

## Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes

La adolescencia es un punto de inflexión en la historia personal, una época en la que los chicos y las chicas han de enfrentarse a muchos cambios de diversa índole: biológicos, psicológicos y sociales. En este momento crítico del desarrollo pueden exacerbarse problemas psicológicos previos o que comiencen a cursar nuevos trastornos. Y ya en la adolescencia comenzamos a encontrar la diferencia relativa a cómo estos trastornos se distribuyen en función del sexo, diferencia que tiende a mantenerse en la edad adulta. En este artículo se abordarán estas diferencias y se presentarán algunas hipótesis que intentan explicarlas.

**Palabras clave:** adolescencia, género, trastornos psicológicos

### La adolescencia o ¿Qué ha pasado con mi hijo/a?

Esta es una pregunta que no pocos padres se hacen cuando sus hijos comienzan a transitar por el inestable y provisional período de la adolescencia.

Aquellos niños que conocían tan bien en poco tiempo se convierten en chavales malhumorados, bruscos, reivindicativos, a ratos ensimismados.

Todos estos cambios que apreciamos los padres son el reflejo de que nuestros hijos, a la vez que cambian sus cuerpos, están afrontando los retos vitales que son propios de esta etapa de desarrollo: la configuración de su identidad y de lo que serán sus ideales de vida, la búsqueda de una mayor autonomía y el establecimiento de fuertes sentimientos de pertenencia al grupo de sus iguales. (Silverio y García Hernández, 2007). Los adolescentes, a medio camino entre la infancia que abandonan y el futuro que atisban como adultos, se estrenan en cómo lidiar con ciertas contradicciones: la necesidad de independencia y la de dependencia y protección, el impulso a una mayor autonomía y la necesidad de pertenencia a grupos, la sensación de seguridad y de inseguridad personal.

Aunque incómodas para los adolescentes (como para los padres y educadores), estas vicisitudes tienen la misión de consolidar su desarrollo personal y social. Es cierto que la adolescencia es una etapa de inestabilidad pero no necesariamente problemática. En líneas generales, cabe esperar que niños sin una historia de serios problemas emocionales ni de conducta, con un adecuado apoyo familiar y social sean capaces de convertir las turbulencias propias de adolescencia en oportunidades de aprender a ser "mayor".

No obstante, en ocasiones, las fuertes demandas propias de este período pueden provocar en los adolescentes distintos problemas relacionados con la autoestima, la ansiedad, las conductas de riesgo o la depresión. Si a las

exigencias propias de la adolescencia se suman otros factores tales como que, durante esta etapa, ocurran cambios ambientales estresantes (como el divorcio de los padres), problemas previos durante la niñez (conductas oposicionistas o hiperactividad), conductas parentales disfuncionales (escasa supervisión, bajo control) el riesgo de la aparición de distintas psicopatologías se incrementa.

Sin embargo tanto la evidencia epidemiológica como clínica apuntan a un hecho que se repetirá después en población adulta: el impacto de los problemas psicológicos es diferente en función del sexo. Así, mientras que las chicas adolescentes son más propensas a presentar problemas de tipo emocional (ansiedad y depresión) y trastornos de la conducta alimentaria, los chicos adolescentes son más vulnerables en relación con los trastornos por déficit de atención y trastornos perturbadores.

A continuación se ofrece un resumen de los trastornos que son más frecuentes en la adolescencia y que, además, ofrecen una impacto diferencial en función del sexo.

### **Trastornos emocionales: ansiedad y depresión**

Los trastornos de ansiedad en sus diferentes modalidades junto con la depresión, son los problemas emocionales más comunes en la infancia y adolescencia. No siempre se les ha prestado mucha atención y no es hasta hace relativamente poco que han comenzado a incrementarse los estudios sobre estos trastornos en la población infanto-juvenil.

La ansiedad es una sensación desagradable caracterizada por aspectos psicológicos (temor, miedo) y físico (malestar). Esta sensación aparece de forma muy temprana y nos ayuda a resolver distintas tareas así como a actuar en condiciones de peligro o alarma. Se trata, pues, de una sensación que es adaptativa y tiene una función en el desarrollo. No obstante, esta sensación puede exagerarse hasta el punto de convertirse en un trastorno; podemos decir que es patológica cuando es desproporcionada ante el estímulo, si permanece después de que este estímulo desaparece, cuando sucede sin un estresor externo que la desencadene o en el momento que interfiera en la vida cotidiana del sujeto.

Según las evidencias empíricas disponibles, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres que en los varones, diferencia que se suele iniciar y consolidar durante la adolescencia. A continuación se ofrece un breve esbozo de las distintas categorías de estos trastornos con impacto diferencial en función de sexo.

#### **Trastorno de Ansiedad por separación**

Este trastorno consiste en una ansiedad excesiva cuando el niño/adolescente ha de separarse de su hogar y de las personas a las que tiene apego (habitualmente los padres). Este tipo de trastorno suele iniciarse antes de los 6 años y tiende a disminuir a partir de los 12. Aunque se descarta este tipo de trastorno después de haber cumplido los 18 años, algunos autores indican que puede ser un diagnóstico factible y válido en poblaciones mayores como los estudiantes universitarios (Seligman y Wuyek, 2007). Se estima que entre un 2 y 4% de los adolescentes presentan este problema, habitualmente iniciado cuando eran niños. El temor que experimenta el

adolescente al tener que alejarse de su casa o de sus padres en ocasiones implica síntomas somáticos en forma de dolores abdominales, vómitos, cefaleas, náuseas, palpitaciones, lipotimias. Las preocupaciones más frecuentes tienen que ver con el miedo a que les pueda pasar algo a ellos mismos o a sus padres (por ejemplo, que sufran un accidente).

Sobre la etiología de este tipo de trastornos se alude a un conjunto de factores entre los que los biológicos parecen menos relevantes frente a los ambientales. Así, por ejemplo, un estilo sobreprotector de los padres que hace que los niños (más tarde adolescentes) se perciban a sí mismos como indefensos, como alguien expuesto a los peligros sin tener recursos personales con los que protegerse es un factor de riesgo para este trastorno. Además, hay que tener en cuenta que los temores también se aprenden de forma vicaria de tal forma que otro factor de riesgo será que el niño/adolescente conviva con alguien que experimenta también ansiedad y preocupación, especialmente ante aspectos de la seguridad de uno mismo y de los demás. Por último, un acontecimiento traumático puede estar también en la génesis del trastorno (la enfermedad grave o pérdida de un progenitor o de alguien muy cercano, un divorcio).

Este trastorno es igual de frecuente para ambos sexos en población clínica pero en población epidemiológica es más frecuente entre mujeres.

### **Fobias Específicas y Fobia Social**

Las **fobias específicas** se caracterizan por un miedo exagerado e irracional a algún objeto o situación. Habitualmente los miedos suelen aparecer durante la infancia y algunos de éstos pueden persistir hasta la adolescencia (e incluso la vida adulta). Como ocurrirá después en la edad adulta, el porcentaje de mujeres adolescentes que presentan fobias es mayor que el de los varones (21,2% para mujeres y 10,9% para varones) (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996). No obstante, estos y otros datos epidemiológicos que apuntan en el mismo sentido de diferenciar por sexos la incidencia de las fobias deberían leerse con cierta cautela porque es posible que nos encontremos aquí con diferencias también a la hora de expresar y admitir los miedos entre niños y niñas en función de los roles de género. Por otro lado, parece bastante bien establecido que el origen de las llamadas fobias específicas tiene una etiología fundamentalmente ligada al aprendizaje, bien porque el sujeto ha tenido una experiencia directa y desagradable con el objeto o situación que teme, porque ha visto a otros tener esa experiencia o bien porque se le ha transmitido información negativa; en otros términos, es frecuente que muchos de los niños miedosos conviven con adultos (especialmente progenitores) que, a su vez, son sujetos miedosos.

En la adolescencia adquieren una significativa relevancia aquellos temores que tienen que ver con lo social. La **fobia social**, aunque en muchos casos se inicia y consolida en la infancia, es durante la adolescencia cuando resulta mucho más incapacitante.

Lo mismo que el adulto, el adolescente con fobia social teme ser evaluado, juzgado, tiene miedo de ser humillado o simplemente a ser observado. Por ejemplo, miedos típicos de este grupo de edad son: relacionarse con otros adolescentes del sexo opuesto, iniciar o mantener conversaciones, ir a fiestas o reuniones en las que hay gente que no conoce, hacer alguna petición a una figura de autoridad (el director o el tutor del instituto). Cuando ha de

confrontar alguna de estas situaciones, el adolescente experimenta intensos síntomas de ansiedad que pueden llevarle a evitarlas. Esta estrategia, la evitación, interrumpe su maduración social y la evolución normal del aprendizaje de las habilidades de interacción.

La fobia social, de no ser tratada adecuadamente, tiende a cronificarse y sus consecuencias a corto, medio y largo plazo son de gran trascendencia: abandono de los estudios, inhibición en el funcionamiento social, adicciones, etc.

Dada la propia caracterización del trastorno, los datos epidemiológicos de los que se cuenta pueden estar encubriendo una realidad mucho más frecuente pero que puede pasar desapercibida (porque no se diagnostica o se diagnostica hasta pasados varios años desde el inicio de los síntomas). Algunos estudios apuntan que la fobia social en adolescentes se produce con una prevalencia del 1.6%, siendo más frecuente en mujeres (2.1%) que en varones (1%) (Essau y cols., 1999).

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

Este trastorno se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva que se presenta la mayor parte de los días. El síntoma más característico es la llamada ansiedad flotante, una ansiedad persistente y no vinculada a una situación concreta. Las personas con ansiedad generalizada se convierten en especialistas de la preocupación: cualquier asunto puede ser motivo de preocupación, motivos que pueden ir variando. Son personas continuamente inmersas en temores que anticipan potenciales consecuencias catastróficas.

En el caso de los adolescentes las preocupaciones más frecuentes giran en torno a al rendimiento escolar o deportivo, a la posibilidad de que algo malo ocurra a los seres queridos, las relaciones sociales (sin diagnóstico de fobia social), potenciales problemas económicos, perfeccionismo. (López y Pérez, 2007). Además de los aspectos cognitivos del trastorno, las respuestas de ansiedad continua producen síntomas de malestar físico (como irritación, fatiga, o problemas de sueño), sintomatología vegetativa (por ejemplo, trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza) así como otras conductas alteradas como morderse la uñas, tics, tirarse del pelo, etc.

El trastorno de ansiedad generalizada es, probablemente, uno de los más frecuentes entre los adolescentes. Aunque en la infancia no existen diferencias genéricas, en la adolescencia parece ser un trastorno más prevalente en mujeres.

### **Trastorno de pánico**

Hasta hace relativamente poco se debatía la existencia de este trastorno en niños o en adolescentes pero se supone que aproximadamente un 16% de los jóvenes entre 12 y 17 años podrían haber sufrido una crisis de angustia siendo las mujeres a quién más les afecta.

La principal manifestación de este trastorno consiste en crisis de angustia recurrentes e inesperadas. En otros términos, el sujeto con una crisis de angustia padece intensos episodios de miedo o malestar que se inician de una forma brusca y alcanzan el pico de intensidad a los 10 minutos. Estas crisis de angustia se caracterizan por distintos síntomas somáticos (palpitaciones, sudoración, escalofríos, etc.) y cognitivos como el miedo a morir, a perder el control, a volverse loco.

La razón de por qué estos trastornos se producen a partir de la preadolescencia (y rara vez antes) es que antes los niños no son capaces de percibir como algo peligroso los síntomas vegetativos. Con el desarrollo cognitivo, el preadolescente o adolescente puede interpretar que una hiperactivación (con manifestaciones de taquicardia o de sudoración, por ejemplo) pueden ser síntoma de "algo malo" les está pasando. En los adolescentes las crisis de pánico pueden estar desencadenadas por separaciones o situaciones de miedo.

## **Depresión**

En relación con la depresión y, especialmente en el contexto infanto-juvenil, conviene distinguir entre la depresión como un síntoma y la depresión como trastorno. Como síntoma, la depresión podría definirse como un estado de ánimo negativo caracterizado por la tristeza, una pérdida de interés y una disminución de la capacidad de disfrutar. En ocasiones, puede ser una expresión de los fenómenos transitorios de desarrollo que, no obstante, parece que ya apunta una diferente forma en la que chicos y chicas atraviesan por la pubertad. Por ejemplo, en relación con la tristeza (síntoma por excelencia de la depresión) adultos y adolescentes informan de una frecuencia similar de esta clase de sentimientos pero éstos tienden a ser más intensos en los adolescentes. Cuando observamos a los adolescentes en función del sexo, los datos indican que las chicas se sienten tristes con más frecuencia e intensidad que sus coetáneos varones (Silverio y García, 2007).

Como trastorno, la depresión además del estado de ánimo negativo que va acompañado de otros problemas somáticos, cognitivos y de conducta. De esta forma, además de tristes y apáticos, los adolescentes deprimidos pueden mostrarse irritables, retraídos; su autoestima es baja, pueden aparecer sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, dificultades para concentrarse y problemas en el rendimiento escolar. Puede alterarse el sueño (bien porque tengan dificultades para dormir o una necesidad exagerada de hacerlo) y la alimentación (acompañada de una pérdida o aumento de peso en adolescentes que no observan una dieta). Pueden manifestar dolores vagos e inespecíficos. Cuando hablamos de trastorno, todos estos problemas se presentan de forma persistente y ocasionan un deterioro social del adolescente.

En el trastorno depresivo pueden aparecer también pensamientos recurrentes de muerte, en ocasiones acompañadas de ideaciones e intentos suicidas. Aunque el suicidio es relativamente bajo entre los niños y adolescentes parece un fenómeno creciente (considerando no sólo los suicidios consumados sino también las tentativas y las ideaciones suicidas). No obstante, aunque el suicidio se considera como síntoma ligado a los trastornos de depresión, sus causas son muy complejas. Desde la perspectiva individual, además de la depresión, otros factores de riesgo de suicidio en adolescentes son la desesperanza, la impulsividad y la conducta de agresión. Otros factores están ligados a alteraciones familiares, alto niveles de estrés en el colegio y las relaciones sociales.

En relación con la etiología y desarrollo de los trastornos depresivos, son diversas las influencias que se relacionan. Desde el punto de vista biológico, la búsqueda de los factores etiológicos de la depresión en niños y adolescentes se ha centrado en las influencias genéticas y bioquímicas. No obstante, son pocos los estudios que se han realizado desde esta perspectiva en población

infanto-juvenil y casi todos nuestros conocimientos sobre el tema derivan de estudios en población adulta. Un panorama muy similar se dibuja en el estudio de las influencias sociales y psicológicas. Con los datos disponibles, podemos citar como factores de riesgo de la depresión (y de otras alteraciones como ansiedad o trastornos por déficit de atención) que los progenitores presenten distinto tipo de disfunciones psicológicas (no sólo depresión). Por otro lado, la depresión de los progenitores afecta -sin excluir algún tipo de influencia genética- a los estilos cognitivos que pueden transmitir a sus hijos (baja autoestima, sensación de inutilidad, percepción de poco control y poca habilidad para afrontar la vida cotidiana) y al tipo de interacción que mantienen con ellos. La pérdida o separación de los padres, un estilo de crianza que no proporciona oportunidades a los niños y adolescentes a percibirse a sí mismos como competentes, valiosos, responsables (pero no culpables) son otros factores de riesgo.

Por último recordar que durante la adolescencia las relaciones entre iguales (los amigos, la pandilla, los compañeros de clase) son de absoluta importancia. La falta de adaptación, el rechazo y la agresión influyen significativamente sobre el estado de ánimo y son, también, factores de riesgo de otros trastornos.

Cabe indicar que todos estos factores de riesgo no impactan igual sobre todos los adolescentes y futuras líneas de investigación deberían centrarse también en cuáles son los factores de protección, de resiliencia a la depresión.

Los datos epidemiológicos indican que es en la adolescencia cuando las mujeres comienzan a predominar en las tasas de depresión, en la misma proporción que se producirá después en la vida adulta: se deprimen 2 chicas adolescentes por cada chico.

## **Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia**

La anorexia nerviosa y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria que han recibido un creciente interés social dado que el número de diagnósticos se ha incrementado notablemente y las repercusiones sobre la salud de los pacientes son muy graves.

La *anorexia nerviosa* consiste en una alteración grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del cuerpo. Cuando la pérdida de peso es extrema aparecen complicaciones médicas (por ejemplo, problemas cardiovasculares o anemia) que amenazan gravemente la vida del paciente.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos, acompañado muchas veces por ejercicio físico excesivo.

En la anorexia nerviosa se pueden distinguir algunos subtipos, dependiendo de si aparecen o no atracones: el tipo *restrictivo* en donde la pérdida de peso se consigue mediante el ayuno y/o un ejercicio intenso y el subtipo *compulsivo-purgatorio* que se caracteriza por presentar un patrón persistente de atracones y purgas.

La *Bulimia* es un trastorno que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de "atracones" y una preocupación exagerada por el control del peso y la figura corporal. Para compensar los atracones, el método más utilizado es el purgativo bien mediante la provocación del vómito o a través del uso de diuréticos y laxantes. Se trata de un trastorno más difícil de identificar (por lo que las estadísticas pueden subestimar su incidencia) dado que no suele llevar aparejado una variación muy notable del peso por lo que el trastorno es más fácil de "esconder".

Entre lo que tienen en común estos dos trastornos de la conducta alimentaria lo más llamativo es que el 90% de los casos son mujeres. La edad media de inicio es al final de la adolescencia aunque son cada vez más los casos en los que el trastorno se inicia en niñas menores de 14 años. Las estadísticas nos indican que a los 15 años una de cada cuatro chicas hacen régimen en España, sin que en casi ningún caso tengan problemas de sobrepeso. A la pregunta de "¿te ves gordo/a aunque los demás te vean delgado/a?" el 58 % de estas chicas de 15 años contestó afirmativamente frente a un 19% de chicos.

La bibliografía nos muestra que no hay un único mecanismo causal ni una explicación definitiva de este fenómeno. No obstante, es indudable que los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad están lanzando un mensaje a las adolescentes: para lograr el éxito y la aceptación social hay que tener un físico apropiado, estar delgada, y perder peso es algo que una puede controlar. No es casual que el perfil de la joven anoréxica sea mayoritariamente el de una chica responsable y estudiosa, que desea realizar correctamente su rol social y que tiende a un perfeccionismo exagerado.

## Trastornos disociales

Todos los padres, en algún momento, han tenido la experiencia de que sus hijos les hayan mentido, o desobedecido, que se hayan peleado con otros niños o que hayan roto enfadados alguna cosa. Estos comportamientos, en algunos casos, pueden adoptar una forma de persistencia y extremosidad que ocasiona grandes perturbaciones en las familias, en los colegios y, a la larga puede que a la sociedad. Es entonces cuando se utiliza el término de trastorno disocial, designando niveles graves de conductas agresivas y antisociales. Las conductas negativas, destructivas y antisociales son muy heterogéneas y complejas y son muchos los intentos de categorización. Atendiendo al DSM-IV, se distingue entre el *trastorno negativista desafiante* y el *trastorno disocial*.

El *trastorno negativista desafiante* se describe como un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura al menos seis meses y que incluye al menos cuatro de las siguientes conductas: a) encolerizarse, b) discutir con los adultos, c) desafiar de forma activa a los adultos y negarse a cumplir sus normas, d) molestar a propósito a otras personas, e) culpar a otros de sus errores o su mal comportamiento, f) ser susceptible, sentirse fácilmente molestado por otros, g) mostrarse colérico o resentido y h) rencoroso o vengativo. Todos estos comportamientos han de ser más frecuentes de los que se espera de un niño o adolescentes de la misma edad.

El comportamiento desafiante o desobediente es un problema bastante habitual y se produce entre poblaciones no clínicas. Estos comportamientos

pueden representar para algunos adolescentes las primeras etapas de una trayectoria evolutiva de comportamiento antisocial persistente (Hinshaw y cols. 1993).

El *trastorno disocial* es un patrón repetitivo y persistente de conductas que violan los derechos básicos de otras personas y las principales normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. En el diagnóstico de este trastorno se especifica si el inicio es infantil o si comienza a cursar en la adolescencia (dependiendo de si alguno de los comportamientos aparece antes de los 10 años) y requiere que estén presentes, durante al menos 12 meses, tres o más de las siguiente conductas:

- Agresión a personas y animales (amenazas, inicio de peleas, uso de armas, crueldad con personas o animales, robos con enfrentamiento, forzar a una relación sexual).
- Destrucción de la propiedad (provocar deliberadamente incendios con intención de causar daños, destruir deliberadamente propiedades de otras personas).
- Fraudulencia o robo (violentar el hogar, casas o automóvil de otra persona; mentir para obtener bienes, favores o para evitar obligaciones; robo de objeto de cierto valor sin violencia).
- Transgresiones graves de las normas (pasar la noche fuera de casa sin permiso de los padres, escaparse de casa durante la noche, hacer novillos en el colegio; estos comportamientos deben producirse ante de los 13 años).

En cuanto a la evolución de este trastorno suele considerarse que cuanto más precoz más persistente y grave es el comportamiento antisocial. Cuando comienza a cursar en la adolescencia (que es lo más frecuente), los comportamientos son menos graves y agresivos y también es menos probable que estos comportamientos persistan en la vida adulta.

Las hipótesis biológicas acerca de las causas de los comportamientos antisociales tienen una gran tradición. Hoy en día, la mayoría de las revisiones realizadas coinciden en que, a pesar de las influencias biológicas puedan desempeñar algún papel, los factores más importantes que determinan la etiología de este trastorno están relacionados con su inevitable y compleja interacción con influencias ambientales tales como las condiciones sociales, las variables familiares y determinadas experiencias de aprendizaje social (Rutter y cols. 1990). Desde esta perspectiva, el aprendizaje social, surge una de las líneas de investigación más sólidas sobre el trastorno disocial, la del profesor Gerald Patterson y su equipo (Patterson y cols. 1975, 1976, 1993). Patterson hace referencia a factores tales como una crianza ineficaz (en la que, por ejemplo, los niños aprenden a controlar a sus padres a través de comportamientos disfuncionales), la presencia de psicopatologías en los padres, las malas relaciones con los iguales, la falta de competencia escolar y una baja autoestima. Los conflictos matrimoniales y los divorcios se han relacionado también con la conducta antisocial de los adolescentes pero esta relación es compleja.

En los trastornos disociales el predominio de los varones es de una proporción de 4 a 1.



## Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad

Las manifestaciones principales de este trastorno son: el déficit de atención, los problemas de actividad y la impulsividad.

En relación con el *déficit de atención*, nos encontramos con niños y adolescentes que no prestan una atención suficiente a los detalles, que tienen dificultades para seguir instrucciones y para organizar sus tareas, que se distraen con cualquier cosa y que suelen perder u olvidar objetos necesarios para sus actividades (cuadernos, prendas de vestir, etc..). Es curioso en relación con este síntoma que no se generaliza a todas las situaciones; así, podemos encontrarnos que estos niños y adolescentes son capaces de concentrarse en determinadas actividades (mecanos, consolas, dibujando) y no en otras (fundamentalmente aquellas que parecen monótonas, rutinarias). Este y otros datos suscitados en distintas investigaciones han generado una notable controversia acerca de si la falta de atención es la mejor manera de describir los problemas de TDAH.

Los *problemas de actividad* hacen referencia a esos comportamientos que conforman gran parte de las quejas de padres y educadores: el chico no está quieto, parece nervioso, incapaz de estar sentado sin moverse. En general, esta actividad motora excesiva y esta inquietud es más probable que aparezca en situaciones sedentarias o muy estructuradas. En ambientes relajados con menores demandas externas, estos problemas son más infrecuentes. (Greenhill, 1991).

Por último, la *impulsividad* a menudo se manifiesta en la queja de “este chico actúa sin pensar”. Nos encontramos con chavales que pueden realizar conductas que conllevan un riesgo físico (por ejemplo, saltar desde una determinada altura) porque no se han planteado ese riesgo, que interrumpen a los demás porque no pueden esperar su turno, que buscan las gratificaciones de forma inmediata.

Muchos de los comportamientos descritos los encontramos en poblaciones no clínicas, como variaciones normales de la conducta, ajustadas al nivel de desarrollo de los sujetos y que no se producen en todos los ambientes.

Una vez más nos encontramos ante un fenómeno dimensional (muchos de los comportamientos descritos los encontramos en poblaciones no clínicas, como variaciones normales de la conducta) y multicausado. Los factores biológicos parecen relevantes en relación con este trastorno (disfunciones en la estructura y funcionamiento cerebral, anomalías en los neurotransmisores o en las respuestas electrofisiológicas, factores genéticos) pero no puede obviarse el papel de los factores psicosociales ya que están implicados en la formación de las conductas problemáticas y de su mantenimiento a lo largo del tiempo. Así, un estilo de crianza autoritario y excesivamente controlador puede agravar la sintomatología, como lo puede hacer también una deficiente comprensión del problema en el entorno escolar.

En los adolescentes el TDAH lleva a un bajo rendimiento académico, a una baja autoestima y a un deterioro de su competencia social. Se trata de un trastorno más prevalente en chicos (10%) que en chicas (3%), aunque el dato de éstas últimas puede estar por debajo de la realidad. Nos encontramos aquí con el problema de que no sólo puede haber una diferencia en las tasas de un determinado trastorno sea diferente en función del sexo, sino que el sexo puede estar implicado en una diferente forma de manifestación del trastorno. Para las chicas es probable que sean más mayores cuando se les

realiza el diagnóstico, ya que muestran menos impulsividad, hiperactividad y agresión (Hendren, 2004).

## **Abordando las diferencias de sexo en psicopatología desde distintas perspectivas: hipótesis explicativas**

Parece contrastado que, en muchas de las psicopatologías específicas, el sexo supera en importancia a otras variables a la hora de detectar diferencias individuales y, aunque la incidencia evoluciona de forma diversa, puede decirse que la distancia entre los sexos aumenta con la edad. El sexo puede influir en todos los aspectos de la fenomenología de la enfermedad en la población, incluyendo las exposiciones a tóxicos ambientales, la vulnerabilidad a los trastornos, la sintomatología, las características de la expresión sintomática, la historia natural de la enfermedad, la selección del tratamiento, la respuesta al tratamiento, el apoyo social y la capacidad funcional (Alarcón et al., 2000).

¿Por qué se producen estas diferencias? ¿Cuáles son las razones que conducen a que los trastornos mentales tiendan a presentarse durante la adolescencia de forma distinta en razón de sexo? Veamos a continuación los argumentos que se nos ofrecen desde distintas perspectivas.

Antes de entrar en argumentos de fondo, es preciso hacer mención a lo que se denominan **determinantes artefactuales**. Estos determinantes hacen referencia a que hombres y mujeres tienden a diferenciarse en el recuerdo de los síntomas, en la voluntad de notificarlos y de buscar tratamiento. La evidencia muestra que las mujeres tienden a ser más precisas y expresivas a la hora de manifestar sus síntomas y de buscar ayuda en relación con problemas del estado de ánimo. Hombres y mujeres también tienden a diferir en sus respuestas a la sintomatología; por ejemplo, los hombres suelen escoger estrategias de afrontamiento más activo en relación con el estrés mientras que las mujeres se centran en los aspectos emocionales, siendo su afrontamiento frecuentemente más pasivo. Se consideran también determinantes artefactuales los sesgos que pueden introducir el evaluador o los propios criterios de diagnóstico. Así, por ejemplo, en la atención primaria algunas mujeres podrían recibir un diagnóstico de depresión porque, en función de su sexo y edad, sus síntomas suelen considerarse asociados a este trastorno (algo muy frecuente, por ejemplo, en torno a la menopausia).

En cualquier caso, el consenso de la bibliografía es el de que los determinantes artefactuales pueden atenuar el predominio de la mujer en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y el predominio de los hombres en los trastornos relacionados con las sustancias y los trastornos relativos a comportamientos antisociales; sin embargo, parece poco probable que estos determinantes artefactuales puedan explicar todas las diferencias observadas entre ambos sexos en las tasas.

A pesar de que el estudio de las diferencias de sexo ha sido relativamente escaso en contexto de la **neurobiología**, hay cada vez más evidencias de que hombres y mujeres se diferencian en aspectos tales como la anatomía cerebral, la neuroquímica o en los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales (Cooke y cols., 1998). No obstante hay que recordar que, aunque ciertas diferencias sexuales se pudieran originar sólo a partir de determinantes biológicos, sabemos que algunas de estas diferencias se generan a través de distintas interacciones con el ambiente. Por otro lado,

existen factores estresantes (económicos, culturales y psicosociales) que tiene especificidad de género y pueden contribuir a la existencia de diferencias sexuales en neurobiología (Altemus, 2009).

Así pues, el género debería incorporarse como variable en los estudios clínicos sobre la fenomenología, la genética, la neuroimagen, la neuroendocrinología y la respuesta al tratamiento de forma que podamos conocer cuál es el papel de la biología en el diferente impacto que los trastornos mentales tienen en función del sexo. Y en estos futuros estudios tendrá que considerarse de forma ineludible la edad y específicamente la adolescencia por ser un período de la vida crucial para el inicio o mantenimiento de determinadas psicopatologías.

Desde la **psicopatología evolutiva** o del desarrollo se concibe que las conductas desviadas no son sino variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos periodos de desarrollo. Observando la covariación entre signos, síntomas o conductas a través de técnicas estadísticas multivariadas se han identificado dos dimensiones psicopatológicas en niños y adolescentes. La primera dimensión, denominada *internalizante*, incluye los trastornos de ansiedad y depresión; la segunda dimensión, conocida como *externalizante*, incluye los trastornos de conducta, el abuso de sustancias o la hiperactividad. Tras estas dos dimensiones subyacerían mecanismos biológicos o genéticos de vulnerabilidad y serían las influencias ambientales las que mediarían en el desarrollo de trastornos específicos. De esta forma, un síndrome específico de ansiedad como una fobia social, sería la expresión de las influencias ambientales sobre la dimensión internalizante, más amplia y genética o biológicamente determinada. (Lemos, 2003).

Desde esta perspectiva, la reiterada observación de que las mujeres son más propensas a los trastornos internalizantes mientras que los varones lo son a los externalizantes podría explicarse por una diferente predisposición temperamental hacia un determinado espectro psicopatológico así como el hecho constatado de que estas diferencias intersexuales se produzcan en cualquiera de los estudios realizados no importa en qué país. ¿Cuál sería, pues, el papel del ambiente? Desde este enfoque, el contexto ambiental podría aumentar la probabilidad de un determinado patrón disfuncional de conducta.

Una vez que aparece este patrón, las influencias ambientales sólo podrían mantener, aumentar o disminuir la psicopatología. Podría explicarse así, que las diferencias que se producen entre adolescentes mujeres y varones en relación con la incidencia de los trastornos internalizantes y externalizantes se mantengan una vez que estos adolescentes se convierten en adultos puesto que la vulnerabilidad a este tipo de trastornos es endógeno y se mantiene constante.

Desde una **perspectiva psicosocial**, algunas de las diferencias que presentan los adolescentes en razón de sexo en salud mental se plantean en torno a la construcción del rol sexual y del estrés que lo acompaña. Una de las hipótesis más interesantes es la *intensificación de género*, según la cual durante el comienzo de la adolescencia se produciría una aceleración de la socialización en la diferencia de géneros (Hill y Lynch, 1983). En este proceso de socialización se produciría un aumento de la presión sobre las chicas con la finalidad de que adopten un rol femenino típico y su conducta estaría más restringida que la de los chicos, que gozarían de una mayor independencia y

libertad. Tenemos evidencias disponibles de que tanto la ideología de género como la tipificación del mismo se relaciona con desórdenes psicológicos y problemas de conducta (Gibbons y Fisher, 2004).

Así, se constata que durante la adolescencia las chicas, en comparación con los varones, presentan un rápido descenso de la autoestima que ocurre en paralelo a la insatisfacción con su apariencia física (las adolescentes se valoran a sí mismas como menos atractivas de lo que lo hacen los chicos). Sin embargo, aquellas chicas que mostraron un alto índice de masculinidad (es decir, aquellas que puntuaban alto en rasgos asociados a este rol como son la independencia y la autoconfianza) disponían de una alta autoestima y sensación de competencia.

Aunque está por determinar como interaccionan estos factores, las investigaciones apuntan a que tener menos rasgos masculinos y una baja autoestima dependiente de la imagen corporal son factores de vulnerabilidad a la depresión de las chicas adolescentes.

El rol de género parece estar también implicado en los trastornos de alimentación. Hemos visto que la imagen corporal juega un papel importante en la autoestima de las adolescentes (en mayor medida de lo que lo hace en los chicos). Si tenemos en cuenta que las normas culturales imperantes tienden a considerar que para ser bella hay que estar extremadamente delgada, aquellas chicas que quisieran cumplir con estas normas de feminidad estarían más expuestas al riesgo de presentar desórdenes alimentarios.

Para los chicos, el estereotipo masculino tiene aspectos positivos relacionados con un espíritu de exploración y aventura, de fortaleza y autoconfianza. Sin embargo, intentar cumplir con este estereotipo puede incorporar otros aspectos negativos tales como dar una exagerada importancia al éxito y al respeto de los otros, a mostrar una apariencia fría y no emocional, a asumir la violencia y el riesgo como algo propio de la masculinidad, como propio sería el consumo de alcohol (para el que hay una no insignificante tolerancia social). La construcción del género masculino en torno a estos aspectos haría a los chicos adolescentes más propensos a desórdenes relativos al uso de drogas, a la violencia y la accidentalidad, a conductas delinquentes.

## Conclusiones

En los adolescentes comenzamos a ver el patrón de distribución por sexo de los trastornos mentales que se dibuja entre los adultos. En la explicación de estas diferencias, la defensa de lo biológico frente a lo ambiental o viceversa (la vieja polémica *natura versus nurtura*) no se sostiene empíricamente en la actualidad. No somos exclusivamente producto de nuestra herencia biológica ni lo somos tampoco de nuestra socialización sino de la interacción de estos factores.

Podemos afirmar que cualquier comportamiento (los adecuados y los disfuncionales, los saludables y los patológicos) a cualquier edad (también en la adolescencia) precisa de una explicación multifactorial en el que se consideren tanto las variables biológicas como las psicológicas y ambientales. Por tanto, aquellos modelos de corte biopsicosocial son los que permitirán aportar una mejor comprensión de, entre otras cosas, porque los adolescentes presentan distintos tipos de problemas según su sexo.

Resulta necesario desarrollar índices individuales específicos que tengan en cuenta los procesos por los que dichas disposiciones temperamentales y circunstancias ambientales interactúan para dar lugar al riesgo psicopatológico o a la resistencia.

Dado que está fuera de toda cuestión que el variable sexo discrimina significativamente la prevalencia e incidencia de algunos trastornos psicológicos y que esta diferencia se inicia y/o consolida de forma importante durante la adolescencia, se impone la necesidad de conducir estudios que nos permitan abundar en el conocimiento de esta fenomenología. Así, autores como Grant y Weissman (2009) proponen una agenda de investigación para la edición del DSM-V y futuras ediciones que contemple aspectos tales como:

- *Consideración del sexo/género en el diseño y los análisis de los estudios psicosociales y biológicos.* Es mucho lo que nos falta saber para definir de forma precisa los determinantes de las diferencias sexuales en psicopatología aunque los datos epidemiológicos demuestran claramente la existencia de diferencias sexuales en las tasas de muchos trastornos. Parece pues ineludible que el diseño y el análisis de los estudios psicosociales y biológicos se tengan en cuenta el sexo y la covariabilidad entre el género y la edad en las muestras. Por ejemplo, es posible que los resultados obtenidos en los estudios biológicos sobre la depresión en los que participaron muestras de niñas y niños prepúberes y adolescentes no hayan sido del todo claros.
- *Realización de encuestas longitudinales de gran envergadura y representativas sobre niños y adolescentes para determinar la edad a la que se empiezan a manifestar las diferencias sexuales.* Los factores que pueden contribuir a la existencia de diferencias sexuales en psicopatología pueden iniciarse en distintos momentos de la vida. No obstante, algunos datos indican que la adolescencia es un momento clave para el incremento en las tasas de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en las mujeres. Puesto que la mayor parte de los trastornos psicológicos se inicia en las primeras etapas de la vida, son necesarias encuestas longitudinales de gran envergadura y representativas realizadas en niños y adolescentes con el fin de determinar la edad a la que aparecen las diferencias sexuales. Los datos que emergieran de estudios de este tipo nos aportarían una información fundamental para diseñar programas de prevención e intervención (Li y cols. 2004). Así, por ejemplo, si las fobias que se producen en la preadolescencia constituyen un signo temprano de depresión en las adolescentes, como sugieren algunos estudios clínicos, podrían considerarse un objetivo razonable para la intervención terapéutica.
- *Análisis de la contribución de la raza, la etnia, los factores socioeconómicos y sociodemográficos y otros supuestos factores de riesgo respecto a las diferencias de sexo en diversos trastornos psicológicos.* En contraste con el elevado número de estudios de investigación epidemiológica relativas a la psicopatología, son pocos los estudios en los que se han contemplado características relacionadas con el género como la masculinidad y la feminidad. Por otra parte, es muy escasa la información respecto a la contribución de la raza, la etnia, los factores socioeconómicos y sociodemográficos y otros supuestos factores de riesgo (por ejemplo, discriminación, redes sociales, apoyo

social, orientación sexual y comorbilidad previa). La simple posibilidad de que las diferencias sexuales observadas en las tasas de psicopatología pudiera, si no rendirse absolutamente, tan siquiera atenuarse si se controlasen estos factores es un argumento decisivo para que se incluyan una amplia gama de determinantes de este tipo en los estudios epidemiológicos de futuras investigaciones.

- *Insistencia en la identificación empírica de los criterios diagnósticos sesgados por el género.* La falta de consideración de las posibles diferencias entre ambos géneros respecto a las manifestaciones clínicas y la expresión de los trastornos psicológicos puede dificultar de manera importante la estimación de tasas de prevalencia válidas en los estudios epidemiológicos debido a posibles sesgos en los criterios diagnósticos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, RD.; Bell CC.; Kirmayer LJ.** et al. (2002). Beyond the funhouse mirrors: research agenda on culture and psychiatric diagnosis. En Kupfer, First y Regier (eds): *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 219-281.
- Altemus,** (2009) Neurobiología, sexo y género. En En William E. Narrow, Michael B. First, Paul J. Sirovatka y Darrel A. Regier (coor) *Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico Psiquiátrico*. Madrid: Elsevier Masson.
- Cooke, BC.; Hegstrom, CD.; Villeneuve, LS.** et al. (1998) Sexual differentiation of the vertebrate brain principles and mechanisms. *Front Neuroendocrinol*, 19, 323-362.
- DSM-IV** (1994) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association.
- Essay, C., Conradt, J. y Peterman, F.** (1999) Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research Therapy*, 37, 831-843.
- Fredrikson, M; Annas, P.; Fischer, H. y Wik** (1996) Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behavior research and Therapy*, 34, 33-39.
- Gibbons, J.L. y Fisher, S.L.** (2004, 2ª ed). El rol sexual como factor de estrés en la adolescencia. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. 217-245. Madrid: Pirámide.
- Grant, B.F. y Weissmna, M.M.** (2009) Género y Prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En William E. Narrow, Michael B. First, Paul J. Sirovatka y Darrel A. Regier (coor) *Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico Psiquiátrico*. Madrid: Elsevier Masson.
- Greenhill, L.L.** (1991) Attention-deficit hyperactivity disorder. En J.M. Wiener (Ed.) *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- Hendren, R.L.** (2004, 2ª ed.) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través del ciclo vital. En J. Buendía *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos Actuales*. 197-214. Madrid: Pirámide.
- Hill, J.P. y Lynch, M.** (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. En J. Brooks-Gunn y A.C. Petersen (eds.) *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*, 201-228. Nueva York: Plenum.
- Hinshaw, S.P.; Lahey, B.b. y Hart, E.L.** (1993) Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Institute of Medecine** (1998). Gender Differences in Susceptibility to Environmental Factors: A Priority Assessment. Washington: National Academy Press.
- Lemos, S.** (2003) La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, nº85.
- Li, TK.; Grant, BF. y Hewitt, BG.** (2004) Alcohol use disorders and mood disorders: A National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism perspective. *Biol Psychiatry*, 56, 718-720.

- López, F.J. y Pérez, M.T.** (2007) Revisión descriptiva sobre los principales trastornos emocionales infanto-juveniles y sus tratamientos cognitivo-conductuales. *Revista Electrónica Psicología científica.com*
- Rutter, M.; McDonald, H.; Le Couteur, A.; Harrington, R.; Bolton, P. y Baily, A.** (1990) Genetic factors in child psychiatric disorders II. Empirical Findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 39-83.
- Seligman, L.; Wuyek, L.** (2007). Correlatos of Separation Anxiety Syntoms Among First- Semester College Students: An Exploratory Study. *The Journal of Psychology*, 141(2), pp. 135-145.
- Siverio, M.A. y García Hernández, M.D.** (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología*, vol. 23, 1, 41-48.

