

ORIGINAL

SEGREGACIÓN LABORAL Y GÉNERO. CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA REGISTRADA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO (1993-1995)

José Arturo Granados Cosme, Luis Ortiz Hernández y María de los Angeles Garduño Andrade
Universidad Autónoma Metropolitana. México

RESUMEN

Fundamento: Diversos estudios han documentado que la distribución diferencial del proceso salud-enfermedad depende de factores económicos, políticos y culturales. Con el objetivo de identificar y explicar la relación del género y el trabajo con la morbilidad psiquiátrica, se analiza la distribución que estos padecimientos mostraron en una población de enfermos mentales.

Métodos: En el período 1993-1995 se realizó una investigación documental en la que se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que ingresaron por primera vez en un hospital psiquiátrico de Ciudad de México en un periodo de tres años; se obtuvieron los principales datos socioeconómicos y los de su diagnóstico. Una segunda fase consistió en el análisis estadístico en el que se midió la asociación entre las variables sexo, ocupación y diagnóstico.

Resultados: Se registraron 1.084 personas con algún padecimiento mental, en las que se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en relación a su ocupación y al trastorno mental específico que presentaron; especialmente en lo que se refiere a los trastornos depresivos y los asociados al consumo de drogas.

Conclusiones: El género y la segregación laboral que de éste se deriva son procesos sociales que intervienen en la distribución diferencial de los trastornos mentales, asociación que se expresa en patrones específicos de daños a la salud mental en los varones y en las mujeres que fueron atendidos en el hospital.

Palabras clave: Salud laboral. Género. Salud mental, Depresión. Alcoholismo.

ABSTRACT

Job Segregation and Gender. Characterization of the Psychiatric Morbidity Recorded at a Hospital in Mexico City (1993-1995)

Background: Different studies have documented that the differential distribution of the health-illness process depends upon economic, political and cultural factors. For the purpose of identifying and explaining the relationship between gender as related to occupation and psychiatric morbidity, an analysis is made of the distribution of the statistics for these disorders for one population of mental patients.

Methods: Documentary research was conducted throughout the 1993-1995 period, during which the clinical records of those patients who had been admitted for the first time to a psychiatric hospital in Mexico City over a three-year period were reviewed, obtaining the main socioeconomic and diagnosis-related data. A second stage consisted of the statistical analysis in which the relationship among the gender, occupation and diagnosis variables was measured.

Results: A total of 1,084 individuals with some mental disorder were recorded, statistically significant differences having been found between men and women with regard to their occupation and to the specific mental disorder with which they were diagnosed, especially as far as depression and drug use-related disorders were concerned.

Conclusions: The gender and occupation-related segregation due to said gender are social processes involved in the differential distribution of mental disorders, this being a relationship which is revealed in specific patterns of detriment to the mental health of the males and females who were cared for at this hospital.

Key words: Occupational health. Gender. Depression. Alcoholism.

Correspondencia:
José Arturo Granados Cosme.
Universidad Autónoma Metropolitana.
Calz. Del Hueso 1100.
Col. Villa Quietud 04960, Coyoacán.
México, D.F.
Correo electrónico: jcosme@cueyatl.uam.mx

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales en México muestran un importante incremento^{1,2}, en trabajadores pasaron de una tasa de 21,59 por 100,000 en 1986 a 29,84 en 1993; en población urbana adulta su prevalencia va del 15% y 18%³ al 18% y 22,5%⁴; lo cual hace de estos trastornos un problema colectivo de salud⁵. Hay evidencias de que estos trastornos se incrementan con la industrialización⁶⁻⁸ y que tienen una distribución específica según la clase social⁶. Ya desde los ochenta se mostraba que del 30 al 40% de los trabajadores industriales se encontraban con problemas mentales⁹ mostrando una mayor incidencia que la población general¹⁰.

Las tasas globales de trastornos mentales no muestran diferencias por género, pero ya en cada trastorno la prevalencia varía¹¹. En una cohorte sueca (1953-1983) no hubo diferencias en la incidencia global, pero sí en los diagnósticos particulares sobre todo depresión y ansiedad¹². Caraveo⁵ encontró que las mujeres presentan mayor comorbilidad y depresión; Medina-Mora³ reportó que la depresión mayor y la neurosis predominan en mujeres; Rascón⁴ encontró que la depresión mayor, la depresión neurótica y el trastorno obsesivo-compulsivo fueron más frecuentes en mujeres (19,5% mujeres y 14,3% hombres); un análisis regional de América reportó más psicosis afectivas en mujeres¹³; además presentan mayor hospitalización por intento suicida¹⁴. Por otra parte, los trastornos más severos son más frecuentes en varones; predominando los relacionados con el alcohol¹⁵ y drogas ilegales^{13,16,17}; en Suecia se encontraron tasas más altas en varones de esquizofrenia y abuso de sustancias, mientras que las neurosis fueron más frecuentes en mujeres¹⁸; en el Reino Unido (1961-1965 y 1985-1994) se observó una disminución general de suicidio, pero el descenso fue menor en varones, esta diferencia se relacionó con el mayor uso de métodos menos violentos en mujeres¹⁹, hecho que hay que ponderar con la mayor frecuencia de

suicidio en varones por el uso de métodos más letales¹⁴. Sobre la relación entre género y trabajo se ha encontrado que taquilleras de la Cd. México presentan más neurosis²⁰, resultados similares hay en trabajadoras de las industrias electro-electrónica, alimenticia y en las maestras²¹; otros reportes muestran mayor riesgo de depresión en trabajadoras domésticas²²⁻²⁴.

Lo anterior muestra que la forma en que se distribuyen los trastornos mentales en la población depende de ciertas condiciones sociales; sin embargo, parece existir una articulación entre las condiciones de género y trabajo, relación en la que es necesario profundizar, ya que desde el punto de vista sociológico ambos elementos forman parte de la identidad, entendida ésta como «la integración de las identificaciones con las vicisitudes de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y por las oportunidades ofrecidas por los roles sociales»²⁵, construida «a través de comparaciones que establecen similitudes y diferencias con los otros»²⁶, un sistema de referencias elaborado por el sujeto «diferenciándose de los demás y reconociéndose ante ellos»²⁷.

Por género nos referimos a la codificación y asignación de significado cultural de las diferencias biológicas²⁸; por tanto, las diferencias genéricas son sociales pues la biología ha adquirido una nueva naturaleza al ser interpretada por la cultura²⁹. Ser varón o mujer son datos biológicos envueltos de significado³⁰. La construcción del género se establece sobre la división sexual del trabajo y atribuye a la naturaleza de hombres y mujeres la especificidad de las actividades para la reproducción social, sobre esta base se elabora una división simbólica y material de los espacios vitales en que los individuos se identifican.

Otras identidades dan una connotación particular a las diferencias genéricas resultando una intensidad diferencial de las

inequidades³¹. Tal es el caso de la ocupación que «juega un papel preponderante para los emblemas identificatorios que asignan un lugar y una identidad»²⁷, el empleo tiene una función en la conformación del estatus y la identidad³². En la historia hay dos eventos trascendentes: la división sexual del trabajo y la irrupción del trabajo asalariado. Freud postula que el trabajo remunerado es de particular importancia para la autonomía, dado que resulta el vínculo más palpable con la realidad³³, mediante él participamos en la sociedad por lo que es constituyente del yo. Pero si el trabajo promueve la salud mental, el no trabajo produce enfermedad, se han documentado peores condiciones de salud mental en los desempleados y sus familias³². Warr afirma que los efectos van desde situaciones de riesgo hasta daños propiamente dichos³³.

Para explorar el papel de la socialización en los padecimientos psiquiátricos, el presente estudio tuvo por objetivo identificar si existe una especificidad de los daños a la salud mental que se vincule tanto al género como al trabajo; para ello exploramos las diferencias en la psicopatología que por sexo y ocupación presentó una población de pacientes psiquiátricos.

SUJETOS Y MÉTODO

Se revisaron los expedientes clínicos de las personas que durante un periodo de tres años (1993-1995) ingresaron por primera vez a la sala de urgencias de un hospital psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México; por tratarse de un hospital perteneciente al sector de seguridad social, la población estudiada estuvo compuesta por trabajadores formales de empresas privadas o sus familiares; el único criterio para la admisión al servicio médico fue la vigencia del aseguramiento. Los datos se recogieron directamente de la revisión de cada uno de los expedientes clínicos de donde se obtuvieron las variables sexo,

edad, ocupación y diagnóstico. Las variables sexo, edad y ocupación se obtuvieron de la ficha de afiliación al seguro médico, en todos los casos estos datos se corroboraron con los obtenidos por el personal administrativo en la ficha de identificación y con los recogidos por los médicos en la historia clínica. La variable diagnóstico se obtuvo de la historia clínica de ingreso y se corroboró con las notas de evolución donde se descartaba o se confirmaba el diagnóstico inicial; de acuerdo a la normatividad de la institución, los diagnósticos se registraron conforme a la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en el periodo estudiado. En general, la calidad de la información fue adecuada y no se requirió de otro procedimiento para recoger información adicional.

En el análisis estadístico se estudiaron tres relaciones: a) inserción laboral por género, b) distribución diferencial de la enfermedad mental por género y c) distribución de la enfermedad mental por trabajo. Para a) se estudió la asociación estadística entre las variables sexo y grupo ocupacional, para b) se asociaron las variables sexo y diagnóstico; y para c) las variables grupo ocupacional y diagnóstico. Para todos los casos se calculó la razón de momios (*odds ratio* -OR-) entre variables y sus respectivos intervalos de confianza (IC). En relación al sexo se tomó como grupo de exposición al sexo masculino, mientras que en el caso de la ocupación se tomó como expuesto al grupo ocupacional en cuestión y como control al resto de grupos ocupacionales según el caso. Para evaluar las diferencias por sexo respecto a la contribución porcentual de cada grupo ocupacional al total de casos se estimó la prueba χ^2 , considerando como nivel de significancia estadística una α de 0.05. Este análisis se realizó con el programa SPSS versión 10 para Windows.

RESULTADOS

Se registraron 1084 nuevos ingresos, 52% fueron varones y 48% mujeres; los grupos

Tabla 1
Distribución de la población por edad y sexo

	Total		Varones		Mujeres		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Edad (años)								
14 – 25	176	16,2	110	19,5	66	12,7	9,24	0,026
26 – 40	416	38,4	209	37,1	207	39,8		
41 – 60	337	31,1	168	29,8	169	32,5		
61 – 92	155	14,3	77	13,7	78	15,0		
Total			564	52%	520	48%		

Fuente: Expedientes Clínicos del Hospital Psiquiátrico del IMSS 1993-1995.

Tabla 2
Contribución de los diagnósticos al total de casos en la población total y en cada sexo

Diagnóstico	Total		Varones		Mujeres		OR ^a	IC 95%
	N	%	n	%	n	%		
Síndrome de dependencia al alcohol	93	8,6	85	15,1	8	1,5	0,09	0,04-0,18
Dependencia a las drogas	48	4,4	43	7,6	5	1,0	0,12	0,05-0,30
Psicosis alcohólicas	19	1,8	17	3,0	2	0,4	0,12	0,03-0,54
Intento e ideación suicidas	95	8,8	40	7,1	55	10,6	1,55	1,01-2,37
Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	77	7,1	25	4,4	52	10,0	2,40	1,46-3,92
Depresión neurótica	58	5,4	14	2,5	44	8,5	3,63	1,97-6,71
Psicosis afectivas	40	3,7	14	2,5	26	5,0	2,07	1,07-4,00
Otras psicosis no orgánicas	11	1,0	1	0,2	10	1,9	11,04	1,41-86,54
Otras psicosis orgánicas	177	16,3	97	17,2	80	15,4	0,88	0,63-1,21
Psicosis orgánicas transitorias	112	10,3	54	9,6	58	11,2	1,19	0,80-1,75
Psicosis esquizofrénica	149	13,7	87	15,4	62	11,9	0,74	0,52-1,05
Psicosis orgánica senil y presenil	35	3,2	14	2,5	21	4,0	1,65	0,83-3,29
Trastornos de la personalidad	30	2,8	13	2,3	17	3,3	1,43	0,69-2,98
Reacción de adaptación	29	2,7	13	2,3	16	3,1	1,35	0,64-2,83
Estados de ansiedad	24	2,2	13	2,3	11	2,1	0,92	0,41-2,06
Otros	86	8,0	33	3,3	53	10,1		
Total	1083	100,0	563	100,0	520	100,0		

En la columna % se presenta la contribución porcentual de cada diagnóstico al total de casos.

a Se consideró como grupo de referencia a los varones y como grupo expuesto a las mujeres.

Fuente: Expedientes Clínicos del Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS 1993-1995.

etarios donde más se concentró la población fue entre los 26 y 40 años (38,4%) y entre los 41 y 60 años (31,1%), (tabla 1); los diagnósticos que más contribuyeron al total fueron: otras psicosis orgánicas, psicosis esquizofrénica y psicosis orgánicas transitorias; otros diagnósticos frecuentes fueron: intento e ideación suicidas, síndrome de dependencia al alcohol y trastorno depresivo no clasificado (en conjunto un 24,5% del total) (tabla 2).

En cuanto a la asociación entre sexo y ocupación se encontró que los varones de esta población se concentraron mayoritariamente en los grupos de desempleados, empleados no calificados y de limpieza,

obreros, oficios, administración y contabilidad, comercio y ventas, transporte, supervisión, profesionales por cuenta propia, seguridad y construcción; mientras que las mujeres se concentraron en el trabajo doméstico, estudiantes, secretarías y educación. Lo anterior nos habla de una inserción ocupacional específica que depende del género; ver tabla 3.

En relación a la asociación entre el sexo y el diagnóstico se encontró una mayor asociación entre el sexo masculino con dependencia a drogas (OR=0,12; IC 95% 0,05-0,30), psicosis alcohólica (OR=0,12, IC 95% 0,03-0,54) y síndrome de dependencia al alcohol

Tabla 3

Distribución de la población de acuerdo a la ocupación

	Total		Hombres		Mujeres		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Desempleados	110	10,1	80	14,2	30	5,8	21,01	<0,000
Empleados no calificados y de limpieza	104	9,6	71	12,6	33	6,3	12,15	<0,000
Obreros	103	9,5	87	15,4	16	3,1	47,97	<0,000
Oficios	84	7,7	81	14,4	3	0,6	71,91	<0,000
Administración y contabilidad	59	5,4	39	6,9	20	3,8	4,95	0,026
Comercio y ventas	46	4,2	31	5,5	15	2,9	4,54	0,033
Transporte	27	2,5	25	4,4	2	0,4	18,25	<0,000
Supervisión	26	2,4	19	3,4	7	1,3	4,72	0,030
Profesionales por cuenta propia	19	1,8	16	2,8	3	0,6	8,02	0,005
Seguridad	17	1,6	15	2,7	2	0,4	9,07	0,003
Construcción	12	1,1	12	2,1	0	0,0	11,18	0,001
Trabajo doméstico	241	22,2	1	0,2	240	46,2	330,78	<0,000
Estudiantes	52	4,8	20	3,5	32	6,2	4,02	0,045
Secretarías	44	4,1	2	0,4	42	8,1	41,43	<0,000
Educación	23	2,1	4	0,7	19	3,7	11,29	0,001
Servicios	65	6,0	35	6,2	30	5,8	0,09	0,762
Atención a la salud	39	3,6	19	3,4	20	3,8	0,17	0,673
Computación y electrónica, telefonía	8	0,7	4	0,7	4	0,8	0,01	0,908
Directivos	5	0,5	3	0,5	2	0,4	0,12	0,721
Total	1084	100,0	564	100,0	520	100,0		

En la columna % se presenta la contribución porcentual de cada diagnóstico al total de casos, Fuente: Expedientes Clínicos del Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS 1993-1995.

Tabla 4
Asociación de los grupos ocupacionales con los trastornos mentales

	Síndrome de dependencia al alcohol	Dependencia a las drogas	Psicosis alcohólicas	Intento e ideación suicidas	Trastorno depresivo no clasificado	Depresión neurótica	Psicosis afectivas	Otras psicosis no orgánicas
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Desempleados	0,18 (0,04- 0,74)	0,80 (0,28- 2,26)	1,68 (0,48- 5,85)	0,68 (0,31- 1,52)	0,34 (0,11- 1,10)	Nc	0,71 (0,21- 2,34)	nc
Empleados no calificados	1,29 (0,67- 2,52)	1,10 (0,43- 2,84)	1,11 (0,25- 4,88)	1,90 (1,05- 3,43)	0,64 (0,25- 1,61)	0,88 (0,34- 2,26)	0,49 (0,12- 2,04)	3,61 (0,94- 13,82)
Obreros	2,56 (1,46- 4,48)	1,11 (0,43- 2,87)	1,81 (0,52- 6,32)	0,19 (0,05- 0,78)	0,64 (0,25- 1,63)	1,10 (0,46- 2,63)	0,76 (0,23- 2,53)	nc
Oficios	3,08 (1,72- 5,52)	2,52 (1,14- 5,59)	3,28 (1,06- 10,13)	0,50 (0,18- 1,39)	0,30 (0,07- 1,25)	0,20 (0,03- 1,46)	nc	nc
Administración y contabilidad	1,73 (0,80- 3,77)	2,11 (0,80- 5,55)	nc	1,43 (0,63- 3,25)	0,69 (0,21- 2,25)	1,31 (0,46- 3,74)	0,91 (0,21- 3,87)	1,75 (0,22- 13,90)
Comercio y ventas	0,73 (0,22- 2,42)	0,47 (0,06- 3,47)	nc	1,28 (0,49- 3,33)	0,91 (0,27- 3,00)	1,25 (0,37- 4,15)	1,88 (0,56- 6,35)	nc
Transporte	2,50 (0,92- 6,77)	1,76 (0,40- 7,65)	nc	nc	1,05 (0,24- 4,51)	0,67 (0,09- 5,06)	2,14 (0,49- 9,39)	nc
Supervisión	1,98 (0,67- 5,87)	1,83 (0,42- 7,99)	nc	0,41 (0,05- 3,06)	1,73 (0,51- 5,91)	0,70 (0,09- 5,28)	2,24 (0,51- 9,81)	4,19 (0,52- 34,01)
Profesionales cuenta propia	2,03 (0,58- 7,10)	1,20 (0,16- 9,21)	3,23 (0,41- 25,53)	0,57 (0,08- 4,35)	0,72 (0,09- 5,49)	nc	1,46 (0,19- 11,23)	nc
Seguridad	nc	2,95 (0,66- 13,33)	3,64 (0,46- 28,96)	0,65 (0,08- 4,93)	2,87 (0,81- 1,23)	1,11 (0,14- 8,50)	nc	nc
Construcción	5,52 (1,63- 18,70)	1,98 (0,25- 15,68)	5,32 (0,65- 43,45)	0,95 (0,12- 7,41)	nc	nc	2,41 (0,30- 19,12)	nc
Trabajo doméstico	0,10 (0,03- 0,34)	0,14 (0,03- 0,60)	0,19 (0,02- 1,44)	0,86 (0,51- 1,46)	2,67 (1,39- 3,68)	1,76 (1,00- 3,11)	1,52 (0,76- 3,05)	2,02 (0,58- 6,94)
Estudiantes	0,20 (0,03- 1,47)	0,86 (0,20- 3,63)	nc	4,32 (2,25- 8,31)	0,25 (0,03- 1,81)	0,70 (0,16- 2,94)	0,50 (0,07- 3,71)	nc
Secretarías	0,24 (0,03- 1,76)	0,49 (0,07- 3,64)	nc	2,04 (0,89- 4,73)	0,61 (0,14- 2,58)	2,38 (0,90- 6,30)	2,79 (0,95- 8,21)	2,39 (0,30- 19,14)
Educación	0,48 (0,06- 3,59)	nc	2,63 (0,34- 20,61)	1,58 (0,46- 5,42)	2,00 (0,58- 6,89)	1,71 (0,39- 7,47)	1,19 (0,16- 9,06)	nc

OR, razones de momios; IC 95%, intervalos de confianza al 95%; nc en estos casos el OR no pudo ser calculado ya que una de las celdas quedaba vacía.
Fuente: Expedientes Clínicos del Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS 1993-1995.

(OR=0,09; IC 95% 0,04-0,18); lo que nos muestra que el patrón masculino de enfermedad mental está compuesto por los trastornos asociados al consumo de alcohol y drogas (tabla 1). Por su parte, en las mujeres de esta población se observó una mayor asociación del sexo con otras psicosis no orgánicas (OR=11,04; IC 95% 1,41-86,54), depresión neurótica (OR=3,63; IC 95% 1,97-3,63), trastorno depresivo no clasificado (OR=2,4, IC 95% 1,46-3,92), psicosis afectivas (OR=2,07, IC 95% 1,07-4) y, el intento e ideación suicidas (OR=1,55, IC 95% 1,01-2,37); estos resultados nos muestran que en el patrón femenino de enfermedad mental predomina la depresión en sus distintas formas (tabla 2).

Para el caso de la relación entre la ocupación y el diagnóstico se encontró que entre los trabajadores de la construcción (OR=5,52, IC 95% 1,63-18,79), los oficios (OR=3,08, IC 95% 1,72-5,52) y los obreros (OR=2,56, IC 95% 1,46-4,48) hubo una mayor asociación con el síndrome de dependencia al alcohol. Al mismo tiempo, entre los oficios hubo una mayor asociación con psicosis alcohólica (OR=3,28, IC 95% 1,06-10,13) y dependencia a las drogas (OR=2,52, IC 95% 1,14-5,59). Entre los estudiantes (OR=4,32, IC 95% 2,25-8,31) y los empleados no calificados (OR=1,90, IC 95% 1,05-3,43) se encontró una mayor asociación con el intento e ideación suicidas; mientras que entre las trabajadoras domésticas hubo una mayor asociación con el trastorno depresivo no clasificado (OR=2,67, IC 95% 1,39-3,68) y depresión neurótica (OR=1,76, IC 95% 1,00-3,11). Estos resultados nos expresan una distribución específica de los trastornos mentales que se asoció con el trabajo (tabla 4).

DISCUSIÓN

La asignación social de las identidades de género determina que las actividades vitales se dividan entre las que se consideran pro-

pias de mujeres y las propias de varones. Así, hay ocupaciones y profesiones que se consideran más adecuadas para uno u otro sexo. Esta especificidad se da porque en los procesos de trabajo las exigencias laborales corresponden generalmente a los atributos socialmente asignados de personalidad y conducta de cada género. En la población estudiada se verificó dicha segregación laboral por género ya que las mujeres estuvieron ocupadas mayoritariamente en trabajos considerados femeninos (trabajo doméstico, secretarial y educativo) y en los que se requiere de prodigalidad, amabilidad, abnegación y ternura; atributos que precisamente corresponden al significado social de lo femenino³⁴. Tanto el género femenino como las ocupaciones en que mayoritariamente se insertaron las mujeres estuvieron asociadas con las mismas patologías: los trastornos depresivos. Estos resultados coinciden con otros reportes^{3,4,12,14}. Por su parte, los varones de esta población se insertaron en ocupaciones consideradas masculinas: oficios, obreros, administración y contabilidad, transporte, supervisión, profesionales por cuenta propia, seguridad y construcción; por considerarse que están de acuerdo a los atributos de la masculinidad: fuerza física, objetividad, independencia, seguridad, dominio, decisión, habilidades mecánicas y planeación^{35,36}. Cuando se analizan estas ocupaciones se encuentra una asociación con el consumo de drogas (dependencia de drogas, psicosis alcohólica y dependencia al alcohol) que es similar a la que se encuentra cuando sólo se asocian con el sexo masculino comparado con el femenino; aunque este patrón es similar al encontrado por otros^{13,15-18}, hay estudios que además reportan mayores tasas de suicidio y homicidio en varones³⁷.

Por lo anterior podemos concluir que existe una morbilidad psiquiátrica específica por grupo ocupacional que es similar a la observada cuando sólo se considera el sexo; este hecho nos habla de un vínculo entre el género y el trabajo que podemos resumir en tres aspectos: 1) el género orienta la «elec-

ción» de las ocupaciones que se consideran «propias» de cada sexo lo cual se traduce en segregación laboral; dado que se considera que el hombre posee mayor objetividad, fuerza física, dominio y habilidades mecánicas, éstos se insertan en la producción primaria y la transformación; existen también profesiones y oficios predominantemente masculinos (ingeniería, abogacía, mecánica, transporte, seguridad y administración); por su parte, los rasgos asociados a lo femenino (prodigalidad, atención, satisfacción de las necesidades de los otros) han conducido predominantemente a las mujeres al sector de los servicios (educación básica, salud y atención a consumidores) y a profesiones y oficios considerados propios de las mujeres (maestra, enfermera, secretaria). 2) el género determina los beneficios que se obtienen por el trabajo, generalmente las mujeres son contratadas en condiciones más desventajosas: puestos menos calificados y menores posibilidades de ascenso³²; a las mujeres se les brindan menos oportunidades para puestos de supervisión y dirección (en la población estudiada la mayoría de estos puestos estuvieron ocupados por varones). 3) a pesar de los cambios en los roles de género que han llevado a las mujeres al trabajo remunerado, sigue existiendo una exclusividad en el trabajo doméstico que implica una doble jornada (en este caso todos los trabajadores domésticos fueron mujeres). Se sabe que aunque las mujeres tengan empleo formal siguen dedicando más horas que los varones a las labores domésticas, ocasionando mayores grados de insatisfacción en el trabajo, así como situaciones de mayor riesgo para el estrés, la irritabilidad y la ansiedad que genera el trabajo asalariado³⁸; aunque el trabajo remunerado protege a las mujeres del aislamiento, la monotonía y el bajo estatus social del trabajo doméstico, al mismo tiempo representa conflicto y sobrecarga de trabajo³².

Es posible que los atributos de género se agreguen a las exigencias laborales de las ocupaciones; generando así una vulnerabili-

dad particular para varones y otra para mujeres hacia cierta patología psiquiátrica, en esta especificidad puede estar jugando un papel muy importante la socialización. De hecho, la socialización define la forma en que los sujetos manifiestan su sufrimiento psíquico a través de la conducta; es probable que los patrones de morbilidad psiquiátrica identificados aquí sean resultado de modelos de socialización del género, de manera hipotética relacionaremos estos modelos con la psicopatología hallada en esta población.

El primer referente de identidad social es la madre, en las niñas éste refuerza su identidad de género y define un apego temprano con la madre y un sentido de sí misma basado en la conexión y la fusión con el otro³⁵ este hecho puede estar vinculado con la mayor responsabilidad de las mujeres con los compromisos del matrimonio y la familia. Por otro lado, lo femenino tiene menor valor en lo público pues las mujeres siguen siendo valoradas con mayor peso por su papel de madre y esposa; pero en realidad hay un discurso negativo sobre las mujeres que las caracteriza como irracionales, sin inventiva, volubles, histéricas, indisciplinadas y perversas; discurso que coexiste con otro que sobrevalora ciertos atributos de lo femenino de donde se considera que las mujeres son frágiles, dulces, emotivas, pacificadoras, comprometidas con la estabilidad y el bienestar en el hogar, pródigas, amables, abnegadas y tiernas³⁴. Así, se define una identidad caracterizada por subjetividad, subordinación, temor, debilidad, dependencia y mayor interiorización; en consecuencia ellas reconocen más el fracaso y la tristeza; además de esta asignación de roles, la segregación laboral y la exclusividad del trabajo doméstico dificultan la realización de proyectos personales, la autorrealización y la autonomía. La realización del deseo en las mujeres se da a través del éxito y la satisfacción de los hijos o la pareja, esto impone grados de insatisfacción, adiciona inseguridad y temor por no cumplir las demandas sociales, no ser «buena madre» o «buena esposa»; al

ser socializadas para ser débiles y dependientes se genera sensación de vulnerabilidad que facilita la devaluación personal y en consecuencia mayor probabilidad de depresión.

Por su parte la identidad masculina está modulada por exigencias que incluyen éxito económico, reconocimiento público y papel de proveedor; con el supuesto de que por «naturaleza» el varón está dotado de mayor capacidad para ser independiente y que está obligado a mostrarse fuerte, el niño es impulsado a ser más competitivo y agresivo, a reprimir sentimientos de incapacidad, a no expresar emociones llorando y sublimarlas poniéndose «a prueba», exteriorizando sus impulsos agresivos. Así, el comportamiento que se supone esencialmente masculino incluye maniobras defensivas y excluyentes: agresividad, competitividad, independencia y objetividad^{35,36,39}; seguridad, decisión y planeación, dominio de la circunstancia y tutela de los «débiles» (mujeres y niños), autoridad y superioridad; el «instinto» de aventura implica desafiar la estabilidad, menor responsabilidad en los compromisos familiares y demostraciones de valor mediante la experimentación como muestra de superioridad sobre todo en la adolescencia. De hecho, la experimentación es mencionada como la primera motivación en el consumo de drogas. Al mismo tiempo la frustración, el fracaso, la tristeza o el afecto a otros varones, son rechazados pero tolerados cuando los varones se encuentran «fuera de sí»; el alcohol u otras drogas les permiten «fugarse» de estas y otras presiones; la oposición y la transgresión a la legalidad son factores que pueden estar implicados en la iniciación como forma de tomar riesgos, superar pruebas y demostrar su masculinidad.

No obstante la coincidencia entre la psicopatología encontrada en este trabajo con los estudios de asignación social del género; es necesario realizar estudios de cohorte para evaluar de mejor manera el impacto de la socialización en la incidencia de trastornos

mentales; nuestro estudio tiene además la limitante de haber estudiado una población de enfermos psiquiátricos, son necesarios estudios en los que se compare el riesgo relativo en poblaciones donde se puedan tener casos y controles.

Los resultados encontrados corroboran la existencia de una especificidad en la morbilidad psiquiátrica de varones y mujeres, no se trata de patologías que por naturaleza se presenten más en cada género, sino que la identidad genérica y la segregación laboral se traducen en una vulnerabilidad particular; de esta manera, lo «femenino» y lo «masculino» pueden ser considerados factores de riesgo para patologías mentales específicas. En esta especificidad podemos considerar al género como la determinante de mayor peso pues como vimos, define a la otra determinante que es el trabajo; relación que tiene en el trabajo doméstico su mejor ejemplo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletines informativos. México: El Instituto; 1982, 1983, 1984.
2. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1986-1994) Cuadernos de Información Estadística. México: El Instituto; 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994.
3. Medina-Mora ME. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultado de una encuesta nacional en hogares. En: Instituto Mexicano de Psiquiatría, editor. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1994. p. 22-31.
4. Rascón M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. Salud Mental 1996;19(3):14-21.
5. Caraveo-Anduaga JJ, Martínez-Vélez NA, Rivera-Guevara BE, Dayan AP. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental 1997;20 (Supl 2): 15-23.
6. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. Epidemiologic Rev 1988;(10):87-121.

7. Sheldon B. The social and biological components of mental disorder: implications for services. *International Journal of Social Psychiatry* 1994; 40(2):87-105.
8. Seppo A, Hillevi A, Ilmo, K. Socioeconomic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. *British Journal of Social Psychiatry* 1995;40(2):87-105.
9. Andlauer P. El ejercicio de la medicina del trabajo. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1980.
10. Bermann S. El estudio de la salud mental en relación con el trabajo. Argentina: Editorial Paltex; 1993.
11. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;28(1):109-26.
12. Weich S, Sloggett LG. Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study. *Psychol Med* 2001;31(6):1055-64.
13. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Washington: Las Organizaciones; 1978.
14. Iribarren C, Sidney S, Jacobs DR, Weisner C. Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2000;35(7):288-96.
15. Robinson C, Stern F, Halperin W, Venable H, Petersen M, Frazier T, *et al* Assessment of mortality in the construction industry in the United States, 1984-1986. *Am J Ind Med* 1995;28(1):49-70.
16. Centro de Estudios y Asesoría en Salud/Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Mujer, trabajo y salud. Quito: Los Centros; 1994.
17. McAlpine DD, Mechanic D. Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Serv Res* 2000;35(1 Pt 2):277-92.
18. Timms D. Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Soc Sci Med* 1998;46(9):1235-47.
19. Schapira K, Linsley KR, Linsley A, Kelly TP, Kay DW. Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods: comparison of suicide in Newcastle upon Tyne 1961-1965 and 1985-1994. *Br J Psychiatry* 2001;(178):458-64.
20. Garduño MA, Márquez M. El estrés en el perfil de desgaste de las trabajadoras. *Cad Saude Publica* 1995;11(1):65-71.
21. Márquez M y Romero J. El desgaste de las obreras en la maquila electro-electrónica. *Salud Problema* 1988;(14):9-28.
22. González MA y Peña F. Condiciones de vida y salud de un grupo de jefas de familia de la delegación Tlalpan DF. *Salud Problema* 1996; (1):34-48.
23. Tosi A. Significaciones del trabajo doméstico y cotidianeidad en amas de casa. Subjetividad y salud mental. *Memorias del VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social*; 1997 marzo; Buenos Aires; Argentina.
24. Meler I. La salud mental de las mujeres. Situación actual y perspectivas futuras. *Memorias del VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social*; 1997 marzo; Buenos Aires; Argentina.
25. Delahanty G. Carácter e ideología. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.
26. Corona E. Identidades de género: en busca de una teoría. En: Consejo Nacional de Población, editor. *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I, México: El Consejo; 1994. p. 299-314.
27. Ruiz Velasco, ME. Subjetividad y trabajo en el mundo actual. *Revista Tramas: Subjetividad y procesos sociales* 1994 (6):37-52.
28. Hyland, ET. Small places, large issues. An introduction to social and cultural anthropology. London: Pluto Press; 1995. p. 111-128.
29. Schnaith N. Condición cultural de la diferencia psíquica de los sexos. En: Lamas M y Saal F. coordinadoras. *La bella (in)diferencia*. México: Siglo XXI Editores; 1998. p. 43-78.
30. García MI. El señor de las uvas. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 1997.
31. Moller S. Desigualdad de género y diferencias culturales. En: Castells C. compilador. *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona: Paidós; 1996. p. 185-206.
32. Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(3):102-311.

33. Doyal L y Gough I. A theory of human need. London: MacMillan; 1992.
34. Héritier F. La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres. *Alteridades* 1991;1(2):92-102.
35. Badinter E. XY La identidad masculina. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
36. Quintanar J. Lo masculino en la edad de la latencia. En: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, editor. *Psicología de lo masculino*. México: El Instituto; 1987. p. 70-86.
37. Levy R y Goldman B. Urgencias psiquiátricas. En: Goldman H. editor. *Psiquiatría general*. México: El manual moderno; 1996. p. 680-686. Levy R y Goldman B. Urgencias psiquiátricas. En: Goldman H. editor. *Psiquiatría general*. México: El manual moderno; 1996. p. 680-686.
38. Rocha LE y Debert-Ribeiro M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):34-89.
39. De Keijzer B. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E. Coordinadora. *Género y salud en el sureste de México*. Villa Hermosa: ECOSUR/UJAD; 1997. p. 67-81.