

Trabajo Fin de Grado / Gradu Amaierako Lana  
Grado en Medicina / Medikuntza Gradua

# **Análisis descriptivo de las urgencias psiquiátricas con perspectiva de género atendidas en el año 2019 en el Hospital Universitario de Cruces**

Autora /Egilea:  
**Naroa Onaindia Romero**  
Directora / Zuzendaria:  
**Margarita Sáenz-Herrero**

© 2021, Naroa Onaindia Romero

Cruces, 14 de abril de 2021 / Gurutzeta, 2021eko apirilaren 14a

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
2.	OBJETIVOS .....	8
2.1.	OBJETIVO PRINCIPAL .....	8
2.2.	OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	8
3.	HIPÓTESIS .....	8
4.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
4.1.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	10
4.2.	RECOGIDA Y GESTIÓN DE DATOS.....	10
4.3.	ASPECTOS ÉTICO LEGALES.....	10
5.	RESULTADOS .....	11
5.1.	PREVALENCIA POR SEXO .....	11
5.2.	EDAD MEDIA POR SEXO.....	11
5.3.	COMARCA DE PROCEDENCIA.....	11
5.4.	PREVALENCIA POR DIAGNOSTICOS AGRUPADOS Y SEXO .....	12
5.5.	INDICE DE PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA MEDEA .....	14
5.6.	PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA SEGÚN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ANATÓMICA, TERAPÉUTICA Y QUÍMICA (ATC) .....	15
5.7.	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS .....	18
6.	DISCUSIÓN .....	20
6.1.	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-19) .....	21
6.2.	TRASTORNO MENTAL COMUN.....	22
6.3.	TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	26
7.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	28
8.	CONCLUSIONES .....	29
9.	BIBLIOGRAFIA .....	31

## RESUMEN

**Introducción:** En el ámbito de la salud y también dentro de este ámbito, en el área de la salud mental, el sesgo de género es determinante a la hora de valorar la sintomatología clínica de la persona atendida dependiendo del sexo. Más allá de lo biológico, es necesario poner énfasis en lo multifactorial de las causas de las enfermedades y en la importancia de las diferencias sociales entre hombres y mujeres.

Hemos visto la necesidad de realizar este trabajo, con el fin de analizar la diferencia en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos según el sexo y objetivar si existen diferencias en la evaluación, diagnóstico y tratamiento en el servicio de urgencias psiquiátricas de Hospital Universitario de Cruces (HUC), ya que hay pocos estudios donde se han analizado las urgencias psiquiátricas desde una perspectiva de género.

**Materiales y métodos:** Nuestro estudio se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal con un corte retrospectivo, en el cual se analizarán distintas variables asociadas a los episodios ocurridos en el servicio de las urgencias psiquiátricas del HUC en el año 2019. Durante ese año, en total se registraron 3353 episodios en las urgencias psiquiátricas teniendo en cuenta que las/os usuarias/os que son atendidas/os en este servicio hospitalario proceden de distintas OSIs que suman aproximadamente 550.000 habitantes. Para el análisis estadístico de los datos recogidos se ha empleado el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21, calculándose las prevalencias estandarizadas de los trastornos psiquiátricos sobre la población de referencia para hombres y mujeres.

**Resultados:** Del total de 3353 episodios atendidos en las urgencias psiquiátricas del HUC en 2019, el 55,5% de episodios se dieron en mujeres frente al 44,5% en hombres, con una diferencia del %11. Casi la mitad de los casos atendidos, el 47,1% de los pacientes, sufría un trastorno neurótico, estresante y somatomorfo. Destaca la predominancia de los hombres en los trastornos mentales y del comportamiento debido a tóxicos con un 68,8%. En cambio, en las mujeres fue más prevalente el diagnóstico de trastornos del humor (afectivos) con un 68,6%, el diagnóstico de trastornos neuróticos, estresantes y somatomorfos con un 65,4% y por último, el diagnóstico de trastornos de personalidad con un 69,7%. En general, respecto al tratamiento, los hombres reciben más antipsicóticos ( $p < 0,001$ ) e hipnóticos (0,033) y las mujeres en

cambio, reciben más prescripciones de antidepresivos ( $p=0,001$ ). En la solicitud de pruebas complementarias, también existen diferencias significativas entre hombres y mujeres según el diagnóstico.

**Conclusión:** Con los datos obtenidos en las urgencias psiquiátricas del HUC del 2019, podemos pensar que existen diferencias en la actuación del profesional sanitario de las urgencias psiquiátricas según el sexo del o de la paciente, contribuyendo así a la perpetuación de perfiles masculinos y perfiles femeninos en las patologías mentales. Como consecuencia, las personas son atendidas y tratadas de forma diferente y percibidas de distinto modo de gravedad en función de su sexo. Por todo esto, es necesario que los/las profesionales sanitarios/as asimilen la importancia de la perspectiva de género y obtengan un enfoque más interseccional en la práctica clínica.

## 1. INTRODUCCIÓN

Fue el antropólogo John Money en 1955 cuando utilizó por primera vez el concepto “género” como categoría de análisis y propuso el término “rol de género” para diferenciar el comportamiento asignado socialmente a los hombres y las mujeres, abriendo así, nuevos caminos en la antropología feminista y categoría de género. (1)

Desde el punto de vista de la antropología, el género ha sido definido como la interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferenciación sexual. Según planteó la antropóloga Rubin un sistema de sexo/género dan significado a la conducta de las personas en función de su sexo. (2)

Para la psicología, el concepto “género” es la elaboración adquirida de atributos que cada sociedad atribuye a cada individuo basándose en las características biológicas y ligando esas características propias a la feminidad o masculinidad. Así lo expuso también Dio Bleichmar en 1985 refiriéndose al género como la construcción psicosocial de lo femenino y lo masculino. (3)

Para comenzar a profundizar en la perspectiva de género, es importante tener clara la diferencia de los siguientes dos términos: sexo y género. El sexo es biológico y fisiológico, a cada persona se le asigna nada más nacer por sus órganos sexuales principalmente y también por las hormonas y genes que determinan sus características físicas. En cambio, el género hace referencia a la construcción social y cultural. Se trata de los roles, las responsabilidades y las oportunidades que cada sociedad asigna al hombre y a la mujer por su sexo, determinando así sus relaciones socioculturales a lo largo de su vida.

Estas relaciones de género cumplen con unas características específicas. Como bien hemos mencionado anteriormente, es la sociedad quien crea y asigna un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales y formas de comportamiento a hombres y mujeres, siendo específicas en cada sociedad o cultura. Las relaciones de género cambian a lo largo del tiempo ya que con el cambio de la sociedad y de la cultura, estos roles también se van actualizando.

De estas características nacen, por consiguiente, la identidad de género y los estereotipos de género. La identidad de género es la percepción que tiene cada persona sobre sí misma en cuanto al género y esta percepción no está ligada obligatoriamente a las características sexuales; por lo tanto, la identidad de género es cómo actuamos, cómo se nos percibe y cómo nos sentimos con nosotros mismos. Los estereotipos de género en cambio, son el conjunto de creencias o ideas preconcebidas sobre las características consideradas apropiadas para mujeres y hombres, los atributos de feminidad para las primeras y las masculinas para los segundos.

Con el tiempo, estas características se naturalizan y se asumen como verdades. De ahí la importancia de la **perspectiva de género** ya que esta, implica asumir que los fenómenos sociales, económicos, políticos e ideológicos no son neutros (4). Los impulsores de la perspectiva de género fueron diferentes departamentos de universidades norteamericanas, con los siguientes estudios: Women Studies y Gender Studies. (5)

Los roles y estereotipos jerarquizados de género mantenidos y perpetuados a través del sistema patriarcal actual, contribuyen en las desigualdades de género y diferencias de situación entre mujeres y hombres en los distintos ámbitos de la vida, donde el ámbito de la salud no es una excepción.

Las desigualdades de género ocurridas en el ámbito de la salud es una realidad según el Observatorio de Salud de la Mujer, que refiere que el conocimiento científico en la salud sufre un sesgo de género, afectando así a la equidad entre hombres y mujeres respecto al conocimiento de los determinantes de la salud y a la calidad asistencial y de cuidados. (6)

Por su parte, La Sociedad Americana de Mujeres Médicas define el sesgo de género en el ámbito de las ciencias médicas como la diferencia entre ambos sexos en el tratamiento de un mismo diagnóstico clínico, que puede acarrear consecuencias negativas, positivas o neutras para la salud. (7)

### **La participación de las mujeres en los ensayos clínicos**

La epistemología de estudios de género apunta que el androcentrismo puede estar en el origen de esta falta de equidad de género en la práctica médica. La ciencia de la salud, al igual que otras ciencias y espacios sociales, han sido construidas desde un

punto de vista androcéntrico, excluyendo así a las mujeres de las investigaciones médicas, generando así un único patrón de la salud, el masculino, aplicado después de la misma forma a las mujeres. (8)

La endocrinóloga Carme Valls-Llobet ya expuso que los ensayos clínicos sólo incluyen un 24,6% de mujeres y sólo se ha realizado un análisis específico de género en un 14% de los ensayos (9). Una de las causas de la poca representación de las mujeres en los ensayos clínicos de fármacos, ha sido la preocupación de las implicaciones ginecológicas y reproductivas que pudiesen causar los fármacos a las mujeres. Pero si se quiere estudiar los efectos que puedan producir los fármacos en ellas, es imprescindible incorporarlas a los estudios clínicos ya que existen diferencias en la farmacocinética de los fármacos según el sexo de la persona. Aunque sea necesario el incremento de mujeres en la participación, no es suficiente; también se necesita incorporar un análisis específico por sexo para que las diferencias entre sexos sean valoradas adecuadamente. (10)

A parte de la falta de participación de las mujeres en los ensayos clínicos, Carme también aporta otra forma de sesgo de género en la salud, que es la medicalización excesiva de procesos naturales, como la menstruación o la menopausia.

Entre otras cuestiones que también deberían de incorporar las investigaciones, están las cuestiones relacionadas con las condiciones de vida y trabajo y la violencia de género que sufren las mujeres en todas sus expresiones y las consecuencias que pueden tener estas variables en la salud mental.

La invisibilización de la salud de las mujeres, por lo tanto, es un hecho y es consecuencia del androcentrismo y del modelo biomédico.

### **Peor salud mental en mujeres**

A medida que en la sociedad va ganando terreno la conciencia feminista, en el campo de la salud también el análisis de género ha ido ganando espacio y a día de hoy, se reconoce la falta de perspectiva de género, la inequidad y sus consecuencias en la salud de las mujeres, sin olvidar las diferencias biológicas de los hombres y las mujeres. El análisis de género estudia las desigualdades que se puedan dar en la salud provenientes de las diferencias construidas socialmente, la distribución de roles y relaciones de

poder entre hombres y mujeres y otros factores como el nivel socioeconómico y educacional. (11)

En numerosos estudios clínicos y encuestas sobre la salud, se ha evidenciado peor salud mental en las mujeres. Analizando los datos de la Encuesta Nacional de la Salud de España (ENSE) 2017, es visible en concordancia con el ámbito internacional, que la mala salud mental de las mujeres fue de un 23,4% y el de los hombres de un 15,6%, cumpliéndose esta superioridad en todos los grupos de edad, convirtiéndose significativa la diferencia en las mayores de 75 años, de >30%. La probabilidad de diagnóstico de depresión o ansiedad es el doble en mujeres y la prevalencia de depresión en mujeres de 60-70 años incluso es mayor que la de la mala salud detectada por el cuestionario del malestar psicológico GHQ-12. (12)

Si estos datos los analizamos en la Comunidad Autónoma Vasca, la Encuesta de Salud del País Vasco del 2018, analizó el estado de salud mental desde la interseccionalidad de género, edad o clase social y el nivel educativo. Los datos apuntan que las mujeres en la CAV tienen un riesgo 1,86 veces superior a los hombres de sufrir ansiedad o depresión y esta prevalencia se triplica cuando analizamos los datos en mayores de 80 años. En el análisis por clase social, los diagnósticos de depresión o ansiedad son más frecuentes en la clase social de trabajadoras/es manuales según la clasificación de Goldthorpe y aumenta en la población con bajo nivel educativo, aunque en estos últimos, el uso de psicofármacos es menor. (13)

### **El reduccionismo etiológico y la interseccionalidad**

Para poder dar una explicación a los resultados de estas investigaciones y a las diferencias encontradas en la salud mental entre las mujeres y los hombres, es necesario analizar estas diferencias desde un punto de vista tanto biológica como ambiental y así, investigar hasta qué punto tiene influencia en el diagnóstico etiológico el género o la posesión de un organismo sexual específico. Por tanto, si la causa de las enfermedades es multifactorial en base a lo biológico, psicológico, social, laboral, cultural y medioambiental, no podemos reducir todo el malestar a una sola causa etiológica ya que eso sería un reduccionismo etiológico que conlleva muchas veces diagnosticar a las mujeres de una manera limitada. (14)

Dado que vivimos en una sociedad donde cada individuo es tratado en función de la

construcción de su identidad, en la masculinidad o feminidad, el barómetro utilizado en psiquiatría para medir el sufrimiento psicológico, puede acarrear sesgos de género. A cada patrón hegemónico de identidad se le atribuye una serie de características, así como de la mujer se espera que sea hipersensible, complaciente y emocional, al hombre se le asigna los patrones de masculinidad, como son la seguridad y la agresividad. Si recurrimos al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) la hipersensibilidad femenina se relaciona con los síntomas de depresión, mientras la seguridad y la autonomía masculina se clasifican como síntomas saludables, obviando otros síntomas cognitivos o afectivos que se puedan expresar en los hombres.

Esto puede repercutir en la expresión masculina a la hora de rechazar cualquier síntoma de debilidad o emocional, enfrentándose al malestar psicológico mediante la agresividad o consumiendo sustancias tóxicas, enmascarando así menores tasas de depresión y ansiedad en hombres. Por lo tanto, habría que analizar si realmente la masculinidad es factor protector frente a la depresión y ansiedad, o es el efecto de enmascaramiento mencionado anteriormente.

La salud mental empeora de forma paralela con el empeoramiento de la condición de vida, ya que sufrir bajo nivel educativo, clase social o falta de apoyo se asocia a peor salud mental. En la sociedad que vivimos, la mujer y el hombre ocupan distintos espacios en relación al poder y es la mujer quien sufre peores condiciones de trabajo y vida. Entre estas desigualdades, son evidentes la segregación en los espacios de trabajo y de toma de decisiones, la mayor carga de trabajo en el hogar y de cuidados, mayor exclusión social y la discriminación sexista y mayor exposición a situaciones de violencia de género.

En relación al papel de la mujer como cuidadora y a su dedicación a mayor número de horas de trabajo doméstico, en Euskadi las mujeres dedican una media de 22 horas semanales al trabajo de cuidado no remunerado y los hombres dedican una media de 13 horas independientemente de la clase social (15)

La mayor carga en las relaciones de cuidado, requiere muchas veces una implicación emocional a parte de la personal, médica y doméstica por lo que las mujeres que

trabajan en este tipo de trabajo experimentan niveles altos de estrés y preocupación y en consecuencia, mayor variabilidad en las respuestas emocionales. (16)

En las encuestas se ha podido evidenciar, que las mujeres que se dedican a las tareas domésticas valoran significativamente peor su salud que las que trabajan en el mercado laboral, manteniéndose esta relación tras eliminar el efecto de la clase social. (17)

Los hombres tampoco son inmunes al régimen patriarcal creado en torno a la cis-normatividad y la heterosexualidad, implicándoles una peor salud mental a aquellos que incumplan los patrones dominantes de identidad y sexualidad.

Por todo esto, en el estudio de la salud mental con perspectiva de género debe haber un enfoque interseccional para ahondar entre las distintas identidades y sistemas de opresión.

### **Las diferencias en el proceso de medicalización**

La medicalización y patologización de la mujer ha sido una práctica impulsada y alimentada por el androcentrismo, convirtiéndolas sujetos vulnerables a la medicalización y a la coerción sobre sus cuerpos por parte de las instituciones médicas.

En la medicina ginecológica, la utilización de anticonceptivos orales se ha convertido en el tratamiento estrella para los trastornos asociados a la menstruación e incluso se han recetado únicamente como anticonceptivos a pesar de sus efectos adversos. Dentro de estos efectos secundarios, los de segunda generación (levonorgestrel) y los de tercera generación (desogestrel o gestodeno) carecen de ensayos clínicos randomizados para evaluar sus riesgos a corto, medio y largo plazo. Un estudio realizado a gran escala con 100.000 participantes durante 4-5 años por el proyecto “Women’s Health Initiative” (18) demostró que las dosis altas y continuadas de terapia hormonal sustitutiva con anticonceptivos, produce mayor riesgo de sufrir distintos tipos de tumores como el cáncer de mama y de endometrio y de otras patologías como la cardiovascular y la biliar. Además, no han sido estudiados el efecto de autoinmunidad que pueden producir los anticonceptivos por su efecto en el incremento en los niveles de estrógeno, ya que el estrógeno puede estimular la respuesta inmunitaria y desencadenar enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso y la tiroiditis autoinmune.

En el ámbito de la salud mental, en España, las mayores consumidoras de los psicofármacos son las mujeres, con un porcentaje muy elevado (>85%). Como hemos comentado previamente, la ansiedad y la depresión son el doble de prevalentes en mujeres por lo que el porcentaje de los psicofármacos no concuerdan con la prevalencia de la enfermedad (9).

Los datos demuestran que es muy probable que las mujeres en su primera consulta a un especialista o a su médico de familia, reciban algún psicofármaco ya sean antidepresivos o ansiolíticos. La desigualdad en la prescripción de psicofármacos aumenta con la edad. Existen muy pocas investigaciones acerca de la medicalización en mujeres más jóvenes, pero una de las más recientes y cercanas es la del Instituto Deusto de Drogodependencias. Este estudio expone que los problemas afectivos de pareja, la violencia de género de tipo psicológico hasta de carácter físico o sexual, la autoexigencia en el ámbito escolar y hasta testimonios de chicas que desde muy jóvenes son sometidas a cuidados, son desencadenantes del proceso de medicalización que sufren las mujeres desde edades muy tempranas y que, en muchos casos, tienden a la cronificación. (13)

Por último, si ponemos el foco de atención en las diferencias encontradas en torno a niveles de discapacidad que las enfermedades mentales puedan generar en los hombres y las mujeres, la Encuesta Nacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías refleja que la tasa de hombres discapacitados por trastornos mentales es mayor que el de las mujeres y además se distribuyen más por criterios de productividad que por la de repercusión en la calidad de vida de las personas. Es tal la relevancia de la salud mental en la discapacidad, que las estimaciones para el 2020, auguraban que la depresión sería la segunda causa de discapacidad y la primera en mujeres (19).

Con este trabajo nuestro objetivo es analizar las urgencias psiquiátricas del 2019 en el Hospital Universitario de Cruces desde la perspectiva de género. Es imprescindible esta perspectiva para detectar las diferencias que puedan suceder en la valoración de diagnóstico y en el tratamiento y manejo de trastornos mentales en hombres y mujeres.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO PRINCIPAL**

El objetivo principal que perseguimos con este trabajo es evaluar las diferencias en la valoración de las urgencias de Salud Mental y psiquiátricas en el Hospital Universitario de Cruces.

### **2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS**

Entre otros objetivos que nos hemos propuesto se encuentran:

- Analizar la prevalencia de las principales categorías diagnósticas según el sexo.
- Estudiar cada categoría diagnóstica y analizar si existen perfiles masculinos o femeninos en las categorías analizadas.
- Conocer si las/os profesionales sanitarios ante un mismo grupo diagnóstico actúan de manera equitativa o desigual en la actuación asistencial según el sexo de la persona atendida.
- Evaluar las pruebas complementarias realizadas en cada categoría diagnóstica y analizar si se encuentran diferencias entre hombres y mujeres.
- Evaluar tanto la prescripción farmacológica prescrita desde el Servicio de Urgencias en cada categoría diagnóstica y analizar si se encuentran diferencias entre hombres y mujeres.

## **3. HIPÓTESIS**

En las enfermedades mentales, como en el resto de enfermedades y problemas de salud, los factores ambientales, en los cuales se encuentran los factores sociales y culturales, juegan un papel importante en el desarrollo y transcurso de estas enfermedades. Las mujeres y los hombres, desde que se les asigna un sexo u otro, están expuestos a distintos roles de género y estas diferencias sociales hacen mella a la hora de expresar la sintomatología clínica de distintas patologías psiquiátricas.

Según distintos análisis de los resultados de la asistencia sanitaria psiquiátrica, ya sea de forma ambulatoria o en las urgencias, han puesto en evidencia que es más probable

que a una mujer en la primera visita médica se le diagnostique un trastorno psicosomático como la ansiedad o la depresión que a un hombre. Muchos de estos diagnósticos se hacen solo en base a la atribución de los síntomas y eso hace que el exceso de diagnósticos de estas patologías entre mujeres genere más prescripciones de psicofármacos a las mujeres que a los hombres.

En nuestro trabajo nos centraremos en valorar las urgencias psiquiátricas y cómo los profesionales de urgencias tienden a percibir de distinto modo la gravedad de la patología mental en los hombres y las mujeres.

#### **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

Este trabajo se basa en un estudio descriptivo observacional y transversal con un corte retrospectivo, basándose en los datos de las urgencias psiquiátricas del servicio de urgencias del Hospital Universitario de Cruces del año 2019.

El Hospital Universitario de Cruces acoge y da asistencia a los cerca de 550.000 habitantes de las OSIs de Ezkerraldea-Enkarterri, Barakaldo-Sestao y Uribe-Kosta a los que presta servicios sanitarios hospitalarios. No obstante, el Hospital Universitario de Cruces no se limita a dar asistencia únicamente a dicha población, extendiéndose geográficamente más allá de estos límites y convirtiéndose en un centro de referencia en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV).

Con los datos recogidos de las historias clínicas de las urgencias psiquiátricas del año 2019, se analizaron distintas variables observando así la existencia o no de valores significativos. Entre las variables estudiadas se presentan las siguientes:

- Variables sociodemográficas: El sexo de las personas atendidas, la edad media de las personas atendidas en las urgencias psiquiátricas según el sexo, la comarca de procedencia de los usuarios y el índice de derivación socioeconómica MEDEA según el sexo.
- Variables clínicas: número total de episodios atendidos, diagnósticos agrupados en la guía de clasificación de patología mental CIE-10, prescripción farmacológica durante la estancia en urgencias según la clasificación

internacional por códigos ATC y pruebas complementarias (analíticas y pruebas de imagen radiológicas) totales realizadas en cada subgrupo.

#### **4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis estadístico de los datos recogidos se ha empleado el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21. De este modo, se calculan las prevalencias estandarizadas por edad de los trastornos psiquiátricos sobre la población de referencia para hombres y mujeres. En el caso de variables cuantitativas, se comprobó el ajuste de normalidad de las variables con el test de Kolmogorov-Smirnov y se calcularon medias y desviaciones estándar, así como la comparación entre medias que se realiza través de las pruebas de t de Student, U de Mann-Whitney o Ji cuadrado, según corresponda. Para el análisis de las variables categóricas, los datos se presentaron en frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el estadístico Chi cuadrado.

#### **4.2. RECOGIDA Y GESTIÓN DE DATOS**

El año 2019 se registraron un total de 3353 episodios de urgencias psiquiátricas en el Hospital Universitario de Cruces basándonos en los datos aportados por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Universitario de Cruces. La recogida de estos datos y su gestión se hizo en base al reglamento general vigente (UE) 2016/679 de protección de datos. Una vez adquiridos los datos, la gestión se hizo totalmente de manera anónima, asignando a cada episodio recogido un valor numérico, consiguiendo así salvaguardar la confidencialidad de la información que pueda permitir la identificación de los sujetos participantes.

#### **4.3. ASPECTOS ÉTICO LEGALES**

Para realizar este estudio nos hemos acogido al principio de Buenas Prácticas Clínicas de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, obteniendo así la aprobación necesaria por un comité institucional, en concreto, de la Comisión Ética de Investigación Clínica del HUC.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. PREVALENCIA POR SEXO

En el 2019, en el Hospital Universitario de Cruces fueron atendidos 3353 episodios de urgencias psiquiátricas con 2527 episodios de casos primarios y con 826 casos duplicados. La mayoría de episodios se dieron en mujeres, 1861 (55,5%) episodios frente a 1492 casos en hombres (44,5%), con una diferencia de un 11%.

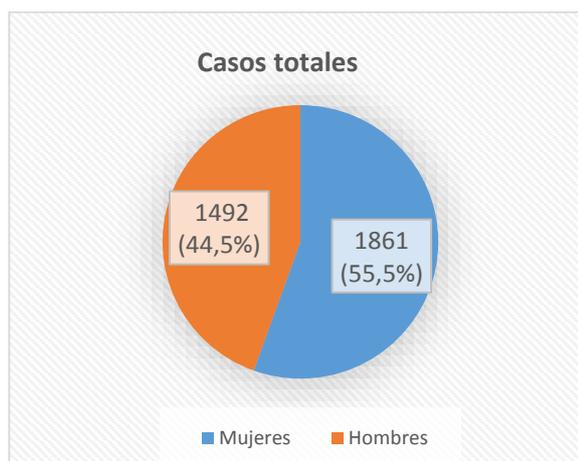


Figura 1. Prevalencia por sexo

### 5.2. EDAD MEDIA POR SEXO

Analizando la edad media de las personas atendidas según su sexo, la edad media de las mujeres fue de 46,57 años ( $\pm 19,15$  años) y la de los hombres de 44,53 años ( $\pm 17,98$  años).

Las diferencias encontradas en la edad media de los pacientes según el sexo fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

### 5.3. COMARCA DE PROCEDENCIA

Como hemos mencionado anteriormente, el Hospital Universitario de Cruces da asistencia a usuarios de distintas OSIs de la CAV pero el 88% de las urgencias psiquiátricas atendidas en este hospital, corresponden al área de atención de referencia incluyendo la OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces (1141 personas atendidas, el 34,9%),

OSI Barakaldo-Sestao (922 pacientes, el 28,2%) y OSI Uribe-Kosta (816 pacientes, el 24,9%).

Las siguientes OSIs con mayor porcentaje de usuarios atendidos, fueron la OSI Bilbao-Basurto (222 pacientes, el 6,8%) y la OSI Barrualde-Galdakao (89 pacientes, el 2,7%), en este orden.

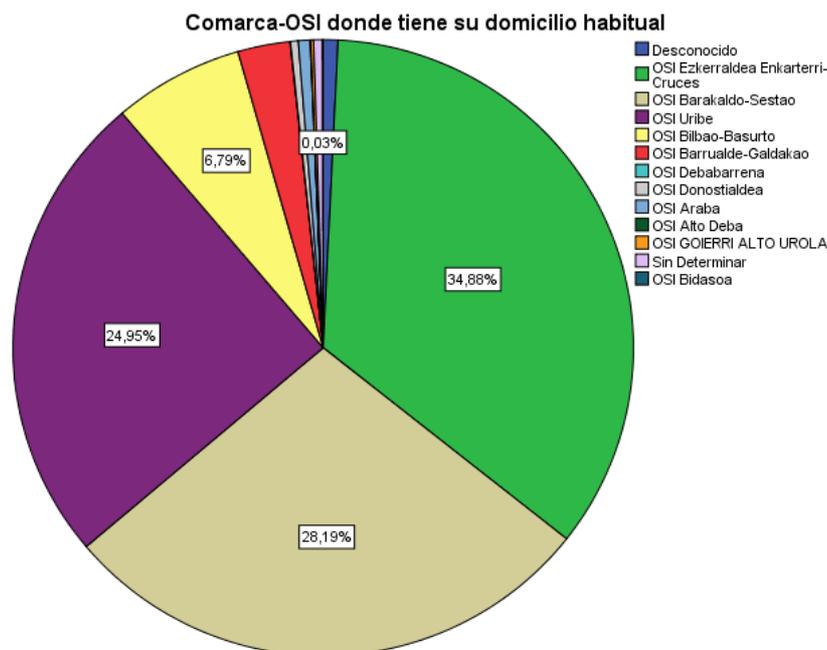


Figura 2. Distribución por OSIs.

#### 5.4. PREVALENCIA POR DIAGNOSTICOS AGRUPADOS Y SEXO

Entre los 3353 episodios de urgencias psiquiátricas del 2019 en el HUC, casi la mitad de los casos atendidos, el 47,1% de los pacientes, sufría un trastorno neurótico, estresante y somatomorfo (F40-48 según las categorías diagnosticas codificadas en la guía de clasificación internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la salud, CIE-10).

Con el 14,3% y con el 14% respectivamente, las siguientes categorías diagnosticas más prevalentes fueron los trastornos mentales y del comportamiento debido a tóxicos (F10-19) y los trastornos de espectro esquizofrenia (F20-29).

Otras dos entidades con un porcentaje significativo de diagnóstico fueron los trastornos de humor (afectivos, F30-39) con un 8,6% y los trastornos de comportamiento en la infancia/adolescencia (F90-98) con un 6,9%.

El porcentaje de prevalencia del resto de categorías diagnósticas se pueden observar en la siguiente figura.

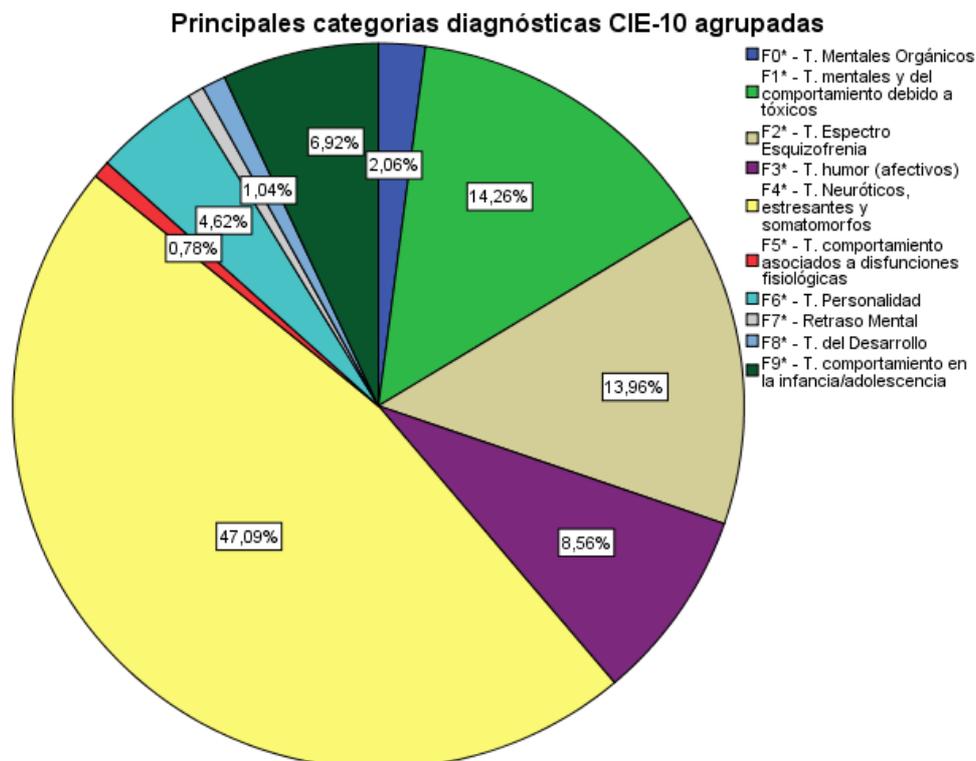


Figura 3. Prevalencia de categorías diagnósticas según CIE-10

Analizando estos datos según el sexo y distribuyendo las categorías diagnósticas de patología mental por separado, se puede observar que existen grupos de diagnóstico con mayor diferencia de prevalencia entre los dos grupos analizados. Destaca la predominancia de los hombres en los trastornos mentales y del comportamiento debido a tóxicos con un 68,8%. En cambio, en las mujeres es más prevalente el diagnóstico de trastornos del humor (afectivos) con un 68,6%, el diagnóstico de trastornos neuróticos, estresantes y somatomorfos con un 65,4% y por último, el diagnóstico de trastornos de personalidad con un 69,7%.

A continuación, en la figura 4 se muestra la distribución de los diagnósticos de las urgencias psiquiátricas del 2019 con mayor diferencia entre sexos.

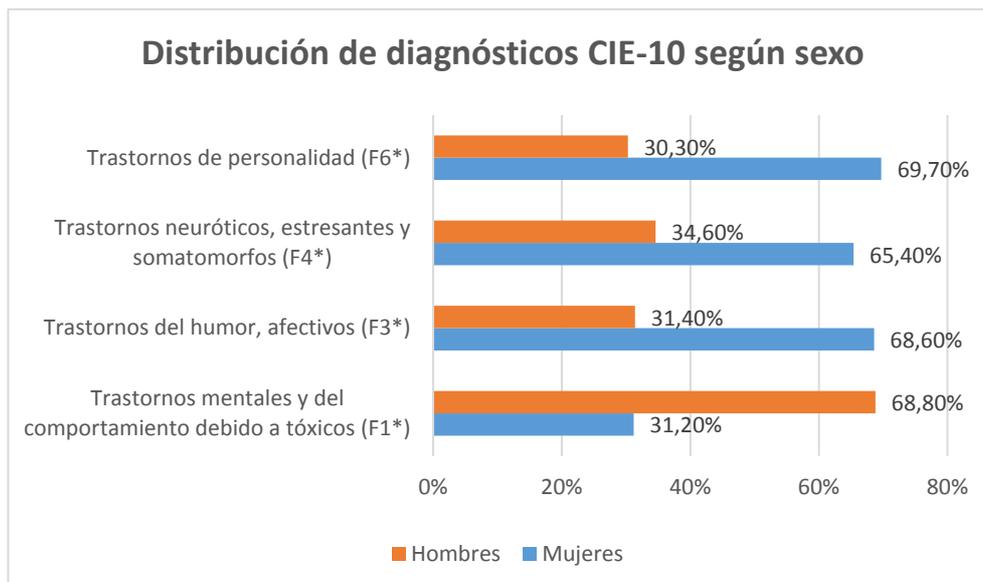


Figura 4. Diagnósticos CIE-10 según sexo.

## 5.5. INDICE DE PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA MEDEA

Los datos recogidos de los pacientes de urgencias psiquiátricas respecto al índice de privación socioeconómica MEDEA no fue del todo exitosa ya que, del total de episodios, en 1194 casos no fue posible la obtención del índice.

De la información obtenida durante la anamnesis de los pacientes se observó que entre los pacientes atendidos ese año, el índice de desfavorecido era más prevalente que el índice de favorecido. Si el índice de MEDEA se representa del 1 (muy desfavorecido) al 5 (muy favorecido), los grupos con mayor porcentaje fueron los más desfavorecidos, como bien se puede observar en la figura 5, los muy desfavorecidos fueron el 31,6% frente a los más favorecidos con un 15%.

Estos datos extrapolados según el sexo del paciente no fueron estadísticamente significativos ( $p=0,726$ ).

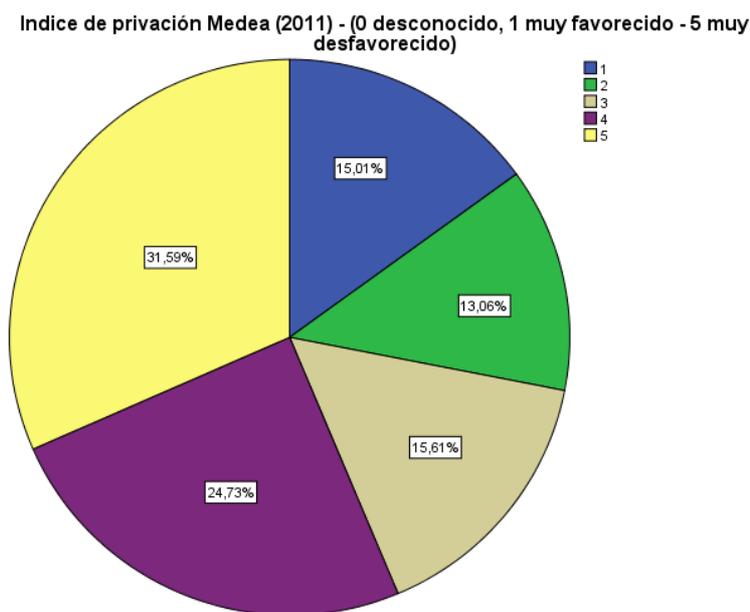


Figura 5. Índice de privación MEDEA

## 5.6. PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA SEGÚN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ANATÓMICA, TERAPÉUTICA Y QUÍMICA (ATC)

Entre los distintos tipos de fármacos recetados y pautados en las urgencias psiquiátricas podemos observar diferencias entre los pautados a mujeres y los recetados a hombres, siendo o no estadísticamente significativas estas diferencias.

El primer grupo farmacológico con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) es el grupo de los antipsicóticos, que es prescrito más veces en hombres (19,5%) que en mujeres (13,5%). En la prescripción de hipnóticos, la mayoría de consumidores también son hombres con una diferencia significativa ( $p = 0,033$ ). Las mujeres, sin embargo, reciben más prescripciones de antidepresivos ( $p = 0,001$ ), siendo el 6,9% de las mujeres usuarias de estos fármacos frente al 4,2% de hombres. Por último, las mujeres son usuarias más asiduas de ansiolíticos, aunque este resultado no sea significativo.

Estos resultados pueden variar si analizamos las prescripciones farmacológicas según el diagnóstico. A continuación, agruparemos los principales diagnósticos de atención bajo 4 grandes categorías y analizaremos grupo a grupo las diferencias entre la

prescripción farmacológica en urgencias en estos grupos teniendo en cuenta la variable del sexo:

### Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)

En esta categoría se incluyen los trastornos mentales y del comportamiento debido a tóxicos (Categoría F10-19 de la CIE-10). Aunque hayamos visto que este tipo de trastornos es más frecuente en hombres dentro de la categoría diagnóstica, no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de los tratamientos entre hombres y mujeres.

	Antipsicóticos	Ansiolíticos e hipnóticos	Antidepresivos
<b>Mujeres</b>	10 (10,1%)	20 (13,4%)	6 (4%)
<b>Hombres</b>	33 (10%)	54 (16,4%)	7 (2,1%)
<b>Diferencias estadísticas (p)</b>	0,999	0,495	0,239

Figura 6. Prescripción farmacológica en TUS según sexo. (% dentro del sexo del paciente)

### Trastorno Mental Común (TMC)

Los Trastornos mentales comunes hacen referencia a los desórdenes emocionales muy presentes en Atención Primaria, y en las urgencias generales.

Esta categoría incluye distintos tipos de trastornos como los trastornos neuróticos, estresantes y somatomorfos (F40-48) y otros no especificados (F32.9, F33.9, F34.1 y F39) de la CIE-10. Son los trastornos más prevalentes, sobre todo, los trastornos de ansiedad, reacciones adaptativas, somatizaciones y trastornos del ánimo leve y moderadas.

Como en la anterior categoría, en esta tampoco se objetivaron diferencias estadísticamente significativas, aunque si se visualizó mayor tendencia a prescribir antidepresivos en mujeres ( $p=0,054$ ).

	Antipsicóticos	Ansiolíticos e hipnóticos	Antidepresivos
<b>Mujeres</b>	48 (4,2%)	337 (29,2%)	42 (3,6%)
<b>Hombres</b>	21 (3,6%)	168 (29%)	11 (1,9%)
<b>Diferencias estadísticas (p)</b>	0,696	0,955	<b>0,054*</b>

Figura 7. Prescripción farmacológica en TMC según sexo. (% dentro del sexo del paciente)

### Trastorno Mental Grave (TMG)

El Trastorno Mental Grave acoge en él, los trastornos del espectro de la esquizofrenia (F20-29) y los trastornos del humor (F30-39, menos F32.9, F33.9, F34.1 y F39 no especificados) de la CIE-10. En esta categoría sí se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de antidepresivos, con mayor porcentaje de prescripción en las mujeres ( $p=0,009$ ).

	Antipsicóticos	Ansiolíticos e hipnóticos	Antidepresivos
<b>Mujeres</b>	113 (43%)	102 (38,8%)	30 (11,4%)
<b>Hombres</b>	152 (45,4%)	140 (41,8%)	18 (5,4%)
<b>Diferencias estadísticas (p)</b>	0,563	0,502	<b>0,009*</b>

Figura 8. Prescripción farmacológica en TMG según sexo. (% dentro del sexo del paciente)

Si analizamos específicamente el uso de antidepresivos en los trastornos del espectro de la esquizofrenia (F20-29), hemos podido observar que existen diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de antidepresivos entre hombres y mujeres (11% en mujeres y 5% en hombres,  $p=0,003$ ).

### Trastornos de Personalidad (TP)

Esta categoría es la equivalente a los trastornos de personalidad (F60-F69) de la CIE-10. Como hemos podido ver en el apartado de prevalencia de categorías diagnósticas del CIE-10, los trastornos de personalidad son más frecuentes en las mujeres con un 69,7%. Se han podido observar mayores tasas de prescripción de ansiolíticos a mujeres con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,029$ ).

	Antipsicóticos	Ansiolíticos	Antidepresivos
<b>Mujeres</b>	26 (24,1%)	46 (42,6%)	28 (25,9%)
<b>Hombres</b>	15 (31,9%)	11 (23%)	10 (21,3%)
<b>Diferencias estadísticas (p)</b>	0,327	<b>0,029*</b>	0,685

Figura 9. Prescripción farmacológica en TP según sexo. (% dentro del sexo del paciente)

## 5.7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Entre las pruebas complementarias realizadas en las urgencias psiquiátricas, la diferencia entre sexos varía según los diagnósticos categóricos de la CIE-10 (ya mencionados anteriormente). A continuación, desglosaremos las pruebas complementarias realizadas según diagnóstico y analizaremos las diferencias obtenidas en la recogida de datos.

### Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)

- Pruebas de imagen: En total, se solicitaron 121 pruebas de imagen en urgencias donde la mayoría de pruebas fueron solicitadas a hombres. Entre los hombres el 28,3% fue sometido a una prueba de imagen a diferencia de las mujeres, que fueron un 18,8%. Este resultado fue estadísticamente significativo **p=0,031**.

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	28 (18,8%)	93 (28,3%)
<b>NO</b>	121 (81,2%)	236 (71,7%)

Figura 10. Pruebas de imagen solicitadas en TUS según sexo.

- Analíticas: La diferencia en la realización de analíticas entre mujeres y hombres también fue estadísticamente significativo (**p=0,003**), pero en este caso a los hombres se les realizó menos analíticas que a las mujeres en proporción.

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	123 (82,6%)	230 (69,9%)
<b>NO</b>	26 (17,4%)	99 (30,1%)

Figura 11. Analíticas solicitadas en TUS según sexo.

### Trastorno Mental Común (TMC)

- Pruebas de imagen: Existen diferencias estadísticamente significativas (**p=0,017**) en la solicitud de pruebas de imagen en urgencias, siendo a los hombres a los que se les solicita más pruebas de imagen en porcentaje en la misma categoría diagnóstica.

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	128 (11,1%)	88 (15,2%)
<b>NO</b>	1028 (88,9%)	492 (84,8%)

Figura 12. Pruebas de imagen solicitadas en TMC según sexo.

- Analíticas: En la petición de analíticas en cambio, no se observan diferencias significativas estadísticamente ( $p=0,060$ ), aunque si existe una tendencia mayor de petición de analíticas a hombres.

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	186 (16,1%)	115 (19,8%)
<b>NO</b>	970 (83,9%)	465 (80,2%)

Figura 13. Analíticas solicitadas en TMC según sexo.

### Trastorno Mental Grave (TMG)

- Pruebas de imagen: A diferencia del Trastorno Mental Común, en el Trastorno Mental Grave, son las mujeres las que reciben más solicitudes de pruebas de imagen con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,019$ ).

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	73 (27,8%)	65 (19,4%)
<b>NO</b>	190 (72,2%)	270 (80,6%)

Figura 14. Pruebas de imagen solicitadas en TMG según sexo.

- Analíticas: En la petición de analíticas, no existen diferencias entre hombres y mujeres ( $p=0,466$ ).

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	105 (39,9%)	123 (36,7%)
<b>NO</b>	158 (60,1%)	212 (63,3%)

Figura 15. Analíticas solicitadas en TMG según sexo.

### Trastornos de Personalidad (TP)

En esta categoría diagnóstica no se objetivan diferencias estadísticamente significativas en la petición de las pruebas complementarias de pruebas de imagen y analíticas.

- Pruebas de imagen: No hay diferencias significativas ( $p > 0.005$ ).

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	2 (1,9%)	1 (2,1%)
<b>NO</b>	106 (98,1%)	46 (97,9%)

Figura 16. Pruebas de imagen solicitadas en TP según sexo.

- Analíticas: No hay diferencias significativas ( $p > 0.005$ ).

	Mujer	Hombre
<b>SI</b>	19 (17,6%)	7 (14,9%)
<b>NO</b>	89 (82,4%)	40 (85,1%)

Figura 17. Analíticas solicitadas en TP según sexo.

## 6. DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos desde las urgencias psiquiátricas del Hospital Universitario de Cruces del año 2019, podemos observar la existencia de diferencias a la hora de diagnosticar, tratar y atender a hombres y mujeres en ciertas patologías mentales.

La escasez de estudios clínicos en referencia a la falta de perspectiva de género en este ámbito nos abre un nuevo camino de investigación y nos plantea la necesidad de incorporar dicha perspectiva para intentar entender las causas de estas diferencias entre hombres y mujeres, tanto en la prevalencia de cada categoría diagnóstica como en la respuesta que se da en cada una de ellas.

## **6.1. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-19)**

Entre los grupos diagnósticos analizados, es el único grupo con predominancia clara de hombres casi con el 70%.

Para poder entender la disparidad ocurrida en los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres, es necesario poner el punto de mira en las diferencias y desigualdades que ocurren en el consumo de drogas. La clave de estas diferencias se puede traducir en la socialización diferencial, ya que esta, determina el modo que tienen de actuar, pensar y expresar mujeres y hombres, dando como resultado un patrón de consumo masculino y otro femenino.

En un estudio realizado por la Fundación Atenea a nivel nacional entre 1995-2013, se analizó entre otras cuestiones, la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años según sexo. Se concluyó que mayoritariamente los consumidores de las sustancias psicoactivas son hombres, exceptuando en el caso de los ansiolíticos que la mayoría son mujeres, pero en el resto de grupos de psicoactivos esta mayoría masculina es indiscutible. Por otro lado, centrándonos en los trastornos mentales y del comportamiento a causa de estas sustancias, a la hora de buscar ayuda terapéutica en el consumo problemático, las diferencias entre hombres y mujeres aumentaban casi al 80%. Las mujeres solicitan más tarde la ayuda asistencial por lo que su drogadicción tiene peor pronóstico y mayor gravedad a la larga. Esto se debe a que las mujeres tienden a ocultar el consumo y la adicción que sufren, ya sea por la estigmatización social que existe hacia ellas o por el miedo a la exclusión social. Este ocultamiento del consumo de alcohol y tóxicos por parte de las mujeres se debe a que el consumo supone ponerse en situaciones de riesgo, tanto para ellas en relación a mayor vulnerabilidad a agresiones sexuales, o si tienen menores a cargo u otros familiares, por el rol de cuidadora, viviéndolo con vergüenza y culpa mucho más presente que en el caso de los varones, cuyo consumo es más social y relacional. Muchas veces esto pasa desapercibido y es en las urgencias donde con frecuencia se detectan estos casos si hay sensibilidad para su detección.

El contexto social no es algo inmóvil o inmodificable por lo que estos patrones de consumo van cambiando al mismo tiempo. Por ejemplo, entre las mujeres el consumo de las denominadas drogas “legalizadas” o las drogas más “aceptadas” socialmente como el alcohol, tabaco o incluso el cannabis se han visto más frecuentadas en los últimos años e incluso entre las mujeres más jóvenes ha aumentado el consumo de las drogas “ilegalizadas” o las peor aceptadas, aunque todavía la diferencia entre hombres y mujeres sea abismal. (20)

Por todo esto, aunque hoy en día todavía las mujeres con drogodependencias sigan siendo un grupo minoritario, urge visibilizar la realidad de la adicción en las mujeres para poner en marcha recursos adaptados a las necesidades específicas en este grupo.

## **6.2. TRASTORNO MENTAL COMUN**

El trastorno mental común, que es el diagnóstico más frecuente en los centros de primaria y en Salud Mental, cuadros clínicos que son mucho más prevalentes en mujeres y muchas veces medicalizadas según aporta Carme Valls (14), abarca distintos diagnósticos categóricos en el que hemos incluido los diagnósticos del epígrafe F40 de la CIE-10 como el trastorno de ansiedad, disociativo, relacionado con estrés y otros trastornos mentales somatomorfos no psicóticos (F40-49), y también aquellos diagnósticos de depresión no especificados dentro del epígrafe de trastornos afectivos de la CIE-10, incluyendo los trastornos depresivos mayores no especificados (F32.9 y F33.9), el trastorno distímico (F34.1) y el trastorno del estado de ánimo no especificado (F39). Es importante señalar que las urgencias en el hospital general incorporan diagnósticos más sindrómicos y en principio, no debieran administrarse tratamientos como los antidepresivos, que son medicaciones que hacen efecto a las 2-3 semanas de su incorporación.

La prevalencia en este grupo de diagnósticos en las urgencias fue muy superior en mujeres, con más del 60% de los casos diagnosticados. Esta mayoría de mujeres en los casos diagnosticados concuerda con lo comentado en la introducción de este trabajo, ya que la literatura científica también señala que las mujeres tienen la doble probabilidad de ser diagnosticada de ansiedad o depresión, que son los trastornos más prevalentes en esta categoría. Esto nos tiene que hacer pensar por qué diagnosticamos

con tanta frecuencia a las mujeres de dichas patologías sin prestar atención a otros determinantes sociales o económicos que puedan estar influyendo como la situación personal, social o familiar.

Sin embargo, la preponderancia del diagnóstico en mujeres frente a los hombres, puede tener consecuencias a la hora de diagnosticar y tratar estas patologías de distinto modo según el género como hemos podido observar en los resultados obtenidos de las urgencias psiquiátricas del 2019 del HUC. Las diferencias en el diagnóstico se pueden deber a que la mayoría de diagnósticos de depresión se basan en el estereotipo feminizado de dicha enfermedad. Desde el punto de vista del estereotipo masculino la depresión y sus síntomas pueden ser objeto de rechazo social e inaceptación, pudiendo ser la ocultación de los síntomas, la causa de infradiagnosticar la depresión en hombres (21). Por otra parte, esta mayoría que se da en la depresión por parte de las mujeres puede ser la razón de prescribirlas antidepresivos con mayor facilidad a ellas y aunque en nuestros resultados no se ha podido comprobar que la diferencia en el tratamiento sea significativa, sí se ha podido exponer una tendencia a prescribir más antidepresivos en mujeres ( $p=0,054$ ). Por último, podemos analizar el número de pruebas complementarias realizadas en urgencias y comprobar que a los hombres se les solicita más pruebas de imagen con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,017$ ). Enfocándonos en el mismo argumento, esta diferencia puede ser la consecuencia de que los hombres al no ser diagnosticados tan asiduamente de depresión, ante los mismos síntomas, por el único hecho de ser hombres se les considera candidatos a realizarse estas pruebas de imagen al ser percibidos como más graves.

Dentro de los trastornos mentales comunes, analizaremos en profundidad el grupo de los trastornos de personalidad y comportamiento del adulto (F60-69).

### **6.2.1. Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto (F60-69)**

Entre las asistencias de los trastornos de personalidad en las urgencias psiquiátricas del Hospital de Cruces en el año 2019, las mujeres fueron las que precisaron más ayuda asistencial con un 69,7%. Este hecho ya nos tiene que hacer pensar por qué las mujeres acuden a las urgencias con mayor frecuencia, siendo la población entre ambos grupos similar y ahondar en los motivos que puedan existir detrás de esta demanda, más allá de los síntomas. No se pueden entender estos síntomas como algo aislado de la vida

de la persona, ya que podrían estar ocultando historias de violencia, maltrato, abuso o otras historias de sobrecarga social como la precariedad económica.

Son muchos los autores que han descrito e hipotetizado en la relación de los trastornos de personalidad con los roles de género masculino y femenino. Entre otros, cabe destacar que Kaplan, argumentó que las mujeres, únicamente por ser estereotípicamente femeninas, podrían cumplir los criterios para un trastorno de personalidad del DSM (22). Otros nombres destacables fueron Corbitt y Widiger, que argumentaron que las diferencias de género en los trastornos personalidad pueden deberse a las diferencias en los rasgos normales de personalidad de cada género. (23) Por último, Barbara Brickman, señala cómo los estereotipos de género influyen en la construcción patológica de la feminidad, catalogándolas de enfermas según el cumplimiento o no de las expectativas sociales aceptadas. (24)

La clasificación del DSM-5 agrupa los 10 tipos de los trastornos de personalidad en 3 grupos (A, B y C) y muchos estudios han sacado a la luz las diferencias que se pueden observar en la prevalencia según el sexo en cada grupo (25).

El primer grupo, el grupo A, acoge en él los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, que tienen en común la característica de raro o excéntrico. Estos tres tipos de trastornos de personalidad son más frecuentes en hombres (26)

El segundo grupo, el grupo B, que tienen en común la apariencia dramática, emocional o errática que incluyen el trastorno antisocial, el narcisista, el fronterizo o limítrofe y el histriónico. En este grupo, entre los trastornos mencionados, los dos primeros (el antisocial y el narcisista) son más frecuentes en hombres y sin embargo, los dos últimos (el limítrofe y el histriónico) son más frecuentes en mujeres.

Los trastornos de personalidad limítrofe y el histriónico son comparadas por ciertos autores con la ya descatalogada histeria femenina (27). El trastorno límite o fronterizo, es el diagnóstico más común dentro de los trastornos de personalidad. Se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones, la propia imagen corporal, las emociones y un patrón de pronunciada impulsividad. En cuanto a la diferencia en prevalencia por género, estudios más recientes no han determinado las ya mencionadas diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres aunque si constatan diferencias en la clínica de la enfermedad, en la comorbilidad y en el tratamiento. Acerca de la

presentación clínica de la enfermedad, los hombres tienen más probabilidades de demostrar un temperamento explosivo y están más abiertos a la búsqueda de novedades. Esto también está relacionado con las expectativas sociales y no tanto con diferencias biológicas. La diferencia en la comorbilidad entre las personas que sufren trastorno límite de personalidad según su género, puede ser la justificación del resultado obtenido de diferencias en el tratamiento, ya que los hombres tienen más probabilidades de presentar trastornos por consumo de sustancias, mientras que las mujeres con trastorno límite de la personalidad tienen más probabilidades de presentar trastornos de la alimentación, del estado de ánimo, la ansiedad y el estrés postraumático. Estas diferencias en la comorbilidad traen consigo que las mujeres soliciten más asistencia médica y reciban más tratamientos psicoactivos (28).

En un estudio realizado en Buenos Aires (29) desde una perspectiva de psiquiatras y psicólogos/os, donde se analizó y describió la fuerza de la imagen de género a la hora de diagnosticar de trastorno límite de personalidad. Se pudo visualizar cierta tendencia por parte de los profesionales del ámbito de la salud mental de apoyarse en características propias de la personalidad femenina atribuyéndoles una calificación negativa al diagnosticar el trastorno límite de personalidad. Configurando así criterios médico-psicológicos inherentes al trastorno límite de personalidad, apelando a su vez a una supuesta naturaleza de la feminidad.

Algunas teorías feministas especulan en si la razón para que se diagnostique con menos frecuencia el trastorno límite de la personalidad en los hombres consiste en que éstos se integran más fácilmente en la sociedad ya sea porque los síntomas de agresividad y la impulsividad se ajustan más a lo que se espera de los hombres que a lo que se considera natural en las mujeres. En otras palabras, el mismo nivel de agresión en una mujer podría percibirse como patológico, mientras que en un hombre se podría considerarse normal (30).

Siguiendo con la clasificación de los trastornos de personalidad de la DSM-5, en último lugar, se encuentra el tercer grupo, el grupo C, que tienen en común la aparición de ansiedad o miedo, que lo forman el trastorno de personalidad de evitación, el dependiente y el obsesivo-compulsivo. El trastorno de evitación es más común en mujeres mientras el obsesivo compulsivo lo es en hombres. El dependiente sin

embargo, se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres, pero este hallazgo puede reflejar solo una mayor prevalencia en mujeres en entornos clínicos, ya que en algunos estudios la prevalencia entre géneros fue similar.

En los trastornos de personalidad diagnosticados en las urgencias psiquiátricas del HUC en 2019 se han podido observar una vez más, mayores tasas de prescripción de ansiolíticos a mujeres con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,029$ ). También en este caso podríamos señalar que, ante la misma categoría diagnóstica, se actúa de manera diferente administrando ansiolíticos con más facilidad en el caso de las mujeres, que podría ser un sesgo de género interiorizado por parte de los terapeutas y profesionales implicados.

### **6.3. TRASTORNO MENTAL GRAVE**

El trastorno mental grave lo constituyen distintos trastornos de la CIE-10 incluidos dentro del espectro de la psicosis en el epígrafe F20 como, la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno de ideas delirantes (F20-29), el trastorno bipolar (F31), el trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin/con síntomas psicóticos (F33.2 y F33.3).

Analizando dos de las entidades considerables del trastorno mental grave, como son la esquizofrenia y el trastorno bipolar, compararemos las diferencias que transcurren según el género.

Comenzando con la esquizofrenia, la existencia de diferencias de género en la incidencia de esquizofrenia ha sido objeto de debate. Tradicionalmente, se aceptaba que la incidencia y la prevalencia de la esquizofrenia era la misma en hombres y mujeres (31). Sin embargo, algunos estudios recientes sugieren diferencias de género en la incidencia de la enfermedad (32). Estos estudios, fueron los primeros en notar que al utilizar criterios más restrictivos para el diagnóstico de esquizofrenia, el número de mujeres excluidas de la definición es mayor que el de hombres. Utilizando criterios de diagnóstico estándar en un estudio de población de incidencia, un metaanálisis de Aleman et al (33), confirmó que los hombres tenían una mayor incidencia, relación 1,42. Sin embargo, los estudios recientes de prevalencia de esquizofrenia en la

población general no encontraron diferencias de género al incluir también el segundo pico de incidencia en las mujeres en la perimenopausia.

La diferencia de prevalencia es más evidente si reparamos en función de la edad en cada grupo. Un estudio de Castle y cols. (34) sobre registro de casos, utilizando criterios DSM-3, mostró que los hombres de menos de 45 años presentaban la más alta incidencia de esquizofrenia. Las mujeres de más de 45 años tenían una mayor incidencia que los hombres de más de 45 años.

Las diferencias entre sexos y géneros en la práctica clínica se respaldan en las consecuencias de una interacción mixta entre factores biológicos (principalmente hormonal) y psicosociales. En lo referente a la sintomatología, los hombres con esquizofrenia tienen más síntomas negativos y cognitivos, menos síntomas afectivos y síntomas específicos psicóticos y las mujeres en cambio, tienen más síntomas positivos y experimentan más alucinaciones, pensamientos ilógicos y comportamientos bizarros por lo que se les diagnostica más veces en la subcategoría paranoide de la esquizofrenia (22). Por otro lado, los hombres presentan mayor comorbilidad en abuso de sustancias, más conductas antisociales y mayor riesgo de suicidio (35).

En el trastorno bipolar, la diferencia entre géneros es visible tanto en la prevalencia en los dos subgrupos de trastorno bipolar como en los síntomas predominantes en cada grupo. Aunque la prevalencia general del trastorno bipolar parece ser aproximadamente igual en ambos sexos, algunos estudios han demostrado que las mujeres son diagnosticadas más frecuentemente del trastorno bipolar tipo II mientras los hombres trastorno bipolar tipo I. En las mujeres, la enfermedad se caracteriza por la predominancia de los síntomas depresivos, experimentando mayores tasas de ideación y de intento de suicidio. En los hombres, por lo contrario, predomina el componente maniaco (36)

En cuanto a las tasas de hospitalización y al manejo de la enfermedad, las mujeres sufren mayores tasas de hospitalización y además, son tratadas con más asiduidad con antidepresivos y tratamientos hipnóticos/sedantes. Este último dato lo hemos podido corroborar en nuestro trabajo, ya que las diferencias en el tratamiento de las urgencias psiquiátricas del HUC han sido significativas ( $p=0,009$ ) con mayor porcentaje de

prescripción de antidepresivos en mujeres. Estas diferencias en el tratamiento se pueden llegar a explicar por distintos razonamientos. En primer lugar, las mujeres buscan más tratamiento, probablemente por su polaridad depresiva, ya que se describe cómo los pacientes bipolares suelen buscar ayuda durante sus fases depresivas. En segundo lugar, los hombres como tienen una tasa más alta de comorbilidad por abuso de sustancias, pueden ser diagnosticados erróneamente más fácilmente con la manía. Finalmente, a medida que las mujeres experimentan más intentos de suicidio, suelen ser hospitalizadas y medicadas con mayor frecuencia para prevenir el riesgo de suicidio (37).

También es destacable en los datos que hemos recolectado de las urgencias psiquiátricas del HUC del 2019, que las mujeres recibieron más solicitudes de pruebas de imagen con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,019$ ).

Es interesante resaltar en nuestros hallazgos que desde urgencias se pauten más tratamientos antidepresivos en las mujeres que en los hombres ya que las urgencias, como antes bien hemos mencionado, no es el sitio para administrar tratamientos antidepresivos, teniendo en cuenta que hemos recogido la administración de tratamiento en urgencias y no su tratamiento habitual. Podría ser que es el tratamiento que estas personas toman habitualmente y nos indicaría lo que recoge la literatura en general y es que, a las mujeres, se les prescribe con más frecuencia tratamientos antidepresivos que a los hombres en el mismo diagnóstico.

## **7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

En la realización de este trabajo, nos hemos encontrado con varias limitaciones de estudio por la falta de algunos datos no recogidos de las urgencias psiquiátricas, que serían de gran interés haber podido tenerlos para ampliar el estudio realizado.

Por una parte, sería interesante tener una visión más amplia del entorno social y completar el perfil social del/la usuario/a de las urgencias psiquiátricas y así, poder hacer una lectura más profunda sobre la importancia de este factor ambiental en la patología mental. Aunque hayamos podido observar que, en el índice socioeconómico de MEDEA, el perfil más prevalente fue el desfavorecido, no se recogió este dato a

todos los pacientes que acudieron a urgencias. Por otra parte, al ser este un estudio de análisis con perspectiva de género, también nos faltaría conocer el factor de la violencia de género sufrida o no de nuestras pacientes. La violencia psicológica o física sufrida en un largo periodo de tiempo, puede manifestarse con estados de ansiedad y depresión y que son tratados como hemos visto con psicofármacos, invisibilizando así las causas de su situación. Además, en el contexto de la violencia de género en la pareja, es el sujeto con menos recursos económicos y sociales quien suele sufrir esta violencia, y mayoritariamente esta inferioridad suele darse en mujeres.

Por último, no estaría de más, conocer el tratamiento habitual de psicofármacos de nuestros pacientes ya que como hemos mencionado un par de veces, el servicio de urgencias no es lugar para prescribir antidepresivos ya que es un servicio de agudos y estos tratamientos son eficaces más a largo plazo. Por esto, estaría bien conocer los antecedentes de tratamiento con antidepresivos para tener un completo análisis de prescripción farmacológica de nuestros pacientes.

## **8. CONCLUSIONES**

A través de este trabajo hemos podido observar, como bien figura en la literatura científica, que existen perfiles masculinos y perfiles femeninos en las patologías mentales, surgiendo así efecto a la hora del diagnóstico, tratamiento y manejo de las enfermedades según el sexo de la persona.

En primer lugar, la categoría diagnóstica con perfil masculino claro es el del trastorno mental debido al consumo de tóxicos con un 68,8%. Esta clara predominancia masculina se debe a la imagen social asociada al consumo de drogas, mostrándose, así como algo impropio de la mujer y ajeno a su identidad. En el consumo problemático esta diferencia social se acentúa ya que las mujeres consumidoras son juzgadas y percibidas de peor manera. El consumo en hombres es asociado al ámbito de ocio y aunque históricamente este espacio ha sido exclusivamente masculino, la mujer se ha hecho su propio hueco en el ocio nocturno, aunque todavía existan diferencias en las repercusiones del consumo. Las repercusiones sociales como el rechazo social que sufren las mujeres que consumen y la alta probabilidad de sufrir algún tipo de violencia

sexual, tienen como consecuencia el ocultamiento con peor pronóstico de la enfermedad y peor resultado a los tratamientos.

Son visibles las diferencias de género en el tratamiento farmacológico. Los hombres reciben más antipsicóticos e hipnóticos mientras que las mujeres reciben más antidepresivos.

Los médicos y médicas valoran a menudo que las demandas de los pacientes varones son más serias, y eso es visible en la petición de pruebas de imagen de las urgencias. Los hombres son sometidos a más pruebas de imagen, en el intento de buscar organicidad en la sintomatología padecida. En las mujeres, sin embargo, es más probable que se les valore un componente psicósomático en la sintomatología por el hecho de ser del sexo femenino.

Como última reflexión, teniendo en cuenta que los estudios clínicos en los que después se basa la ciencia médica, se han extraído del estudio realizado en hombres, es difícil que los problemas que presentan las mujeres se puedan poner de manifiesto según estos estudios. Por lo tanto, los sesgos de género en el diagnóstico clínico hacia las mujeres se deben en primer lugar a la falta de la equidad en la ciencia, pero también a la organización sanitaria androcéntrica y a la falta de una investigación adecuada, tanto de las enfermedades como de los tratamientos. Además, los y las profesionales sanitarios/as y la organización sanitaria son los que construyen poco a poco la ciencia clínica, con el análisis de las prevalencias de las enfermedades, de las nuevas incidencias patológicas, de los resultados de los tratamientos y su evolución. Por todo esto, es necesario incidir en la actitud de las/los profesionales sanitarias/os hacia las/los pacientes ya que es necesario que estos asimilen una perspectiva de género y obtengan un enfoque más interseccional en la práctica clínica para que los sesgos de género dejen de influir en la salud de las personas atendidas.

## 9. BIBLIOGRAFIA

- 1- Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Johns Hopkins Med. J.* 1955; 96: 253-264.
- 2- Gayle R. The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex. In Reiter R (ed.), *Toward an Anthropology of Women*. Monthly Review Press. 1975: 157-210
- 3- Dio Bleichmar E. Primeras Jornadas Mujer y Salud Mental. *Mujer y salud mental: El feminismo espontáneo de la histeria*. Actas de la Jornadas; Instituto de la Mujer. Madrid, 1985.
- 4- Álamo MP. *Guía de salud mental con perspectiva de género*. Santa Cruz de Tenerife: ATELSAM Salud Mental; 2020.
- 5- Rodríguez Magda R, editor. *Sin género de dudas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2015.
- 6- García-Calvente MM, Jiménez ML, Martínez E. *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada: Serie monografías EASP; 2010.
- 7- Lenhart SH. Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc.* 1993;48:155-9.
- 8- Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder*. Barcelona: Cátedra; 2011.
- 9- Valls-Llobet C. La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Congreso Sare de Emakunde. 2008 Oct 13-14.
- 10- Prout MN, Fish SS. Participation of women in clinical trials of drug therapies: a context for the controversies. *Medscape Womens Health.* 2001; 6(5):1.
- 11- Peláez A, Villarino P. El derecho a la salud de las mujeres y niñas con discapacidad. Fundación CERMI Mujeres. 2020. [citado 14 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.cermi.es/es/colecciones/el-derecho-la-salud-de-las-mujeres-y-niñas-con-discapacidad>
- 12- Bacigalupe A, Cabezas A, Baza Bueno M, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Gac Sanit.* 2020;34(1):61-67.

- 13- Emakumeak eta psikofarmakoak. Mujeres y psicofármacos. Monográficos Drogomedia. 2020. [citado 14 de abril de 2021];8. Disponible en: [http://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/mujeres\\_psicofarmacos.pdf](http://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/mujeres_psicofarmacos.pdf)
- 14- Valls-Llobet C. Mujeres invisibles para la medicina. 2nd ed. Madrid: Capitan swing; 2020.
- 15- Esnaola S, de Diego M, Elorriaga E, Martín U, Bacigalupe A, Calvo M, et al. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2013.
- 16- Sáenz-Herrero M. Salud mental, género e igualdad. Norte de Salud Mental. 2017;14(56):109-114.
- 17- Bacigalupe A, Martín U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. Vitoria-Gasteiz: Ararteko; 2007.
- 18- Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA. 2003; 289 (24): 3243-53.
- 19- Montero I, Aparicio D, Gomez-Benytto M, Moreno-Kustner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit. 2004; 18(4).
- 20- Cantos R, et al. Hombres, mujeres y drogodependencia. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación atenea [Internet]. 2016 [citado 14 de Abril de 2021]; Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- 21- Sáenz-Herrero M, editor. Psychopathology in Women. Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology. Springer; 2019.
- 22- Kaplan M. A woman's view of DSM-III. Am Psychol. 1983; 38: 786-792.
- 23- Corbitt EM, Widiger, TA. Sex differences among the personality disorders: An exploration of the data. Clin. Psychol. (New York). 1995; 2: 225-238.

- 24- Brickman B. Delicate' Cutters: Gendered Self-Mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse. *Body Soc.* 2004; 10(4): 87-111.
- 25- American Psychiatric Association. *Diagnostico y Manual Estadístico de Trastorno Mentales*. 5ª ed. American Psychiatric Association; Arlington, VA, USA: Masson: 2013.
- 26- Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(6):565–571.
- 27- Ussher J. Diagnosing difficult women and pathologizing femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Fem. Psychol.* 2013; 23(1): 63-69.
- 28- Sansone RA, Sansone LA. Gender patterns in borderline personality disorder. *ICNS.* 2011; 8(5): 16-20.
- 29- Mantilla MJ. Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de la personalidad en la perspectiva de los/as psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires. *Mora* [Internet]. 1 [citado 14 de abril de 2021];0(21):25-6. Disponible en: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/mora/article/view/2397>
- 30- Karim H, Shirazi E, Nohesara S, Sadeghi HM, Saeb A, Alavi K. Comparison of gender roles in male and female in patients with bordeline personality disorder (BPD) with control group and it's correlation with severity of clinical symptoms. *Rev. Latinoam. Hipertens.* 2019; 14(1): 1-7.
- 31- Wyatt RJ, Alexander RC, Egan MF, Kirch DG. Schizophrenia, just the facts. What do we know, how well do we know it?. *Schizophr. Res.* 1988; 1(1): 3-18.
- 32- Lewine R, Burbach D, Meltzer HY. Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatry.* 1984; 141(1): 84-87.
- 33- Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2013; 60(6): 565-571.
- 34- Castle DJ, Wessely S, Murray RM. Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency, and associations with premorbid variables. *Br. J. Psychiatry.* 1993; 162: 658-664.
- 35- Usall J. Diferencias de género en la esquizofrenia. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna.* 2003; 30(5): 276-287.

- 36- Dell'Osso B, Cafaro R, Ketter TA. Has Bipolar Disorder become a predominantly female gender related condition? Analysis of recently published large sample studies. *Int J Bipolar Disord.* 2021; 9(3).
- 37- Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar disord.* 2005; 7 (2):119-25.