMDD, with clear on set and offset of symptoms closely linked to the menstrual cycle and the prominence of symptoms of anger, irritability, and internal tension, were contrasted with those of known mood and anxiety disorders. PMDD displays a distinct clinical picture that, in the absence of treatment, is remarkably stable from cycle to cycle and over time. Effective treatment of PMDD can be accomplished with serotonergic agents. At least 60% of patients respond to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). In comparison with other disorders, PMDD symptom

Es mayormente reportado en el contexto de abuso / maltrato doméstico o laboral. El solo foco en la medicación del malestar podría conllevar el soslayar vulnerabilidad psicosocial importante

¹Columbia University, New York, New York.

²University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania.

³University of Göteborg, Göteborg, Sweden.

⁴Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania.

⁵University of Texas-Galveston, Texas.

⁶University of Tennessee, Memphis, Tennessee.

⁷University of California, San Diego, California.

⁸Butler Hospital, Providence, Rhode Island.

⁹Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts.

¹⁰National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland.

¹¹University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico.

¹²St. Joseph's Hospital, McMaster University, Ontario, Canada.

¹³The Toronto Hospital, University of Toronto, Ontario, Canada.

¹⁴St. Luke's Roosevelt Center, New York, New York.

4. Estereotipos de género y diagnóstico

- TEPT: patologización, en ocasiones guiada por estereotipo de género, de la respuesta emocional puede invisibilizar las consecuencias y la naturaleza de la situación de origen

5. Pobreza, género y salud mental

- Mujeres pobres son más vistas como flojas, moralmente débiles y poco inteligentes, menos dadas a alcanzar los beneficios de la psicoterapia (Bullock, 1995; Lott, 2002; Seccombe, 1999)
- Bullock (2004): “los profesionales de salud mental a menudo no entienden la realidad de la pobreza, incluyendo la ausencia de condiciones seguras de vida y las dificultades asociadas con el transporte y la sobrevivencia básica, como por ejemplo proveer a los propios hijos”. Según esta autora, los terapeutas podrían no estar al tanto de esta situación y de sus reacciones de rabia u hostilidad.

6. Abuso sexual, maltrato y género

- Experiencias de abuso sexual infantil: 7% a 36% en mujeres y entre 3% a 29% en hombres (Finkelhor, 1994 en Putnam, 2003).
- Un 7,4% - 7,9% en hombres, y un 19,2% - 19,7% en mujeres, según un meta-análisis realizado con datos internacionales (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009)

6. Abuso sexual, maltrato y género

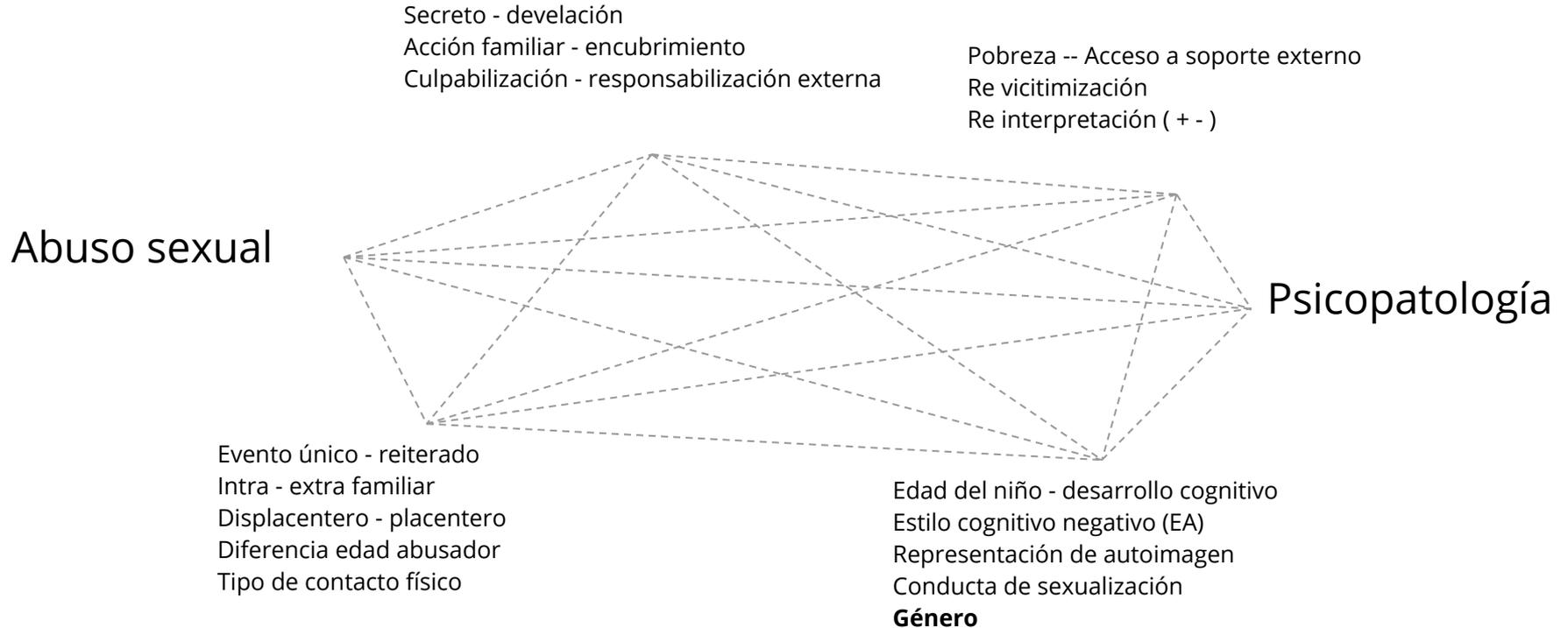
TABLA III: Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes [19].

Tipos de efectos	Síntomas	Período evolutivo
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de sueño (pesadillas) - Cambios en los hábitos de comida - Pérdida del control de esfínteres 	<ul style="list-style-type: none"> infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de drogas o alcohol - Huidas del hogar - Conductas autolesivas o suicidas - Hiperactividad - Bajo rendimiento académico 	<ul style="list-style-type: none"> adolescencia adolescencia adolescencia infancia infancia y adolescencia
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo generalizado - Hostilidad y agresividad - Culpa y vergüenza - Depresión - Ansiedad - Baja autoestima y sentimientos de estigmatización - Rechazo del propio cuerpo - Desconfianza y rencor hacia los adultos - Trastorno de estrés postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> infancia infancia y adolescencia
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad - Masturbación compulsiva - Excesiva curiosidad sexual - Conductas exhibicionistas - Problemas de identidad sexual 	<ul style="list-style-type: none"> infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia adolescencia
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit en habilidades sociales - Retraimiento social - Conductas antisociales 	<ul style="list-style-type: none"> infancia infancia y adolescencia adolescencia

TABLA IV: Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia [19]].

Tipos de secuelas	Síntomas
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores crónicos generales - Hipocondría y trastornos de somatización - Alteraciones del sueño (pesadillas) - Problemas gastrointestinales - Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos de suicidio - Consumo de drogas y/o alcohol - Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad - Baja autoestima - Estrés postraumático - Trastornos de personalidad - Desconfianza y miedo de los hombres - Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Fobias o aversiones sexuales - Falta de satisfacción sexual - Alteraciones en la motivación sexual - Trastornos de la activación sexual y del orgasmo - Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en las relaciones interpersonales - Aislamiento - Dificultades en la educación de los hijos

6. Abuso sexual, maltrato y género



6. Abuso sexual, maltrato y género

Opresión experimentada en la población LGBT (o LGBTQIA) está más relacionada con depresión (Majied, 2003).

Jones, 2001: depresión, alcoholismo y abuso de sustancias entre gente mayor LGBT, reveló que la situación de abandono social por el VIH/SIDA dejó a muchos con una escasa red de apoyo, perdiendo amigos y contacto con la comunidad más general.

7. Depresión. Factores de riesgo y género.

En Estados Unidos, estudios en general muestran similares niveles de depresión y de síntomas depresivos en niños y niñas. A los 13 años, la tasa en niñas aumenta, mientras que la de los niños se mantiene estable. A los 18 años, la diferencia de género es de 2:1, y se mantiene estable en la adultez (Hilt y Nolen-Hoeksema, 2009)

Diferencias significativas: **edad del primer evento depresivo** (pathway ~ elección de pareja menos satisfactoria, menores logros y metas académicas, creación de mayor conflicto interpersonal, etc.)

7. Depresión

PSYCHO
2013, Vol. 14, No. 1, 223-232

Copyright 2013 by Psybe
ISSN 0714-2037

Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes

Gender, Family Adversity and Emotional Symptoms in Preadolescents

Félix Cova
Universidad de Concepción

Carmen Maganto
Universidad del País Vasco

Roberto Melpillán
Universidad de Concepción

Se evaluó la existencia de diferencias de género en preadolescentes en la presencia de problemas emocionales, así como la existencia de una vulnerabilidad diferencial de las niñas a presentar estos síntomas en condiciones de adversidad familiar. Se tomó una muestra de 133 niños y niñas de 11 a 13 años, elegidos al azar de 6 escuelas de alta vulnerabilidad social de la comuna de Concepción, Chile. Los problemas emocionales fueron valorados a través de cuestionarios aplicados a la madre (Child Behavior Checklist, CBCL) y al profesor (Teacher Report Form, TRF) y a través de tres instrumentos de autoinforme (Youth Self Report, YSR, Cuestionario de Depresión Infantil, CDI, cuestionario de Ansiedad-Rasgo, STAI/C/R). La presencia de indicadores de adversidad familiar fue evaluada a través de una entrevista semi-estructurada desarrollada por la OMS, aplicada a la madre. Al considerar los autoinformes, se observó que las niñas informan experimentar más malestar emocional y sintomatología depresiva que los niños. Asimismo, se observó que las niñas expuestas a condiciones de adversidad familiar incrementan significativamente más que los niños expuestos a condiciones similares, su reporte de comportamientos internalizados, lo que indica la existencia de una mayor vulnerabilidad de las niñas a expresar sintomatología emocional en condiciones familiares negativas.

Palabras clave: *preadolescentes, problemas emocionales, familia, género*

This research evaluated both the existence of pre-teenager gender differences under emotional problems and the existence of a differential vulnerability in girls showing these symptoms in an adverse family environment. A sample of 133 boys and girls, aged 11 to 13, was randomly selected from high social risk schools from Concepción, Chile. The emotional disorders were evaluated by means of surveys to the mother (Child Behavior Checklist, CBCL) and to the teacher (Teacher Report Form, TRF) and also taking into account three self-report instruments (Youth Self Report, YSR, Cuestionario de Depresión Infantil, CDI, Cuestionario de Ansiedad-Rasgo, STAI/C/R). Family adversity indicators presence was evaluated by means of a World Health Organization semi-structured interview to the mother. When considering self report, it was observed that girls report experiencing more emotional distress and depressive symptomatology than boys. Besides, girls who live in an adverse family environment significantly increase internalized behavior manifestations compared to boys under similar conditions. This indicates the existence of more vulnerability in girls to show emotional symptomatology in a negative family environment.

Keywords: *pre-teensagers, emotional problems, family, gender*

Se ha demostrado consistentemente que las mujeres informan la presencia de más expresiones de malestar emocional o comportamientos internalizados que los hombres a partir de la adolescencia (Madden, Barret & Pietromonaco, 2000). Los estudios epidemiológicos de trastornos emocionales muestran tasas más altas de trastornos ansiosos y depresivos en mujeres que en hombres, fenómeno

que es manifiesto desde los 13-14 años, aproximadamente, en adelante (Wade, Cairney & Pevallin, 2002).

En la niñez, sin embargo, los datos son menos claros. Las tasas de trastornos emocionales (trastornos ansiosos y depresivos en particular) no son muy distintas entre niños y niñas, existiendo incluso algunos estudios donde se han encontrado tasas mayores de trastornos depresivos en los niños (Cyranoński, Frank, Young & Shear, 2000). Finalizada la niñez, los trastornos emocionales aumentan en ambos géneros; sin embargo, en las adolescentes se observa un incremento más drástico, que lleva a que dupliquen o tripliquen las tasas de trastornos emocionales de los varones, tendencia que se mantiene en toda la vida adulta (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999).

Félix Cova, Departamento de Psicología, Carmen Maganto, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Roberto Melpillán, Departamento de Sociología.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Félix Cova, Facultad de Ciencias Sociales, Departa-

Tabla 2

Promedios y desviaciones estándar en comportamientos desadaptativos en función de género y adversidad familiar

		Niños		Niñas	
		Sin adversidad	Con adversidad	Sin adversidad	Con adversidad
ESCALA DE INTERNALIZACION CBCL ^a	<i>M</i>	12.0	17.3	12.4	15.6
	<i>DE</i>	7.5	8.0	7.6	9.8
	<i>N</i>	28	38	40	27
ESCALA DE INTERNALIZACION TRF ^b	<i>M</i>	2.0	2.8	1.7	2.4
	<i>DE</i>	0.9	0.9	1.0	0.8
	<i>N</i>	25	37	39	27
ESCALA DE INTERNALIZACION YSR ^c	<i>M</i>	16.6	17.3	16.6	25.2
	<i>DE</i>	6.8	7.7	7.4	9.9
	<i>N</i>	28	38	40	27
CDI ^d	<i>M</i>	9.5	11.9	12.0	17.0
	<i>DE</i>	4.1	5.3	5.9	6.9
	<i>N</i>	28	38	40	27
STAI/C/R ^e	<i>M</i>	34.3	35.9	34.2	41.0
	<i>DE</i>	5.3	6.9	6.3	7.3
	<i>N</i>	28	38	40	27

^aChild Behavior Checklist ^bTeacher Report Form. Se empleó el logaritmo natural de la variable.

^cYouth Self Report ^dCuestionario de Depresión Infantil ^eEscala de Autoevaluación Ansiedad Rasgo

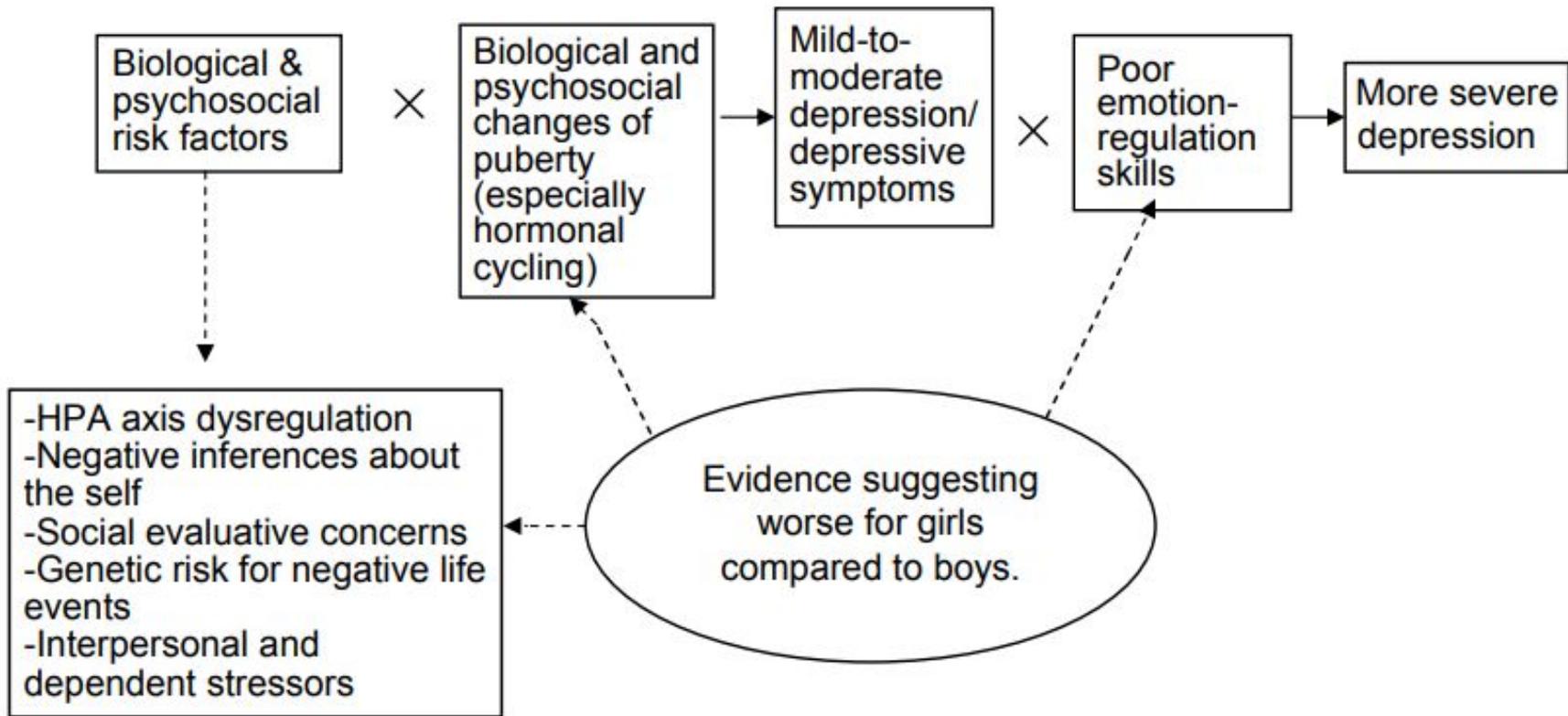


Figure 5.1 Bio-psycho-social model of the development of depression in adolescents.

7. Depresión. Primer episodio depresivo y género

Lewinsohn et al. (2003): mujeres adolescentes tenían mayor sintomatología relacionada con cambios de peso y apetito, comparado con varones.

Otro estudio (Bennett y cols, 2005): chicas presentaron más culpa y problemas de concentración que los chicos, y estos más fatiga y retardo psicomotor que ellas.

Ambos estudios sugieren que la presentación general es bastante similar. Esto es concordante con el estudio de Sorensen, Nissen, Mors, & Thomsen, 2005, en jóvenes de 8 a 13 años.

7. Depresión. Cambios hormonales y pubertad

Hacia los 13 años, los estudios empiezan a mostrar diferencias.

Cambios hormonales: estudios no son conclusivos

Cambios hormonales y comparación de pares: comenzar con cambios antes que pares, se asocia a sintomatología depresiva en chicas

Variables intervinientes: género (variable con anclaje en claves culturales específicas), aprobación de la imagen corporal, atención indeseada o deseada hacia el cuerpo por parte de otros/as.

7. Depresión. Estilo cognitivo y género

Estilo cognitivo negativo: no obstante es necesaria más investigación, apunta a un posible *mecanismo de riesgo*. Por ejemplo, Hankin y Abramson (2002)

Algunas investigaciones apuntan además a otros estilos cognitivos como posibles mecanismos, por ejemplo **inferencias negativas sobre sí mismos** (Abela, 2001), probablemente asociado a una **mayor importancia de la evaluación de pares** (Rudolph & Conley, 2005) y una **alta tasa de insatisfacción con el cuerpo** (Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000).

7. Depresión. Apoyo social - relaciones con pares

Orientación interpersonal. Diferencias de género importantes. Chicas presentan mayor orientación interpersonal y mayor apoyo social (Rose & Rudolph, 2006). Esto puede transformarse en un factor negativo: **dependencia en las relaciones interpersonales** (Cyranski et al., 2000; Rose & Rudolph, 2006) -- reactividad de falta, complacencia (por sobre necesidades propias), búsqueda de aseguramiento, necesidad de aprobación social, preocupaciones de evaluación social. Esto se relacionaría con mayor propensión a la depresión (Little & Garber, 2005; Prinstein, Borelli, Cheah, Simon, & Aikins, 2005; Rudolph, Caldwell, & Conley, 2005; Rudolph & Conley, 2005).

7. Depresión. Apoyo social - relaciones con pares

Orientación interpersonal. Mayor riesgo de *comunicación negativa*.

Rose (2002) > co-rumiación (discutir sentimientos negativos, discusiones con amigos cercanos) ~ amigos cercanos, + síntomas depresivos. Es más probable en niñas y jóvenes mujeres

Orientación interpersonal. Mayor riesgo de aislamiento. Asociado con mayor sintomatología depresiva en varones.

7. Depresión. Eventos vitales negativos

Estresores. Ambos géneros expuestos a un aumento de eventos vitales adversos (Ge et al., 1994; Larson & Ham, 1993), pero la exposición en mujeres es mayor (principalmente estresores académicos e interpersonales). Investigaciones sugieren mayor responsividad al estrés en mujeres.

Abuso sexual. Más común en mujeres (Gorey y Leslie, 1997). Una investigación estima que un 35% de la diferencia de género se podría atribuir a la alta tasa de abuso sexual infantil experimentado por las niñas (Cutler & Nolen-Hoeksema, 1991)

7. Depresión. Regulación emocional y género

Rumiación - como “estrategia negativa”. Algunos estudios sugieren diferencias de género. Alternativas: resolución de problemas, distracción, reevaluación (Folkman, 1984; Gross, 1998; Nolen-Hoeksema, 1991).

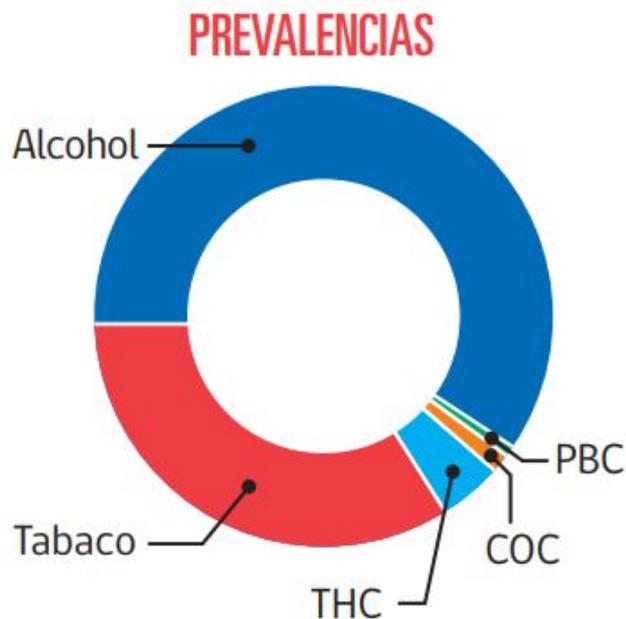
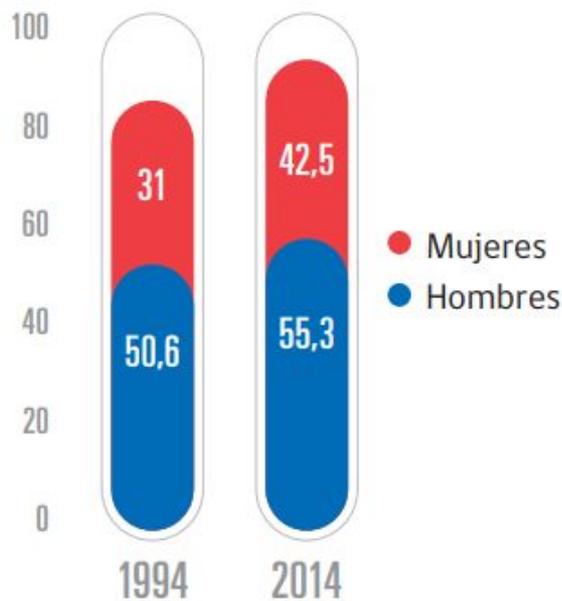
8. Maternidad. Psicopatología y género

- ¿Cómo se puede considerar la maternidad como factor de riesgo?
- Cambios en la probabilidad de desarrollar psicopatología (ansiedad - depresión, particularmente) asociada al parto y crianza
 - 5% aumento, en mujeres no embarazadas (control)
 - 8 - 10% aumento, en mujeres embarazadas
 - 13% de aumento, en el año siguiente al embarazo
- En Estados Unidos, de 1000 partos, el riesgo de psicosis dentro de los siguientes 6 meses es de 1 a 2 mujeres. Pero en países en desarrollo este riesgo es mayor. Es necesaria mayor investigación.

8. Maternidad. Psicopatología y género

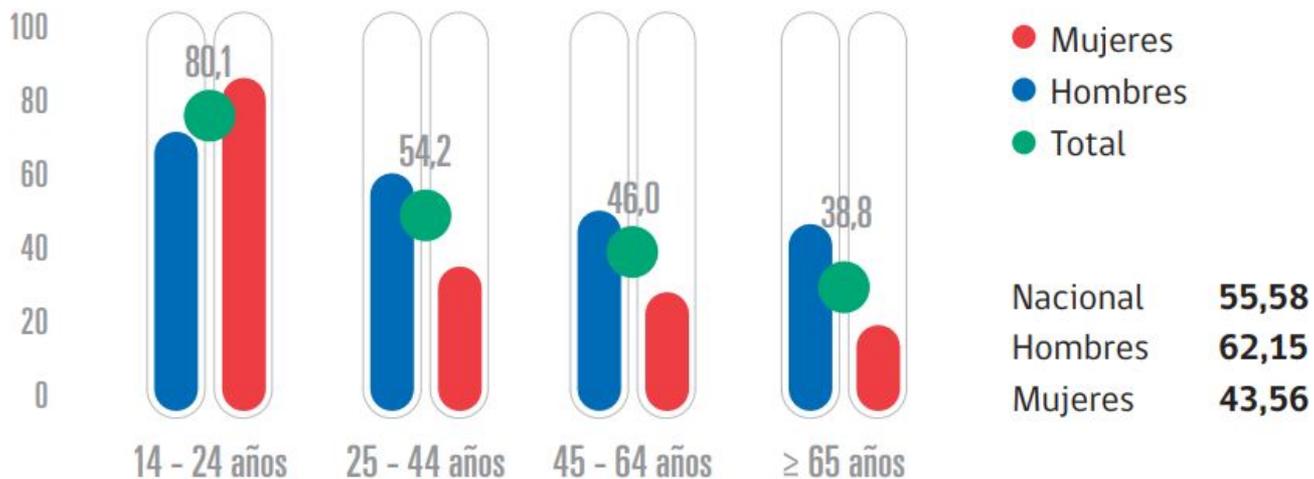
- Factores de riesgo asociados a posibles mecanismos: pobreza, migración, estrés extremo, exposición a violencia (doméstica, sexual, de género), desastres naturales, embarazo no deseado, adolescencia, pobre apoyo social - pares, complicaciones en el embarazo, salud física pobre, relaciones interpersonales conflictivas, bajo nivel educacional, rasgos de personalidad (preocupación).

9. Drogas. Alcohol en Chile



9. Drogas. Alcohol en Chile

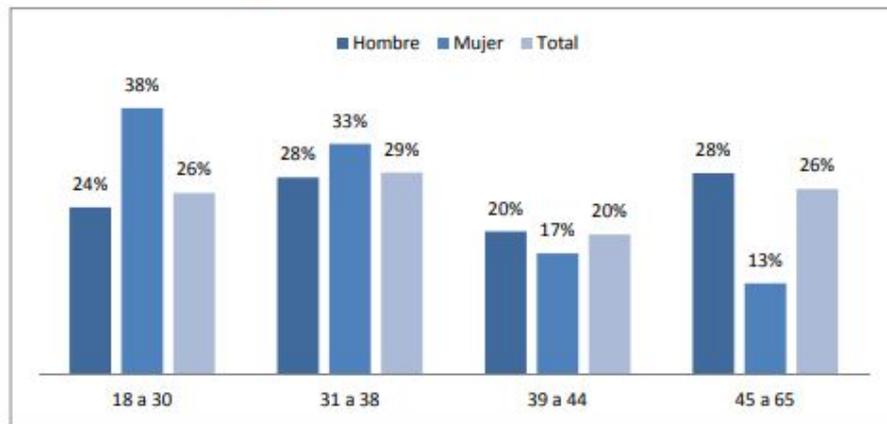
ALCOHOL PURO (g) CONSUMIDO EN UN DÍA PROMEDIO DE CONSUMO



9. Drogas. “PBC” y género

Distribución poblacional por sexo y edad

	%	Intervalo de Confianza
Hombre	87%	[81% - 91%]
Mujer	13%	[9% - 18%]
18 a 30	26%	[18% - 33%]
31 a 38	28%	[21% - 35%]
39 a 44	20%	[14% - 25%]
45 a 65	26%	[18% - 36%]



9. Drogas. Varias

3 semanas, servicio de urgencias de un hospital de Santiago. 2010

Tabla 9. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según sexo

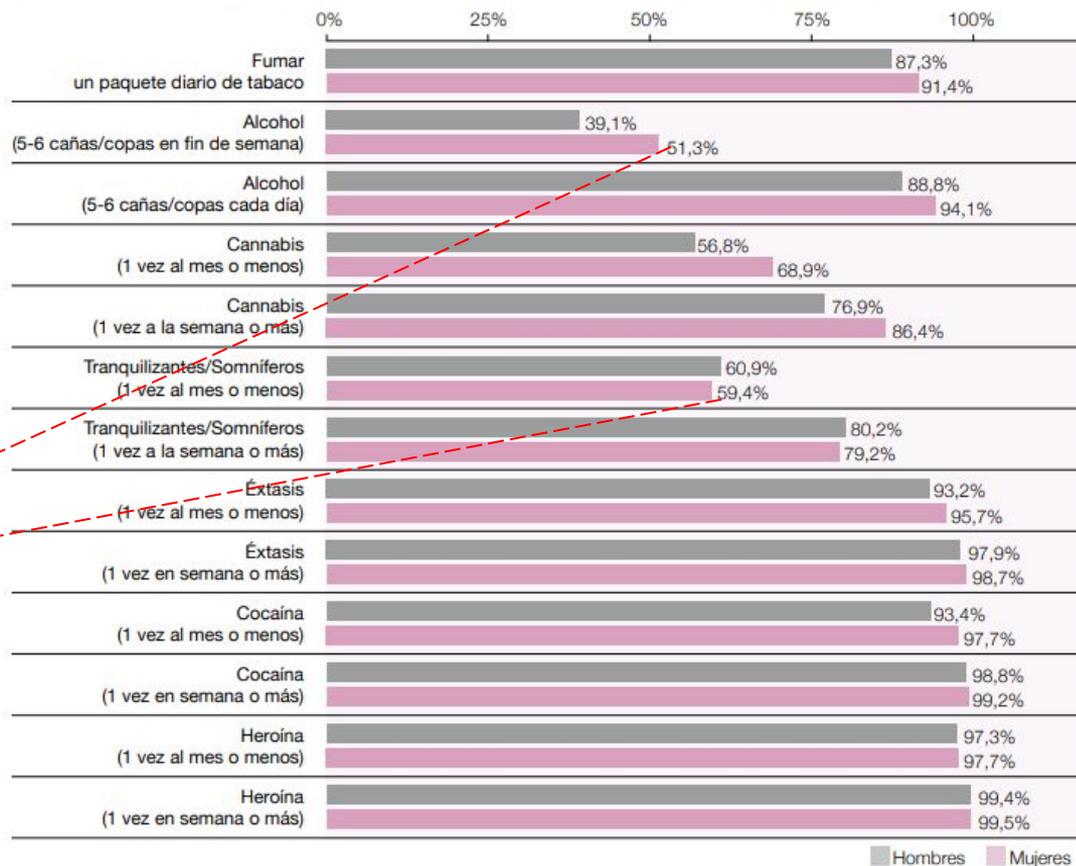
	Hombres	Mujeres	p*
Alcohol N (%)	32 (11,0)	29 (13,4)	0,412
Marihuana N (%)	25 (9,1)	12 (5,8)	0,227
Cocaína N (%)	25 (9,1)	18 (8,7)	1,000
Anfetaminas N (%)	5 (1,8)	10 (4,9)	0,067
Benzodiazepinas N (%)	49 (17,6)	56 (27,2)	0,014
Opiáceos N (%)	3 (1,1)	2 (1,0)	1,000
Total drogas N (%)	104 (33,3)	94 (40,9)	0,044

*Prueba Exacta de Fisher

9. Drogas.

Percepción
de riesgo y
género
(España)

Figura 1. Riesgo atribuido al consumo ocasional y habitual de distintas sustancias (% de encuestados que consideran que esas conductas pueden generar bastantes o muchos problemas de salud o de otro tipo), según sexo. Población de 15 a 64 años. España, 2009



Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2009.

9. Drogas. Adicción y género

Tabaco y mujer

- Adelanto de la menopausia.
- La aparición precoz y la evolución acelerada de la osteoporosis.
- Una mayor presencia de quistes de ovarios y de mastitis (inflamación de la mama)
- Una mayor frecuencia del cáncer de cuello uterino.
- Menstruaciones dolorosas.
- Mayor riesgo de aparición de miomas uterinos y endometriosis.
- Más probabilidad de aparición de cáncer de cérvix.
- Más probabilidad cáncer mama - pulmón

Guía “Género y Drogas”, Alicante, España

9. Drogas. Adicción y género

Alcohol y mujer

- Un mayor riesgo que los hombres de sufrir daños en el hígado y cerebro y enfermedades cardíacas.
- Los daños del alcohol sobre el organismo tienen en las mujeres una evolución mucho más rápida, incluso aunque beban menos que los hombres.
- Las mujeres registran mayores tasas de mortalidad asociada al abuso de alcohol que los hombres.

Guía “Género y Drogas”, Alicante, España

9. Drogas. Adicción y género

Mujeres. Factores de riesgo diferencial (1)

- Baja autoestima.
- Presencia de otros trastornos afectivos es más frecuente
- Estrés y ansiedad.
- Tristeza, frustración o soledad.
- Aislamiento y soledad.
- Necesidad de superar la timidez y de mejorar la sociabilidad.
- Abusos sexuales en la infancia o la adolescencia.
- Necesidad de conexión y miedo a la desconexión respecto a la pareja consumidora de drogas.
- Acompañamiento en el consumo a la pareja en busca de su aceptación.
- Presencia de trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- Insatisfacción con las relaciones afectivas y sexuales.
- Insatisfacción personal, imposibilidad de cubrir los ideales femeninos de género y las exigencias derivadas del mismo (belleza, maternidad, etc.).

9. Drogas. Adicción y género

Mujeres. Factores de riesgo diferencial (2)

- Presencia de patologías mentales en la familia.
- Padre/madre consumidores de drogas.
- Problemas de alcoholismo u otras drogodependencias en la familia.
- Pareja consumidora de drogas.
- Desintegración familiar y/o ruptura de lazos con la familia.
- Distanciamiento emocional de los padres.
- Pérdida traumática de familiares.
- Conflictos familiares y de pareja.
- Separaciones o divorcios.
- Relaciones sexuales insatisfactorias.
- Violencia de género.
- Débiles vínculos afectivos (con la pareja, el padre, la madre o los hijos).
- Estilo educativo paterno/materno autoritario.

9. Drogas. Adicción y género

Mujeres. Factores de riesgo diferencial (3)

- Relaciones afectivas con personas consumidoras de drogas.
- Sobre exigencia o sobrecarga, derivada del trabajo dentro y fuera del hogar.
- Ausencia de espacios de realización personal.
- Aislamiento social.
- Ausencia de participación social.
- Necesidad de imitar conductas características de los varones.
- Presión de la publicidad sobre las mujeres para imitar los hábitos de consumo masculinos.
- Temor al rechazo o aislamiento social si no participan de los consumos.

9. Drogas. Adicción y género

Mujeres y perfil de rehabilitación

- Inicio tardío
- Instalación y progresión más rápida
- Menos demanda de tratamiento
- Menos recursos y más dificultades, en especial cuando tienen hijos pequeños
- Evolución menos favorables, menor adherencia terapéutica y un pronóstico más negativo, fenómeno que se relaciona con el hecho de que los servicios asistenciales no tienen en cuenta las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, así como con las presiones que reciben del entorno familiar para concluir el tratamiento y asumir sus responsabilidades familiares.
- Mayor impacto en el ámbito familiar y social.
- Más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres y disponen de menos apoyo familiar y social para enfrentar las adicciones.
- Los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves, teniendo mayor riesgo de sufrir enfermedades.
- Las mujeres presentan en mayores porcentajes que los hombres otros trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia a las drogas.
- Exposición a experiencias traumáticas (abusos sexuales, maltrato físico o psicológico) en la infancia y la vida adulta es muy superior entre las mujeres adictas a drogas.

Association of Hormonal Contraception With Depression

Charlotte Wessel Skovlund, MSc; Lina Steinrud March, PhD; Lars Vedel Kessing, MD, DMSc;
Øyvind Lidegaard, MD, DMSc

IMPORTANCE Millions of women worldwide use hormonal contraception. Despite the clinical evidence of an influence of hormonal contraception on some women's mood, associations between the use of hormonal contraception and mood disturbances remain inadequately addressed.

OBJECTIVE To investigate whether the use of hormonal contraception is positively associated with subsequent use of antidepressants and a diagnosis of depression at a psychiatric hospital.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This nationwide prospective cohort study combined data from the National Prescription Register and the Psychiatric Central Research Register in Denmark. All women and adolescents aged 15 to 34 years who were living in Denmark were followed up from January 1, 2000, to December 2013, if they had no prior depression diagnosis, redeemed prescription for antidepressants, other major psychiatric diagnosis, cancer, venous thrombosis, or infertility treatment. Data were collected from January 1, 1995, to December 31, 2013, and analyzed from January 1, 2015, through April 1, 2016.

EXPOSURES Use of different types of hormonal contraception.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES With time-varying covariates, adjusted incidence rate ratios (RRs) were calculated for first use of an antidepressant and first diagnosis of depression at a psychiatric hospital.

RESULTS A total of 1 061 997 women (mean [SD] age, 24.4 [0.001] years; mean [SD] follow-up, 6.4 [0.004] years) were included in the analysis. Compared with nonusers, users of combined oral contraceptives had an RR of first use of an antidepressant of 1.23 (95% CI, 1.22-1.25). Users of progestogen-only pills had an RR for first use of an antidepressant of 1.34 (95% CI, 1.27-1.40); users of a patch (norgestrolmin), 2.0 (95% CI, 1.76-2.18); users of a vaginal ring (etonogestrel), 1.6 (95% CI, 1.55-1.69); and users of a levonorgestrel intrauterine system, 1.4 (95% CI, 1.31-1.42). For depression diagnoses, similar or slightly lower estimates were found. The relative risks generally decreased with increasing age. Adolescents (age range, 15-19 years) using combined oral contraceptives had an RR of a first use of an antidepressant of 1.8 (95% CI, 1.75-1.84) and those using progestin-only pills, 2.2 (95% CI, 1.99-2.52). Six months after starting use of hormonal contraceptives, the RR of antidepressant use peaked at 1.4 (95% CI, 1.34-1.46). When the reference group was changed to those who never used hormonal contraception, the RR estimates for users of combined oral contraceptives increased to 1.7 (95% CI, 1.66-1.71).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Use of hormonal contraception, especially among adolescents, was associated with subsequent use of antidepressants and a first diagnosis of depression, suggesting depression as a potential adverse effect of hormonal contraceptive use.

JAMA Psychiatry. 2016;73(11):1154-1162. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2387
Published online September 28, 2016. Corrected on June 7, 2017.

[Supplemental content](#)

[CME Quiz at
jamanetworkcme.com and
CME Questions page 1208](#)

Author Affiliations: Department of Gynaecology, Rigshospitalet, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark (Skovlund, March, Lidegaard); Psychiatric Centre Copenhagen, Rigshospitalet, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark (Kessing);
Corresponding Author: Øyvind Lidegaard, MD, DMSc, Department of Gynaecology, Bldg 4232, Rigshospitalet, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, DK-2100 Copenhagen, Denmark (Oeyvind.Lidegaard@regionh.dk).

jamapsychiatry.com

10. Espectro esquizofrénico - psicótico

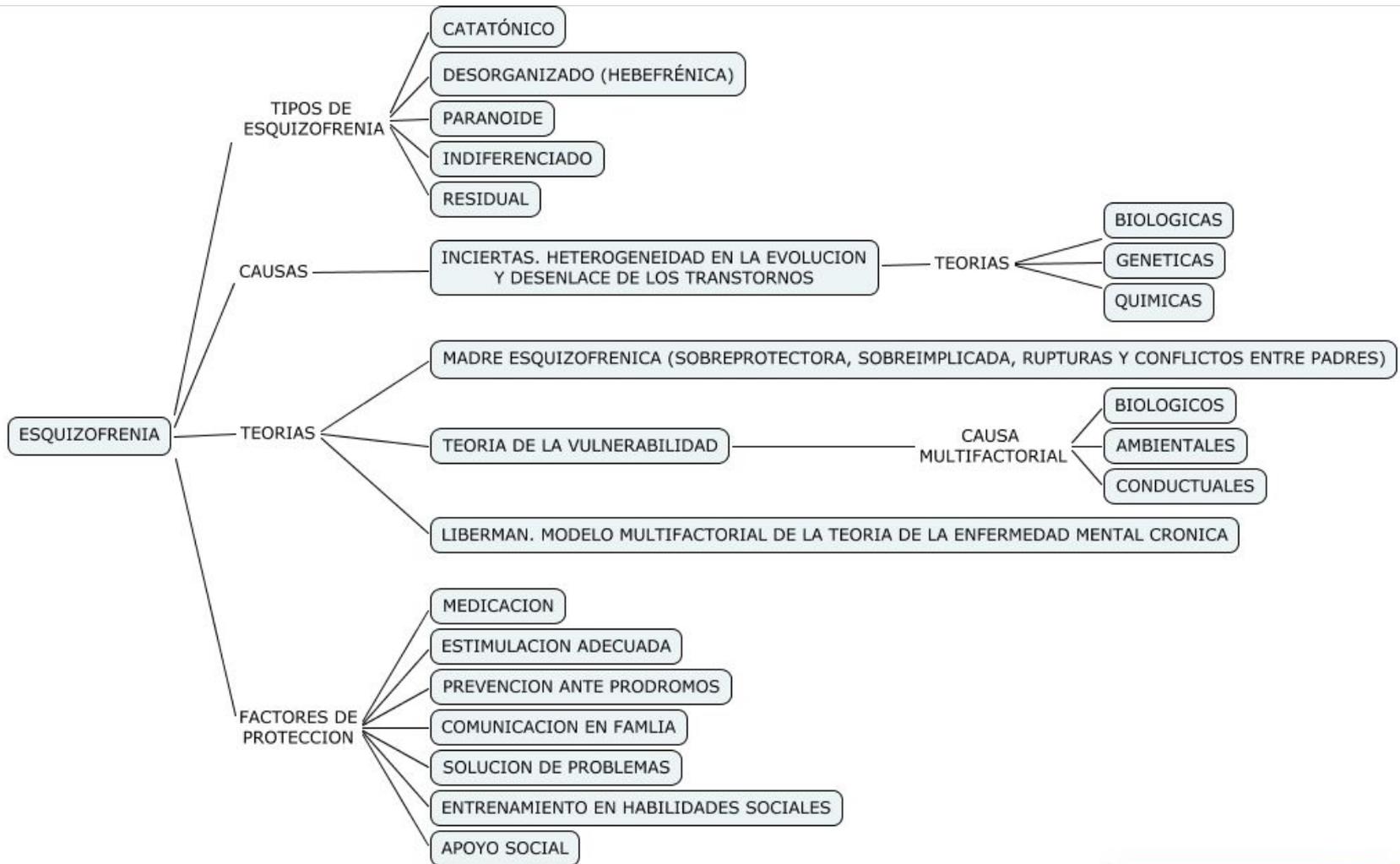
- La mayor carga genética en los hombres.
- Mayor vulnerabilidad de los hombres a las enfermedades.
- Mayor susceptibilidad de los hombres al estrés.
- La mayor presencia de estresores psicosociales en los hombres en las etapas evolutivas en que aparece la esquizofrenia... observándose en **todas estas hipótesis importantes limitaciones y contradicciones**

No obstante, existe una mayor número de estudios cuyos resultados muestran evidencias de un mayor deterioro cognitivo en hombres, particularmente en: procesamiento verbal (Haas, Sweeney, Hien, Goldman, & Deck, 1991; Goldstein, Seidman, Santangelo, Knapp & Tsuang, 1994; y Goldstein, Seidman, Goodman, Koren, Lee, Weintraub & Tsuang, 1998), en función ejecutiva, evaluada mediante el Test de Ordenación de Tarjetas de Wisconsin (Seidman, Goldstein, Goodman, Koren et al, 1997), y en identificación olfatoria (Kopola, Clark & Hurwitz, 1989).

10. Espectro esquizofrénico - psicótico

- En general, los resultados obtenidos apuntan a un mejor ajuste social premórbido en las mujeres (McGlashan & Bardenstein, 1990; Childers & Harding, 1990).

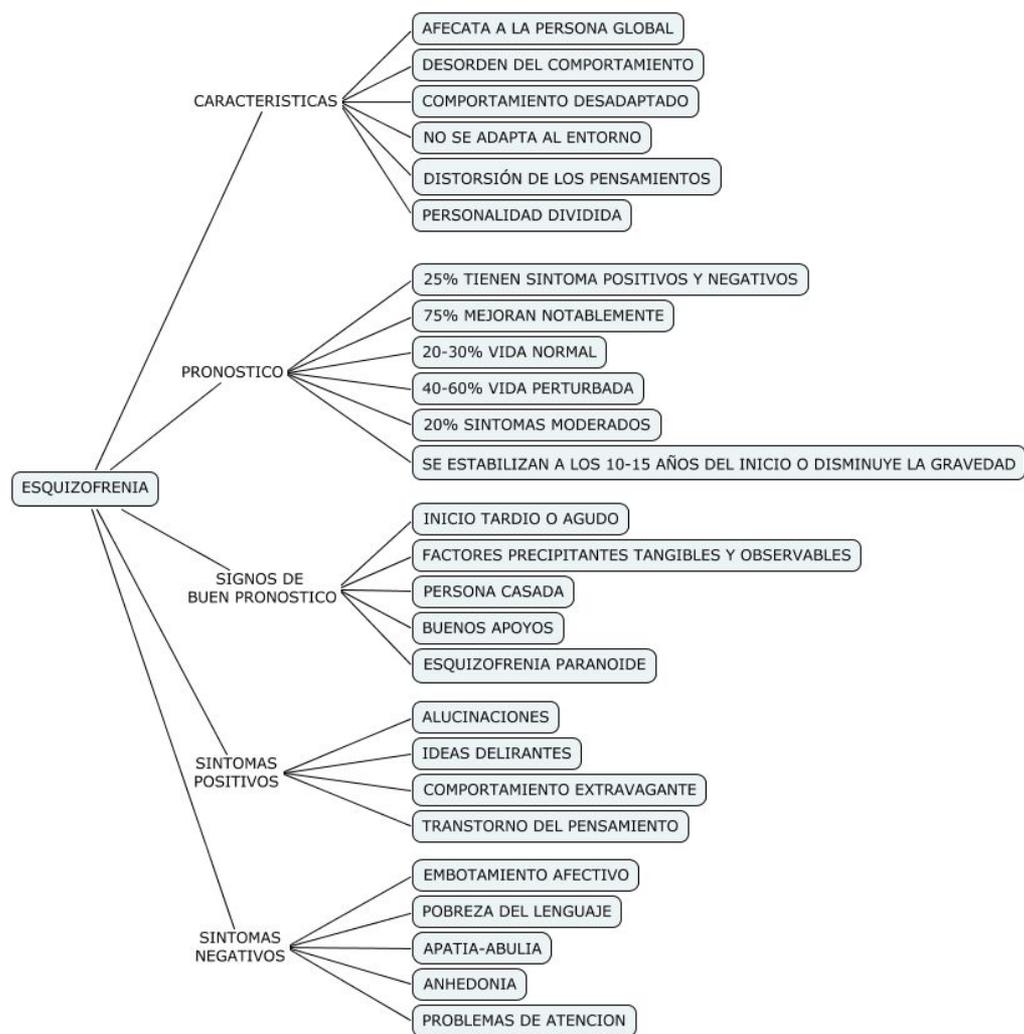
Psicosis	Criterio A	Diferenciación esquizofrenia	Observaciones
Esquizofrenia			
Paranoide	Sí		Mejor pronóstico
Desorganizada	Sí		Peor pronóstico
Catatónica	Sí		
Indiferenciada	Sí		
Residual	No		
Esquizofreniforme	Sí	Temporal (- de seis meses)	No se requiere deterioro actividad laboral o social
Esquizoafectivo	Sí	Esquizofrenia + ánimo	Dos semanas síntomas A sin criterios ánimo
Delirante (erotomanía, grandiosidad, celotipia, persecución, somático, mixto)	No	Solo delirios y no extraños	No deterioro actividad social
Psicótico breve	Sí / no (- de un mes)	Temporal (menos de un mes)	Frecuentemente desencadenado por situaciones estresantes
Psicótico compartido	No	No cumple criterios	



DSM-IV	DSM-5
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Incluye:	Incluye, en un gradiente de psicopatología:
<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizofreniforme - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno psicótico compartido - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Trastorno psicótico no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno esquizotípico de la personalidad (aunque la descripción completa se ubica en "Trastornos de la personalidad") - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno esquizofreniforme - Esquizofrenia - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Catatonía (criterios para el especificador, aunque hay de 3 tipos: asociado a otro trastorno mental / debido a enfermedad médica/ inespecífica) - Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos específicos - Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no especificados.

Al respecto de la esquizofrenia, los criterios diagnósticos no varían especialmente. La única diferencia es que la nota marginal del criterio A que indicaba que sólo se requería un único síntoma (en vez de 2 o más como es obligatorio) en el caso de que las ideas delirantes fueran extrañas o que consistieran en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o en dos o más veces conversando entre ellas, dicha nota desaparece en el DSM-5. Por tanto, es requisito siempre y en todos los casos cumplir dos o más de los 5 típicos síntomas característicos:

- (1) Ideas delirantes.
- (2) Alucinaciones.
- (3) Lenguaje desorganizado.
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- (5) Síntomas negativos.



11. Pathway antisocial

- Es probable que una gama importante de problemas de psicopatología correspondan al desarrollo de una trayectoria con particular sensibilidad a factores de riesgo - mediados por género

