

Beca a trabajos de investigación del
Instituto Vasco de la Mujer – Emakunde

Convocatoria 2020

Análisis de la asistencia de Urgencias de Psiquiatría y Salud Mental desde una perspectiva de género: Trienio 2017-2019

Autoras: Margarita Sáenz-Herrero, María Recio-Barbero, Ana
Santorcuato, Amaia Bacigalupe y Rafael Segarra

Barakaldo, 2021

Índice

PARTE I. Marco Teórico

Sexo, género y desigualdad en la atención en Salud Mental	5
Sexo, género y salud	5
Diferencias de género en la salud percibida y salud mental de Comunidad Autónoma Vasca	10
Aproximación a los sesgos de género en biomedicina: desde el modelo biomédico tradicional a un enfoque biopsicosocial en la investigación en salud	14
Sexo, género y salud mental: luces y sombras en el estudio de la sintomatología y tratamiento de las patologías psiquiátricas	18
Género y salud mental: la construcción histórica de la locura	20
Identidad, subjetividad, corporalidad, género y lenguaje en las mujeres	20
Sesgos de género en psicopatología	27
La locura y las mujeres	30
La otra historia de la psiquiatría	51
La histeria del siglo XXI, los trastornos de personalidad. Mujeres al límite	59
Introducción a las Urgencias Generales y Urgencias de Salud Mental y Psiquiátricas	66
Introducción Urgencias Generales	67
Introducción a Urgencias Psiquiátricas y de Salud Mental	70
Justificación del estudio	91

PARTE II. Metodología, resultados y discusión

Metodología	93
Objetivos	94
Diseño del estudio	95
Análisis estadístico	97
Resultados	99
Características generales de la muestra	100
Gestión del TMC, TMG, TUS y TP en la urgencia hospitalaria: ¿existen sesgos de género? - Prevalencia de problemas de salud mental en la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y OSI Barakaldo-Sestao	107
Prescripción de psicofármacos y uso de recursos sanitarios	111
<i>Trastorno Mental Común (TMC)</i>	112
<i>Trastorno Mental Grave (TMG)</i>	130
<i>Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)</i>	148
<i>Trastorno de la Personalidad (TP)</i>	165
Discusión y conclusiones	180
Discusión.....	181
Limitaciones.....	195
Conclusiones y nuevas perspectivas en la implementación de planes desde una perspectiva de género en salud	196
Bibliografía	201

PARTE I: MARCO TEÓRICO

Sexo, género y desigualdad

- Sexo, género y salud
- Diferencias de género en la salud percibida y salud mental de Comunidad Autónoma Vasca
- Aproximación a los sesgos de género en biomedicina: desde el modelo biomédico tradicional a un enfoque biopsicosocial en la investigación en salud
- Sexo, género y salud mental: luces y sombras en el estudio de la sintomatología y tratamiento de las patologías psiquiátricas

Género y salud mental: la construcción histórica de la locura

- Identidad, subjetividad, corporalidad, género y lenguaje en las mujeres
- Sesgos de género en psicopatología
- La locura y las mujeres
- La otra historia de la psiquiatría
- La histeria del siglo XXI, los trastornos de personalidad. Mujeres al límite

Introducción a las Urgencias Generales y Urgencias de Salud Mental y Psiquiátricas

- Introducción Urgencias Generales
- Introducción a Urgencias Psiquiátricas y de Salud Mental

Justificación del estudio

Sexo, género y desigualdad en la atención en Salud Mental

Sexo, género y salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado el género como una variable crítica determinante de la salud mental de las personas (OMS, 2018). El género es un motor poderoso para la estratificación. Este, determina la distribución de la salud, del poder y los potenciales factores de riesgos para el bienestar tanto físico como mental. El género, posee su propio significado en el estudio de la salud y la enfermedad. De hecho, algunos estudios sugieren la existencia de diferencias individuales en el grado de masculinidad o feminidad que pueden estar relacionadas de manera significativa a la morbilidad, mortalidad y las conductas saludables.

En primer lugar, resulta necesario señalar que entendemos cuando hablamos sobre sexo y género y, en segundo lugar, señalar las implicaciones que ambos términos conllevan en lo referente a la salud física y mental de las personas, haciendo especial hincapié en que los términos sexo y género no deben ser considerados como sinónimos a la hora de estudiar su influencia.

El sexo y el género son términos que a menudo se utilizan de forma indistinta, pero, en la práctica, aunque estén relacionados, difieren en su noción. Cada uno de estos conceptos resulta motivo de estudio por sí mismo. Desde este prisma, existe la necesidad de incorporar la definición de género como término que incluya conceptos amplios como la masculinidad y la feminidad, así como sus posibles implicaciones en el estudio de la salud y la enfermedad. **El género establece el modo en el que las personas interactúan y se relacionan, incluyendo las relaciones de poder, así como todo el conjunto de determinantes sociales y económicos que influyen sobre la vida y salud mental de hombres y mujeres.** A este punto, resulta necesario precisar qué entendemos por sexo y género en la biomedicina.

En términos de nomenclatura, y desde un punto de vista binario, las diferencias sexuales son entendidas en el campo de la medicina, desde una perspectiva biologicista, como variaciones atribuibles a los órganos reproductivos de un individuo cromosómicamente XX o XY. En este sentido, el sexo hace referencia a las diferencias biológicas existentes entre hombres y mujeres. Esto es, englobamos dentro del concepto **sexo** aquellas características de un individuo que se encuentran definidas biológicamente (en relación con los cromosomas sexuales, factores fenotípicos, y características físicas y fisiológicas de los individuos).

Por otro lado, el **género** es la construcción cultural que toda sociedad elabora sobre el sexo anatómico y, que va a determinar, al menos en alguna medida, y según la época y cultura que se trate, el destino de la persona. La identidad, como forma de ser, hacer y percibir la realidad, es distinta en mujeres y hombres. El género hace referencia a los roles construidos socialmente y a las relaciones que se establecen, a los rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder e influencia que cada sociedad adscribe a las diferencias biológicas entre ambos sexos. Estas construcciones sociales, vinculadas tradicionalmente a las representaciones sociales concebidas dentro de ser «hombre» o «mujer», han permitido el avance y reconocimiento de la diversidad sexual y de expresiones de género, donde se incluyen los estados intersexuales y no binarios, desprendiéndose de la concepción clásica de género más allá del binomio hombre-mujer.

Como recogió Judith Butler (1999) en su teoría de la performatividad del género la orientación sexual, la identidad sexual y la expresión de género de cada individuo, resultan de una compleja interacción de la propia construcción social, histórica y cultural, y por lo tanto no existen papeles sexuales o roles de género, esencial o biológicamente inscritos en la naturaleza humana.

La teoría de Beauvoir, tenía consecuencias radicales que ella inicialmente no contempló. Si el sexo y el género son radicalmente diferentes, entonces no se desprende que de un sexo específico equivale a ser de un género concreto; dicho de otra forma, “mujer” no necesariamente es la construcción cultural del cuerpo femenino y lo mismo ocurre con “hombre”. Esta afirmación de la división sexo/género revela que los cuerpos sexuados pueden ser muchos géneros diferentes. Si el sexo no se limita al género, entonces quizá haya géneros, es decir, formas de interpretar culturalmente el cuerpo sexuado que no estén limitados por la dualidad aparente del sexo. Otra consecuencia es que el propio género es una especie de transformación o actividad.

En este sentido, el término transgénero de reciente aparición hace referencia a individuos, comportamientos y grupos que presentan divergencias con los roles de género duales más tradicionales, y que traspasan las fronteras aceptadas. Incluye a un variado grupo de personas andróginas o transexuales, teniendo en cuenta que no es determinante el deseo de reasignación quirúrgica de genitales. Del mismo modo recoge e identifica una gran diversidad de identidades como las personas no binarias, queer y tercer género o cuarto género como sinónimo para englobar a los *hijras* de la India o Pakistán, *eunucos* de harenes orientales, entre otros. Se utilizan como significado de “otro” en el sentido de que se rompe la dualidad genérica del binomio “hombre-mujer”.

A pesar de los avances realizados en las últimas décadas en materia de igualdad, el género es uno de los tabúes más difíciles de romper en nuestra cultura. Sin embargo, no tiene porqué existir una continuidad en la experiencia subjetiva de género, ya que

dicha experiencia puede verse cómo un constructo dinámico y por tanto modificable. Por otro lado, la construcción social de la identidad de género es independiente de la orientación sexual de la persona. El género se sigue presentando de manera binaria en nuestra cultura. Y esto es aplicable a otras culturas del mundo en que vivimos. El género comienza en el nacimiento, es interpretado, se aprende, con los valores familiares, contextos sociales y culturales en función de cada una de las culturas en que las personas estamos inmersas.

El género posee su propio significado en el estudio de la salud y la enfermedad. De hecho, algunos autores sugieren la presencia de diferencias individuales en el grado de masculinidad o feminidad que pueden estar relacionadas de manera significativa a la morbilidad, mortalidad y la propia presencia de conductas saludables (Lippa, 2000). El contexto social, temporal y cultural son aquí determinantes: por un lado, influye en el modo en el que nos percibimos como individuos, interaccionamos y actuamos, así como las diferencias que existen en la distribución del poder y el acceso a recursos; y, por otro, determina los roles construidos socialmente, inclusive los rasgos de personalidad, conductas y valores desde un punto de vista dinámico.

En este sentido, y desde un punto de vista biomédico, tanto los aspectos estrictamente biológicos como los socio-culturales, entre los que se incluye el género, constituyen fuentes relevantes de variación en la presentación de factores de riesgo, prevalencia de enfermedades, edad de inicio de una determinada patología, de la propia sintomatología, pronóstico, biomarcadores y efectividad del tratamiento (Valls-Llobet, 2000). Esto ha sido evidenciado en el estudio de las diferencias según sexo y género de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos neurológicos, las enfermedades autoinmunes, así como en patologías relacionadas con problemas de salud mental y el propio envejecimiento poblacional no patológico (Recio-Barbero y Pérez-Fernandez 2019; Valls-Llobet, 2020).

Más aún, el estudio de los factores que influyen y precipitan la aparición de patologías médicas han de entenderse desde un punto de vista bio-psico-social, donde los determinantes sociales y ambientales juegan un papel decisivo en la aparición y mantenimiento de los problemas de salud. Esto implica la presencia de diferencias ante la presencia de determinados factores de estilo de vida, asociados tanto al sexo como a la cultura, como los patrones alimentarios, el ejercicio físico, el consumo de alcohol y tabaco, entre otros. A pesar de la contribución de todos estos factores, a día de hoy existen escasas evidencias del peso que ejerce tanto el sexo como el género, más aún si consideramos el espectro de los estados intersexuales, colectivo trans y no binarios, en la presentación de las patologías médicas (Abiétar, 2019).

El género comienza en el nacimiento, es interpretado, se aprende, junto con los valores familiares, los contextos sociales y culturales en función del entorno y cada una

de las culturas en que las personas estamos inmersas. Hay preguntas sobre qué es normal, qué es natural, qué es moral y qué es cultural que están sujetas a debate. La primera pregunta que tendríamos que hacer en la construcción de la realidad es preguntarnos cómo sabemos los que creemos conocer (Sáenz-Herrero, 2015).

Esto obliga a una reflexión sobre lo que estamos etiquetando como trastornos psiquiátricos a nivel “individual”, cuando reflejan una falta de equidad social que implica un debate social y prácticas políticas de la comunidad para alcanzar cotas de equidad en la actualidad ausentes en determinados ámbitos como el reparto de las tareas domésticas o el alarmante incremento de la violencia de género entre las mujeres jóvenes. La OMS determinó que, en el año 2020, la depresión ha sido la causa más frecuente de discapacidad en el mundo, por encima incluso de otras patologías como las enfermedades cardiovasculares, y presentando una mayor incidencia en mujeres (OMS, 2021).

Existen importantes lagunas en el conocimiento científico para las que se necesitan especialistas formados con entrenamiento específico e investigar las experiencias vitales de salud y enfermedad de los hombres y las mujeres dentro de sus contextos social, económico y político tanto como biológico. Es decir, profesionales formados y sensibles en el estudio de como los determinantes de género, entre los que se incluyen los determinantes sociales, impactan en la salud y bienestar de las personas. Sin ir más lejos, queda mucho trabajo por hacer en investigación sobre la influencia en la salud de determinantes como la división sexual del trabajo, las tareas de los agentes de salud, las situaciones de doble jornada, el reparto del tiempo, la segregación horizontal y la segregación vertical (Bacigalupe y Martín, 2007).

Tampoco se ha considerado en la investigación de los determinantes de salud el impacto otros aspectos determinantes relacionados con los estereotipos de género, como el papel del cuidado informal, donde las mujeres se encuentran posicionadas bajo situaciones de subordinación y desventaja, las cuales suponen un riesgo para la salud y mantenido como un formato socialmente determinado y aceptado (Recordemos que la mayoría de las cuidadoras de personas enfermas y ancianas son mujeres, muchas de las cuales tienen vínculos emocionales). En la misma línea, observamos que otro problema en las investigaciones de salud pública es precisamente no incluir preguntas sobre cuestiones relacionadas con las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, la presencia de diferencias sobre la sobrecarga diaria, la doble jornada y las tareas que se realizan en el ámbito doméstico (Sáenz-Herrero, 2017).

En un mundo globalizado, donde la información es poder, explorar las raíces de este fenómeno constituye una necesidad, más cuando los datos en algunos países sobre violencia de género son alarmantes. Un cuarto de las mujeres inicia su vida sexual en el contexto de violencia en determinados países (Ellsberg et al., 2008). La OMS denunciaba

la existencia de alarmantes niveles de violencia de género presentes a lo largo de la vida de las mujeres cuya prevalencia a lo largo de la vida se estimaba desde un 15% a un 71% (Ellsberg et al., 2008). Dato que se ha incrementado de forma alarmante a lo largo del estado de alarma por COVID-19, donde se ha observado un incremento en el número de consultas, en comparación con el año 2019, en la atención de víctimas de violencia de género vía telemática (Instituto de la Mujer, 2020).

Los sesgos de género también se han producido en el caso de la salud reproductiva, al haber sido tomada como principal objeto de estudio de la salud de las mujeres en biomedicina. También, en las enfermedades que pueden ser padecidas por ambos sexos, en las que se ha asumido erróneamente que la historia natural de la enfermedad es similar en hombres y en mujeres, cuando de hecho no lo es. Y a partir de esta asunción errónea, se ha estudiado principalmente tales enfermedades en muestras de hombres y se han inferido los resultados a las mujeres, como se ha venido mostrando en el caso del infarto agudo de miocardio (Murga et al., 2019). Estos sesgos de género se definieron como la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos.

Vivimos en un mundo y sociedad en constante cambio, donde las diferencias de género influyen e interaccionan como poderosos determinantes en la salud y bienestar, tanto a nivel físico como mental, de las personas. Resulta imprescindible a la hora de avanzar en el conocimiento científico estudiar como los determinantes estructurales en salud condicionan la presencia de síntomas, en ocasiones cambiantes e interpretables, ampliando las fronteras en las que se construye el conocimiento integrando modelos interseccionales en la investigación en salud.

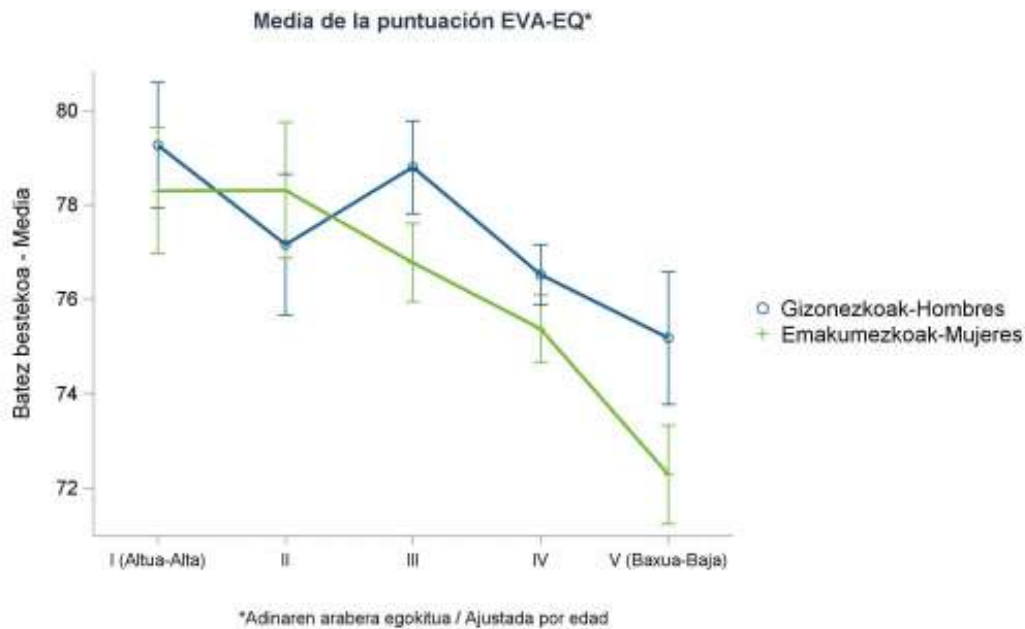
Diferencias de género en la salud percibida y salud mental de Comunidad Autónoma Vasca

La perspectiva de género en la salud ha sido considerada un valor presente y reflejado como prioritario en las políticas y programas sanitarios de la Comunidad Autónoma Vasca (CAE). La presencia de desigualdades en materia de salud y bienestar ha sido señalada por diversos informes en las últimas décadas. A pesar de observar un aumento de la esperanza de vida, la existencia de estados de inequidad dependientes de múltiples aspectos, inclusive la presencia de determinantes socioculturales, refleja una distribución desigual e influye en la percepción de la salud entre hombres y mujeres.

Haciendo una revisión del plan de Salud 2013-2020 de la CAE, el género ya ocupaba un papel protagonista en el análisis de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud. Del mismo modo, el próximo Plan Estratégico de Salud 2021-2028 de la CAE, actualmente en elaboración, recogerá tales aspectos, fundamentales en el análisis de las desigualdades en salud, y en sintonía con el Marco Estratégico 2021-2024 del propio Departamento de Salud (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2020) y el recientemente publicado I Plan para la Igualdad de Hombres y Mujeres de Osakidetza (Osakidetza, 2021).

De hecho, en la última Encuesta de Salud del País Vasco publicada en 2018 (Mateos et al., 2018) se evidencia la presentación de una distribución desigualdad en salud. Según los datos presentados para los años comprendidos entre 2013 y 2018 en la CAE, se puede observar una mayor prevalencia de mala salud percibida en las mujeres para todos los grupos socio-económicos evaluados, las cuales se acrecientan a media que disminuimos de clase social (**Figura 1**).

Figura 1. Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por clase social. *Reproducido de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 (Mateos et al., 2018)*



Más aún, y como podemos observar en la **figura 2 y 3**, la evolución de la salud mental, evaluada a través de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en la sociedad vasca presenta evidencias claras de la inequidad existente entre hombres y mujeres en materia de salud y bienestar emocional. A pesar de observarse un descenso en la prevalencia de la presentación sintomática de malestar emocional, las diferencias existentes en la presentación de síntomas de ansiedad y depresión entre mujeres y hombres persisten para todos los grupos de edad y clases sociales, siendo estos resultados similares a los obtenidos en encuestas previas (Mateos et al., 2018).

Figura 2. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre hombres y mujeres para los años 2002-2018. *Reproducido de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 (Mateos et al., 2018)*

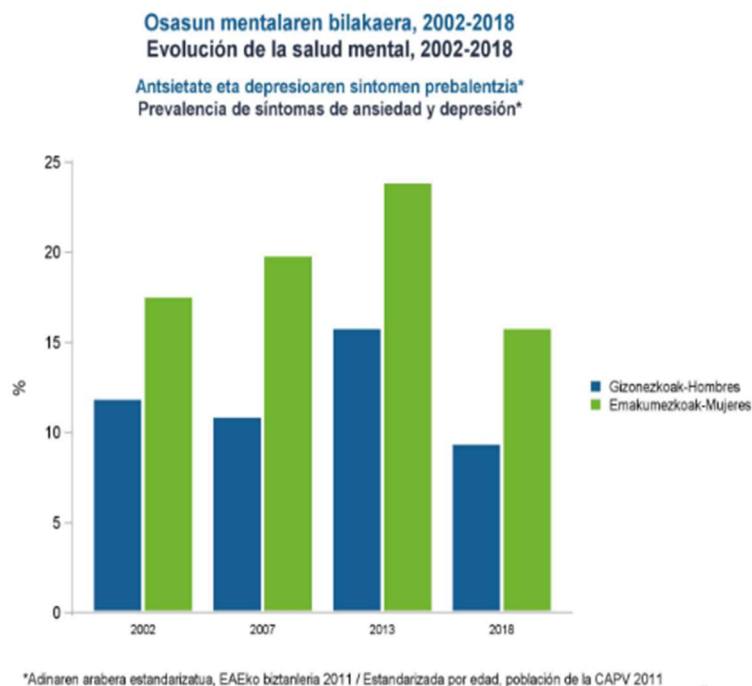
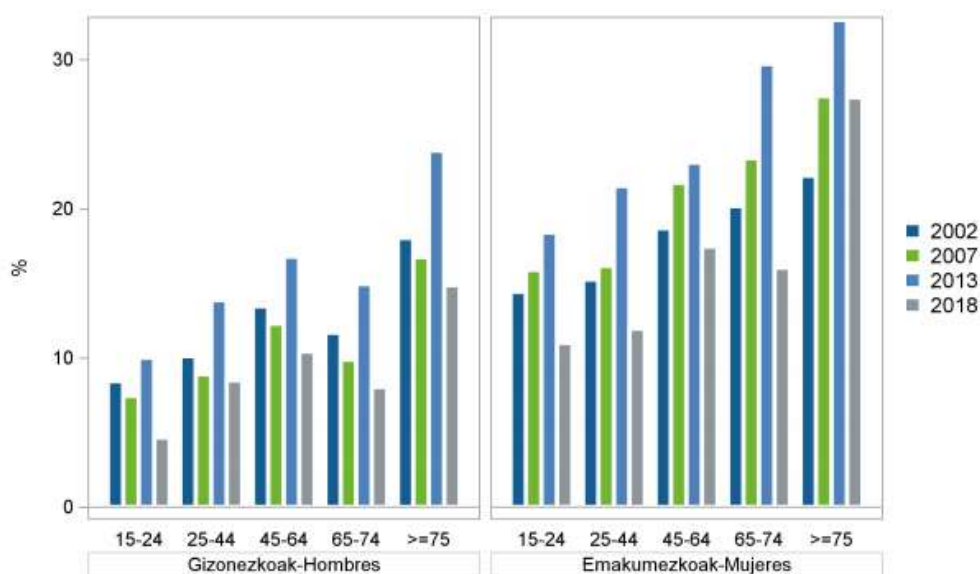
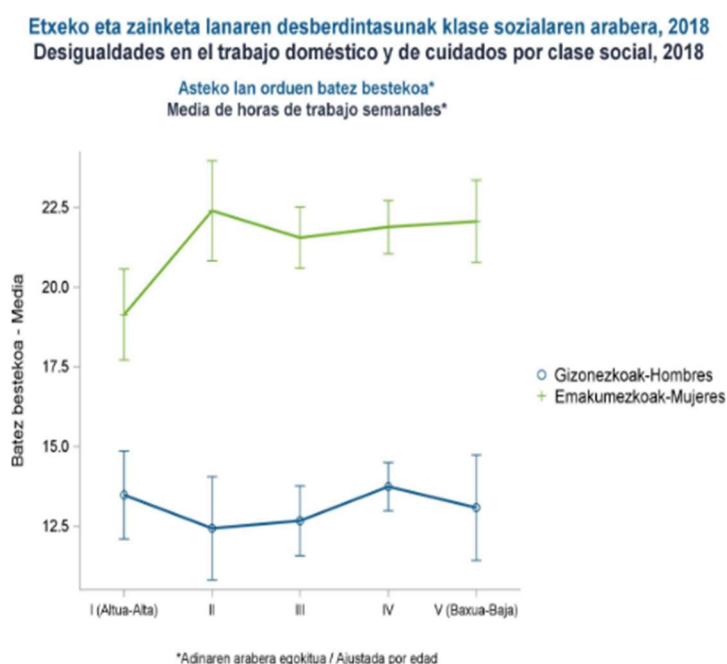


Figura 3. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión por grupos de edad para los años 2002-2018. *Reproducido de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 (Mateos et al., 2018)*



De manera global, y como se observa en la **tabla 4**, desde el año 2002 se objetiva un gap de ansiedad-depresión entre mujeres y hombres que persiste a lo largo de las diferentes encuestas realizadas por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco cada cinco años. A esto hay que sumar las horas dedicadas a la carga de cuidados y tareas domésticas que en las mujeres tiene una media de 20 horas semanales frente a los hombres 13 horas, que es independiente de la clase social; y en el caso de las mujeres aumenta a 22,5 horas en las clases más desfavorecidas (las mujeres de clase favorecidas probablemente reciban ayuda externa que será realizado mayoritariamente por otras mujeres).

Figura 4. Desigualdades en la distribución del trabajo doméstico y de cuidados por clase social, 2018. *Reproducido de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 (Mateos et al., 2018)*



Tales evidencias ponen de manifiesto la inequidad y la presencia de sesgos de género enraizados en nuestra sociedad. Si bien la encuesta de salud presenta limitaciones de tipo metodológico (por la propia dificultad de extrapolar síntomas a través de encuestas telemáticas), resulta más que evidente la presencia de desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, cuyo impacto se ve reflejado en unas peores condiciones, así como una peor percepción de salud y la presencia de malestares psicológicos en las mujeres.

Aproximación a los sesgos de género en biomedicina: desde el modelo biomédico tradicional a un enfoque biopsicosocial en la investigación en salud

Desde el modelo tradicional de la medicina, el estudio de las enfermedades se ha centrado desde un prisma primordialmente masculino. En este sentido, y desde otras ramas de estudio, como son la antropología y la sociología, han definido el termino androcentrismo, en relación a la práctica, desde un punto de vista teórico y del conocimiento, de otorgar al varón y a su punto de vista una posición como elemento central en el mundo. Esto implica una noción de que los hombres son considerados como genero neutro o estándar, dando prioridad socialmente a sus necesidades y valores y desplazando las necesidades y particularidades de las mujeres a un segundo plano. En este sentido, y como expone la investigadora Carme Valls-Llobet (2020): “La ciencia no es ajena a las actitudes que tienen los investigadores hacia las mujeres y los hombres, ni a los estereotipos mentales que marcan su conducta”.

Más aún, y considerando un enfoque histórico puramente masculino de la investigación clínica, esta situación ha llevado a la falta de atención a las enfermedades que afectan en mayor grado a las mujeres, centrándose únicamente en aspectos puramente reproductivos, y a su exclusión histórica en los ensayos clínicos de nuevos medicamentos, entre otros. La salud de las mujeres se ha visto afectada negativamente por una investigación médica sesgada y excesivamente generalizada, basada únicamente en participantes masculinos, generando un gran vacío en el conocimiento científico.

El problema no es solo con el género y el rol de género sino con que el género masculino es considerado superior que el femenino. A lo largo de la Historia de la Psiquiatría las mujeres han sido objeto de psiquiatrización de los síntomas que padecían independientemente de la situación de inequidad social existente entre ambos sexos hasta principios del siglo XX en las sociedades industrializadas. Una situación que persiste en muchas otras zonas del planeta en el momento actual (Sáenz-Herrero, 2017).

Los sesgos de género en investigación hacen referencia a la presencia de diferencias existentes en la práctica clínica a través de la praxis de diagnóstico y tratamientos médicos, prestada a hombres y mujeres, las cuales no tienen el suficiente sustento científico para su justificación (Tasa-Vinyals, Mora y Raich, 2015). De hecho, uno de los principales sesgos de género es el parcial o incorrecto conocimiento en los resultados los cuales son sistemáticamente diferentes de los valores reales. En línea con lo expuesto, autoras como Mariluz Esteban (2006) señalan como los sesgos de género en la práctica médico-sanitaria incluyen la propia perpetuación de ópticas deterministas y biologicistas de la realidad de las mujeres, elementos clave en la perpetuación de estados de inequidad y que suelen permanecer invisibles para una gran mayoría de los

profesionales sanitarios.

Las diferencias de sexo y de género, y cómo éstas se relacionan en la propia causa y en la expresión de diferentes enfermedades y problemas médicos, incorpora también los problemas relacionados con la salud mental de las personas. No es hasta fechas recientes, cuando en los principales manuales de referencia ampliamente utilizados en salud mental, como es el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), ha incorporado por vez primera la variable género, señalando la relevancia de este en el desarrollo y mantenimiento de las patologías mentales, así como en la expresión de forma diferenciada de las patologías médicas. Sin embargo, y a pesar de tales avances, es reconocido por el propio DSM-5, que algunas diferencias presentes en las patologías mentales están basadas solo considerando el sexo biológico (Sáenz-Herrero, 2019).

Considerando lo anteriormente mencionado, en los últimos años se ha desarrollado un creciente interés en la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito científico-académico, y de manera especial, en el campo de la investigación biomédica. Desde diferentes instituciones y organizaciones públicas a nivel mundial, entre ellas la OMS o el Instituto Canadiense de Investigación en Salud, se ha promovido el desarrollo e inclusión de políticas sociales y sanitarias específicas, desde la investigación básica hasta los planes de prevención y atención sanitaria, señalando el género como un determinante crítico en el desarrollo de los conceptos de bienestar y salud mental (Liu y Dipietro, 2016; Dusenbery, 2017).

El sexo y el género, pueden influir de diversas maneras en la presentación y patoplastia de las enfermedades mentales. Puede condicionar el modo en el que las personas se enfrentan a factores de riesgo específicos, el modo en el que enferman o en la forma que las personas experimentan determinados síntomas. A pesar de esto, la presencia de sesgos de género se encuentra arraigada en gran parte de la investigación científica.

Desde otras especialidades médicas, la implantación de la medicina de precisión ha supuesto un avance en el reconocimiento de las diferencias individuales. Más aún, es evidente el creciente interés en la investigación en hacer una investigación científica más sensible y precisa atendiendo a las cuestiones de sexo y género (Tannenbaum et al., 2016). De hecho, se han llevado a cabo numerosos trabajos estrechamente relacionados con el objetivo último de promover el análisis basado en el sexo y el género en la investigación médica, considerando estos aspectos como ejes centrales en la forma en que se debe enfocar desde la formulación de objetivos e hipótesis, así como en el desarrollo de la propia investigación. Ante este paradigma, resulta esencial reflexionar y estructurar desde un inicio los aspectos metodológicos influyentes en la manera de realizar y ejecutar las investigaciones. Como consecuencia, uno de los problemas más

significativos en la investigación biomédica está relacionado con los resultados irreproducibles de la investigación preclínica. En este sentido, las hipótesis experimentales de toda investigación preclínica deben abordar la comparación directa por sexos para detectar posibles diferencias entre ellas, y con ello valorar el potencial efecto de futuras intervenciones tanto en hombres como en mujeres (Miller et al., 2017).

Como ya hemos mencionado, en los últimos años, algunos organismos e instituciones públicas están reclamando la necesidad de incorporar un paradigma de análisis basado en el sexo y el género en la investigación. Esta iniciativa se conoce bajo las siglas SGBA, y considera un espectro holístico en el examen de las diferencias basadas en el sexo (factores biológicos) y en el género (factores socioculturales) entre hombres, mujeres y personas con diversidad de género (Tannenbaum et al., 2016).

El Instituto Canadiense de Investigación Sanitaria (CIHR) exige desde 2010 que en su protocolo de investigación se incorpore en el análisis la presencia de diferencias presentadas por sexo y género. Seguidamente, organizaciones de renombre internacional, como el Instituto Nacional de la Salud (NIMH) de EE. UU, solicita a los grupos de investigación que reciben financiación pública para el desarrollo de investigación en el campo de la biomedicina que desarrollen protocolos que consideren el sexo como variable en el diseño y en los aspectos metodológicos de las investigaciones (Tannenbaum et al., 2016).

A pesar de todos estos esfuerzos, las evidencias resultan poco esperanzadoras. Autoras como Hankivsky y colaboradoras (2018) han puesto en evidencia las carencias existentes en la elaboración y financiación de proyectos de investigación en salud que consideren las diferencias según sexo y género, reflejando que:

- No existen suficiente evidencia en los programas de financiación científica públicos relacionados con la consideración e incorporación de un análisis basado en el género.
- No existe un consenso universal en cómo se conceptualizan y consideran el “sexo” y el “género” en la investigación científica (estrechamente relacionados con los aspectos metodológicos).
- Las agencias de financiación tienden a priorizar la igualdad y paridad de los equipos de investigación más que en evaluar la incorporación de la perspectiva de género en el planteamiento y desarrollo de la producción científica.

Más concretamente, los estudios que se están llevando a cabo en psiquiatría no han tenido en cuenta cómo puede influir el género en la salud mental. Se ha comprobado que la mayoría de las investigaciones científicas en este ámbito están sesgadas por el sexo y el género (Howard et al., 2017). Entre otras iniciativas, algunos de los institutos de investigación sanitaria más conocidos en todo el mundo se han centrado en identificar y hacer transparente la forma en que se realiza la investigación. De hecho, las diferencias

presentadas en la epidemiología y las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales entre hombres y mujeres han sido bien descritas

El instituto de Medicina llamaba a los equipos de investigación a ahondar en sus investigaciones sobre sexo y género como variables que afectaban a la salud. De hecho, las autoras y autores proponían la necesidad de incrementar la comprensión de los roles de género y el sexo en cada nivel de existencia, desde los aspectos sociológico hasta el molecular, recordando que todas las células tienen sexo. Y al incluir esta variable se pueden conseguir avances en la prevención, diagnóstico y prácticas de salud (Wizeman et al., 2001).

Sexo, género y salud mental: luces y sombras en el estudio de la sintomatología y tratamiento de las patologías psiquiátricas.

Como hemos venido señalando a lo largo de la introducción, las mujeres han permanecido invisibles como seres diferentes en la biología, inclusive áreas como en la psicología y en la psiquiatría. No se ha incluido en las investigaciones sobre salud, sobre patologías o sobre fármacos qué influencias tienen la cultura, las relaciones de poder y los estereotipos de género en la salud mental. Por ejemplo, no se ha incluido en los trabajos de investigación sobre las causas de enfermar ni la violencia de género que ampliamente extendida en las capas más profundas de la sociedad, está produciendo graves consecuencias sobre la salud psicológica y física.

Este tipo de relaciones de cuidado incluye a menudo una relación emocional además de la personal, médica y doméstica. Es frecuente que estas mujeres experimenten altos niveles de estrés y preocupación, presenten amplio rango de respuestas emocionales, tengan redes sociales reducidas, con problemas de aislamiento y estigma asociado.

Existe una pobre detección de casos clínicos de mujeres afectadas por violencia de género y de la repercusión en la salud mental. Se pasa por alto la mayor vulnerabilidad de las mujeres diagnosticadas de un trastorno mental grave en padecer violencia de género. Las formas más comunes de violencia contra las mujeres son el abuso doméstico y la violencia sexual, y la victimización que se asocia a un mayor riesgo de padecer un trastorno mental. A pesar de que en las guías clínicas se pronuncian sobre el papel que debieran desempeñar los equipos de profesionales especialistas en salud mental a la hora de identificar la violencia contra las mujeres y en responder de manera apropiada, aún a día de hoy persiste una pobre identificación de casos, y da lugar a que no se adhieran a un seguimiento adecuado en los servicios correspondientes, así como una pobre respuesta al tratamiento. Pareciera que la violencia de género y los trastornos mentales estuvieran en campos separados para la salud pública. Vivimos en la misma realidad social. Olvidar esto es un factor de confusión, y determina que no estemos haciendo una buena praxis clínica. La falta de detección de casos de violencia de género no deja de ser un reflejo de la falta de igualdad de nuestra sociedad donde la inequidad social se refleja también, en la salud mental siendo la violencia de género la punta del iceberg (Sáenz-Herrero, 2018).

Por otro lado, cabe mencionar los aspectos relacionados con el uso de recursos sanitarios, donde las mujeres acuden con mayor frecuencia a los centros de salud mental. Entre los principales motivos de asistencia, la presencia de trastornos de ansiedad y

depresión en mujeres representan un alto porcentaje de las demandas de atención sanitaria (los trastornos de conducta y alcoholismo son más frecuente en hombres mientras que los trastornos de conducta alimentaria más frecuente en mujeres hasta 9:1). Es por este motivo que la depresión, la patología más prevalente entre las mujeres, resulta a día de hoy la segunda causa de discapacidad en la estimación para el año 2020 y la primera para las mujeres.

De hecho, la literatura recoge como el consumo de psicofármacos es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (Valls-Llobet, 2011). Estas diferencias en la prescripción y consumo de psicofármacos se mantienen para todos los grupos de edad, observándose un incremento de su consumo en mujeres en ausencia de diagnóstico psiquiátrico (Valls-Llobet, 2011).

Las razones argumentadas hasta la fecha en la literatura científica para explicar la sobrerrepresentación del género femenino en determinadas patologías de salud mental, como los trastornos depresivos, se ha centrado principalmente en los aspectos neurobiológicos, haciendo hincapié en la influencia genética y hormonal en el desarrollo de las patologías médicas. Ante este hecho, desde la biomedicina resulta imprescindible integrar un enfoque multidimensional del origen de los trastornos mentales, interpretándolos como constructos biopsicosociales en constante interacción sin dejar de lado la relevancia de los aspectos sociales, históricos y políticos, comúnmente no incluidos en la construcción de los síntomas de cada patología (Valls-Llobet, 2011).

Según la mayoría de los estudios médicos, las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos en los servicios ambulatorios especializados, y las diferencias son más patentes en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica. De ahí que se haya sugerido que ser mujer es una variable que predice una mayor utilización de servicios psiquiátricos desde atención primaria. Sin embargo, existen pocos estudios sobre la utilización de los servicios de urgencias. Es por este motivo, que el presente trabajo pretende realizar una revisión de la literatura, así como responder a la ausencia de trabajos realizados en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas desde una perspectiva de género.

Género y salud mental: la construcción histórica de la locura

Identidad, subjetividad, corporalidad, género y lenguaje en las mujeres

La antropología del género y el cuerpo, así como el culto al cuerpo en la sociedad occidental, repercute en construcción de la psicopatología y la noción de salud mental. El cuerpo y el género constituyen un elemento nuclear en la construcción identitaria de la persona y, principalmente, en la construcción de la identidad femenina como medio y objeto de la medicalización del mismo.

El cuerpo y la corporalidad desde el marco psicopatológico, inclusive la imagen corporal, nos ofrece esta visión global y compleja que constituye la construcción de la identidad humana, y por ende la identidad femenina (Sáenz-Herrero, 2019). Ambos conceptos son objeto de análisis de manera sintomatológica por la psicopatología descriptiva. Sin embargo, en muchos manuales ni siquiera se incluye un epígrafe en el que se incluya la Psicopatología de la Corporalidad constituyendo el cuerpo, el eje nuclear de nuestra identidad.

A pesar de la diversidad biológica y sociocultural, las personas somos presentadas a la sociedad de manera binaria. Así la dualidad de género puede parecer inevitable a primera vista, ya que generalmente se interpreta el sexo y el rol de género atribuido a en el nacimiento permanente a lo largo de toda la vida de cualquier persona (Casares, 2012). El cuerpo desde el punto de vista sociológico se representa como un cuerpo individual (nuestro ser como persona), un cuerpo social (el uso del cuerpo como metáfora y organizador del mundo alrededor) y un cuerpo político (las disciplinas del cuerpo, normas, usos, ideales respecto al cuerpo que son diferentes en cada cultura y se modifican a lo largo de la historia).

Lo social impacta y se inscribe en el cuerpo, para hablar de lo corporal como proceso de interacción social, subrayándonos su dimensión potencial. Hay formas diferentes de regular y disciplinar el cuerpo en hombres y en mujeres (Sáenz-Herrero, 2019). La feminidad nos constituye con una identidad centrada en un ser para ser percibido, mirado, en un estado permanente de inseguridad corporal y de alienación simbólica. En esta identidad la apariencia tiene un valor fundamental. La adolescente va a encontrarse por primera vez con la sexualidad no a través del encuentro con su cuerpo, sino a través de la mirada del otro que la desnuda (Bleichmar, 1997).

Si la afirmación de Beauvoir de que “no se nace mujer, sino que se llega a serlo” es en parte cierta, entonces mujer es de por sí un término en procedimiento, un convertirse, un construirse del que no puede afirmar tajantemente que tenga un inicio o un final. Como práctica discursiva que está teniendo lugar, está abierta a la intervención y a la resignificación. La noción de cuerpo no como una superficie disponible que espera significación, sino como un conjunto de límites individuales y sociales que permanecen y adquieren significado políticamente. El hecho de aludir a una feminidad original o auténtica se opone a la necesidad actual de analizar el género como una construcción cultural compleja (Rubin, 1975).

En este sentido, el impacto del movimiento feminista y de las teorías de género ha sido crucial en el desarrollo otros campos como la antropología social. Sin embargo, desde la psicopatología este tipo de paradigmas no han sido considerados como nucleares en la construcción de la subjetividad individual y, por tanto, en como se refleja esto en el malestar psíquico de las personas, con especial mención en las mujeres, las principales usuarias de los servicios de salud mental.

El lenguaje, como sistema simbólico no es neutro respecto al género, como tampoco lo es respecto a la etnia o la clase social, por lo que estas categorías tienen un claro impacto en cada individuo. Las niñas y los niños aprenden a simbolizar siendo aún pequeñas/os, cuando apenas son conscientes del significado de las palabras. Las transformaciones lingüísticas pueden influir en la forma de comprender e interpretar el mundo y pueden contribuir a disminuir el sexismo del lenguaje. Precisamente una de las críticas fundamentales de las feministas a la obra de Foucault consiste en la falta de perspectiva de género en su análisis del lenguaje (Devaux, 1994).

Así Robin Lakoff plantea que el lenguaje nos utiliza tanto como lo utilizamos nosotros/as. Esto significa que, igual que los pensamientos que queremos expresar guían nuestra selección de formas de expresión, la forma en que percibimos el mundo real domina nuestra forma de expresarnos sobre las mismas cosas. Las relaciones entre la lengua, la mentalidad y los comportamientos sociales de cada grupo humano constituyen preocupaciones antropológicas.

Para la teoría feminista el desarrollo de un lenguaje que represente de manera adecuada y completa a las mujeres ha sido necesario para promover su visibilidad política. Esto ha sido de gran importancia teniendo en cuenta la situación cultural subsistente, en la que la vida de las mujeres se representaba inadecuadamente.

Los estereotipos de género son construcciones sociales que constituyen ideas fuertemente arraigadas en la conciencia que escapan al control de la razón. Los estereotipos de género no son estables y cambian de una cultura a otra. La adecuación personal a los estereotipos responde, en gran medida, a la necesidad de las personas de sentirse socialmente integradas.

Las personas somos educadas desde nuestra infancia según los paradigmas sociales de lo que se interpreta ser un hombre o una mujer, siendo aceptados como un dogma, y considerados dentro de lo establecido como “normal”. El precepto de ser de un género concreto en el caso de las mujeres genera fracasos: una variedad de configuraciones inherentes que en su multiplicidad sobrepasan y desafían el precepto mediante el cual fueron generadas (Rubin, 1975). Ser de un género concreto se genera mediante rutas discursivas, ser una buena madre, ser un objeto sexualmente deseable, ser una trabajadora capacitada, significar una gran cantidad de garantías que satisfacen una variedad de exigencias distintas asociadas al cuidado. A lo largo de la Historia se ha idealizado o manipulado desde la perspectiva de hacer de la maternidad la razón de ser de las mujeres.

La experiencia del cuerpo es pues ambivalente. Vivir el propio cuerpo no es sólo asegurarse su dominio o afirmar su potencia, sino también descubrir su servidumbre y reconocer su debilidad. Constituye el recuerdo periódico de la decadencia progresiva y la finitud. En la enfermedad la realidad corporal de cada sujeto se hace problemática y sobre ella se concentra su atención (López-Ibor, 2011).

Desde el punto de vista histórico la dominación masculina se pone de manifiesto desde finales de la edad media, con el cambio de leyes de la herencia, la expulsión de las mujeres de la Universidad, los debates sobre las funciones de las mujeres en la iglesia. La iglesia tuvo una visión negativa, los dominicos y la Inquisición apartaron a la mujer de otras profesiones. En la época romana había médicas, traductoras. A partir del peso de la iglesia que recluye a las mujeres dentro del ámbito doméstico, el matrimonio indisoluble hace desaparecer a las mujeres del ámbito público. Esto se puede objetivar en la representación de la Anunciación de las imágenes pictóricas de finales del siglo XIV al XVII, en el que pasa de la Virgen de madre de dios ocupando la parte derecha e importante del cuadro a esclava del señor cuando mayor es el peso de la religiosidad con María en una casa de los países bajos del pintor Robert de Campin en el museo Metropolitano de Nueva York. El proceso de desequilibrio de poder se va acentuando entre hombres y mujeres. En la época de Descartes, la racionalidad es masculina y las mujeres se van al ámbito de lo privado. Los nuevos estamentos urbanos, la llegada de la burguesía donde la mujer es esposa, madre, cuidadora de la casa. A partir de aquí podremos hacer una relectura de la Historia que despatologice el cuerpo de las mujeres.

La corporalidad y la conciencia del cuerpo cuentan a partir de la obra de Jaspers con un fundamento descriptivo (Jaspers, 1977):

[...] “El propio cuerpo es consciente para mí como mi existencia y al mismo tiempo lo veo con mis ojos y lo toco con mis manos. El cuerpo es la única parte del mundo que es simultáneamente sentida por dentro y en su superficie percibida. Es un

objeto para mí y yo soy ese cuerpo mismo. Me siento físicamente y me percibo como objeto de dos maneras, pero ambas están indisolublemente unidas” [...].

El cuerpo que soy y el cuerpo que tengo están ligados en Jaspers en forma de una vivencia simultánea de sensaciones corporales y de los sentimientos que surgen a partir de ellas. El esquema corporal articula todas las experiencias corpóreas, otorgando un referente claro de lo que realmente somos (corporalmente). En línea con lo expuesto, conciencia y corporalidad son conceptos claves en el desarrollo de la psicopatología de Jaspers (1913), y a través de ellos se vivencia la conciencia del Yo. Esto es a través del sentimiento de su unidad, del sentimiento de su identidad y finalmente del sentimiento de su oposición a lo externo, el “Yo” se hace consciente.

La salud se manifiesta por el silencio corporal, por la ausencia de síntomas. Sin embargo, en determinados momentos esa intencionalidad se escamotea, se autocentra y el cuerpo deja el mundo-con-los-otros (Mitwelt) para centrarse sólo en el mundo propio (Eigenwelt): es decir, está enfermo/a, o lo que es lo mismo “privado de toda convivencia espontánea con su cuerpo, el/la enfermo/a habla de él como de un objeto extraño” (Merleau-Ponty, 1975).

El cuerpo constituye el lugar de existencia del ser humano (Pera, 2006). De hecho, para Janet (1929) y, de acuerdo con Ribot (1884), la personalidad no se encuentra en el alma, se encuentra en el cuerpo. En consecuencia, no es posible avanzar en el estudio de la personalidad sin haber previamente comprendido ese carácter de tener un cuerpo, un cuerpo distinto a los demás. Esto es especialmente significativo en las mujeres, en las que el cuerpo está mucho más presente en la construcción de su subjetividad.

Ser en todo momento consciente de su cuerpo, de estar siempre expuesta a la humillación o el ridículo y de encontrar su “consuelo” en las tareas domésticas o en las charlas con amigas. No es que las necesidades de la reproducción biológica determinen la organización simbólica de la división sexual del trabajo, sino más bien una construcción social, arbitraria de lo biológico y en especial del cuerpo femenino, de sus costumbres y funciones que proporcionan un fundamento natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual del trabajo y a partir de ahí de todo el cosmos. Legitima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada (Bordieu, 2001).

La moral femenina se impone sobre todo a través de una disciplina constante que concierne al cuerpo, una presión sobre la ropa, belleza, formas de comportarse y mantener el cuerpo. Se trata de la naturalización de una ética. La sumisión femenina, inclinarse, bajar la cabeza, doblar el cuerpo, sonreír, bajar la mirada, aceptar las interrupciones. De qué manera se enseña a las mujeres a ocupar el espacio, a caminar, a adoptar posiciones corporales convenientes (mantener las piernas abiertas es vulgar, tener un vientre prominente significa falta de voluntad).

Investigaciones recientes han extendido el foco de las alteraciones de la conducta alimentaria hacia la imagen corporal, la insatisfacción corporal y las vías como los pensamientos y las cogniciones sobre el propio cuerpo afectan a la imagen corporal y a la imagen que uno/a tiene de sí mismo/a. Una vez que se forman los esquemas cognitivos sobre el cuerpo se mantienen de manera firme y pueden dar lugar a distorsiones en la imagen corporal. Sin embargo, en el caso de las mujeres se ha producido una gran transformación en el ideal de belleza con un adelgazamiento progresivo de la imagen corporal hasta proporciones imposibles de reproducir.

Desde el campo de las neurociencias, investigadores han llegado por caminos diferentes a las mismas conclusiones que la fenomenología y la antropología psiquiátrica y en ello coinciden con filósofos actuales como Clark y Noë (Damasio, 1994; Varela, Thomson y Rosch, 2004). Mente, cuerpo y mundo interactúan en la adaptación del individuo. El cuerpo como metáfora, contenedor, espejo o barrera. Es el sitio absoluto, el pequeño fragmento de espacio donde estoy, literalmente encarnado decía Michel Foucault. El cuerpo se ha convertido en uno de los principales objetos de debates y tensiones contemporáneos.

Muchos cuerpos se sienten cada vez más insatisfechos ante su imagen en el espejo lo que los lleva a iniciar el camino, muchas veces sin retorno de una continua y peligrosa modificación de su cuerpo. El cuerpo es el espacio donde se encarna el vivir con la identidad personal de cada individuo. Como afirma Foucault (1976):

*“Est docile un corps qui peut
être soumis qui peut être
utilisé, qui peut être
transformé et perfectionné” –*

*“Es dócil el cuerpo que puede ser
sometido, que puede ser
utilizado, que puede ser
transformado y perfeccionado”*

Existen formas determinadas y diferentes de vivir el cuerpo entre mujeres y hombres. Mientras los hombres son más instrumentales, las mujeres tienden a considerarse más expresivas. La imagen corporal constituye un elemento nuclear en la construcción de la identidad femenina, al igual que los vínculos, el amor y la relación con los demás. Así, patologías como la anorexia nerviosa, pueden entenderse como un desafío del orden establecido. Una rebelión frente al papel tradicional de la mujer victoriana en la descripción de los primeros casos. Cuestiona los criterios de salud. Cuestiona los síntomas como síntomas sociales encarnando un cuerpo que está expuesto a la mirada (Butler, 2004).

Simone de Beauvoir (1952) afirma que el cuerpo femenino debe ser la situación y el instrumento de la libertad de las mujeres y no una esencia definidora y limitadora. En

ese convertirse, del que no puede decirse que tenga un principio o un final, está abierto a la resignificación. Así el cuerpo aparece como un conjunto de límites individuales y sociales.

La fenomenología ha enriquecido considerablemente nuestros conocimientos sobre la experiencia del cuerpo al permitir superar el dualismo cartesiano. El esquema corporal es la forma de expresar que mi cuerpo está en el mundo. No hay posibilidad de distinguir el cuerpo como objeto que tengo del cuerpo como sujeto que soy. Marcel (1955) lo expresa en términos de “soy y tengo cuerpo” y Marías (1996) como “estoy instalado/a en mi cuerpo”, es decir, estoy corporalmente.

La imagen corporal para Schilder (1950) trasciende el conocimiento del propio espacio físico en que se desarrolla la actividad corporal para situarse en un espacio temporal y mental diferente que le permite poder abstraer, imaginar, simbolizar e incluso distorsionar el propio esquema. Slade (1998) describe la imagen corporal como el cuadro que tenemos en nuestra mente sobre el tamaño, la forma y la estructura de nuestro cuerpo, y como los sentimientos qué tenemos hacia cada parte constituyente del mismo.

La vivencia corporal va acompañada de la experiencia de un aquí y de un ahora, de un sí mismo en el mundo, es decir va íntimamente unida a la vivencia del tiempo, del espacio, del Yo y del mundo. Cuerpo y mundo forman un todo: yo soy yo y mi circunstancia (Ortega y Gasset, 1946) yo soy alguien corporal, ligado por eso, a través de la corporeidad a la mundanidad, por eso estoy en mi cuerpo y estoy en mi mundo (Marías, 1970).

Desde un punto de vista biológico, el proceso mediante el cual el cerebro construye los esquemas corporales requiere la integración de información exteroceptiva, propioceptiva e interoceptiva entre sí y con actividades ejecutivas del movimiento asociado a la misma, para lograr un contenido simbólico que permita una experiencia y un funcionamiento corporales armoniosos y eficaces (López-Ibor et al., 2011).

El proceso de integración global y armonioso de nuestro cuerpo exige la participación de las llamadas neuronas espejo, que son células a la vez motoras y sensoriales, lo que les confiere la capacidad de captar y anticipar movimientos de otros seres vivos. A través de estos mecanismos el individuo aprende comportamientos adaptativos y sienta las bases para una relación social.

La génesis cognitivo-emocional de la imagen corporal forma parte de un proceso en continuo movimiento, la cual se aprende y se adquiere a lo largo de la vida. Con el paso del tiempo, los mecanismos neurobiológicos involucrados en la imagen corporal se refuerzan con la experiencia, principalmente en la infancia y adolescencia, momento en el cual se quedan fijadas las redes neuronales que la hacen posible. Por este motivo, cada persona tiene un concepto diferente de la propia imagen corporal, que forma parte de

su experiencia personal (López-Ibor et al., 2011). El cuerpo guarda memoria de todo lo que ha vivido alguna vez y se queda almacenado.

La representación de sí mismo se va desarrollando paulatinamente desde el año y medio de edad aproximadamente (Lewis & Brokks-Gunn, 1979) cuando se adquiere una noción de “yo” (Lewis, 1995) y de un “yo que yo sé (Rochat, 1995) El autoreconocimiento visual es el más estudiado, pero hay otros aspectos importantes como son las emociones, especialmente la vergüenza (Lewis et al., 1989) empatía (Bischof-Köhler, 1994) y altruismo (Zahn-Waxler et al., 1992) El reconocimiento de sí mismo/a tiene que ver con recuerdos autobiográficos y con la capacidad de imitación (Asendorpf, 2002). El disimulo y la negación de sí mismo/a son manifestaciones precoces de la capacidad para comprender estados mentales (Leslie, 2002). Dos aspectos importantes son la utilización de pronombres personales incluyendo “yo”, “mío” (Stipek, Gralinski y Kopp, 1990) y la actividad lúdica (Lewis & Ramsay, 2004).

En este sentido, los marcadores somáticos poseen un claro componente emocional, en ocasiones consciente o inconscientes, asociados a la representación cerebral del estado corporal para modular la respuesta del organismo más allá de meros aspectos cognitivos. Se trata de procesos emocionales que se anticipan al proceso racional, que se establecen en función de experiencias emocionales pasadas. Es el concepto que Damasio ha denominado “marcador somático” (Damasio, 1996).

La cultura actual está dominada por la omnipresencia del cuerpo y el sometimiento del mismo a modelos cuya reproducción resulta casi imposible para la gran mayoría de la población y se fomenta una tendencia a la continua modificación del cuerpo y éste se convierte ante el espejo en espectáculo para sí mismo. Desde la experiencia corpórea con género femenino se tiene una representación del cuerpo marcada por la instrumentalización, la disociación y la tensión. El cuerpo es un instrumento, el objeto para realizar diversas funciones de carácter social, reproductivas y productiva.

Sesgos de género en psicopatología

La perspectiva de género debiera ser incorporada en el discurso psicopatológico porque determina el modo en que un problema se percibe, jerarquiza y va a condicionar el abordaje posterior. Habría que repensar la psicopatología incluyendo el constructo de género, considerar las maneras de enfermar y de manifestar el malestar psíquico en función de la construcción de la identidad y subjetividad, pues tal y como ésta se construye en relación al género es posible que haya una expresión sintomática diferente.

Clasificar no es diagnosticar y el diagnóstico se realiza a través de la sintomatología y de la exploración clínica y psicopatológica siguiendo los manuales de psicopatología descriptiva que siguen modelos médicos clásicos sin incluir la variable de género en la construcción de los mismos. De manera generalizada se realizan los diagnósticos psiquiátricos siguiendo códigos de clasificaciones internacionales de enfermedades mentales (criterios CIE-10 y DSM-5). Hasta la aparición del DSM-5 no se hace referencia al género como factor determinante en la salud mental de los seres humanos. Y, aun así, se equiparán sexo y género como si fueran intercambiables.

Se trata entonces de deconstruir la psicopatología vigente desde el siglo XIX y reconstruir la misma en la que se incluya el constructo de género en la definición de los síntomas pues estos se van a constituir de distinta manera. Se trata reconocer la complejidad y no de simplificar el lenguaje psicopatológico que ha tratado en vano de encontrar una ley general como ocurre en el pensamiento científico. En la práctica clínica falta una revisión epistemológica, entendiendo epistemología como el estudio de las raíces de los problemas de Salud Mental que habitualmente tratamos, que permanecen en la actualidad ciegos al género.

La psicopatología en la actualidad sigue el mismo modelo que la Psicopatología de Jaspers. La escuela de Cambridge del profesor German Berrios propone básicamente un trabajo sobre la historia de los síntomas y de la construcción de los mismos y su recalibración actual a través de una psicopatología descriptiva, que permita capturar la señal neurobiológica del síntoma, en principio algo inalterable a lo largo de la historia, y separarla del “ruido de fondo” producido por factores culturales, sociales, políticos (Huertas, 2012).

Por el contrario Rafael Huertas analiza esta propuesta poniendo de manifiesto también los aspectos ideológicos que conlleva: una perspectiva biomédica centrada en la disfunción o lesión orgánica y que puede relegar a la totalidad del individuo; la idea de que la psicopatología descriptiva se va a constituir en un conocimiento con alta validez y, por tanto, “verdadero”; el riesgo de analizar desde nuestro contexto actual manifestaciones sintomáticas que pertenecen a otro momento histórico y, al considerar

el síntoma mental únicamente desde un punto de vista esencialista-neurobiológico se relega la subjetividad y su evolución a lo largo de la historia.

Rafael Huertas en el libro “Historial Cultural de la Psiquiatría” (Huertas, 2012) reivindica una historia de la práctica de la psiquiatría que recoja los elementos del quehacer cotidiano de la práctica clínica. Una historia que, más allá de los tratados científicos, indague en los archivos clínicos de las instituciones sobre las historias clínicas de las pacientes. Con este tipo de investigación se pueden recabar aspectos sociodemográficos, asistenciales, pero también de la subjetividad de las personas que vivieron en hospitales psiquiátricos. Para ello, se puede acceder a través de las historias clínicas o incluso mediante escritos y cartas de las/los pacientes en los hospitales monográficos que pueden proporcionar otra historia de la Psiquiatría hasta ahora no contemplada. En esta otra historia de la psiquiatría se incorporan elementos culturales, sociales, ideológicos, políticos, y de género que nos permita trazar una historia de la subjetividad. Frente a una psiquiatría positivista y organicista se recupera la biografía de la persona, y subraya el trabajo subjetivo del síntoma mental.

En el libro “Cartas desde el manicomio” publicado por la editorial Catarata en el año 2018 (Villasante et al., 2018), las psiquiatras Olga Villasante, Ruth Candela, Ana Conseglieri, Paloma Vázquez de la Torre, Raquel Tierno y el historiador de la psiquiatría Rafael Huertas recopilaron las experiencias de aquel internamiento tal cual las relataban las enfermas desde 1852 a 1952.

Era importante rescatar el día a día en el manicomio, con la ausencia de derechos de las mujeres recluidas. Era importante, también, recuperar la primera persona de las víctimas, su propia voz. Las enfermas con diagnóstico de salud mental han sido marginadas a lo largo de la historia de la psiquiatría. Pero se están empoderando con sus propias experiencias y una dimensión política.

El libro recoge un análisis de las cartas de las pacientes recluidas en el manicomio de Leganés, de las que aprendemos por ejemplo que Manuela se hallaba ingresada por enamorarse de otro hombre distinto a su marido, y Adela que acaba confirmando que estar sujeta a un hombre sea padre, hermano o esposo, ha implicado durante mucho tiempo que éste tuviera la potestad de ingresarla en un manicomio (en la actualidad hospitales monográficos), con la complicidad de otro hombre (psiquiatra) y de un diagnóstico altamente arbitrario (Villasante et al., 2018). En un sentido más general, es fácil comprender cómo «la locura de las mujeres queda modelada, organizada y hasta definida en función de la propia condición femenina».

El funcionamiento de nuestra sociedad puede resultar perjudicial tanto para los hombres como para las mujeres y todas las personas participamos de este sistema. Este hecho condiciona el modo en que como individuos percibimos nuestro propio cuerpo como un adversario. La mayoría de las mujeres estamos entrenadas para buscar las

respuestas fuera de nosotras, porque vivimos en una sociedad en la cual expertos desafían y subordinan nuestro juicio, una sociedad en la cual la ciencia es omnipotente, y en la cual no se respeta, no se alienta y no se reconoce nuestra capacidad para sanar sin una ayuda constante. Existe miedo a las reacciones emocionales y una hipervaloración del control, del dominio de las emociones, porque en mayor o menor medida estamos desconectados de ellas. Se requiere mucha energía para seguir desconectadas de ese sufrimiento psíquico que aparece en forma de síntomas. En la práctica clínica habitual diversos problemas como cansancio crónico, ansiedad, fibromialgia, opresión epigástrica, cuadros somatomorfos, episodios disociativos, síntomas conversivos, todo en relación con el manejo de nuestro cuerpo, que se convierte en nuestro enemigo y la identidad como un fenómeno en construcción que camina en la cuerda floja de desear, tener que, deber ser y ser. Caminos o rutas imposibles, caminos que se cruzan y que hacen que todas y cada una de nosotras paguemos un precio sea este el que fuere (Sáenz-Herrero, 2019).

En línea con lo anteriormente señalado, cuando una mujer expresa determinadas actitudes, sentimientos, creencias tendemos a etiquetar, o juzgar si es lo correcto o no. En pocas ocasiones se nos permite dentro del lenguaje psicopatológico al uso comprender qué hay detrás de cada síntoma. Quizá porque comprender supone un riesgo. El riesgo de comprender, y porque de esa manera podríamos modificar lo dado por establecido, pero no debemos renunciar a saber.

La locura y las mujeres

La patologización del cuerpo femenino es una realidad en la Historia de la Psiquiatría. Recordemos que la palabra histeria viene del griego, útero *-hyster-*, y Platón ya lo reflejó en sus aportaciones en cuál era el origen de la enfermedad mental: el útero es un animal vivo que si no engendra hijos migra por el cuerpo produciendo síntomas. En la misma palabra ya están dentro las mujeres.

A las mujeres se nos ha etiquetado como más propensas a la ira en el imaginario de griegos y romanos, reflejado en la Historia de Medea que mata a sus hijos tras haber sido humillada, consciente de su acto nefasto y culpabilizada por ello. Las mujeres tenemos un cuerpo más delicado, más sensible confirmado en el Concilio de Elvira en 300-313 donde declaran como dogma que la mujer es más irascible que el hombre. Una creencia de que el cuerpo femenino es anormal por naturaleza. Esta creencia se ha mantenido a lo largo de nuestra civilización.

Si las mujeres se catalogan como más débiles, o vulnerables a la enfermedad, tomando como creencia social la supuesta “normalidad” de los hombres, permanecerán innombradas e invisibilizadas. El marco social puede ser un límite, una frontera que marca lo que es admisible desde el punto de vista social y lo que no lo es.

El cuerpo desde el punto de vista sociológico es un cuerpo individual (nuestro ser como persona), un cuerpo social (el uso del cuerpo como metáfora y organizador del mundo alrededor) y un cuerpo político (las disciplinas del cuerpo, normas, usos, ideales respecto al cuerpo que son diferentes en cada cultura y se modifican a lo largo de la Historia (Bance, 1997). Es frecuente referirse al cuerpo como atravesado por lo social, lo biológico, lo subjetivo, lo histórico, etc. La palabra atravesamiento remite a corte, a crucifixión, a puñal que traspasa. El atravesamiento como concepto acerca del cuerpo, rompió con una imagen del mismo como cápsula hermética. El cuerpo atravesado por el trauma será algo más que ese portador de signos y síntomas, captará y generará significados, que serán incorporados a su identidad. Para la fenomenología la corporalidad es el cuerpo vivo y vivido (el mundo no es lo que yo pienso, sino lo que yo vivo (Merleau-Ponty, 1945).

Mithu Sanyal (2012) revisa la invisibilidad del sexo femenino a lo largo de la historia del mundo occidental. La vulva era en sus primeros textos principalmente una herida. Esta herida se transforma en una grieta en la imagen del mundo que rechaza su existencia a través de la negación. Los genitales femeninos son el lugar de encuentro del interior con el exterior. La psicoanalista Harriet Lerner en los años setenta escribía sobre las dificultades que tenían muchas mujeres en nombrar sus propios genitales y la incapacidad adquirida de explorar su propio cuerpo. Porque aquello que tocaban no tenía nombre. Sólo los niños tienen algo fuera, así que las niñas no podían tocar su clítoris y al

mismo tiempo ser una niña. La ausencia de un reconocimiento explícito y de una denominación para los genitales de la niña, debía tener consecuencias patógenas.

Freud priva a las mujeres de una sexualidad determinada por ellas mismas y las despoja de su capacidad creativa. Enfrentarse a esto es luchar contra un monstruo, un mito que ha adquirido vida a través de tres palabras: envidia del pene. Para Mithu Sanyal (2012) el psicoanálisis ha cometido un matricidio matando a la madre y colocando al padre en el eje de la cultura. Alrededor del penúltimo final de siglo, los términos vulva, clítoris y labios vaginales no aparecían en el diccionario; del mismo modo que hasta hoy la única palabra que indica el diccionario para los genitales femeninos es la vagina.

Con Freud sólo hay una libido, la masculina, desde el momento en que se identifica con las formas de dominio.

Simone de Beauvoir en “El Segundo Sexo” (1952) hace una crítica del psicoanálisis refiriendo que el concepto de envidia del pene, es una cuestión simbólica, de envidia del poder, como símbolo de los privilegios que se conceden a los niños, el lugar que ocupa el padre en la familia, el predominio universal de los hombres, todo refuerza la superioridad masculina. Existe una pobreza de las descripciones de la libido femenina que ha sido estudiada a partir de la libido masculina y no en sí misma.

Para Hegel la capacidad de saber que sabemos pasa por tener una relación combativa con otra persona “Sólo a través de los ojos de otra persona una puede convertirse en un objeto para otra persona” Para Winnicott ese espacio entre nosotras/os, es una zona borrosa, un espacio transicional “Tummelplatz” (Patio de recreo en alemán) Ese espacio no está totalmente dentro de una niña, pero tampoco está del todo fuera.

Los problemas de salud que afrontamos las mujeres comparten muchos rasgos comunes en todo el mundo, pero también se observan grandes diferencias determinadas por las distintas condiciones de vida. La salud de las niñas y las mujeres se ve influida por factores sociales y económicos, como el acceso a la educación, el nivel de riqueza familiar y el lugar de residencia. Estas diferencias no solo se establecen en países en desarrollo, sino que también ocurre dentro de los países llamados desarrollados. Cuando hablamos de pobreza, hablamos de mujeres. La pobreza por tanto tiene cara de mujer. Y esto también repercute en la Salud y en la Salud mental de niñas y mujeres. Tradicionalmente la pobreza ha sido definida en puros términos económicos por el banco mundial, pero en 1997 un informe de desarrollo humano de las Naciones Unidas la define de forma mucho más acertada creo yo, como “la negación de oportunidades, tales como la oportunidad de conducir una vida larga, sana y creativa, y disfrutar de un nivel de vida decente en libertad, con dignidad y con el respeto de todos” (Jausoro y Marino, 2015).

Las mujeres sufren más que los hombres las distintas formas de pobreza, puesto que son víctima de flagrantes desigualdades: acceso desigual a la educación, a la salud, a los medios de producción, a la propiedad y a los puestos de responsabilidad política. Todas estas desigualdades ayudan a feminizar la pobreza.

Sin embargo, las mujeres desempeñan un papel productivo y social importante para la comunidad: labores agrícolas y ganaderas, comercio e ingresos financieros, relaciones sociales, educación y cuidado de los niños, y de las personas dependientes etc. La pobreza de las mujeres afecta directamente a toda la sociedad (Jausoro y Marino, 2015).

En el siglo XVII en el primer psiquiátrico de Francia, la Salpêtrière, se reservaban pabellones para las prostitutas, para las pobres, para mujeres jóvenes y marginadas de la sociedad tal como lo recoge Phyllis Chesler (2005) “Las mujeres empobrecidas y prostitutas debieron ser víctimas de una violencia crónica, tanto sexual como física, desmedida”.

A finales del siglo XIX no se comprendía las crisis que acababan teniendo. No se comprendían como una respuesta ante el trauma. Charcot redescubrió la histeria y le dio nombre. La aisló como objeto nosológico puro. La separó de la epilepsia y del resto de enajenaciones mentales. Pero esto no quiere decir que la comprendiera en absoluto, ni que dejara un procedimiento terapéutico para las mujeres. De hecho, el autor Didi Huberman cuestiona el tratamiento que se le daba a esta enfermedad como tal en su libro “La invención de la histeria” En ningún caso se prestaba atención a las circunstancias sociales y económicas en que vivían las mujeres (Didi-Huberman, 2007).

La pose, era necesario tomarse un tiempo para mirar, el encuadre, la puesta a punto en la colocación del cuerpo para la realización de las fotografías. Daba la sensación que los médicos (todos hombres en aquel momento) observan a las “histéricas” como autopsias “in vivo” de pacientes.

De hecho, muchas de las mujeres hipnotizadas por Breuer diagnosticadas de histeria era prostitutas que habían llevado vidas con acontecimientos traumáticos. Los retratos de la locura a finales del siglo XIX y XX, eran esencialmente de mujeres, como así lo ha retratado en su libro “La loca del desván” utilizando la escritura como manera de expresar la opresión y el aislamiento.

Las esculturas prehistóricas que representan a la mujer suelen simbolizar la fecundidad femenina, su capacidad para alumbrar y amamantar un bebé. Esto también se recogerá posteriormente en leyendas mitológicas como la de que fue una gota de leche de Hera mientras lactaba a Hércules la que dio lugar al origen de la Vía Láctea.

Un cuerpo de mujer obesa simboliza prosperidad y lujo. Implica hasta una recolecta abundante. Ambas condiciones son necesarias para la supervivencia del grupo. La delgadez significa esterilidad, penuria en una época de hambrunas frecuentes y la delgadez era considerada como un mensajero de la muerte. Esta valoración de los atributos físicos de las hembras no suele darse en el mundo animal, donde son los machos dotados de mayor envergadura y colores brillantes (al margen de otros atributos) quienes desempeñan las conductas de cortejo.

Por su parte, para la doctrina cristiana el cuerpo era de naturaleza débil y pecaminosa, requiriendo un control y regulación estrictos por parte de la mente. La ascesis es el camino que conduce a la perfección. La carne debía ser dominada para que el espíritu pueda triunfar. El ayuno es el medio idóneo para ello. De este modo muchas mujeres de clases acomodadas abandonan casa y familia eligiendo la vida religiosa frente al matrimonio, que en aquel momento era la única salida posible para una mujer. El convento ofrecía la posibilidad de recibir una educación que de otra forma era imposible.

En efecto, el ayuno es uno de los signos distintivos de la ascesis medieval. Pero mientras que los monjes ayunaban para purificar su cuerpo y hacerse más fuertes frente a las tentaciones del mundo exterior, las mujeres buscan la liberación de su propio cuerpo, considerado por el pensamiento cristiano como el verdadero origen del pecado. No olvidemos que el pecado original lo sustenta Eva, que es quien ofrece la manzana a Adán, cuya debilidad es aceptarla. El pecado original lo tiene Eva en sí misma, dentro de su propio cuerpo, mientras que para Adán el pecado está colocado en el mundo exterior según la doctrina cristiana. Es en este contexto donde aparece la “Anorexia Santa”, tal como la ha recogido Rudolph Bell, profesor de historia de la Universidad de Rutgers (Bell, 1985).

Este autor, tras revisar las biografías de más de 261 mujeres religiosas italianas desde el siglo XIII hasta la actualidad encuentra que muchas de ellas podrían haber padecido lo que hoy conocemos como anorexia nerviosa. Una de ellas es Santa Liberata (Santa Wilgefortis, nombre que deriva del latín y significa virgen fuerte), que desafió a su padre, el rey de Portugal, negándose a comer, cuando éste le arregló su matrimonio. La manera que encontró ella para rebelarse fue pidiéndole a Dios que le arrebatara su belleza, y su cuerpo se cubrió de vello (podría ser lanugo por la desnutrición) e incluso se recoge que tenía barba. Su padre decidió crucificarla antes que dejarla marchar al convento. Otro ejemplo es Santa Catalina de Siena, cuya cabeza se encuentra en la iglesia de Santo Domingo de Siena como reliquia expuesta tras una urna de cristal; el resto de su cuerpo está enterrado en Roma y un pie en Venecia, como ejemplo de santidad reflejando ella en sus escritos que pensaba que padecía algún tipo de enfermedad.

En el Renacimiento, y principalmente en las distintas cortes europeas, se otorga al cuerpo y a la apariencia general un significado desconocido en la Europa Medieval. En

la corte el alimento suele estar asegurado, y la habituación al mismo permite saborearlo. (Elias,1983). Se produce una socialización del cuerpo.

A partir de los siglos XIV y XV la anorexia comienza a extenderse fuera de los conventos y de las abadías como una epidemia. Esta fase, denominada “secularización de la anorexia”, se prolonga durante los siglos XVI y XVII. Aparecen las denominadas “doncellas milagrosas”, la mayoría de ellas jóvenes de origen humilde que con su rechazo al alimento pretenden ganarse un sustento económico y alcanzar una salida a su vida más allá del matrimonio convenido, fuera del alcance de las clases populares. Progresivamente la anorexia se va despojando de su trasfondo religioso y pasa a un círculo más común, apareciendo las/los denominados “artistas del hambre”, que se exhiben en ferias como “monstruos” de la naturaleza. Incluso se les puede contemplar en algunos cafés. Kafka en su relato “Artista hambriento” describe a uno de ellos. Como afirma Paul Auster en su ensayo “El arte del hambre” (Auster, 1992) esta/e nueva/o anoréxica/o secularizada ya no ayuna en la misma forma ni por las mismas razones que lo hacía el/la místico/a del pasado. Con su rechazo al alimento no pretende negar la vida terrenal para ganar la celestial. Sencillamente rehúsa vivir la vida que le ha tocado (es una manera de rebelarse frente al mundo). Cuanto más se prolonga su ayuno, mayor es el espacio que la muerte ocupa en su vida. Su ayuno es una contradicción: seguir adelante con él significa la muerte, más con la muerte se acaba el ayuno. Por lo tanto, necesita seguir viva/o, pero sólo como forma de prolongar la enfermedad. Sería una manera de explicar la enfermedad tal como la conocemos ahora.

Durante la época victoriana parecen desarrollarse y consolidarse gran parte de nuestros valores socioculturales, y entre ellos los que explican el origen de la cultura del adelgazamiento. Así, cabe destacar: la existencia de una burguesía creciente, el desarrollo de los núcleos urbanos, la revolución industrial y, posteriormente, el desarrollo de los medios de comunicación (Toro,1996).

Junto a toda esta realidad social, las mujeres seguían siendo ciudadanas de segunda, no tenían derecho al voto, no podían heredar de sus progenitores, no tenían acceso a la Universidad, y la salida era el matrimonio.

En 1840 se publica el « *Traité théorique et paractiqué des maladies de femmes* » de Imbert. Este autor incluye la anorexia, la bulimia y la pica como neurosis del estómago, y diferencia la anorexia gástrica de la anorexia nerviosa, atribuyendo la primera a un trastorno digestivo de origen gástrico y la segunda a alteraciones cerebrales. Imbert señala cómo los pacientes con “anorexia nerviosa” presentan pérdida de apetito y una gran variedad de signos neuróticos, tornándose melancólicos, coléricos y asustadizos.

Dos décadas más tarde Marcé (1860), médico de la Universidad de París, describe una forma de delirio hipocondríaco que es consecutivo a la dispepsia y viene caracterizado por el rechazo de los alimentos, en el cual las pacientes, bien sea por la

ausencia de apetito o bien por la incomodidad causada por la digestión llegan a una convicción delirante de que no pueden o no deben comer.

Es también en plena época victoriana cuando aparecen las aportaciones de Gull y Lasègue. Son estos dos autores los iniciadores del estudio científico de la anorexia nerviosa. En 1868 en Londres, William Gull, médico de la reina Victoria, describe la “apepsia histérica” como un cuadro típico de mujeres jóvenes que conduce a la emaciación, y a la que en un principio atribuye un origen orgánico (Gull, 1888).

Al poco tiempo en París, en el año 1873, Lasègue publica el manuscrito “De la Anorèxie Hysterique” donde describe los casos de varias pacientes de entre 18 y 22 años. El autor enfatiza la etiología emocional de la enfermedad, presentándola como una perversión o anomalía intelectual y señalando la existencia de fondo en la misma de relaciones interpersonales perturbadas y, en ocasiones, de deseos inconscientes como características básicas de la personalidad de estas pacientes (Lasègue, 1873).

En su descripción Lasègue añade algo que nos parece importante señalar, teniendo en cuenta las posteriores interpretaciones del “síndrome anoréxico”: “por otra parte, el ayuno no es total ni tiene nada en común con el rechazo de los alimentos que practican las/los melancólicas/os”. Este autor además de destacar en la etiología del “síndrome anoréxico” las alteraciones emocionales fruto de la transición a la edad adulta, señala también por vez primera la implicación de aspectos sociales. Probablemente es el primer médico en considerar la posibilidad de la existencia de un conflicto intrafamiliar entre las pacientes anoréxicas y sus padres y madres (Brumberg, 1988).

Seis meses después Gull (en el año 1874) utiliza por vez primera el término *anorexia nerviosa* en un artículo en el que describe los hallazgos derivados de la desnutrición de tres pacientes anoréxicas, y ello sin prestar atención a los aspectos emocionales. Su nueva denominación de la enfermedad surge por un doble motivo: de un lado el rechazo del término apepsia, al no observar alteraciones en la digestión de los alimentos; y por otra parte, el rechazo del término histeria, al precisar que estas pacientes no presentaban la clínica de la histérica típica. Reconoce sin embargo el papel de diferentes aspectos psicológicos que bien pudieran intervenir en la etiopatogenia del cuadro clínico.

El médico francés Charcot, conocido por sus estudios de la histeria en la Salpêtrière en 1889, propugna la parentectomía (el aislamiento de la paciente respecto de la familia) como fórmula terapéutica para aquellas pacientes con anorexia nerviosa, y es el primero en señalar “el miedo a la obesidad” como responsable del ayuno.

La perspectiva de género es nuclear en la génesis y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria padecidos mayoritariamente por mujeres. Existen formas diferentes de vivir el cuerpo entre hombres y mujeres. En ese momento de la

Historia las mujeres no tenían derecho al voto, no tenían acceso a la Universidad, no tenían siquiera acceso a su propia herencia estando al arbitrio de hacer un buen matrimonio independientemente de su identidad y deseo sexual, que no era siquiera considerado. Así la anorexia nerviosa puede entenderse como un desafío al orden establecido, cuestionando los criterios de salud y cuestionando los síntomas como sociales encarnando un cuerpo expuesto a la mirada externa.

Comer significa llegar a las manos con el mundo. Comer, quiere decir enterarse del mundo en que se vive. Al hacer de una/o el alimento, de alguna forma se ordena al mundo, se hace inteligible. También la persona que come, calma la rabia, que tenía contra el mundo y contra sí misma al digerir el mundo del que ha tomado una parte” Las/os niñas/os hasta los seis o siete años, al preguntar que es una mamá refieren: Es para dar de comer. En la lengua francesa. “mam-mam” significa al mismo tiempo “comer” y “mamá” (Harrus-Révidi, 2004).

“En la primera cristiandad, cada individuo era exhortado a contrarrestar la amenaza planteada por los apetitos corporales mediante el ayuno. Las sociedades actuales han adoptado una contrapartida secular; se denomina dieta. A faltas de un vocabulario moral, las sociedades contemporáneas han proyectado las nociones de bueno y malo sobre las imágenes de nuestros propios cuerpos: la idea de Dios (perfección, pureza y bondad) se encierra ahora en la imagen de delgadez; mientras que la del Diablo (pereza, corrupción por el apetito y codicia) se encarna en la gordura. Ciertamente nos encontramos más cerca de la tradición puritana que de la primera cristiandad, particularmente en nuestra lucha por la autorregulación individual y nuestra dedicación a la ética del trabajo” (Gordon, 1990).

No existe solución de continuidad entre las actitudes y conductas referidas al cuerpo y a la alimentación de la población general, los trastornos alimentarios subclínicos y los casos clínicos propiamente dichos (Toro J, 1996).

Hoy en día la religión ha perdido su posición privilegiada. En nuestras preocupaciones dietéticas se encuentran estrechamente relacionados dos motivos: la estética y la muerte. Estar “guapa”; “delgada” y “joven” es una imperiosa necesidad narcisista; la calidad de vida, nueva adquisición social, superar el envejecimiento como un sucedáneo de la inmortalidad. Engordar es peligroso porque provoca la muerte a corto o largo plazo. Hoy en día hay una oscura e imperiosa necesidad de belleza y salud, agarrada al yo de cada individuo que se ha asentado en el lugar de la ética y la religión (Harrus-Révidi, 2004).

El mundo actual se ha estrechado en el ombligo de cada cual (incluido el psicoanálisis). Se pueden declarar guerras, ser arrasados por terremotos regiones enteras, bramar una crisis económica mundial, existir una pandemia como la COVID-19 que lo importante de la semana para ciertas pacientes será el hecho de que hayan sabido

controlar uno de sus accesos de atracones o de descontrol de impulsos de diversa índole. El culto al yo es propio de todas las épocas, pero esta forma de hacer del propio cuerpo el centro de todo sólo puede desembocar ética y culturalmente en un callejón sin salida. Y esto afecta especialmente a las mujeres (Harrus-Révidi, 2004).

La aparición de la enfermedad como diagnóstico clínico acontece al mismo tiempo de la aparición de las primeras novelas escritas por mujeres como Cumbres borrascosas (que tuvieron que ser publicadas con seudónimos masculinos por ser ésta la única manera de publicar) de Emily Brönte (se sospechaba que también padecía una anorexia nerviosa) y Jane Austen. Todos los personajes femeninos de la literatura hasta ese momento sólo habían sido vistos desde el punto de vista de su relación con el otro sexo. “Y ésta es una parte tan pequeña de la vida de una mujer” (en palabras de Virginia Wolf). El amor era el único intérprete posible para las mujeres. Virginia Wolf (2016) escribe que, si en las tragedias de Shakespeare se presentara a los hombres sólo como los amantes de mujeres y nunca como amigos de hombres, como pensadores, como soñadores “¡Qué pocos papeles podrían desempeñar! ¡Cómo sufriría la literatura!”. Así han sufrido las mujeres en la Historia siendo muchas veces los síntomas anoréxicos la expresión sintomática de la desigualdad e inequidad social. Muchas mujeres se dejan encerrar en la “cárcel del cuerpo” que constituye la anorexia nerviosa.

Se puede argumentar que la hospitalización o el diagnóstico psiquiátrico tienen que ver con aquello que la sociedad considera un comportamiento inaceptable. A las mujeres se les permiten menos comportamientos inaceptables que a los hombres y están más limitadas y eran controladas de manera más rígida.

Las mujeres en su mayoría que han sufrido acontecimientos traumáticos en su infancia y/o adolescencia se sienten crónicamente inseguras dentro de su propio cuerpo. De algún modo el pasado está vivo de una manera constante dentro de ellas, y son rehenes del miedo. Paralizadas de miedo. Esta incapacidad para poner palabras a los sentimientos se ha denominado alexitimia en términos psicopatológicos. Realmente no pueden describir lo que sienten porque no pueden poner un nombre a lo que no reconocen. No son capaces de identificar el significado de sus sensaciones físicas (Van der Kolk, 2015).

Judith Herman (1992) en su libro “Trauma y Recuperación” explicaba el modo en que los recuerdos estaban desorganizados y las reacciones físicas que se producían en muchas de esas pacientes. Las imágenes, sensaciones físicas y emociones intensas son muy frecuentes. La disociación, la somatización y los trastornos de regulación afectiva son expresiones tardías de experiencias traumáticas. Existe una controversia crónica sobre el trauma y el recuerdo. El estudio del trauma psicológico tiene historia de “amnesia episódica” de todos los traumas que provocan “una controversia tan intensa que

periódicamente se convierte en anatema”, el abuso sexual de niñas y niños parece el más revolucionario (Freyd, 1996).

Judith Herman afirma que el estudio del trauma psicológico ha puesto, y sigue poniendo en entredicho, hechos tales como guerras, las relaciones íntimas de familiares y de pareja. No podemos olvidar que la dirección de las investigaciones puede estar influidas por aspectos políticos, ideológicos, históricos y estructurales (Cantero, 2005).

El psiquiatra Roland Summit explicaba en 1988 que toda sociedad, no solo las personas inmediatamente afectadas, protege el secreto del abuso (porque no llamamos agresión) sexual del niño o de la niña (...) al igual que a la víctima se la obliga al silencio, al autocastigo, a la disociación y a la identificación con el agresor, como sociedad tendemos irreflexivamente a negar las agresiones sexuales (Navarro y Hurtado 2015).

Jennifer Freyd insiste en que existen mucho interés social en que no se destapen los abusos infantiles y de esa manera afirma que no sabemos con qué frecuencia se producen realmente (Freyd, 1996).

Estudios de neuroimagen han demostrado una disminución del cortex prefrontal medial en personas traumatizadas traduciéndose clínicamente a que tienen serios problemas a la hora de prestar atención a sus sensaciones y percepciones internas. Cuando finalmente prestan atención a su mundo interno habitualmente suelen encontrarse un campo minado de percepciones, sensaciones y emociones relacionadas con el trauma (Van der Lock, 2015).

En su corporalidad con frecuencia tiene poco sentido de propiedad de sus cuerpos (Cantero, 2005) y suelen sentir asco de sí mismas, así como habitualmente tienen una imagen corporal sumamente negativa de sí mismas; cuanto menos atención presten a sus cuerpos mejor. Pero como comenta Pat Ogden no podemos aprender a autocuidarnos si no estamos en contacto con las exigencias y los requerimientos de nuestro yo físico (de nuestra identidad física, corporal, de lo que somos a nivel físico) (Ogden, 2011).

La historia de la humanidad ha inscripto el trauma universalmente, destruido y reconstruido imágenes de cuerpos a lo largo de los siglos. En nuestro momento social y político, el debate conceptual sobre trauma psíquico sigue vigente y ha ido cambiando con las diferentes clasificaciones internacionales (DSM y CIE-10) a lo largo de sus ediciones. Sigue sin existir un concepto mundialmente aceptado sobre la definición de trauma. Siguiendo el modelo biopsicosocial sabemos que los diversos elementos ambientales y socioculturales son factores de riesgo para la psicopatología y muestran interacciones complejas con los factores neurobiológicos, algo que afecta directamente al género. En el caso del trauma esto se maximiza y en este sentido los factores socioculturales como la escasez del apoyo social y la exposición de la familia a la violencia serán más determinantes. Así las mujeres tienen más posibilidades de estar expuestas a

algunos “factores nocivos” ambientales que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad (p. ej., el abuso sexual), mientras que los hombres tienen más probabilidades de exposición a otros factores de otro tipo (p. ej., el abuso físico).

El riesgo de trastorno por estrés postraumático es doble en las mujeres que en hombres. Cuando no cabe esperar ninguna ayuda la violación corporal perpetrada por el otro se torna una forma de aniquilación de la existencia. La esperanza de socorro, la certeza de que pueda haber una ayuda forman parte de las experiencias fundamentales del ser humano. Si no existe esa posibilidad porque quien te agrede es al mismo tiempo la persona cuidadora se produce un daño psíquico.

El ser humano necesita de la experiencia de vinculación como reguladora de su sistema emocional para un desarrollo armoniosos del mismo. En el primer año de vida del bebé se establece un lazo afectivo con la persona que provee de cuidados a la criatura.

Muchas de las mujeres abusadas presentan malestar frente a su propio cuerpo, como que el cuerpo no les pertenece. Las sobrevivientes a agresiones sexuales en su infancia, en muchas ocasiones por parte de familiares cercanos, se sienten ambivalentes respecto a su autocuidado. Sienten asco y tienen una imagen negativa de sí mismas. Cuánta menos atención le presten al cuerpo, mejor. La invasión de la corporalidad en edades tempranas se relaciona con diferente patología psiquiátrica, podríamos definirlo como un marcador para psicopatología: trastorno por uso de sustancias, trastorno de personalidad, trastorno por somatización, autolesiones, ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, trastornos adaptativos... Muchos de los trastornos que englobamos como trastorno mental común y que hace de las mujeres sean consideradas frecuentadoras de los servicios de atención primaria y de Salud Mental. Si solo consideramos los aspectos biológicos y genéticos como causa de los problemas mentales estamos abocados al fracaso. Si ignoramos el abandono, el abuso, las carencias, la negligencia en el cuidado como marcadores de psicopatología en las personas no estaremos evaluando de manera adecuada y proporcionando la atención adecuada a nuestras pacientes.

¿Pero qué es lo que hay detrás de los síntomas?. Es mucho más frecuente encontrar mujeres con patología dolorosa sin causa orgánica que lo justifique. Hay numerosos trabajos sobre el trauma, pero no tantos que incorporen la perspectiva de género, que traten de explicar el malestar psicológico y su atención en relación con la posición que hombres y mujeres ocupamos en cada sociedad. En particular, un abordaje del trauma desde esta perspectiva habría de contemplar, entre otros factores, el origen sexual de algunos de los desencadenantes del trauma; la diversidad en la vivencia, expresión y gestión del sufrimiento; así como los propios modelos de análisis y de intervención sanitaria. Siguiendo dicho planteamiento, se recogen investigaciones y otros

apuntes que muestran la relevancia del género en las violencias, vivencias y atención del trauma (Navarro y Hurtado 2015).

Es el lenguaje corporal de la memoria a través de visiones, sonidos, sensaciones táctiles que emergen recordando el hecho traumático. Es también la metáfora del dolor como peso, caos interno, máquina que no funciona, explosión, consumición de energía vital. O la metonimia del dolor en el corazón, de los nervios, de la boca del estómago, del nudo en la garganta. La conciencia corporal está atravesada por la memoria doliente, pero descifrar la materialidad de lo intangible implica desarrollar nuestra capacidad para escuchar la expresión corporal en donde lo físico y emocional es indisoluble (Navarro, Hurtado 2015).

Es más probable que ciertos grupos estén expuestos a la violencia y, en consecuencia, a experiencias dolorosas y traumáticas (Farmer, 2003). Las desgracias que a menudo se ciernen en determinadas geografías y grupos demuestran que violencia no se distribuye de manera fortuita. Las poblaciones marginales que viven en la pobreza, la violencia contra las mujeres, el racismo, la homofobia u otras formas de opresión, es buena muestra de ello. De hecho, se ha cuestionado la asunción del modelo del Trastorno por estrés postraumático (TPEP) en el que se presume que el mundo es un lugar seguro a menos que estés expuesto a un evento traumático. Como Burstow (2005) afirma, quizás lo es para un hombre, blanco, de clase media y heterosexual; porque el trauma no es una experiencia neutral sino política.

Siguiendo el triángulo de la violencia de Galtung (1990), hay violencias “directas”, que son más claras y visibles, dado que se concretan con comportamientos. Otras son “estructurales”, resultantes de un acceso desigual a los recursos, materiales o no, como la educación la salud, el cuidado, la paz, y, en consecuencia, al poder y a las oportunidades. Por último, están las violencias “culturales”, es decir, aquellos aspectos de la cultura que son utilizados para justificar o legitimar la violencia directa o estructural. La violencia de género hunde sus raíces en la cultura —de hecho, una de las acepciones del término violencia es “acción de violar a una mujer” (DRAE)—, pero emerge en sus consecuencias tanto de manera estructural como directa. Las violencias estructurales, como nos recuerda Bourdieu (2000), siempre se perpetran en un sinnúmero de pequeños y grandes actos de violencia cotidiana que en muchas ocasiones quedan impunes.

En el caso de los conflictos armados, si bien afectan a toda la población, el género también se hace patente en el tipo de violencias y padecimientos. Mientras que los hombres están expuestos a las matanzas y torturas, las mujeres suelen ser víctimas de violencia sexual y otro tipo de violencias que pueden continuar tras la finalización del conflicto. Amnistía internacional (2001) denunció que la violencia contra las mujeres no es accidental en las guerras, sino que es un arma usada con diferentes fines como la expansión del terror, la desestabilización de la sociedad, como recompensa a los soldados

o para la extracción de información. Un tipo de violencia que incluye distintas agresiones de carácter sexual: violación individual o en grupo, el abuso, la esclavitud, la mutilación, la fecundación o prostitución forzada. En el horror de la guerra se invisibiliza cómo operan las lógicas del terror. De hecho, gracias a la difusión de los casos de violaciones y embarazos forzados en Ruanda o en la antigua Yugoslavia, la atención internacional reparó en la magnitud de este tipo de ensañamientos con las mujeres en los conflictos armados.

En su trabajo sobre la represión en Haití durante y después del golpe de Estado en 1991, Erica Caple James (2004) analiza la influencia del género y sus secuelas psicosociales. En este conflicto, las mujeres eran objetivo por su papel activo en el ámbito político, así como por su rol de comerciantes a pequeña escala. Pero también fueron castigadas en nombre de sus maridos, padres, hermanos, como esposas subrogadas, tomadas como “sacrificial substitutes”. Su vulnerabilidad a los ataques de distintos grupos militares se derivaba de su dificultad para ocultarse debido a sus responsabilidades para con sus hijas e hijos y su actividad comercial en los mercados locales. Las formas de tortura trataban no solo de deslegitimar y desempoderar corporalmente con el uso del dolor, sino también de destruir la producción y reproducción de la víctima, y la ruptura de los lazos sociales con la familia y la comunidad a partir de la violación de normas morales.

Entre las secuelas más importantes que se daban estaban los sentimientos de vergüenza, humillación, aislamiento social de sus familias y comunidades. Las mujeres que fueron violadas a menudo eran abandonadas por sus parejas y familias, etiquetadas como “las esposas del violador”. Alienadas de su grupo social, se mudaban a otras áreas para restablecer sus vidas, y en muchos casos su único recurso para la supervivencia era la reapropiación de su sexualidad como medio de obtención ingresos. En los hombres víctimas de violencia, los sentimientos de vergüenza y humillación provenían de su incapacidad para proteger a sus familias y las degradantes formas de tortura. En los grupos de terapia, su narrativa del trauma aludía a la pérdida de sus propiedades, ganado y estatus social. La impotencia económica y el fracaso en el cumplimiento de las expectativas sociales como proveedores del ámbito familiar, los llevaba a abandonar a sus parejas e hijos, dejando a mujeres e hijos/hijas en una situación todavía más vulnerable.

La concepción, interpretación, expresión, simbolización y gestión del sufrimiento también está cruzada por el género. Como Ana Távora (2007) afirma, las relaciones que existen entre la percepción y la resolución de determinados conflictos, y el bienestar o malestar psíquico de las mujeres, está determinado por el lugar donde el sistema dominante las ubica, esto es, el de la subordinación. Es decir, que el malestar de las mujeres se enmarca en un problema de psicopatología social. (Navarro y Hurtado 2015).

En la desigualdad entre los hombres y las mujeres intervienen mecanismos coercitivos, eminentemente corporales, que resultan en unos modelos relacionales internalizados que forman parte de nuestras subjetividades. Según la autora, la feminidad nos constituye con una identidad centrada en un ser para ser percibido, mirado, en un estado permanente de inseguridad corporal y de alienación simbólica. En esta identidad, la apariencia tiene un valor fundamental. La adolescente, cuando su cuerpo empieza a cambiar y aparecen los caracteres sexuales secundarios, va a encontrarse por primera vez con la sexualidad no a través del encuentro con su cuerpo, sino a través de la mirada del otro que la desnuda (Távora, 2003). Es lo que Basaglia (1983) denomina como “ser-para” y “de-los-otros” y que define un ámbito de socialización de la mujer en el que se refuerza la importancia del vínculo y lo afectivo. Siguiendo a Rosaldo (1980) podemos añadir que:

"Ahora me parece que el lugar de la mujer en la vida social humana no está en relación directa por el producto de las cosas que hace, sino del significado que adquieren sus actividades a través de la interacción social concreta"

Desde la experiencia corpórea, generalmente las mujeres tienen una representación de su cuerpo marcada por la instrumentalidad, la disociación y la tensión. El cuerpo es un instrumento, el objeto para realizar diversas funciones de carácter social, reproductivas y productivas. Junto a ello, estaría la maternidad como eje desde el cual muchas mujeres construyen su identidad. La maternidad y la realidad corporal serían los elementos constitutivos de una identidad disociada, con una sexualidad y sensualidad que conviven en tensión (Hourcade, 1996). Del mismo modo Carole Vance (1989) relata la tensión que se produce en la experiencia de la sexualidad como ámbito de exploración, placer y actuación, pero, a su vez, cómo puede conducir al desamparo, a la represión y peligro de agresión sexual.

En los silencios se instalan el miedo, la vergüenza y en sentido social. Es cuando las mujeres callan. María Jesús Soriano (1996) afirma que la proporción de niñas agredidas antes de los 18 años es un 10% mayor que en los niños. A ello se añade que la mayoría de las veces las niñas conocen al agresor, que en un 70% de los casos suele ser un familiar cercano, mientras que en el caso de los niños suele ser una persona desconocida. Este hecho diferencial permite que los niños se puedan defender, puedan huir, odiar o despreciar al agresor como modo de protección similar al de una situación de guerra en la que queda claro quién es el enemigo. En el caso de las niñas agredidas por un hombre con el que han establecido un vínculo afectivo, un pariente o amigo de la familia, difícilmente se pueden beneficiar de esta defensa. Los silencios son también reflejo del modo en el que operan los estereotipos de género. Kurvet-Käössar (2012) lo señala en su trabajo sobre las autobiografías de mujeres bálticas durante el régimen stalinista. En él relaciona las dificultades para la denuncia, para dar testimonio, teniendo

en cuenta los límites de autorepresentación de las mujeres, en particular, en aquellas cuestiones que son socialmente tabú como la violencia sexual.

En cuanto a las palabras, según afirman Bertaux - Wiame, (1993) existen diferencias tanto en la forma de narrar de hombres y mujeres como en la significación de lo narrado. Las mujeres recuerdan diferente y con más detalle los acontecimientos, ligando el propio hecho a narrar a su vivencia social (redes sociales y familiares), con lo cual tienden a narrar del otro (Jelin 2001: 108, en Delgado, 2006). Expresan sentimientos, y piensan el miedo desde la vida cotidiana, confiriéndole así un significado especial al testimonio. Esto se explicaría porque el *tiempo* de la mayoría de las mujeres está organizado en base a los hechos reproductivos y por un proceso diferente de aprendizaje en lo afectivo (Delgado, 2006).

Cuando las mujeres hablan, no solo es con palabras. El trabajo de Kimberly Theidon (2004) muestra bien la variedad de respuestas a las experiencias traumáticas y los eventos estresantes. Durante su investigación sobre las violaciones y maltratos que sufrieron las mujeres por parte de fuerzas gubernamentales en Ayacucho (Perú) durante la guerra interna que sacudió al país, fue interpelada por varias mujeres que le preguntaron: “¿Por qué vamos a recordar todo lo que pasó? ¿Para martirizar nuestros cuerpos nomás?”. En estas comunidades el idioma corporal de la memoria es corporal y son las mujeres quienes llevan el dolor y el luto de sus comunidades. En este estudio se describe la existencia de una creencia que consiste en pasar la tristeza de madre a hija/o a través de la leche materna. Con el término “la teta asustada,” la investigadora buscó una manera de captar cómo las fuertes emociones negativas alteran el cuerpo mismo y como por medio de la sangre en útero o la leche una madre podría pasar este malestar a su bebé. En esta división del trabajo emocional, las mujeres son las que incorporan la historia (Theidon, 2009).

Se necesitan dos golpes para causar un trauma: un primer golpe en la realidad (el daño, la humillación, la pérdida) y otro en la representación de la realidad, es decir, en lo que dicen los demás sobre la persona tras la agresión” (Cyrulnik 2007) Sabine Dardenne, secuestrada en 1996 por un pedófilo, manifestó que escribió más tarde su relato para reapropiarse de su mediática historia, para trasladar su dolor fuera y para evitar que ningún otro juez rebajase la condena de un pedófilo por buena conducta (Allué, 2008). Otras mujeres como las Abuelas de Plaza de Mayo se siguen manifestando como recordatorio, para el reconocimiento social y la reparación estatal.

El reconocimiento de los factores socioculturales va a determinar el modo en que un problema se percibe y jerarquiza, y por lo tanto va a condicionar el abordaje posterior (Sáenz, 2012). Por ello, los trabajos ofrecen datos diferenciales entre sexos, pero se trata de cuestionar qué elementos intervienen para que se den dichos resultados. Eliana Suárez (2007) recopila algunas de estas afirmaciones y les plantea interrogantes. Por ejemplo,

hay estudios en los que se ha identificado que las mujeres tienen un riesgo más alto de sufrir TPEP que los hombres. Pero ¿hasta qué punto estos datos estarían relacionados con la diferente repuesta psicobiológica y emocional de las mujeres en los eventos traumáticos de naturaleza interpersonal o más bien responden a la alta incidencia de casos de violencia de género? Otras de las cuestiones a resolver llevaría a cuestionar si las mujeres están sobre-representadas en el diagnóstico de TPEP debido a las diferencias de género en los comportamientos de búsqueda de ayuda tras la exposición al trauma, o si bien es la intersección del género con otros factores tales como etnia, discapacidad, pobreza, o discriminación son los que hacen que incrementen la vulnerabilidad de las mujeres al estrés post-traumático.

No es suficiente estar enfermo/a o padecer para ser asistido/a. Es necesario que la sociedad acepte que puede serlo. La decisión de atenderse o no, se da en relación con las expectativas de su grupo social de referencia para el caso en que se encuentre. La decisión de cuidar, de asistir, depende de criterios globales con los cuales los colectivos interpretan la situación en función de su experiencia específica previa, de su incorporación colectiva de las mismas y de los recursos de que disponen (Comelles, 2000).

El modelo hegemónico de masculinidad (Bonino, 2004) es un obstáculo para la salud de los hombres dado que bloquea el acceso a los servicios de salud debido a su distinta manera de percibir, procesar, enfrentar y solucionar sus problemas de salud de forma particular. Los hombres han sido socializados para ser activos, tener el control, estar a la defensiva, ser fuertes, aguantar el dolor, valerse por sí mismos, usar el cuerpo como herramienta, no pedir ayuda y salir adelante. Es un modelo que fomenta la autosuficiencia, la temeridad, la competitividad o la omnipotencia, exige también durante la adolescencia la realización de pruebas de demostración de esas cualidades, como parte del camino de "hacerse hombre". El peso de la educación masculina mayoritaria refuerza la idea de que el cuidado, propio y de otras personas, es femenino frente a la fortaleza, el valor y la audacia, que son masculinos. La desproporcionada prevalencia de los hombres en las tasas de suicidio se puede explicar por esta hipótesis (Ander et al., 2008).

La ideología cultural acerca de "lo femenino como vulnerable" ha contribuido a reforzar una manera concreta de mirar y considerar el cuerpo y la salud de las mujeres (Esteban, 2007). Esta construcción social lleva en ocasiones a que la evaluación de las quejas de los hombres sea tomada como más "serias" y que en las mujeres la tendencia lleve a buscar componentes psicosomáticos para sus quejas (Rohlf, 2010). Incluso, como señala Sau (2004, en Bosch et al. 2005) en muchos casos, las psicoterapias tradicionales no sólo no han sabido dar respuestas adecuadas a las mujeres que han sufrido violencia de género, sino que han reforzado los mitos misóginos y, por tanto, condenado a la soledad y desamparo a mujeres que, paradójicamente, buscaban en la psicoterapia una solución y un consuelo (Bosch et al. 2005).

El trauma es un problema de salud pública. Las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrir violencia de género que padecer un cáncer de mama. Mientras sigamos viviendo en la negación y tratando sólo los síntomas ignorando los orígenes estamos abocados al fracaso. Ser una mujer, estar desempleada, la pobreza y el aislamiento social es un terreno abonado para el trauma.

El trauma por definición es intolerable e insoportable para el ser humano. Crecer con inseguridad y miedo y haber estado expuesto a la violencia en la infancia suele dificultar el establecimiento de relaciones estables y de confianza en la edad adulta. Hace falta mucha energía para funcionar llevando detrás el recuerdo del temor y la culpabilidad por la debilidad y vulnerabilidad más absoluta. En el trauma se producen cambios fisiológicos en el recalibrado del sistema de alarma, un aumento de la actividad de las hormonas del estrés y una hipervigilancia ante amenazas que resta espontaneidad a la vida diaria. La manera en que se han relacionado con nosotras la interiorizamos. Cómo la manera en que nos han tratado se interioriza y constituye nuestra crítica interna. (van der Hart, 2011) La disociación estructural y la traumatización crónica puede explicar por qué muchas mujeres sufren repetidamente los mismos problemas y les cuesta aprender de nuevas experiencias.

La antropóloga Kimberly Theido reivindica el papel de las mujeres violadas como heroínas ante la defensa de sus hijos/as y no sólo como víctimas humilladas y asustadas.

Las mujeres no se sienten valiosas por lo que somos a la mirada de los demás. Tenemos valor por lo que damos a los demás. El ideal materno de servidumbre y sacrificio se constituye en ciencia. En una madre no hay hostilidad, ni egoísmo, ni erotismo, Al final es una trampa en la que no podemos enfadarnos ni separarnos.

La disociación es la esencia del trauma. La experiencia abrumadora se divide y fragmenta. Emociones, sonidos, imágenes, sensaciones físicas relacionadas con el trauma toman vida propia. Los fragmentos sensoriales se cuelan en el presente, donde se vuelven a experimentar literalmente.

Muchas personas puede que no se den cuenta de la relación entre sus sensaciones internas y las reacciones externas con los acontecimientos traumáticos que se están reproduciendo. Sentir “no estar completamente vivo” en el presente las mantiene más aprisionadas en el pasado.

Las víctimas de agresiones sexuales en la infancia pueden anestesiar su sexualidad y luego sentirse profundamente culpables al excitarse con sensaciones o imágenes que recuerden los abusos. Pueden presentar reacciones irracionales y fuera de control de la gente alrededor, sobresaltarse fácilmente o quedarse bloqueadas.

Las emociones intensas e incontrolables hacen que las personas sientan que se están volviendo locas o que no pertenecen a la raza humana. Sentirse paralizada en el cumpleaños de una hija/o hace que muchas mujeres sientan como un monstruo y el remordimiento se convierte en la emoción dominante y esconder la verdad en la principal preocupación.

No todos los hechos traumáticos tienen un impacto similar ni llevan asociado un significado simbólico idéntico. Así los traumas que son respuesta ante vivencias extremas son difícilmente encasillables en el diagnóstico de TEPT ya que tendrán consecuencias devastadoras en el psiquismo, en la vivencia corporal y en resumen en la forma de ser-en-el-mundo. Estos son definidos por Judith Herman en 1992 como DESNOS o TEPT complejo. De esta manera queda diferenciado el TEPT consecuencia de un hecho traumático puntual y asumible, de un trauma crónico prolongado en el tiempo o asociado a horror extremo cuyo paradigma podría ser la violencia doméstica prolongada.

Cuando Judith Herman introdujo este cuadro, amplió los criterios diagnósticos con la intención de mostrar la transformación profunda de la personalidad acontecida en personas expuestas a este trauma extremo. Si bien no está conceptualizado en el DSM, si tiene una categoría asimilable en la CIE-10 como transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

Dentro de los síntomas que se incluyen hay un amplio abanico de sintomatología corporal (no presente en el TEPT) como diversas somatizaciones (dolor crónico, síntomas digestivos, cardiopulmonares, conversivos, y sexuales) así como una alteración de los afectos e impulsos que conlleva entre otras cosas conductas autodestructivas. Se trata en muchos casos de mujeres con permanente dolor de cabeza, estómago y síntomas que podrían catalogarse como somatizaciones, ansiedad, o depresión, que muchas veces son las demandas por las que estas mujeres acuden a atención primaria siendo el lugar donde pueden expresar su malestar a través del cuerpo.

El TEPT es definido como la exposición a un evento traumático que genera síntomas que corresponden a una reexperimentación de ese acontecimiento (imágenes, pensamientos, sueños etc.), conductas de evitación y síntomas de un aumento de activación (arousal) como irritabilidad, hipervigilancia, dificultades para concentrarse etc. Sin embargo, en el DSM-IV quedó pendiente perfilar más que tipo de acontecimiento son considerados traumáticos. Se incluía cualquier evento que causara “muerte o amenazas para la integridad física o la de los demás”.

El DSM-5 (2013) clarifica que el acontecimiento será una muerte o amenaza, lesiones graves o violencia sexual. Por primera vez aparece la violencia sexual como hecho traumático citada específicamente.

Se ha discutido mucho y realizado muchas definiciones de trauma en sus dos vertientes fundamentales: como hecho extremo impactante y como reacción humana ante este hecho.

El Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM-IV exigía que el acontecimiento traumático sólo no bastaba para causar el trastorno, sino que la respuesta a éste evento debe implicar reacciones de miedo, desesperanza u horror intenso en el individuo. Fue considerado un avance las personas partidarias de considerar que la reacción de la persona es igualmente importante y así de salir del plano meramente situacional e incluir la respuesta subjetiva del paciente.

Sin embargo, en DSM- 5 (2013) desaparece como exigencia en el diagnóstico la reacción de miedo, desesperanza u horror intenso; ante este cambio en los criterios señalan que la respuesta de un individuo a un trauma además de miedo o temor puede incluir ánimo disfórico, anhedonia, pensamientos negativos, síntomas disociativos y demás. Es esa variabilidad de la conducta y expresividad del malestar el justificante para la amputación del criterio A2 en la definición de trauma.

Sigue existiendo controversia respecto a este asunto ya que se ha encontrado que ante eventos traumáticos que implican claramente peligro a la integridad física como la violación, ya sea con o sin arma, la percepción subjetiva de amenaza es el mejor predictor de sintomatología de TEPT (Kilpatrick et al., 1989).

A pesar de que la prevalencia de los acontecimientos traumáticos es mayor en los hombres que en las mujeres, se ha demostrado que el riesgo de TEPT para un trauma de este tipo es el doble en las mujeres que en los hombres (Breslau, 2002).

Desde un punto de vista estrictamente fenomenológico cabría reflexionar si el TEPT recoge la parte más humana de la desgarradora experiencia, la complejidad de la respuesta humana y de la vivencia corporal ante los hechos traumáticos (Pérez, 2006).

La construcción social o cultural de la enfermedad mental se nos presenta como un elemento fundamental para entender la clínica. Partiendo de conceptos propuestos como “enfermedad mental transitoria” o “inventar/construir gente”, se reflexiona en torno a la construcción socio-cultural de la enfermedad mental.

Nos permite reflexionar sobre la naturaleza de ciertos trastornos mentales en cualquier momento histórico, también en el presente, así como sobre aspectos teóricos y prácticos de indudable trascendencia en la clínica y en el propio saber psicopatológico

El caso de la histeria es todavía más esclarecedor, es cierto que sus primeras formulaciones no dejaron de ser una construcción cultural propia de aquel *fin de siècle*, pero no lo es menos el que tras las correcciones oportunas, dio lugar a desarrollos de gran interés psicopatológico convirtiéndose en referencia ineludible para una nueva

psicopatología de las neurosis. Hoy día ya no se ven los floridos ataques histerico-epilépticos descritos por Charcot, pero para algunos autores/as no puede olvidarse que la histeria posibilitó la invención del psicoanálisis y desde los enfoques más dinámicos se reivindica su vigencia y su utilidad tanto en la clínica como en la teoría psicopatológica (Álvarez, 2004) aunque esto es cuestionable desde otro paradigma, el de la equidad.

La histeria ha desaparecido paulatinamente de la nomenclatura psiquiátrica al uso, tanto la CIE-10 como el DSM-5 no la reconocen en sus glosarios, por más que en este último pueda a duras penas subsistir en los llamados trastornos disociativos y en los trastornos somatomorfos sin tener en cuenta todo lo relacionado con el trauma anteriormente citado. En todo se refleja un fuerte componente ideológico y doctrinal (Huertas, 2011). Además de los trastornos ya analizados, la histeria, la monomanía, etc, de la psicopatología más clásica pueden ser susceptibles también de este tipo de acercamientos. Un solo ejemplo: la pasión erótica por las telas en la mujer descrita por Clerambault (1910) supone una muestra de la finura descriptiva del responsable de la Enfermería Especial de la Prefectura de Policía de París, pero responde también a unos condicionantes socio-culturales que vienen marcados, al menos en parte, por la modernidad urbana de las reformas de Haussmann en el París de la segunda mitad del siglo XIX. A partir de 1855 empiezan a funcionar los grandes almacenes (Les Magasins du Louvre en 1855; Le Bazar de l'Hôtel de Ville en 1856; Le Printemps en 1865; La Samaritaine en 1869 y Les Galeries Lafayette en 1895), muy pronto Lasègue describe la cleptomanía en estos nuevos espacios de consumo (Esteban, 2006) y Clérambault “encuentra” la asociación entre cleptomanía y un cierto tipo de fetichismo que tiene que ver con la pasión erótica de algunas mujeres por las telas de seda robadas en esos grandes almacenes. La historia de la psiquiatría y de la medicina está repleta de diagnósticos desaparecidos, pero las razones pueden ser muy variadas: científicas (cambios de paradigma); prácticas (posibilidades técnicas), demográficas, ...y naturalmente, sociales y culturales, pero, aun siendo necesario una adecuada contextualización histórico social de la enfermedad o del síntoma que estemos estudiando, lo que puede explicarnos su aparición en las nosografías, tampoco podemos caer en aceptar su “desaparición” absoluta sin valorar antes su posible evolución conceptual, su cambio de nombre o su adaptación a nuevas sistemáticas según explica Huertas (2011).

Sin embargo, llama la atención como se pasa por encima de la construcción de género en los libros de historia de la Psiquiatría, cómo este determina el futuro de la condición humana en las mujeres, en unas condiciones similares a la esclavitud, y este hecho pasado por alto en las crisis que estas mujeres padecían y en la construcción de los síntomas psicológicos y psiquiátricos.

En su libro *Mujeres y Locura* de Phyllis Chesler reeditado en el año 2005 cuenta en la Introducción que gran parte de lo que hoy damos por hecho era impensable hace

unos setenta años. Durante las décadas de 1950 y 1960 del siglo pasado, a los médicos aún se les enseñaban que las mujeres padecen envidia del pene, son inferiores a los hombres desde el punto de vista moral y, de forma innata, son también masoquistas, dependientes, pasivas, heterosexuales y monógamas. También aprendimos que eran las madres causantes de las neurosis y psicosis, y no los padres ni la predisposición genética, ni los accidentes ni la pobreza. “Ninguno de mis profesores dijo nunca que las mujeres o los hombres sufrieran opresión o que la opresión provoca traumas, especialmente cuando se culpa a las personas que la sufren de su propia desgracia y esta se diagnostica como una patología”.

Es un tratado que mezcla en sus páginas mitología, entrevistas personales, textos literarios y análisis desde el punto de vista filosófico, psicológico y psiquiátrico, con perspectiva feminista de lo que la salud mental y sus consecuencias han supuesto históricamente para las mujeres. Hay varios hechos históricos que señala como origen de la opresión y traumatización femenina en términos sociales y de salud mental: la religión (donde todas las figuras principales son masculinas y las femeninas quedan relegadas a la dicótoma de santa/puta, lo que conlleva una demonización de la sexualidad femenina en todas sus vertientes) , el amor romántico como esclavitud justificada de la “servidumbre por el amor” , la educación de las mujeres para anteponer las necesidades de los demás antes que las suyas, y los elogios desde la infancia al comportamiento dócil y ordenado de las mujeres con respecto al elogio de valentía, atrevimiento y experiencia vital que se hace a los hombres.

Las depresiones, las ansiedades y los desórdenes mentales provienen de no ser comprendida ni respetada, de ser asignada a un espacio al que no se pertenece o acallar las necesidades emocionales, creativas o vitales del individuo. Sucede con los/las niños/niñas que cada vez encajan menos en el modelo de sociedad individualista que habitamos y ha sucedido desde siempre con las mujeres. No existe la empatía, ponerse en el lugar del otro/a, y sin comprensión no existe integración. Son seres que no interesan, lo que desemboca en situaciones límite para estos sujetos. Se diagnostica y encuadra dentro de un problema de salud mental, cuando pueden ser inquietudes canalizadas de otras maneras. Ese diagnóstico es el que en último caso lleva a la propia enfermedad mental, si te tratan como una paria, aunque no lo estés, acabarás loca como denunció la periodista Nellye Blye en sus diez días en el manicomio en el siglo XIX.

¿Por qué hay más enfermedades mentales diagnosticadas a mujeres?, pues porque los límites de lo que la sociedad establece como normal responden a unos roles de género preestablecidos que no permiten que las mujeres vivan de manera diferente a lo que la sociedad ha establecido para ellas. Dichos roles no se actualizan y esto provoca que la sociedad, encaje cada vez menos en este arquetipo. A las mujeres se nos educa a ser dependientes emocionalmente y a tener como objetivo de vida el hecho de crear vínculos sentimentales.

Esta situación no es inocua y al final aquella/os que no pertenecen a la norma acaban pagando con su salud psíquica en forma de ansiedad, depresión, fobias, intentos de suicidio, trastornos alimentarios, hipertensión y cardiopatías. Las enfermedades más habituales asociadas a las mujeres y los grupos en situación de exclusión. La negación de las situaciones de maltrato y de experiencias traumáticas y de abuso sexual, en muchas ocasiones ha sido muy dañina para las mujeres. Freud creyó inicialmente que la histeria podía estar relacionada con dichas experiencias de abuso en la infancia. Más tarde se retractó de esa teoría ya que habría implicado a demasiados hombres en ella (Criado, 2020).

Lo único que hay que hacer es preguntar a las mujeres. Y creerlas. En definitiva, tal como se recoge de manera literal en el libro de Phillys Chesler (2018):

“Qué quieren las mujeres: libertad, comida, refugio, ocio, liberarse de la violencia, música, poesía, familias, y comunidades que las apoyen, ayuda y empatía durante las enfermedades crónicas o graves y en el momento de la muerte, independencia, libros, placer, educación, soledad, capacidad para defenderse a sí mismas, amor, amistad, arte, salud, empleo digno y útil y vínculos”.

La otra historia de la psiquiatría

Una de las aportaciones más aprovechables de Hacking, es la existencia de trastornos mentales que pueden considerarse como particularmente emblemáticos en un momento histórico determinado y en unas coordenadas culturales específicas. En el libro de *La loca del desván* se revisan obras del siglo XIX donde rebosan mujeres desquiciadas, como en *'Jane Eyre'*, de Charlotte Brontë, donde la primera esposa del señor Rochester, enajenada, prende fuego a la mansión de Thornfield Hall. Ella es la loca del desván que acabó titulado un ensayo del feminismo. Publicado en 1979, en sus páginas las profesoras Sandra M. Gilbert y Susan Gubar se dedican a revisar la obra de varias escritoras y detectan la existencia de una imaginación específicamente femenina que abunda en imágenes de encierro y fuga, en la descripción minuciosa de enfermedades como la anorexia y la agorafobia en la huida que supuso la literatura para escapar de vidas encorsetadas a escritoras como Charlotte Brontë, Jane Austen, Virginia Woolf, Anne Sexton y Sylvia Plath.

El relato de Charlotte Brontë, sirvió de modelo para otros muchos de la época, es un relato de reclusión y fuga, en el que los problemas que enfrenta la protagonista cuando lucha desde la prisión de su infancia hasta una meta casi impensable de libertad, son sintomáticos de las dificultades que toda mujer debe arrostrar y superar en una sociedad patriarcal. Y lo que es más importante, su enfrentamiento, no con Rochester, sino con su esposa loca Bertha, es el central del libro, un encuentro no con su propia sexualidad, sino con su “hambre, rebelión y furia” aprisionadas, un diálogo cuyo resultado depende el argumento de la novela, el destino de Rochester y la llegada a la mayoría de edad de Jane (Gilbert y Gubar, 1998).

Algunos autores/as han subrayado que, en la segunda mitad del siglo XIX, el aumento de los índices de insania femenina coincide precisamente con la consolidación de la psiquiatría como especialidad. Cualquier atisbo de rebeldía caía en el cajón de sastre de la locura. En aquel entonces, la aspiración de las clases medias se sostenía sobre los hombros de ser una esposa gentil, el ángel del hogar, y no es de extrañar que muchas mujeres se trastornaran de pura asfixia. Negándoles el derecho al voto y manteniéndolas alejadas de determinadas profesiones, los sanatorios e instituciones psiquiátricas acogieron las crisis mentales de muchas de estas mujeres atrapadas como se recoge en el libro *“La loca del desván”*.

No podemos citar a todas las psiquiatras, alienistas y psicoanalistas de la historia de la psiquiatría en este trabajo, pero sí resaltar el “olvido” que presentaron algunos alienistas famosos de no citarlas cuando fueron ellas las que descubrieron, visibilizaron y definieron conceptos, así como abrieron los primeros centros para mujeres con historia de violencia y fueron quienes abrieron los primeros orfanatos donde se prohibía el castigo físico siendo pioneras un siglo antes que sus colegas masculinos. alguna de estas

profesionales fueron también pacientes en algún momento de sus vidas, y es por este hecho por el que son reconocidas y no por sus aportaciones científicas. Esto constituye otro ejemplo de la desigualdad estructural entre mujeres y hombres de la historia.

Berta Pappenheim (1859-1936) fue una feminista judía de nacionalidad polaca defensora de la lucha por la individualidad y la autoridad de las mujeres. En 1883 Joseph Breuer consultó a Sigmund Freud sobre el caso de una de sus pacientes, “Anna O”, que sufría episodios histéricos que tenían desconcertado al médico. Anna tenía momentos de mutismo y otros de somnolencia, a los que Breuer llamó “hipnosis vespéral”, y la propia Anna los llamó “nube”. Berta ha sido conocida en el mundo de la Historia de la Psiquiatría por ser el famoso caso de “Anna O”, que sufre un “colapso histérico” cuando tiene que hacerse cargo de su padre enfermo. Entonces Berta tenía 21 años, presentaba múltiples síntomas físicos, cambios de humor, ausencias, dejó de comer y también manifestaba ataques de ira en los que destrozaba objetos, tenía cefaleas y dependencia a la morfina. Hoy en función de clasificaciones al uso podría haber sido diagnosticada de trastorno de inestabilidad emocional o trastorno límite de personalidad. Intuitivamente Breuer pide a su paciente que hable de su padre, entonces puede hablar, aunque no en su lengua, el alemán, sino en inglés. Luego de estas conversaciones que la propia paciente describió como “talking cure”, o “limpieza de chimenea”, ella se sentía mejor y tranquila. Breuer le da el alta. La muerte del padre provocó una nueva crisis. Entre 1880 y 1882, Breuer atendió a Anna, incluso ordenó su ingreso. En junio de 1882 le dio el alta y asumió que desde entonces quedó completamente curada. El tratamiento de Bertha fue, en palabras del propio Breuer “la célula germinal de todo el psicoanálisis”. Freud y Breuer lo denominaron “método catártico” (catarsis significa purgación en griego). La paciente estableció un vínculo con el médico (posteriormente se denominó “transferencia”), y mejoraba o empeoraba de acuerdo a su presencia. En 1893 publicaron conjuntamente su informe preliminar acerca de la histeria. Bertha luchó por su recuperación al salir de Bellevue. En 1888 publicó “Pequeñas historias para niños” y en 1890 “In der Trdelbude” (“En lo del vendedor de antigüedades”).

Al comienzo Bertha publicó bajo un seudónimo masculino, Paul Berthold, nombre que utilizó hasta 1900, cuando publicó “La cuestión judía en Galicia”. Bertha vivió con su madre hasta el fallecimiento de ésta en 1905. En 1895 se hizo cargo del orfanato judío de Frankfurt. Fue diplomada como la primera trabajadora social de Alemania. En 1924 publicó “El trabajo de Sísifo”, en el cual agrupó cartas viejas del período que va entre 1911 y 1912. En el prefacio del libro, Bertha justifica la publicación de las notas que tomó luego de sus visitas a hospitales, asilos y prostíbulos, afirmando que nada justifica el silencio sobre las injusticias: “Estar al corriente de la injusticia y callarse, es convertirse en cómplice”

Alcanzó tanta fama en la reinserción social de mujeres marginadas que su imagen sirvió de estampa para la primera serie de sellos de la República Federal Alemana, serie

dedicada a benefactores de la humanidad. Fue una feminista judía de principios del siglo XX que alcanzó notoriedad por ser la primera mujer que fundó un orfanato en Alemania, que luchó por los derechos de las mujeres y tradujo al alemán la obra de Mary Wollstonecraft: *“Vindicación del derecho de las mujeres”* escrito en 1792 por la madre de Mary Shelley (escritora de la novela *“Frankenstein”*).

El peligro de pensar que existe una única historia de la psiquiatría contribuye a olvidar el papel de muchas profesionales de la salud mental a lo largo de la historia. El problema es que de esta forma la historia no es que sea falsa, es incompleta y contribuye a fomentar estereotipos de género. Sólo podemos ver una parte de la historia si no incluimos a todas aquellas mujeres que participaron con su trabajo al desarrollo de una especialidad médica y a contribuir con sus experiencias, investigaciones y quehacer clínico a lo que hoy constituye la psiquiatría y la salud mental.

La escritora nigeriana Chimamanda Adichie revisa en esta charla que luego fue publicada en un libro el peligro de la Historia única que podía ser trasladada a la Historia de la Psiquiatría (Adichie, 2010).

“Siempre he pensado que es imposible compenetrarse con un lugar o una persona sin entender todas las historias de ese lugar o esa persona. La consecuencia de la historia única es: que roba la dignidad de los pueblos, dificulta el reconocimiento de nuestra igualdad humana, enfatiza nuestras diferencias en vez de nuestras similitudes”

Sabina Spielrein (1885-1942) a los dieciséis años presenta continuos cambios de humor, comportamiento impulsivo, fugas sin objeto, y actings parasuicidas. Ella recuerda la muerte de su hermana como uno de los desencadenantes de su empeoramiento. A los dieciocho años ingresa en Burghölzli por negativismo, mutismo, agresividad e irritabilidad y comportamiento provocador. Oscilaciones de su estado de ánimo y sensaciones de despersonalización. Empeoraba cuando recibía noticias de su familia o cuando Jung, su psiquiatra, se ausentaba y Bleuler debía asumir su asistencia. El diagnóstico reflejado en su historia clínica: Histeria. Ella escribía: *“estoy sola, sola en el mundo. Ni padre, ni madre, ni hogar. No tengo a nadie en quien confiar. Estoy sola con mis tristezas”*.

Cuando Sabina empezó a ser tratada, Jung y Riklin estaban interesados en realizar experimentos de asociación verbal; fue la primera paciente que Jung abordó con tal modelo a lo largo de unos meses. La relación con Jung comienza a tomar importancia. Conseguir una buena alianza terapéutica con ella fue un proceso lento y complicado. Ella cuenta en su diario:

“deseo un buen amigo a quien pudiera exponer cada rasgo de mi alma. Deseo el amor de una persona mayor que yo, que me ame y comprenda, así como aman los padres a su hijo”

Bleuler y Jung le prestan libros de filosofía y psicoanálisis. La impulsan a estudiar medicina en la facultad de Zurich. Se siente apoyada intelectualmente. Finalmente es dada de alta el 1 junio 1905. Sigue acudiendo a ver a Jung a consulta hasta 1909 donde comienzan una relación amorosa que termina cuando la relación se hace pública ese año.

Tuvo lugar un borrascoso encuentro entre Jung y Sabina. Jung escribió a Freud manifestando que su primera paciente psicoanalítica lo había traicionado, poniendo en marcha un escándalo, por “haber renunciado a darle un hijo”.

Contestación de Freud: no hizo referencias explícitas el tema, comentando de pasada que “ser difamados era un precio a pagar en el oficio psicoanalítico”.

Sabina, indignada por el curso de los acontecimientos se dirigió a Freud solicitándole una breve entrevista, a la que Freud respondió que tales experiencias también le habían sucedido a él y que ayudaban a endurecer la piel para poder controlar la *contratransferencia*. Última responsabilidad de los hechos en las pacientes “histéricas”; “estas mujeres *pueden sacar a relucir, como encantos, todas las perfecciones psíquicas imaginables, hasta que han logrado su objetivo*”. Hay un claro intento de justificar y proteger a Jung, recomendándole a Sabina que reprimiera todas esas vivencias, sin creer su relato. Sabina contestó que la represión no era un buen camino, pues se quedaría sin la posibilidad a amar a otro hombre. Optó por enfrentarse a Jung y ponerle ciertas condiciones para dar fin al asunto: reparar su reputación antes su madre y su padre y ante Freud. Jung finalmente admitió su parte de responsabilidad aunque sin mencionar que hubieran tenido relaciones.

“soy en gran medida culpable de las exaltadas esperanzas de mi antigua paciente. Mi modo de actuar fue una canallada”. (Jung a Freud, 21 junio 1909).

“Acepte la manifestación de toda mi simpatía por la forma elegante en la que usted ha resuelto el conflicto”. (Freud a Sabina, 24 junio 1909).

Sin embargo, en el diario personal de Sabina aparece constantemente la palabra *poesía* como sinónimo de encuentros sexuales que tenía con él. Comenzó a estudiar Medicina en 1905 en la Universidad de Zúrich. “*una pena que no sea un hombre. Todo es más fácil para ellos*”. En 1911 se licenció con la lectura de su tesis *El contenido psicológico de un caso de esquizofrenia*, dirigida por Bleuler. Su tesis versaba sobre experimentos sobre asociaciones verbales para “descifrar” el lenguaje desorganizado y delirante de una paciente con esquizofrenia, comparando los mecanismos del pensamiento de la paciente con la mitología. Este es el primer texto académico en que se utiliza por primera vez el término “*esquizofrenia*”.

Ingresa en la Asociación Psicoanalítica vienesa y lee su segundo trabajo más importante. Comienza por distintas capitales europeas practicando el psicoanálisis, y

publicando artículos sobre Psicología Infantil: publicó trabajos con Piaget (siendo su psicoanalista), Vigotzky y Luria. Le ofrecieron una cátedra en la Universidad de Moscú y la dirección de una clínica psicoanalítica infantil.

Escribió sobre el desarrollo temprano en el niño, especialmente del lenguaje, registrando las observaciones de su primera hija, comparándolas con las de otros escritores. En sus conclusiones valoraba el lenguaje como capacidad innata, aunque necesitada de estímulos para desarrollarse.

Realizó veintinueve publicaciones sobre psicología infantil, lingüística y desarrollo del lenguaje y correspondencia fluida con Jung y Freud. Algunas ideas principales de Jung: ánima (parte inconsciente del hombre que personifica la naturaleza femenina y viceversa) y sombra se cree fueron ideas originales de Sabina Spielrein.

El concepto de pulsión de muerte parte de ella. En 1912, Spielrein se adelanta nueve años en relación a Freud al elaborar el concepto de pulsión de muerte o de destrucción en su artículo “La destrucción como causa del devenir”.

La novedad de la teoría de Sabina Spielrein reside en que relaciona la pulsión de muerte con la pulsión de vida. Sostiene que esas dos fuerzas no sólo se mantienen en equilibrio, sino que son una condición la una de la otra, que las dos son primarias. De modo que la existencia de una de ellas es impensable sin la de la otra. Y lo que llama la atención es que Sabina Spielrein muestra ante todo cómo los mitos, leyendas y textos sagrados de distintas culturas relacionan la muerte y el nacimiento. Hay cierta conexión lógica, dice, entre el volver a la materia de origen y el volver a nacer. También muestra cómo los mismos mitos y leyendas revelan un conocimiento del elemento agresivo y destructor en lo erótico, y cómo la autodestrucción está dentro de nosotras como un instinto, tanto porque abre camino a lo nuevo como porque está relacionado con la sensación de placer.

Ella se adelantó nueve años en su artículo “la destrucción como causa del devenir” y el concepto de pulsión de muerte parte de ella.

También se cree que algunas ideas principales de Jung como anima (parte inconsciente del hombre que personifica la naturaleza femenina y viceversa) y sombra fueron originarias de Sabina Spielrein.

Sabina Spielrein utilizó por primera vez la palabra “esquizofrenia” en su tesis doctoral y resulta imprescindible que en el futuro se tengan en cuenta sus aportaciones y se revisen en los libros de la Historia de la Psiquiatría incluyéndola.

Escribió sobre el desarrollo del lenguaje como capacidad innata, aunque necesitada de estímulos para desarrollarse con el registro y las observaciones de su primera hija.

Realizó publicaciones con Piaget (y fue además su psicoanalista), Vigotzky y Luria.

“La imagen de Sabina que me ha quedado fija en la mente después de escribir el libro, del que todavía no he conseguido librarme” Es la imagen de la Sibila. Una persona así jamás es aceptada en su tiempo, nadie la cree, es sistemáticamente rechazada por todos” (Alnaes, 2010)

Rechazada y explotada. Como la mayoría de las mujeres en su época.

Tanto Jung, como Freud, Piaget y Vygotski se beneficiaron de las ideas de Sabina Spielrein” (Kerr, J. 1993). Resulta inaudito que alguien con tanto talento y que ha contribuido al saber sea una desconocida entre el ámbito médico y no así Freud, Jung o Foucault.

Karen Horney (1885-1952) rechazaba el énfasis del psicoanálisis temprano en la sexualidad y la agresividad como factores determinantes en el desarrollo de la personalidad y en el de las neurosis. A esta autora le parecía particularmente absurda la obsesión de Freud y otros psiquiatras de sexo masculino por el pene.

Horney consideraba que la “envidia de pene” se explicaba por la desigualdad social entre géneros; lo que las mujeres envidiaban en los hombres no era su órgano sexual, sino su rol social, y lo mismo podía suceder en el sentido opuesto. Además, consideraba que estos roles venían determinados en buena medida por la cultura, y no sólo por diferencias biológicas. Fue una de las principales representantes del neofreudismo, un movimiento que en su momento fue capaz de desafiar al psicoanálisis, y permitió una apertura. Fue la primera mujer psiquiatra que publicó ensayos sobre la salud mental femenina y cuestionar los planteamientos biologicistas con respecto a las diferencias de género de sus predecesores. Entre 1922 y 1937 Horney realizó diversas aportaciones teóricas sobre la psicología femenina, convirtiéndose en la primera psiquiatra feminista. Entre los temas sobre los que escribió destacan la sobrevaloración de la figura del varón, las dificultades de la maternidad y las contradicciones inherentes a la monogamia. Según Horney, la neurosis es una alteración en la relación de una persona con ella misma y con otras.

En la obra de Horney, el self (o sí mismo/a) real es equivalente a la identidad. Si el crecimiento personal de un individuo es sano, sus conductas y sus relaciones se desarrollan adecuadamente, lo cual lleva a la autorrealización. Para Horney ésta es una tendencia humana natural; posteriormente humanistas como Rogers y Maslow sostendrían la misma creencia (Figueroba, 2020).

Mientras que Foucault es un referente para cualquiera, Gladys Swain (1945-1992) es una desconocida, a pesar de que ambos fueron contemporáneos. Ella se atrevió a

criticarle por simplista en la idea de que la locura está prisionera en un mundo moral. Gladys Swain otorga importancia a la revolución pineliana, no sólo porque liberara a la gente con enfermedades mentales de sus cadenas, sino por el nacimiento de la clínica. Este tratamiento incluía el trato amable, la persuasión y el respeto. Es aquí donde comienza una posibilidad de cura para las personas con problemas de Salud Mental. El asilo es entendido por Swain como una institución terapéutica, no sólo represora como afirmaba Foucault.

Estos enfoques son muy divergentes, pero tanto en la hipótesis terapéutica e integradora, como en la reguladora y/o excluyente se cuenta con la subjetividad, la reflexividad, la interiorización, para la reconstrucción de la persona (Huertas, 2012)

La investigadora Rita Levi Montalcini (1909-2012) fue premio Nobel de Medicina por sus avances en Neurociencias y el descubrimiento del factor de crecimiento nervioso, una proteína que estimula el crecimiento y la renovación de las células nerviosas y por tanto juega un papel esencial en la formación del sistema nervioso. Sigue suscitando nuevas líneas de investigación sobre factores de crecimiento, por su poder regenerador de neuronas dañadas, sea por demencia tipo Alzheimer u otras enfermedades degenerativas.

En su libro autobiográfico escribía “seguí adelante mientras el mundo se derrumbaba gracias a la desesperada y en parte inconsciente voluntad de ignorar lo que ocurre, porque la plena consciencia nos habría impedido seguir viviendo. Cada bombardeo protegía su vida como a su microscopio. Aquellos estudios desarrollados a contrapelo acabarían con un descubrimiento el factor de crecimiento nervioso que le darían en 1968 el premio Nobel de Medicina. El NGF es la proteína que estimula el crecimiento y la renovación de las células nerviosas y, por tanto, su supervivencia; de hecho, desempeña un papel esencial en la formación del sistema nervioso

No hay diferencias de sexo significativas en el caso de Trastornos Mentales Graves. Sin embargo, existe una sobrerrepresentación de las mujeres en atención primaria y una mayor prescripción de psicofármacos. También las mujeres acuden con más frecuencia a los centros de Salud Mental. En el libro biográfico de Rita Levi Montalcini “Elogio de la imperfección” hace referencia a las dificultades de conciliación. Dos aspiraciones irreconciliables: la perfección en la vida personal o en el trabajo. Descubrió, que eso, la imperfección, era lo que más se ajustaba a la naturaleza humana. Y más en el caso de las mujeres. Decía que el futuro del planeta depende de dar a todas las mujeres acceso a la instrucción y el liderazgo (Deogracias, 2016). De este modo, pone encima de la mesa la importancia que juegan el acceso a la educación, la equidad, el reparto de las tareas para el desarrollo de las mujeres. En su laboratorio todas eran mujeres “Eso demuestra que el talento no tiene sexo. Mujeres y hombres tenemos idéntica capacidad mental”

Por eso resulta relevante preguntarnos por qué las mujeres presentan peor salud Mental y la relevancia de hacer esta investigación.

La histeria del siglo XXI, los trastornos de personalidad. Mujeres al límite

El modo de gestionar el cuerpo tiene su máximo apogeo en la Salpêtrière a finales del siglo XIX cuando Charcot daba sus lecciones magistrales los martes y los viernes. Son muy conocidas la gran cantidad de fotografías existentes de esta época. A principios de siglo para conseguir una fotografía nítida se necesitaban tiempos de exposición muy prolongados y condiciones de luminosidad adecuadas. Parece como si las histéricas avisaran de una posible “crisis” con la antelación y tiempo suficientes para que se dieran las circunstancias para realizar las fotos que se recogen en diversos documentos como “La Invención de la Histeria” (Didi-Huberman, 2007) o “La Histeria del arte” (Perez-Rincon, 2012).

Esta “teatralidad”, eran casi auténticas *performances* como se aprecia en la pintura de “una lección de la Salpêtrière” en la que se recoge una de las famosas clases de Charcot, en la que la “reina” de las histéricas Blanche Whitman es sujeta por Babinski mientras es observada en un anfiteatro en las famosas pinturas.

Blanche Whitman, entró muy joven en la Salpêtrière donde fue conocida por sus famosas crisis histéricas recogidas en cuadros y fotos de la época. Blanche Whitman, “la reina de las histéricas”, parisina y residente en la Salpetriere durante muchos años. Parisina de origen y residente en la Salpêtrière durante muchos años está junto a Babinski que la acoge en sus brazos en un espectáculo al que eran llamados personajes de la alta vida parisina de la época, pintores, escritores, médicos, entre otros y que queda reflejado en el famoso cuadro de época en lo que parece más una representación teatral.

Sin embargo, pocos conocen que Blanche tras fallecer Charcot, abandonó la Salpêtrière para retornar años más tarde, esta vez como empleada, inicialmente del laboratorio de fotografía y a partir de 1900 en el Servicio de Radiología. En sus nuevas actividades se mostraba imperativa, voluntariosa y organizadora. Trabajó en el laboratorio de Rayos X donde debido a las radiaciones adquiridas desarrolló un cáncer por el que finalmente falleció. Fue uno de los casos de Histeria más representada y cuya figura desmayada aparece en la obra pictórica de las lecciones de los martes que se llevaban a cabo en la Salpetriere y que ha trascendido hasta nuestros días.

La evolución histórica de la histeria como categoría psicopatológica específica de lo femenino (Didi-Huberman, 2007). Charcot y la iconografía de la Salpetriere encuentra sus correlatos en las nosologías psiquiátricas actuales, específicamente en los trastornos de personalidad histriónica y limítrofe, así como en el trastorno disfórico premenstrual (Usher, 2013) categorías psicopatológicas que han anclado la construcción social de problemas o trastornos de personalidad a la constitución femenina, sobrediagnosticando a las mujeres, regulando su comportamiento según prescripciones de género normativas

y traduciendo en sintomatología psiquiátrica la expresión de sus malestares psicosociales, con efectos de silenciamiento (Shanalter, 1987). Si la inestabilidad emocional, anclada a la construcción social de la feminidad, se ha interpretado como producto de la biología femenina y, por lo mismo, como una característica psicológica de carácter inevitable, las agresiones masculinas han sido justificadas por sus características psicofisiológicas, evidenciando la legitimación científica de las desigualdades y jerarquías de género (Shanalter, 1987). Entre las/os profesionales entrevistadas/os en este estudio, la biología aparece como respuesta transversal en las explicaciones construidas para la mayor prevalencia (tanto en estudios epidemiológicos como en el servicio de psiquiatría estudiado) de diagnósticos psiquiátricos en las mujeres. Específicamente, los ciclos hormonales son dotados de suficiencia explicativa para lo que se describe como “fluctuación del ánimo”, con distintos grados de complejidad clínica y sin incorporar otras dimensiones intersubjetivas y socio-culturales (Rosello-Peñazola et al., 2019)

El trastorno límite de personalidad representa el diagnóstico más común dentro de los trastornos de personalidad. La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos”.

Barbara Brickman, señala cómo los estereotipos de género influyen en la construcción patológica de la feminidad tanto en los discursos psiquiátricos como en los psicoanalíticos (Brickman, 2004). En el *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) el trastorno límite se ubica dentro de los trastornos de la personalidad, pero su definición y la entidad misma del diagnóstico es materia de controversia en el campo de la psicopatología, y diversas investigaciones dan cuenta de una proporción muy alta de mujeres entre las personas diagnosticadas por este trastorno (Linehan, 1993; Bjorklund, 2006; Mantilla, 2015).

En la literatura médica hay varios estudios que plantean que este diagnóstico recae más frecuentemente sobre mujeres blancas y de clase media, en los que colaboran la circulación de estereotipos de género y la imagen heredada de la histeria femenina (Arend, 2004).

Cuando una mujer expresa determinadas actitudes, sentimientos, creencias tendemos a etiquetar, o juzgar si es correcto o no. En el modelo de Pierre Bourdieu a través de su obra “La Dominación masculina” (Bordieu, 2001) y su concepto de “habitus” incorpora cómo la cultura y sociedad interfieren/interaccionan en nuestra vida, en nuestra conducta, y en nuestra subjetividad desde una perspectiva de género ya que se incorporan de manera no conscientes en nuestra identidad y se asumen posteriormente como aspectos “naturales, inamovibles” que vienen determinados por nuestra biología.

Cristina Polo (2018) afirma que hay que hablar de desigualdades entre hombres y mujeres. Más allá de los riesgos que supone crecer con una visión dicotómica de los géneros por las exigencias que supone y los malestares relacionados con no cumplirlos, es importante tener en cuenta que esta categorización (hombres-mujeres) incluye, además de diferencias, desigualdades e implica hablar de diferencias de poder. Siguiendo a Bourdieu la construcción de las identidades de género sigue un orden social que establece relaciones de poder y sumisión simbólicas. Hablamos de régimen de poder-saber que describe Foucault (1992): El poder se mantiene no sólo porque se imponga sino porque la gente que lo impone y que lo sufre lo considera “verdad”. Cada sociedad produce su propia verdad que es sostenida por los sistemas de poder de esta sociedad. “Cuanto más inconsciente es la fundamentación de una lógica más capacidad de penetración tiene porque menos resistencia se opone”

El inconsciente de todos, hombres y mujeres es profundamente patriarcal por lo que, en la lucha por la igualdad, siguiendo a Lola López Mondéjar (2017), escritora y psicoanalista, el escenario de la batalla ha de ser interno y externo.... “No se trata sólo de cambiar nuestra conducta racional aplicando voluntad y cognición sino de vigilar una disposición inconsciente automática, irracional y sutil que persiste en actitudes en las que quizás no nos reconozcamos, porque pueden ser contrarias a nuestra representación consciente” [...] “la autovigilancia tiene que ser estricta, ya que el patriarcado cuenta con un temible cómplice interior. Un cómplice que nos llena de contradicciones y con el que es difícil negociar... un cómplice que ríe los chistes machistas o que educa de forma distinta en tareas domésticas a hijos e hijas...”

La definición y categorización diagnóstica no está exenta del contexto social y económico y de la cultura en la que está inmersa. Como consecuencia, cada vez más efectos de la desigualdad y explotación social son individualizados y psicopatologizados a través de diagnósticos que no son neutrales en términos de género. Esto, a pesar de que gran parte de los malestares feminizados pueden ser significados en términos de opresiones y violencias patriarcales-heteronormativas, cuya modificación impactaría tanto en la subjetividad como en las relaciones interpersonales (Valls-Llobet, 2009).

La configuración de estereotipos de género se reproduce también en el discurso de algunos profesionales quienes fueron entrevistadas/os en este artículo cualitativo de Mantilla (2015) sobre la visión de profesionales sanitarios a través de la identificación de algunas prácticas culturales y apariencias estéticas asociadas al diagnóstico, ligadas a determinado perfil presente en ciertos sectores medios. El artículo aborda cruces entre género y salud mental a partir de examinar los estereotipos e imágenes de género presentes en las percepciones de psiquiatras y psicólogas/os de la Ciudad de Buenos Aires en torno al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Las imágenes y estereotipos de género presentes en los discursos de los/as profesionales es relevante para entender el proceso de construcción de disposiciones simbólicas que colaboran en

la persistencia de valores y actitudes respecto a los comportamientos esperados para hombres y mujeres en las evaluaciones de psiquiatras y psicólogos/as. En este artículo se señala que los relatos de las/os profesionales entrevistados reproducen los valores tradicionales históricamente atribuidos a los comportamientos de género a través de tres mecanismos. Por un lado, estereotipos sobre la apariencia e imagen y comportamiento femenino que influirían en cierta forma a establecer este diagnóstico en mujeres. Por otro la vulnerabilidad biológica que refuerza que la “disregulación emocional” es característica de las mujeres. Por último, el papel de la maternidad y la consecuente aparición del trastorno límite en las hijas mujeres de madres que ejercieron sus funciones a través de las expectativas y caracterización de los comportamientos femeninos, como también la ausencia de la figura masculina. La relevancia de la figura materna en oposición a la paterna refuerza las desigualdades de género. Imágenes y estereotipos de género conforman las percepciones de psiquiatras y psicólogas/os en torno a las características de las personas diagnosticadas con trastorno límite de personalidad donde se coloca de forma simultánea a las mujeres en lugar de víctimas y responsables. Se refuerza la manera de comprender las relaciones de género y los roles femeninos/masculinos de una manera tradicional/patriarcal. El concepto de una vulnerabilidad biológica que refuerza la creencia en la “disregulación emocional” como característica intrínseca de la naturaleza femenina; y la importancia de la figura materna y su desempeño en la consecuente aparición del trastorno límite de personalidad en las mujeres.

Se ha observado en la práctica clínica que la presencia de determinados diagnósticos como los trastornos de personalidad son más probables en función del sexo de la persona que consulta. Desde la psicología diferencial se sostiene que esto es debido a la diferencia propia de los sexos que hace más probable que un trastorno aparezca más en un sexo que en otro. Desde una posición construccionista se sostiene que la diferencia está en quien emite el diagnóstico debido al discurso de género que existe. En este trabajo, a partir de un pequeño ejercicio con profesionales en formación de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Tenerife sobre atribución de género y de una conversación con un grupo de mujeres diagnosticadas de enfermedad mental grave, se realiza una reflexión sobre el carácter socialmente construido del género. Las mujeres acaban diagnosticadas de histerias, neurosis, trastornos límite de la personalidad, etc., mucho más que los hombres, y bajo los efectos de dosis y combinaciones de psicofármacos aún mayores. Para Hernández este diagnóstico de trastorno límite podría estar ocupando el espacio anteriormente reservado a la histeria femenina (Wolf, 2016).

Brickman y colaboradores (2014) muestran que las mujeres que no cumplen con las expectativas socialmente esperadas son proclives a recibir diagnósticos de trastorno de personalidad. En nuestro estudio realizado en urgencias, queremos revisar si desde la puerta de entrada en el hospital general ya existen diferencias significativas en el porcentaje de hombres y mujeres que reciben el diagnóstico de trastorno de

personalidad desde urgencias en función del sexo que se relacionaría con los sesgos de género ya comentados tal como se recoge en la literatura.

Las clasificaciones internacionales ubican el trastorno límite dentro de los trastornos de personalidad, patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad y una notable impulsividad, asociado al temor de padecer experiencias de abandono real o imaginario. La definición y entidad de este trastorno es un tema controvertido ya que muchos autores constituyen un estado intermedio entre las neurosis y las psicosis. Se trata de una problemática más frecuente en mujeres jóvenes que generan respuestas disfuncionales en sus terapeutas, activando respuestas agresivas que refuerzan en muchas ocasiones experiencias de abandono sufridas por estas pacientes. Este tipo de patología constituye una de las causas más frecuentes de reingresos psiquiátricos en hospitales. El nuevo trastorno constituye uno de los nuevos tipos de “pacientes crónicas” que viene a sustituir a las antiguas histéricas de la Salpetriere. En la bibliografía se asocian este tipo de patologías a transformaciones sociales que exceden el campo de la salud mental. La mayor parte de los trastornos de personalidad son explicados por la ruptura de la cohesión social, la configuración de familias disfuncionales, problemas de desempleo y ausencia de protecciones y redes sociales y de integración comunitaria. La quiebra de la cohesión social conforma una realidad caracterizada por la fragmentación social que penetra tanto en el tejido social como en la experiencia de la subjetividad y conlleva a nuevos padecimientos en el campo de la salud mental. La modificación en el terreno de la subjetividad coloca al individuo como responsable de la estructuración de su identidad y de sus consecuencias en caso de no lograrlo. El análisis se centra en el lugar del cuerpo como centro de expresión y del sufrimiento. La patologización del cuerpo femenino es un hecho en la historia de la Psiquiatría. El manejo del cuerpo en las interacciones y de sus formas de expresión mediante “autoagresiones” también tienen lugar mediante las intervenciones de los profesionales de salud mental a través de medicación intramuscular, sujeción mecánica, etc. Estas dinámicas van delineando ciertas formas de ser y estar en el mundo donde muy posible que el cuerpo adquiera centralidad en la identidad individual.

Las intervenciones y visiones de las/los diferentes profesionales sobre las pacientes “límite” son heterogéneas. Varían en función del reconocimiento del sufrimiento que viven estas pacientes y las actitudes de rechazo e imposibilidad de ayuda con que cuentan dichos profesionales. Los gritos, las amenazas, las autoagresiones, cortes en los brazos, son hechos frecuentes en este tipo de pacientes. Las visitas frecuentes a los servicios de urgencias, al igual que las amenazas constantes de suicidio, implican un gran desgaste físico y emocional para profesionales con quienes establecen vínculos de dependencia.

El cuerpo se cristaliza como objeto de práctica del tratamiento y como lugar de resistencia y de expresividad del padecimiento. El lugar del cuerpo, la experiencia del

cuerpo aparece como una representación de la sociedad. Así estas pacientes son frecuentemente denominadas como “manipuladoras, teatrales, histriónicas y demandantes” muchas veces en relación con el desconcierto, la incomodidad y la desconfianza que provocan, por su carácter “excesivo” que se asemejan a representaciones teatrales.

La ruptura de las normas que regulan el manejo público de las emociones encuentran su punto álgido en las conductas impulsivas y de riesgo. Se produce un desconcierto por la ineficacia de las medidas terapéuticas. Los psicofármacos no modifican sustancialmente la sintomatología y además estas pacientes son poco permeables a la psicoterapia. El fracaso de las medidas previas contribuye a que estas pacientes sean consideradas refractarias al tratamiento.

Del mismo modo las emociones que generan en las/los psicoterapeutas dichas pacientes, de malestar, impotencia, angustia, son englobadas en el término psicoanalítico de contratransferencia, en relación con los sentimientos que se suscitan dentro del marco terapéutico por parte del profesional.

Se pueden dar otras “interpretaciones” sobre las actitudes de rechazo que producen estas pacientes “difíciles”. No son consideradas por algo inherente a sí mismas, sino como consecuencia de la interacción con las/los terapeutas que las tratan.

La imagen que devuelven estas mujeres es la refractariedad a los tratamientos al uso, el fracaso de los conocimientos y de las herramientas psicoterapéuticas a la hora de intervenir en estos casos.

Las/los profesionales definen este tipo de personas como “manipuladoras”, haciendo referencia a la dramatización de sus padecimientos, la expresión corporizada de sus sufrimientos y el uso de la amenaza y la advertencia, que modifica la dinámica de interacción entre profesional y paciente.

Una parte se debe a que estas enfermas discuten decisiones que tradicionalmente corresponden a las/los profesionales; el uso de la medicación, la frecuencia de la psicoterapia, la necesidad de ingreso, entre otras decisiones. Obligan a las/los profesionales a redefinir sus estrategias de intervención. La forma de presentación de estas pacientes se caracteriza por el exceso, la urgencia y la imposibilidad de respuestas satisfactorias por parte de los profesionales que las atienden.

La expresividad, la teatralidad, los cortes en el cuerpo, ingesta de psicofármacos o de objetos de diversa índole, definen un tipo de actuación que permite a estas pacientes interactuar con el medio. A través del cuerpo expresan sus angustias y sus necesidades.

Sin embargo, con la sospecha de estar “actuando” o de “manipular” las decisiones, se desconfía de la veracidad de su sufrimiento. ¿Por qué? Porque no se ajusta a lo esperado desde una perspectiva de género de expresión del sufrimiento en el marco de nuestra cultura. Cada vez que una mujer sale de su lugar natural paga un precio. La cultura es de dominio masculino. Las instituciones y los discursos marcan una normativa existencial.

Los pacientes límites están en la frontera, y tal como señala Foucault:

“la locura no es algo insensato ni incongruente, sino la experiencia y el concepto que agrupan las vicisitudes y los intercambios entre la razón y la sinrazón, las fronteras donde ambas se influyen, se funden y se separan, los pliegues limítrofes donde se alternan y se continúan”.

Introducción a las Urgencias Generales y Urgencias de Salud Mental y Psiquiátricas

Introducción a Urgencias Generales

Un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) es una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple con unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencia y la emergencia.

Se entiende por urgencia la aparición fortuita de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de quien la sufre o de sus acompañantes. Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida o la función de algún órgano.

El diseño de los SUH se rige por las recomendaciones y estándares publicados por el Ministerio de Sanidad del Estado y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (Ministerio de Sanidad, 2010; Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 2019) y es competencia del Gobierno Vasco el desarrollo legislativo para las autorizaciones de apertura, funcionamiento y modificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En nuestro medio el principal proveedor de asistencia sanitaria es el Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, de carácter público y cobertura universal, por lo que el acceso a sus SUH es libre, por derivación desde otros niveles asistenciales o a iniciativa de las personas usuarias y mantiene su actividad en horario ininterrumpido.

El objetivo es garantizar una atención segura y de calidad, pero se encuentra condicionada por la situación real de los SUH nacionales, que al igual que en otros países desarrollados en las últimas décadas, han asumido un importante crecimiento en su utilización. Esta situación ha sido analizada en profundidad en 2015 por los Defensores del Pueblo (defensor del pueblo, 2015) plasmando el impacto de su funcionamiento sobre los derechos fundamentales de la ciudadanía que acude a ellos. Así mismo se expone que las urgencias son pieza esencial en el buen funcionamiento de los sistemas de salud (en España gestionan 26 millones de atenciones al año y 6 de cada diez ingresos hospitalarios son de pacientes de urgencias), pero se enfrentan a muchos problemas cuya solución excede de las capacidades de estos servicios. Así en las conclusiones destacan la presión asistencial y la saturación de los servicios, insuficientes profesionales, riesgo de deterioro de la dignidad de pacientes por la masificación y déficits en la asistencia a colectivos frágiles y vulnerables como casos de enfermedad mental, entre otros perfiles.

El incremento de visitas –urgentes y no urgentes– a los SUH ha sido revisado desde el punto de vista de los determinantes de la demanda y de la oferta asistencial y de su “adecuación”.

Respecto a la demanda se pueden destacar el aumento de la esperanza de vida, nuevos perfiles de morbimortalidad que precisan una atención tiempo-dependiente, la cultura hospitalocéntrica y las inequidades sociodemográficas. Los condicionantes de la oferta asistencial serían la mayor accesibilidad a los hospitales, la situación desigual de la cobertura en Atención Primaria y sus dispositivos de urgencia y el recurso inmediato cuando hay procedimientos en “lista de espera”.

La “inadecuación” del uso de los SUH clásicamente se ha basado en parámetros asociados a la utilización de un nivel superior para atender procesos que podrían gestionarse en otro recurso sanitario. Pero en este análisis deberían tomarse en cuenta además de la opinión técnica, las características demográficas y epidemiológicas poblacionales y las necesidades expresadas por la ciudadanía, que no siempre se incorporan a la hora de diseñar políticas de salud. (Moreno-Millán, 2008)

Por tanto, en nuestro trabajo analizamos las asistencias sanitarias en un SUH del ámbito público de Osakidetza donde la demanda puede partir de la iniciativa propia individual o la derivación profesional médica. La atención en urgencias conlleva una valoración, en ocasiones con pruebas complementarias y tratamiento farmacológico, un diagnóstico y un destino al alta.

Osakidetza gestiona sus recursos mediante las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) que realizan la actividad de provisión de servicios sanitarios aglutinando dispositivos y procesos asistenciales de atención primaria con los de atención hospitalaria, por demarcaciones geográficas. El Hospital Universitario Cruces (HUC) forma parte de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces (OSIEEC). Es uno de los principales centros sanitarios de Euskadi, siendo referencia para determinadas patologías en todo el sistema sanitario vasco y algunos territorios limítrofes. Cuenta con 847 camas y 33 quirófanos, realiza al año más de 31.000 intervenciones quirúrgicas, atiende más de 190.000 urgencias y la atención en consultas supera las 887.000. Además, cada año nacen en este centro alrededor de 4.600 bebés.

La población de referencia del HUC en teoría es la de la OSI EEC (aproximadamente 170.000 habitantes), pero para la asistencia de Urgencias Psiquiátricas (UPsi) se amplía a población de OSI Barakaldo Sestao (OSI BS) (135.000) y OSI Uribe (OSI U) (220.000).

Su SUH se encuentra en el sótano del edificio, se divide en tres servicios independientes: Urgencias Pediátricas (UPed), Urgencias de Ginecología y Obstetricia (UGO) y Urgencias Generales (UG). Cada una con su estructura y personal específico. En

UP se atiende a pacientes menores de 14 años. Y en UGO a mujeres con demandas de dicha especialidad. En UG se recibe el resto de pacientes.

La distribución del espacio de UG se divide en cinco áreas:

- Ambulatoria (10 consultas+ 1 consulta psiquiatría y 5 puestos de Traumatología)
- Reconocimiento (44 boxes + 1 box psiquiatría)
- Evolución (17 boxes)
- Quirófanos de urgencias
- Observación de Psiquiatría (separado físicamente de UG en otra planta del edificio)

La asistencia a cada persona es un Episodio de Urgencias, que se inicia en Admisión con el registro de los datos personales.

Posteriormente enfermería realiza un triaje en base al motivo de consulta y la situación clínica, y se clasifican por nivel de gravedad, por área de ubicación y por especialidad. La especialidad con mayor volumen es Medicina, pero hay otras 11 especialidades que realizan guardias de presencia física, entre ellas Psiquiatría, y según las características de cada caso, desde el triaje pueden ser atendidos de inicio por dichas especialidades.

La asistencia médica puede ser realizada por adjunta/o o residente, practicando una anamnesis, exploración física y, si se consideran pertinentes, exploraciones complementarias, interconsultas y tratamiento. El episodio finaliza con el alta médica, cuyo destino puede ser a domicilio, ingreso hospitalario o traslado e ingreso en otro centro.

Desde el ingreso en Admisión hasta el alta, se realiza registro de todas las actividades en el sistema informático de historia clínica Osabide global. Nuestra base de datos está extraída de la aplicación Osabide Global, por el Servicio de Documentación Clínica Archivo y Control de Gestión del HUC. Los datos referentes a las analíticas fueron facilitados por el jefe de la Unidad de Gestión de Laboratorios.

Introducción a las Urgencias Psiquiátricas y de Salud Mental

Las urgencias de salud mental y psiquiátricas son un porcentaje significativo de las urgencias atendidas en los hospitales generales. Hasta la fecha, no hay estudios donde se estudien las urgencias psiquiátricas donde se incorpore una perspectiva de género y se proporcionen los datos de las características de las urgencias de salud mental entre mujeres y hombres.

La asistencia en urgencias es una puerta de entrada para la atención médica de muchos problemas de salud mental. De hecho, en nuestra área de salud la mayor parte de los ingresos se realizan por urgencias. De manera programada sólo los ingresos de trastornos de conducta alimentaria y cuadros depresivos refractarios al tratamiento en los centros de salud mental se derivan de manera programada. Estos dos grupos de pacientes son mujeres en la gran mayoría. En el caso de los hombres los ingresos programados están relacionados con el consumo de alcohol y otros tóxicos para desintoxicación por lo que hay ya una diferencia entre ambos sexos en el perfil de ingresos programados en el Servicio de Psiquiatría de nuestro hospital en relación al sexo.

Nos parece indispensable realizar un estudio sobre las urgencias psiquiátricas y de Salud mental inexistente hasta la fecha que nos proporcione información de una manera descriptiva de cuáles son las urgencias que se atienden en nuestro sector, si hay diferencias entre las demandas de hombres y mujeres y si existen diferencias en la atención médica recibida, incluyendo los diagnósticos recibidos, pruebas complementarias realizadas y actitud terapéutica al alta, incluyendo ingreso/alta así como los tratamientos farmacológicos administrados en urgencias.

En urgencias se realizan diagnósticos sindrómicos (en base a síntomas) generalmente y no se codifica de la misma manera que en un ingreso en el Servicio de Psiquiatría. Esto tiene que ver con las características de la atención urgente, relacionado con la valoración urgente de riesgo suicida, agitación psicomotriz y grupos sindrómicos más que enfermedades mentales, por lo que la codificación puede ser distinta a la realizada en un ingreso en un Servicio de Psiquiatría de un hospital general o de un hospital monográfico.

Sin embargo, pensamos que, aunque la codificación sea diferente subyacen los mismos mecanismos que en la práctica médica habitual y en otros ámbitos que no incorporan la perspectiva de Género. Por ello queremos hacer una reflexión más profunda teórica fruto de la revisión clínica y teórica de la psicopatología e historia de la psiquiatría sobre las maneras de codificar y de diagnosticar los malestares y las enfermedades mentales entre hombres y mujeres que describimos en la introducción previo al estudio de campo.

Los trastornos mentales son clasificados según las clasificaciones internacionales al uso que se utilizan en la actualidad. Por un lado, la Clasificación Americana DSM-5 y por otra la Clasificación Internacional para las enfermedades Mentales de la CIE-10 de la OMS.

Existe mucho debate sobre cómo se deben utilizar estas guías clasificatorias. Las enfermedades, en sentido científico hacen referencia a entidades morbosas etiológicas, mientras que los conjuntos sindrómicos recogen una constelación sintomática como los cuadros ansioso-depresivos diagnosticados en atención primaria y de una elevada prevalencia en las mujeres. La sistematización categorial, basada en la idea de que existen diferencias sustantivas entre los diferentes trastornos y enfermedades, siempre ha representado un problema para la psicopatología. En primer lugar, porque choca frontalmente con la noción de dimensión o continuidad entre la normalidad y la psicopatología, que ha sido una de las mayores aportaciones psicológicas a la investigación y la comprensión de los trastornos y enfermedades mentales. Y, en segundo término, porque un sistema de categorías mutuamente excluyentes no permite considerar el sufrimiento humano como un todo, en términos sistémicos. Los datos, las evidencias empíricas acumuladas en todos estos años, ponen de manifiesto que la comorbilidad entre trastornos es más la regla que la excepción, tanto si hablamos intra-categorías como entre-categorías. Los síntomas patognomónicos de un determinado trastorno, por ejemplo, el pánico, las compulsiones, la tristeza patológica, el insomnio, las somatizaciones, o la hipocondría, por mencionar algunos, aparecen con mucha más frecuencia de la que cabría esperar en otros trastornos en principio diferentes. Y, además, su aparición no es en modo alguno tangencial o irrelevante. Síntomas que, aparentemente, son exclusivos de las personas con trastornos mentales, pueden ser también experimentados por personas sin psicopatología alguna, como sobradamente ha demostrado la investigación psicopatológica, y desde luego la práctica clínica (Belloch, 2012).

Vivimos en un mundo cambiante con síntomas también cambiantes e interpretables. Es necesario ampliar las fronteras en que se construye los síntomas y también la psicopatología. Como ciencia la psiquiatría tiene que incluir el género en la clínica y por ello es importante realizar investigación donde se incorpore la perspectiva de género. No hacerlo es hacer mala ciencia.

Vivimos en una sociedad que da la espalda a los cuerpos de las mujeres, y también a los cuerpos enfermos, a los cuerpos débiles, y a los cuerpos vulnerables. Se vive como debilidad procesos naturales como el envejecimiento, y nos bombardean con publicidad para todo tipo de dolencias y procesos naturales, especialmente aquellos relacionados con los procesos hormonales de las mujeres como la menstruación, el embarazo y la menopausia. Como si per se fueran una enfermedad. Vivimos en una sociedad en la que

además tratamos de evitar el sufrimiento inherente al proceso de duelo y a cualquier dolor, sea éste de la índole que sea.

Si el cuerpo es la manifestación exterior de la mente, y la conciencia no está solo en la cabeza, porque no se puede separar el cerebro del cuerpo, como no ver lo que está delante: el cuerpo constituye un elemento nuclear en la construcción de la subjetividad y la identidad femenina y por tanto tendrá una mayor representación en las maneras de enfermar o de expresar un malestar que muchas veces está más relacionada con la cultura en la que estamos inmersas. Esta representación corporal es distinta en mujeres y en hombres, pero no la manera de medir, el constructo psicopatológico sigue siendo el mismo que hace doscientos años, medido por la norma, es decir el modo masculino (Sáenz-Herrero, 2014). Hay un rechazo de lo femenino y una creencia de que el cuerpo femenino es anormal. La patologización del cuerpo femenino es una realidad en la Historia de la Psiquiatría. Recordemos que la palabra histeria viene del griego, útero - *hyster*-, es decir, en la misma palabra ya estamos incluidas de base.

La psiquiatría a través de las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-5) clasifica y caracteriza a los distintos síntomas y enfermedades mentales, por lo que representa la parte de la psiquiatría que se ocupa del diagnóstico. La psiquiatría abarca no sólo el diagnóstico, sino la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales a través de la valoración y exploración clínica y la exploración psicopatológica.

La clasificación es un acto primordial para el estudio de todo fenómeno clínico, se reconoce como la base de toda generalización científica y representa, por tanto, un elemento de carácter esencial desde el punto de vista de la metodología. La uniformidad de las definiciones clínicas y sistemas clasificatorios deben ser, condiciones previas para el conocimiento científico. Un diagnóstico sitúa al trastorno en cuestión dentro de un sistema de agrupaciones, basado en ciertas similitudes significativas.

Tras hacer una revisión exhaustiva de la historia y manejo de las patologías mentales, inclusive su manejo hospitalario en urgencias, y con el fin de presentar de manera accesible e interpretar los resultados del presente proyecto, hemos aglutinado los principales trastornos de salud mental según agrupaciones diagnósticas en base a criterios diagnósticos de la clasificación de enfermedades mentales (CIE-10), elaborados por la OMS. De este modo, hemos agrupado para este estudio los diagnósticos en dos grandes grupos diagnósticos tal como se recoge en la literatura: Los trastornos mentales comunes (TMC) y los Trastornos mentales graves (TMG), así como los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y los Trastornos de Personalidad (TP). A continuación, presentamos las principales categorías diagnósticas aglutinadas incluidas a estudio.

A. TRASTORNO MENTAL COMÚN

Los trastornos mentales comunes hacen referencia a los desórdenes emocionales muy presentes en atención primaria y en las urgencias generales. Son los trastornos más prevalentes, y se diagnostican mucho más frecuentes en mujeres, en especial trastornos de ansiedad, reacciones adaptativas, somatizaciones y trastornos del ánimo leve y moderadas. La psiquiatría como disciplina ha ido modificando los diagnósticos a lo largo de la Historia, tratando de alcanzar un diagnóstico de enfermedad mental objetivo, pero en el que se ha obviado el papel del género en la construcción de los mismos. El impacto de la cultura y sociedad hace mucho más prevalente la ansiedad y la depresión entre las mujeres. Es necesario incorporar en el diagnóstico de los trastornos mentales los factores socioculturales que juegan un papel importante en el conjunto de malestares etiquetados como trastorno mental común y que son normalmente atendidos, evaluados y muchas veces tratados en atención primaria y que acuden con gran frecuencia a las urgencias de los hospitales generales.

Los trastornos mentales comunes hacen referencia a un conjunto de trastornos que son frecuentemente atendidos en atención primaria y recoge a ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos incluidos en la clasificación internacional de enfermedades de la OMS con el código “F40” y en el que hemos incluido también dada su prevalencia el diagnóstico de “trastornos depresivos no especificado”, y otros trastornos depresivos así como la distimia, dentro de los grupos de ansiedad/depresión. Este grupo de trastornos es mucho más prevalente en mujeres lo que hace necesario incorporar la perspectiva de género en la valoración de los mismos. La depresión leve a moderada se puede tratar eficazmente con estrategias que incluyan apoyo, terapia cognitivo-conductual o psicoterapia interpersonal. Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección para la depresión leve.

La atención primaria (AP) constituye la puerta de entrada para muchas personas que padecen trastornos mentales y requieren de un tratamiento eficaz para mejorar su salud y su calidad de vida. Sin embargo, existen una serie de factores que reducen la detección y el diagnóstico correcto. El reducido tiempo de las consultas o la presencia de trastornos comórbidos, entre otros problemas emocionales o condiciones físicas (Castro-Rodríguez et al., 2015; Fernández et al., 2010), pueden conllevar un diagnóstico impreciso (Aragonés et al., 2006; Cabrera- Mateos et al., 2017; Olariu et al., 2015) y, por tanto, entorpecer la correcta detección y derivación al tratamiento adecuado, ya sea en AP o en otros servicios especializados. Por un lado, nos encontramos con una alta prevalencia de trastornos mentales comunes asociados a ansiedad, depresión y trastorno por somatización en atención primaria. Una parte sustancial de las consultas tiene como motivo principal algún tipo de trastorno emocional, especialmente los relacionados con la depresión, la ansiedad y las somatizaciones. Estos trastornos mentales se recogen

como trastornos mentales comunes y tienen altos costes para las personas afectadas y para la sociedad en general. En su mayoría son mujeres.

Los trastornos mentales comunes son atendidos, en su gran mayoría, en los centros de atención primaria, la puerta de entrada a la sanidad pública en el estado español (Cano-Vindel, 2011). En este contexto, la prevalencia de estos trastornos es muy elevada, tanto a nivel internacional (Ansseau et al., 2004; Olariu et al., 2015) como en nuestro país (Fernández et al., 2012, Roca et al., 2009). Entre estos, los trastornos de ansiedad, del estado del ánimo o las somatizaciones son los más abundantes (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan y Löwe, 2007; Mitchell, Vazey Rao, 2009), así como los trastornos adaptativos que cursan con síntomas emocionales negativos de carácter ansioso-depresivo (Fernández et al., 2012).

Los desórdenes emocionales presentan una alta comorbilidad (Fernández et al., 2010; Muñoz-Navarro et al., 2016; Roca et al., 2009; Serrano-Blanco et al., 2010) y tienen un gran impacto negativo en el funcionamiento, la discapacidad y la calidad de vida de la/el paciente (Gili et al., 2010), siendo los responsables de la mayor proporción de años de vida ajustados por discapacidad de todos los trastornos del cerebro (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin y Vos, 2015). Esto genera costes sociales y económicos enormes (Parés-Badell et al., 2014), convirtiéndose en un problema de salud pública de primer orden.

Lo que estamos denominando trastorno mental común es un grupo de datos semiológicos y clínicos correlacionados entre sí que está atravesada por otras variables biológicas, genéticas, neurofisiológicas, psicológicas y por variables sociológicas, epistemológicas que están atravesadas por el género. No se trata de una entidad natural, concreta y fragmentada, sino un grupo de diagnósticos en un contexto social y cultural determinado. La medicalización objetivada de las mujeres en estos trastornos ayuda a reflexionar sobre la necesidad de ampliar la mirada y poder observar a la enfermedad no como algo ajeno a la persona, sino que es necesario incluir lo biográfico, y el marco social y cultural en el que estamos inmersas.

Todas las personas estamos inmersas en relaciones de poder de distinta índole por el hecho de estar en relación con los demás. Las mujeres parten de una situación de inequidad estructural en el que la interiorización de dichos valores tanto por las usuarias/os y por las/los profesionales que las atienden hace que los síntomas sean conceptualizados de una manera u otra. Lo que se ha entendido como síntomas en las clasificaciones no puede desligarse de lo social. En ese sentido los sistemas clasificatorios en situaciones sociales desiguales colocan a las mujeres como más vulnerables a depresión y ansiedad. Es necesario visibilizar esta realidad clínica y hacer más investigación con perspectiva de género.

Desgraciadamente, el tiempo disponible en las consultas de atención primaria es limitado y los médicos de familia disponen de pocos minutos para diagnosticar, tratar y/o derivar a los pacientes al tratamiento especializado (Serrano-Blanco et al., 2010). Además, la alta prevalencia de desórdenes emocionales en AP puede sobrecargar la práctica diaria de los médicos/as de familia. Estas limitaciones pueden llevar a problemas de diagnóstico, tanto de infradiagnóstico (Cabrera-Mateos, Touriño-González, Núñez-González, 2017; Olariu et al., 2015) como de sobrediagnóstico (Aragónés, Pinol y Labad, 2006). Y también de sobremedicalización cuando no se atienden a otras variables. En el diagnóstico de trastorno mental común es imprescindible la necesidad de mejorar los procesos incorporando indicadores de género, desagregando los datos por sexo y haciendo análisis de género de la información referida a las personas.

La desigualdad estructural que afecta a las mujeres supone una sobrecarga en los cuidados y la desigualdad en el reparto de las tareas en el ámbito doméstico que recae mayoritariamente en las mujeres. También influyen en la salud la brecha salarial y la dificultad del acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad y su infrarrepresentación, que serían imprescindibles para garantizar la autonomía económica y la igualdad de oportunidades en el ámbito laboral que mejoraría sus parámetros de salud y salud percibida. Es necesario para mejorar el área asistencial impulsar la investigación con enfoque de género, para la atención integral a mujeres muchas de las cuales viven en situaciones de violencia y la revisión de los programas de salud para que respondan mejor a las necesidades y a las aspiraciones de las usuarias de los servicios, y se reitera la necesidad de mejorar los procesos asistenciales mediante la desagregación y el análisis de toda la información con enfoque de género como lo es el estudio que queremos realizar.

Las formas más comunes de violencia contra las mujeres son el abuso doméstico y la violencia sexual, y la victimización que se asocia a un mayor riesgo de padecer un Trastorno Mental. A pesar de que en las guías clínicas se pronuncian sobre el papel que debieran desempeñar los profesionales de Salud en identificar la violencia contra las mujeres y en responder de manera apropiada, persiste una pobre identificación de casos, y da lugar a que no se adhieran a un seguimiento adecuado en los servicios correspondientes y a una pobre respuesta al tratamiento.

Pareciera que la violencia de machista y los trastornos mentales estuvieran en campos separados para la Salud Pública. Vivimos en la misma realidad social. Olvidar esto es un factor de confusión, y determina que no estemos haciendo una buena praxis clínica. Es un reflejo de la falta de igualdad de nuestra sociedad donde la inequidad social se refleja también, en la salud mental. La patología psiquiátrica se detecta mediante clasificaciones internacionales al uso, y en numerosas ocasiones las mujeres que sufren violencia física y psicológica no se sienten bien atendidas cuando no se presta atención al problema nuclear que subyace y que ha determinado en mayor o menor medida, la

situación clínica ulterior. Los modelos médicos repiten las mismas actitudes patriarcales. Se trata no sólo de un problema asistencial sino de recursos.

A continuación, incluimos una tabla descriptiva (**tabla 1**) con los principales diagnósticos incluidos en el epígrafe incluido dentro de los Trastornos Neuróticos (Códigos CIE-10; F40-F48). Uno de los diagnósticos más prevalentes en centros de primaria y Salud Mental son los trastornos de ansiedad. Cuando cualquier médico/a o psiquiatra establece un diagnóstico clínico se basa en criterios diagnósticos entre los cuales para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada se encuentran los siguientes:

- A. Un periodo de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no) en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.
- B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de entre los grupos
 - Síntomas autonómicos: Palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas de los miembros, sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación)
 - Síntomas en el pecho y abdomen: Dificultad para respirar. Sensación de ahogo. Dolor o malestar en el pecho. Náuseas o malestar abdominal (p. e. estómago revuelto)
 - Síntomas relacionados con el estado mental: Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización). Sensación de perder el control, “volverse loco” o de muerte inminente. Miedo a morir.
 - Síntomas generales: Sofocos o escalofríos. Sensación de entumecimiento u hormigueo
 - Síntomas de tensión: Tensión muscular o dolores y parestesias. Inquietud y dificultad para relajarse. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
 - Otros síntomas no específicos: Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o la ansiedad. Irritabilidad persistente. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

Tabla 1. Principales diagnósticos clínicos que aglutinan el epígrafe “Trastornos Neuróticos y Estresantes” de la CIE-10

Categorías F40-F49 – Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos		
F40	Trastornos fóbicos de ansiedad	Incluye: (F40.0) Agorafobia
F41	Otros trastornos de ansiedad	Incluye: (F41.0) Trastorno de pánico (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada (F41.2) Trastorno mixto ansioso-depresivo
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo	
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	Incluye: (F43.0) Reacción al estrés agudo (F43.1) Trastorno post-traumático del estrés (F43.2) Trastorno de adaptación
F44	Trastorno de conversión disociativo	Incluye: (F44.0) Amnesia disociativa (F44.1) Fuga disociativa
F45	Trastorno somatomorfo	Incluye: (F45.0) Trastorno de somatización
F48	Otras neurosis	Incluye: (F48.0) Neurastenia

B. TRASTORNO MENTAL GRAVE

La psicosis es un trastorno mental grave que afecta profundamente la capacidad mental de una persona y le hace perder el contacto con la realidad. A continuación, se enumeran los criterios diagnósticos para la psicosis esquizofrénica según criterios de la CIE-10 que incluyen al menos dos de los síntomas y signos que deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio psicótico, en un periodo de por lo menos un mes de duración:

Al menos uno de los siguientes:

- Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones, o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, o capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

Al menos dos de las siguientes:

- Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.
- Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- Conducta catatónica, tal como la excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- Síntomas “negativos” tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución del rendimiento) Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

Hemos incluido en el trastorno mental grave (TMG), aquellos procesos asistenciales que están definidos por trastornos mentales correspondientes a los diagnósticos psiquiátricos CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) entre ellos se encuentran los códigos: F.20 Esquizofrenia, F.21 Trastorno esquizotípico, F.22 Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes, F.24 Trastorno de Ideas Delirantes inducido, F.25 trastorno esquizoafectivo, F.28-F.29 Trastornos psicóticos no orgánicos y no especificado, F.30 Episodio de Manía F.31 Trastorno Bipolar, y los códigos F.32-F.33 correspondientes a los Trastornos Depresivos Recurrentes sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos.

Por otro lado, en los dispositivos de Salud Mental Comunitaria se atienden con más frecuencia Trastornos mentales graves. En la literatura internacional se denomina personas con trastorno mental grave o severo (AEN, 2002; Gisbert, 2003; López, 2002; López, Lara, Laviana, 2003; Laviana, 2006; Ruggeri, 2000; Sheperd, 1996), a un colectivo de referencia en psiquiatría comunitaria que requiere rehabilitación y apoyo social en salud mental. El término sustituye además al crónico, (López, 2002; López, Lara, Laviana, 2003; Wing y Brown, 1970; Harding, Zubin, Strauss, 1987), para hacer referencia a "personas con dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestras sociedades". Identificamos así un grupo de personas que requieren una atención preferente, dada la multiplicidad y gravedad de sus problemas, la existencia de intervenciones de efectividad razonable y su carácter crítico para la atención comunitaria, ya que éste era el núcleo fundamental del colectivo "atendido" en los hospitales psiquiátricos y sus dificultades de manejo, desde modelos comunitarios, suelen servir de coartada a los defensores del sistema "manicomial". A pesar de una inicial heterogeneidad en su delimitación, parece haber un relativo consenso sobre las dimensiones que deben tenerse en cuenta para su definición operativa (AEN, 2002; Gisbert, 2003; López, 2002; Olabarría, 2003; Laviana, 2003; Ruggeri, 2000; Shepherd, 1996; Parabiaghi et al., 2006), incluyendo básicamente:

- Una sintomatología psicótica, en la medida en que genera dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales. Lo que, traducido a diagnósticos, suele incluir fundamentalmente esquizofrenia y otras psicosis delirantes (grupo diagnóstico mayoritario), psicosis afectivas y también se incluyen algunos tipos de trastornos de personalidad (los más "ceranos" a las psicosis trastorno esquizotípico y esquizoide de personalidad).
- Una evolución prolongada en el tiempo (fijada habitualmente en más de dos años), lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos tanto sanitarios como sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.

- Un componente de discapacidad, que suele medirse con instrumentos estandarizados como el GAF (Piersma y Boes, 1997) e implica la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el empleo.

Dimensiones a las que creemos que hay que añadir otra de carácter "contextual", referida a la existencia de un medio social próximo poco tolerante y/o "agotado", resaltando así una dimensión contextual o relacional, no siempre fácil de medir pero que no deberíamos perder de vista, ni a la hora de analizar la situación de las personas a las que debemos atender ni a la de intervenir para mejorarla como se recoge en la literatura referente a rehabilitación comunitaria.

Tabla 2. Principales diagnósticos clínicos que aglutinan el epígrafe “Trastornos de la Esquizofrenia” y “Trastornos del Humor” de la CIE-10

Categorías F20-F29 – Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes		
F20	Esquizofrenia	Incluye: (F20.0) Esquizofrenia paranoide (F20.1) Esquizofrenia hebefrénica (F20.2) Esquizofrenia catatónica (F20.3) Esquizofrenia indiferenciada (F20.4) Depresión post-esquizofrénica (F20.5) Esquizofrenia residual (F20.6) Esquizofrenia simple (F20.8) Otras esquizofrenias (F20.9) Esquizofrenia no especificada
F21	Trastorno esquizotípico	
F22	Trastornos delirantes persistentes	Incluye: (F22.0) Trastorno delirante
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios	Incluye: (F23.0) Trastorno psicótico polimórfico agudo sin síntomas de esquizofrenia (F23.1) Trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia (F23.2) Trastorno psicótico agudo estilo esquizofrenia (F23.3) Otros trastornos psicóticos agudos predominantemente delirantes (F23.8) Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.9) Trastornos psicóticos agudo y transitorios sin especificar
F24	Trastorno de ideas delirantes inducidas	

F25	Trastornos esquizoafectivos	Incluye: (F25.0) Trastorno esquizoafectivo, tipo maníaco (F25.1) Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo (F25.2) Trastorno esquizoafectivo, tipo mixto (F25.8) Otros trastornos esquizoafectivos (F25.9) Trastorno esquizoafectivo sin especificar
F28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos	
Categorías F30-F33 – Trastornos del humor (afectivos)		
F30	Episodio Maníaco	Incluye: (F30.0) Hipomanía
F31	Trastorno afectivo bipolar	
F32	Episodio depresivo	(F32.0) Episodio depresivo leve (F32.1) Episodio depresivo moderado
F33	Trastorno depresivo recurrente	Incluye: (F33.0) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.1) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.2) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.3) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.4) Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

C. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

Se han incluido en un epígrafe aparte los Trastornos por uso de sustancias muchas/os de estas/os pacientes también podrían ser considerado pacientes graves en función de la dificultad de la atención comunitaria a este grupo de pacientes.

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 ésta, 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 tranquilizantes (medicación ansiolítica e hipnótica) que la mayoría son mujeres, pero en el resto de grupos de psicoactivos esta mayoría masculina es indiscutible. Mientras que las mujeres consumen tranquilizantes que previamente han sido prescritas por sus médicos/as para poder lidiar con las contingencias de la vida, los hombres inician el consumo en entornos de consumo social. 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. El consumo de alcohol y tóxicos sigue permaneciendo parcialmente oculto en las mujeres y en ocasiones este consumo oculto las coloca en situaciones de riesgo, para mayor vulnerabilidad a agresiones sexuales, viviéndolo con vergüenza y culpa mucho más presente que en el caso de los hombres cuyo consumo es más social y relacional. Muchas veces esto pasa desapercibido y es en las urgencias donde con frecuencia se podrían detectar estos casos.

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 significativa. (Cantos et al., 2016).

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.

Tabla 3. Principales diagnósticos clínicos que aglutinan el epígrafe “Trastornos debido al Consumo de Sustancias” de la CIE-10

Categorías F10-F19 – Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	
F1x.0	Intoxicación aguda
F1x.1	Uso perjudicial
F1x.2	Síndrome de dependencia
F1x.3	Síndrome de abstinencia
F10	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol
F11	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de opioides
F12	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
F13	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
F14	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cocaína
F15	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes, incluyendo la cafeína
F16	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
F17	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de tabaco
F18	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
F19	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos

D. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad son una patología psiquiátrica comúnmente afectada en la población general. Su inicio o debut se estima en la adolescencia, pudiendo ser detectadas cuando la cognición, las emociones, y el comportamiento interrumpen la vida de la persona, su actividad diaria o causan síntomas como angustia o ideas suicidas. El impacto negativo en la esfera social además de un entorno problemático en la vida de cada paciente, constituyendo un problema importante de Salud Mental. Estos diagnósticos son más prevalentes en los menores y personas jóvenes de 5 a 29 años (entre 9% y 15%) siendo más frecuentes en estas edades en el sexo masculino (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

Actualmente, el tratamiento de elección es la psicoterapia, de elección en base a las características individuales entre la terapia cognitivo conductual, dialéctica conductual e interpersonal. No existen tratamientos aprobados como tratamiento específico, se utilizan como complemento para tratar síntomas relacionados con dichos trastornos. Se pueden utilizar antipsicóticos para tratar síntomas psicóticos, paranoia o disociación o antidepresivos para tratar angustia o clínica depresiva concomitante o los estabilizadores del ánimo para la inestabilidad emocional, ira o descontrol de impulsos. Nunca son un tratamiento de primera línea y se utilizan para manejar determinados síntomas y mejorar la calidad de vida. Los trastornos de personalidad son patrones de conducta en el estilo de vida y en el modo de relacionarse que reflejan desviaciones clínicamente importantes de las percepciones, sentimientos y comportamientos medios en una cultura dada.

La clasificación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) 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.

- **Cluster A:** 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 (Aleman, Kahn y Selten, 2003).

- **Cluster B:** 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/as autores/as con la ya descatalogada histeria femenina (Ussher, 2013). 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 diferencias biológicas. La diferencia en la comorbilidad entre las personas que sufren trastorno limítrofe 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 conducta alimentaria, del estado de ánimo, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático. Estas diferencias en la comorbilidad traen consigo que las mujeres soliciten más asistencia médica y reciban más tratamientos psicoactivos (Sansone y Sansone, 2011).

Los trastornos esquizoide y esquizotípico de personalidad son más frecuentes en hombres mientras que el diagnóstico de trastorno límite de personalidad y trastorno histriónico son más frecuentemente diagnosticados en

las mujeres y el diagnóstico de Trastorno antisocial en hombres dentro del clúster B.

- **Cluster C:** En el caso del clúster C, se caracteriza por la aparición de ansiedad o miedo. Incluye los siguientes trastornos de personalidad: los obsesivos (perfeccionismo, rigidez y obstinación) son más frecuentes en hombres y el patrón evitativo (se evita el contacto interpersonal por hipersensibilidad al rechazo) y dependiente (sumisión y necesidad de ser atendidos) es más frecuente en mujeres.

Dentro del grupo de los trastornos de personalidad hay algunos trastornos que podrían ser incluidos dentro de los TMG, por su afectación en el funcionamiento de la vida diaria, pero que hemos incluido en un epígrafe diferente por la variabilidad clínica existente en relación con la afectación de la funcionalidad y discapacidad asociada que incluye F60 trastorno paranoide de personalidad, F60.1 trastorno esquizoide y F60.3 trastorno de inestabilidad emocional de personalidad que es el diagnóstico más prevalente en la actualidad y más frecuentemente diagnosticado en mujeres. En cuanto a los motivos de incluirlos aparte hemos considerado el cambio en los criterios de hospitalización (existe la tendencia a no hospitalizar a aquellas/os pacientes con dx de T. de personalidad o realizar ingresos breves) Y por lo aportado desde una perspectiva de género sobre a quién consideramos como un trastorno de personalidad, muchas veces, pacientes difíciles, que cuesta manejar, por las dificultades conductuales en marco comunitario y también desde la urgencia donde la perspectiva de género podría ampliar la manera de etiquetar o valorar a dichas pacientes.

Son muchos los/las autores/as que han descrito e hipotetizado en la relación de los trastornos de personalidad con los roles de género masculino y femenino. Entre otros/as, cabe destacar que Kaplan, argumentó que las mujeres, únicamente por ser estereotípicamente femeninas, podrían cumplir los criterios para un trastorno de personalidad del DSM (Kaplan, 1983). 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. (Corbitt y Widiger, 1995). Por último, Barbara Brickman (2004), 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.

En un estudio realizado en Buenos Aires (Jimena, 2015) desde una perspectiva de profesionales sanitarias/os psiquiatras y psicólogas/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 limítrofe 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 limítrofe de la personalidad en los hombres consiste en que estos 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 (Karim et al., 2019).

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 fue similar entre ambos géneros.

Tabla 4. Principales diagnósticos clínicos que aglutinan el epígrafe “Trastornos de la Personalidad” de la CIE-10

Categorías F60-F61 – Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos		
F60	Trastorno de personalidad	Incluye: (F60.0) Trastorno paranoide de la personalidad (F60.1) Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.2) Trastorno disocial de la personalidad (F60.3) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.4) Trastorno histriónico de la personalidad (F60.5) Trastorno anancástico de la personalidad (F60.6) Trastorno ansioso o por evitación de la personalidad (F60.7) Trastorno dependiente de la personalidad (F60.8) Otros trastornos de personalidad específicos (F60.9) Trastorno de personalidad, sin especificar
F61	Trastornos de personalidad mixtos	

E. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

En este epígrafe se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Así mismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

Este es un trastorno que afecta fundamentalmente a mujeres con una prevalencia de 9/ 10 mujeres por cada hombre y la perspectiva de género juega un papel fundamental tanto en la génesis como en el mantenimiento de dicha patología. Los ingresos de estas pacientes son fundamentalmente programados y sólo cuando hay complicaciones médicas urgentes o psiquiátricas por patología comórbida acuden por urgencias para valoración urgente por lo que el porcentaje de pacientes atendidas en urgencias es minoritario. Este grupo de trastornos constituye un perfil femenino claramente.

Tabla 5. Principales diagnósticos clínicos que aglutinan el epígrafe “Trastornos asociados con alteraciones fisiológicas” de la CIE-10

Categorías F50 – Síndrome del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	
F50.0	Anorexia Nerviosa
F50.1	Anorexia Nerviosa Atípica
F50.2	Bulimia Nerviosa
F50.3	Bulimia Nerviosa Atípica
F50.4	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas
F50.5	Vómitos en otras alteraciones psicológicas
F50.8	Otros trastornos de la Conducta Alimentaria
F50.9	Trastorno de Conducta alimentaria sin especificación

En la mayoría de las sociedades las mujeres están en desventaja en relación a los hombres, en nuestro territorio las cifras sobre brechas de género muestran las desigualdades en todos los ámbitos de la vida pública y privada provocando inequidad de género que afecta a la salud de las mujeres y especialmente a su salud Mental. El enfoque

de género en la atención sanitaria y en Salud Mental persigue los principios de igualdad y equidad, como garantía de respetar y hacer cumplir los derechos humanos de las personas, mediante una valoración psicopatológica y una evaluación clínica no sesgada, que implica que no se aborde a pacientes de forma diferente por ser de uno u otro sexo. Existe cada vez más evidencia de que involuntariamente, y no conscientemente, las y los profesionales realizan menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres en muy diversas patologías, este es un sesgo de género en la atención motivado por estereotipos sociales de género.

Se debe aspirar a una clínica sensible a la morbilidad diferencial por sexos, y no hacerlo es otra modalidad de sesgo de género. Sara Velasco, considera que el personal sanitario debe mantener auto-observación y mirada analítica sobre su práctica para detectar cuando el sexo o las condiciones sociales del paciente o la paciente, puedan provocarle actitudes estereotipadas que sean el motor imperceptible de las actuaciones clínicas sesgadas que llevan a la inequidad. El concepto de salud integral debe contemplar la influencia del contexto social y de la experiencia subjetiva en las formas de enfermar, por tanto no sólo se debe tenerse en cuenta lo biológico, sino también los factores psicosociales y los de género, que determinan la vulnerabilidad de las personas (Velasco, 2009).

Esto ocurre desde que la persona entra por la puerta de urgencias, en la atención recibida, en los tiempos de espera, en las pruebas que se le realizan y en la valoración clínica y actitud terapéutica. Con este trabajo queremos hacer una auto reflexión y auto crítica sobre como todas las personas, incluido el personal sanitario, tenemos sesgos de género, muchas veces inconscientes y por tanto más difíciles de detectar, que persiste en actitudes que ni siquiera reconocamos, porque pueden ser contrarias a nuestra representación consciente, y por eso es necesario reflejar lo que ocurre en la atención sanitaria de las mujeres, y en estar atentas en la auto-observación en la asistencia que realizamos en cualquier ámbito sanitario empezando por la atención en urgencias.

Justificación del estudio

Los determinantes de la salud mental y el bienestar varían entre hombres y mujeres y según el ciclo vital. El mayor riesgo de mala salud mental entre las mujeres puede ser debido a factores de riesgo psicosociales asociados con género determinantes socioeconómicos como sobrecarga laboral y de cuidados, y brecha salarial, que condicionan una mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica y la violencia de género.

En atención primaria existe una sobrerrepresentación de las mujeres y una mayor prescripción de psicofármacos al igual que de psicologización y psiquiatrización de malestares de género.

No hay diferencias de género significativas en el caso de trastornos mentales graves. Sin embargo, acceden más a los servicios de salud mental las mujeres que los hombres y, sin embargo, a dispositivos de Rehabilitación y Hospitales de Día acuden con mucha más frecuencia los hombres, así como en dispositivos de adicciones.

El enfoque de género en la atención sanitaria y en Salud Mental persigue los principios de igualdad y equidad, como garantía de respetar y hacer cumplir los derechos humanos de las personas, mediante una valoración psicopatológica y una evaluación clínica no sesgada, que implica que no se aborde a pacientes de forma diferente por ser de uno u otro sexo. Existe cada vez más evidencia de que involuntariamente, y no conscientemente, la profesión sanitaria realiza menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres en muy diversas patologías, este es un sesgo de género en la atención motivado por estereotipos sociales de género. Se debe aspirar a una clínica sensible a la morbilidad diferencial. Sara Velasco considera que el personal sanitario debe mantener auto-observación y mirada analítica sobre su práctica para detectar cuando el sexo o las condiciones sociales de la persona atendida, puedan provocarle actitudes estereotipadas que sean el motor imperceptible de actuaciones clínicas sesgadas que llevan a la inequidad. El concepto de salud integral debe contemplar la influencia del contexto social y de la experiencia subjetiva en las formas de enfermar, por tanto no sólo debe tenerse en cuenta lo biológico, sino también los factores psicosociales y los de género, que determinan la vulnerabilidad de las personas (Velasco, 2009).

No encontramos publicaciones referentes al uso de urgencias hospitalarias por personas con diagnósticos de la esfera de salud mental con perspectiva de género.

Con este trabajo queremos conocer lo que acontece en los Servicios de Urgencias de nuestra Comunidad. Definir el perfil de la demanda y analizar la asistencia médica que

reciben, y desde estas bases revisar las necesidades de la población y optimizar su abordaje.

Además desde un punto de vista integrador desde la investigación a la clínica, queremos colaborar en el estudio del impacto de los condicionantes de género en la salud mental y física de las mujeres en todas las etapas de la vida, con el fin de reflexionar y establecer protocolos de intervención que incorporen la perspectiva de género, prestando especial atención a protocolos de intervención en salud mental tal como recomiendan las guías internacionales (SAGER) y como se apunta en el primer Plan de Igualdad publicado por el Servicio de Salud Vasco (Osakidetza, 2021).

METODOLOGÍA

Objetivos

Objetivo general: El objetivo principal es realizar un estudio descriptivo y comparativo por sexos del tipo de perfiles de personas usuarias que son valoradas en las urgencias de salud mental del Hospital Universitario de Cruces (HUC) que generan un episodio con diagnóstico al alta incluido en la Clasificación de Enfermedades Mentales CIE-10, valorando si existen diferencias entre ambos sexos en relación al diagnóstico recibido, pruebas complementarias utilizadas y en el tratamiento empleado.

Objetivos secundarios:

- Realizar un análisis de los episodios atendidos en los servicios de urgencias generales del HUC.
- Conocer el diagnóstico recibido en función del sexo y determinar si existen “perfiles masculinos” y “perfiles femeninos”.
- Valorar si existen diferencias según el sexo en la evaluación de los episodios asistidos en urgencias respecto a las exploraciones complementarias realizadas (analíticas y pruebas de imagen).
- Explorar si ante el mismo diagnóstico se actúa de manera similar con el tratamiento pautado desde urgencias o existen diferencias entre ambos sexos en relación con el destino al alta.
- Valorar el perfil de pacientes que reciben un diagnóstico en urgencias de Trastorno Mental Común, así como la atención y gestión de recursos requeridos durante su estancia en urgencias hospitalarias.
- Valorar el perfil de pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarias ante un episodio englobado bajo la categoría TMG, valorando si se actúa de manera similar entre hombres y mujeres en la atención aguda en urgencias diagnóstico recibido, tratamiento y destino al alta.

Diseño del estudio:

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y de corte retrospectivo el cual pretende analizar las variables asociadas a episodios de aquellas personas que hayan acudido al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Cruces y hayan sido valoradas durante los años 2017-2019.

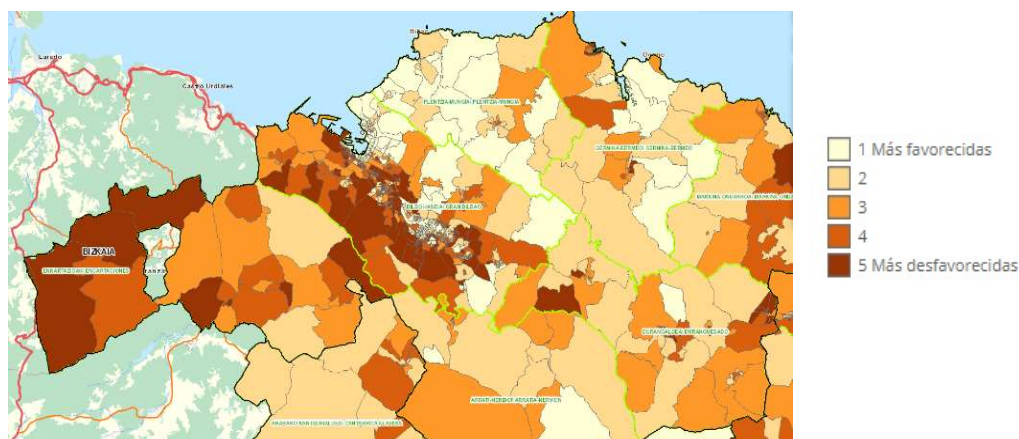
El hospital Universitario Cruces atiende la demanda poblacional de urgencias psiquiátricas correspondientes al sector territorial de la OSI Ezkerraldea-Enkaterri-Cruces, la OSI-Barakaldo-Sestao, así como las urgencias psiquiátricas de la OSI Uribe Kosta, comprendiendo la atención psiquiátrica de una población aproximada de 550.000 habitantes.

Se analizarán aquellas variables recogidas de forma sistematizada en las historias clínicas asociadas a los episodios de atención de urgencias psiquiátricas hospitalarias. A continuación, presentamos aquellas variables clínicas y sociodemográficas de interés:

■ Variables sociodemográficas

- **Sexo:** recogido de manera binaria como hombre o mujer.
- **Edad:** edad en el momento que requiere de atención urgente psiquiátrica hospitalaria
- **Lugar de residencia:** lugar de procedencia donde la persona tiene registrado su médico de atención primaria correspondiente y englobada dentro de un área de atención sanitaria (OSI), es decir, su OSI de referencia)
- **Evaluación del nivel socioeconómico de la muestra, índice MEDEA.**

Para valorar de una manera objetiva la situación socioeconómica, se ha recurrido al Índice de Privación socioeconómica MEDEA (mortalidad en áreas pequeñas españolas y Desigualdades Socioeconómicas y Ambientales), indicador socioeconómico proporcionado por el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. El índice de privación correspondería a las secciones censales correspondientes a la OSI-Ezkerraldea-Enkaterri-Cruces, OSI-Barakaldo-Sestao y OSI-Uribe-Kosta. Se categorizarán las secciones censales en quintiles, puntuando con un 5 las secciones más desfavorecidas o con un mayor índice de privación y con un 1 las áreas más favorecidas socioeconómicamente.



Atlas Euskadi (2011). Índice de privación socioeconómica 2011. Obtenido de: http://www.atlaseuskadi.com/socioeconomicos/2011/01_privacion_socioeconomica.html

■ Variables clínicas

- **Episodios de urgencias psiquiátricas:** entendido como la asistencia de una persona y que requiere de una valoración psiquiátrica de urgencia.
- **Tratamiento farmacológico prescrito en urgencias:** prescripción farmacológica de carácter agudo para el manejo de los síntomas clínicos durante la estancia en urgencias agrupados según la clasificación internacional por códigos ATC.
 - Categoría ATC N05A*: Fármacos antipsicóticos
 - Categoría ATC N05B*: Fármacos benzodiacepinas
 - Categoría ATC N05C*: Fármacos hipnóticos
 - Categoría ATC N06A*: Fármacos antidepresivos
- **Solicitud de pruebas complementarias:** número total de pruebas de imagen y/o pruebas analíticas solicitadas durante su estancia en urgencias hospitalarias.
- **Diagnóstico clínico al alta de urgencias:** diagnósticos codificados según la guía de clasificación de enfermedades mentales CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Con el fin de facilitar la lectura y comprensión de los resultados, hemos agrupado los principales diagnósticos psiquiátricos en 4 grandes grupos diagnósticos, diagnósticos clínicos que aglutinan en grueso de las atenciones psiquiátricas de urgencia:
 - **Trastorno Mental Común:** incluye los diagnósticos agrupados dentro de la categoría “Trastornos neuróticos, secundarios a

situaciones estresantes y somatomorfos” (Códigos F40-F48 de la CIE-10), así como aquellos cuadros afectivos persistente y no especificados (F34 y F39 de la CIE-10).

- **Trastorno Mental Grave:** incluye los episodios agrupados dentro de las categorías diagnósticas “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” (códigos F20-F29 de la CIE-10) y “Trastornos afectivos” (Trastorno bipolar y depresión mayor con síntomas psicóticos, códigos F30-F33 de la CIE-10).
- **Trastorno por uso de Sustancias:** incluye los diagnósticos agrupados dentro de la categoría “Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos” (códigos F10-F19 de la CIE-10).
- **Trastornos de Personalidad:** incluye los diagnósticos agrupados dentro de la categoría diagnóstica “Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos” (Códigos F60-F69 de la CIE-10).

- **Destino al alta:** alta o ingreso hospitalario.

Análisis estadístico

Se describieron medias y desviaciones estándar en el caso de variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas para el total de los episodios registrados de pacientes que requieren de atención psiquiátrica de urgencia del Hospital Universitario Cruces. Para calcular la relación entre variables cuantitativas se comprobó el ajuste de normalidad de las mismas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las diferencias de medias se calcularon con las pruebas de t de Student, U de Mann-Whitney o Ji cuadrado, según correspondió. Todos los análisis se estandarizarán por edad, a partir del método directo, utilizando como población de referencia aquella resultante de la suma de ambos sexos.

Para el análisis de la presencia de desigualdades en la atención psiquiátrica de las urgencias de salud mental se calcularon las prevalencias brutas en base a las principales agrupaciones diagnósticas previamente descritas (Trastorno Mental Común (TMC), Trastorno Mental Grave (TMG), Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y Trastorno de Personalidad (TP)) por decenios de edad y sexo del paciente. Del mismo modo, para valorar la gestión de las urgencias en salud mental, se calcularon las razones de prevalencia según agrupación diagnóstica e indicación de solicitud de pruebas complementarias (pruebas analíticas o de imagen) y de tratamiento agudo con psicofármacos mediante modelos de regresión de Poisson, ajustados por edad y nivel socioeconómico y con un intervalo de confianza del 95%.

Los denominadores para el cálculo de las prevalencias brutas serán el conjunto del total de episodios atendidos por el Servicio de Psiquiatría a lo largo de su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces correspondientes a las OSIs de referencia de la OSI-Barakaldo-Sestao y la OSI-Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces entre la población censal total correspondiente a esas áreas de referencia para el cálculo de las prevalencias de los diagnósticos psiquiátricos. Para el resto de cálculos de razones de prevalencia, es decir, para valorar la solicitud de pruebas complementarias y tratamiento farmacológico pautado, se consideraron el número total de episodios, independientemente de su OSI de referencia.

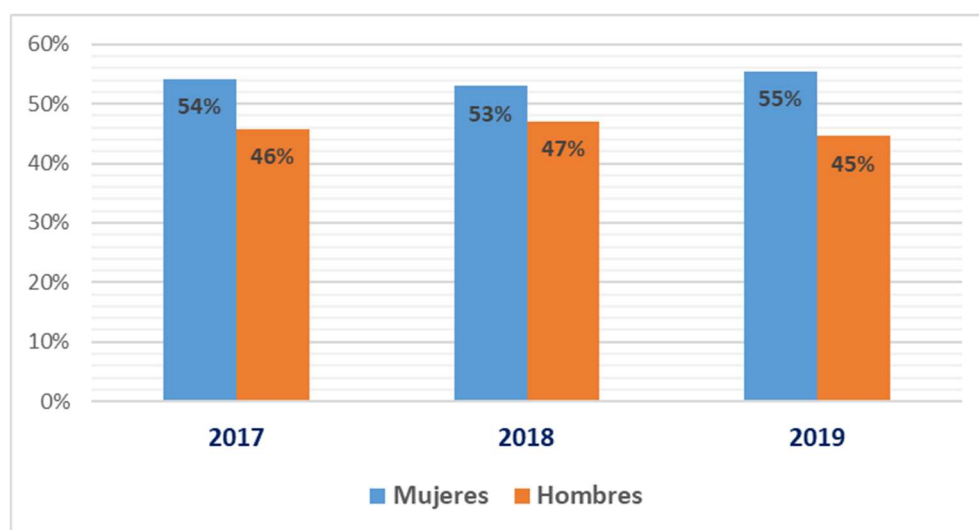
Finalmente, para el análisis estadístico de los datos se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 21.

RESULTADOS

Características generales de la muestra analizada

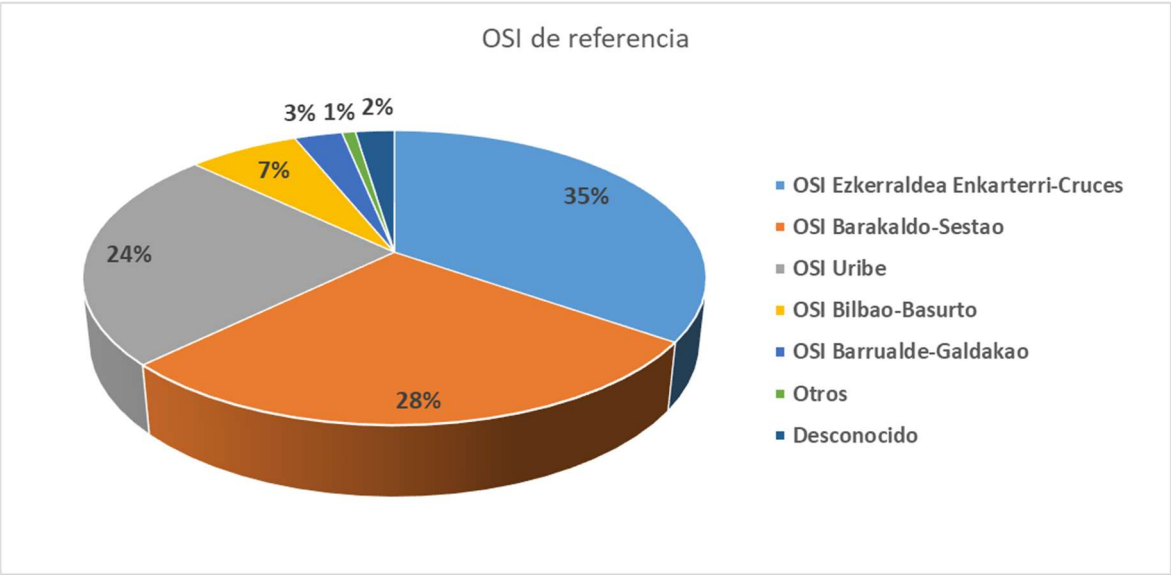
A continuación, presentamos un descriptivo general del total de la muestra estudiada para el trienio 2017-2019. A rasgos generales, en el periodo de interés a estudio se han atendido un total de 9.789 episodios de personas mayores de 15 años que han requerido de una intervención relacionada con urgencias de salud mental. Como se puede observar en la **figura 5**, del total de episodios atendidos a lo largo de los años a estudio existe una distribución similar y sin variaciones significativas. Del total de episodios (n=9.789), fueron atendidas en las urgencias de nuestro hospital un total de 6.879 personas, de las cuales el 53,9% eran mujeres (n=3.706). Por lo tanto, se refleja que hay personas que consultan en diferentes ocasiones a lo largo de este periodo.

Figura 5. Pacientes atendidos por el Servicio de Salud Mental en las urgencias del Hospital Universitario Cruces desagregados por hombre y mujeres.



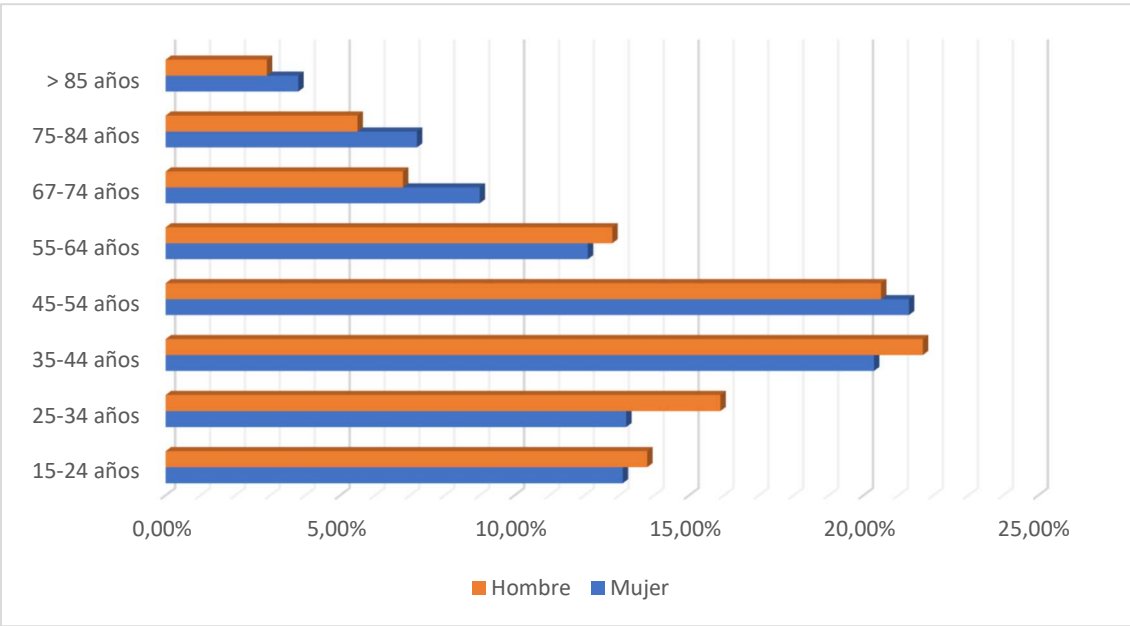
Respecto al área de atención sanitaria de aquellas que acuden para atención urgente psiquiátrica, observamos que un alto porcentaje corresponde al área de atención de referencia de nuestro hospital (87,78%). Como se puede observar, tres cuartas partes de los pacientes atendidos corresponden a las áreas organizativas de las OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces (34.9%), la OSI Barakaldo-Sestao (28.37%) y OSI Uribe Kosta (24.48%) (Figura 6).

Figura 6. Descriptivo de las principales áreas de atención sanitaria a las que pertenecen los pacientes.



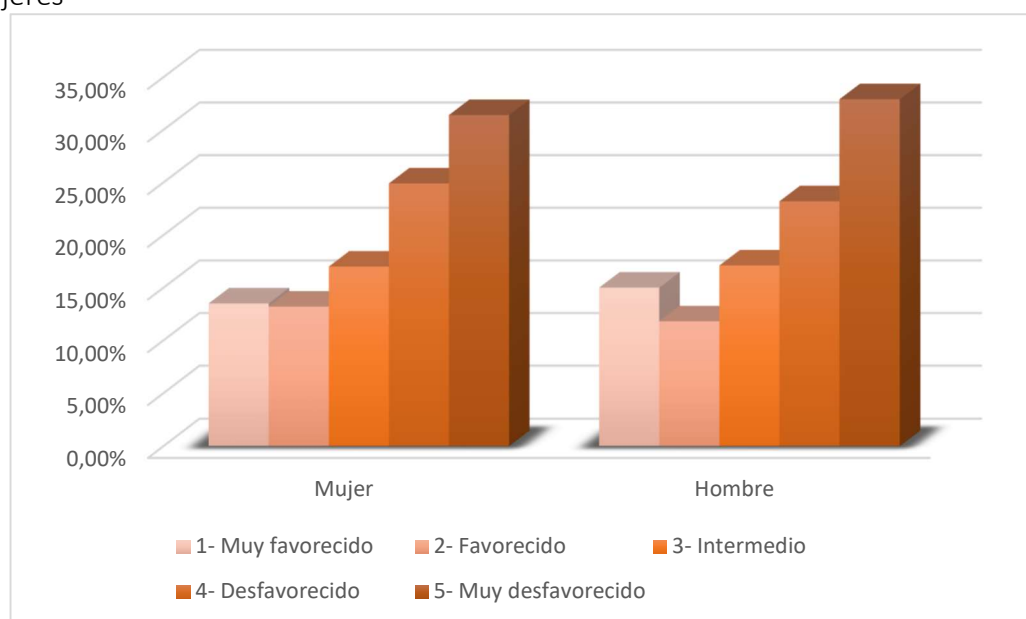
Respecto a la edad de la muestra, observamos que las franjas de edad con más episodios registrados corresponden en ambos sexos a aquellas con edades comprendidas entre los 35-44 años y los 45-54 años. En general, la edad media de las mujeres ($47,5 \pm 19,09$ años) era mayor que la de los hombres ($45,37$ años $\pm 18,05$), siendo este resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

Figura 7. Rangos de edad desagregados por decenios para hombres y mujeres



Considerando el índice de privación socioeconómica MEDEA, observamos que la proporción es similar entre ambos sexos. Más específicamente, al considerar el área de atención sanitaria de las urgencias psiquiátricas del Hospital Universitario de Cruces, es esperable que un alto porcentaje de nuestra muestra residan en entornos desfavorecidos o deprimidos socioeconómicamente. Esta hipótesis se ve respaldada por los resultados obtenidos, donde observamos que más de la mitad de la muestra reside en los sectores 4-5 del Índice MEDEA, áreas más deprimidas socioeconómicamente (**figura 8**).

Figura 8. Índice de Privación Socioeconómica MEDEA desagregada por hombres y mujeres



Considerando aquellas variables clínicas de interés, al analizar los diagnósticos psiquiátricos asignados en la resolución del cuadro clínico y su alta del Servicio de Urgencias, observamos que la mitad de las demandas de atención psiquiátrica vienen derivadas por cuadros englobados dentro de los “trastornos de ansiedad”, los cuales engloban hasta el 48% de los diagnósticos totales, seguidos por los cuadros englobados dentro de las categorías diagnósticas de “trastornos del espectro de la esquizofrenia” (14,8%) y “trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de tóxicos” (13,8%).

A continuación, en la **Tabla 6** presentamos de forma global los principales diagnósticos psiquiátricos al alta de las urgencias psiquiátricas agrupadas bajo las principales categorías diagnósticas de la Clasificación de los Trastornos Mentales según la CIE-10.

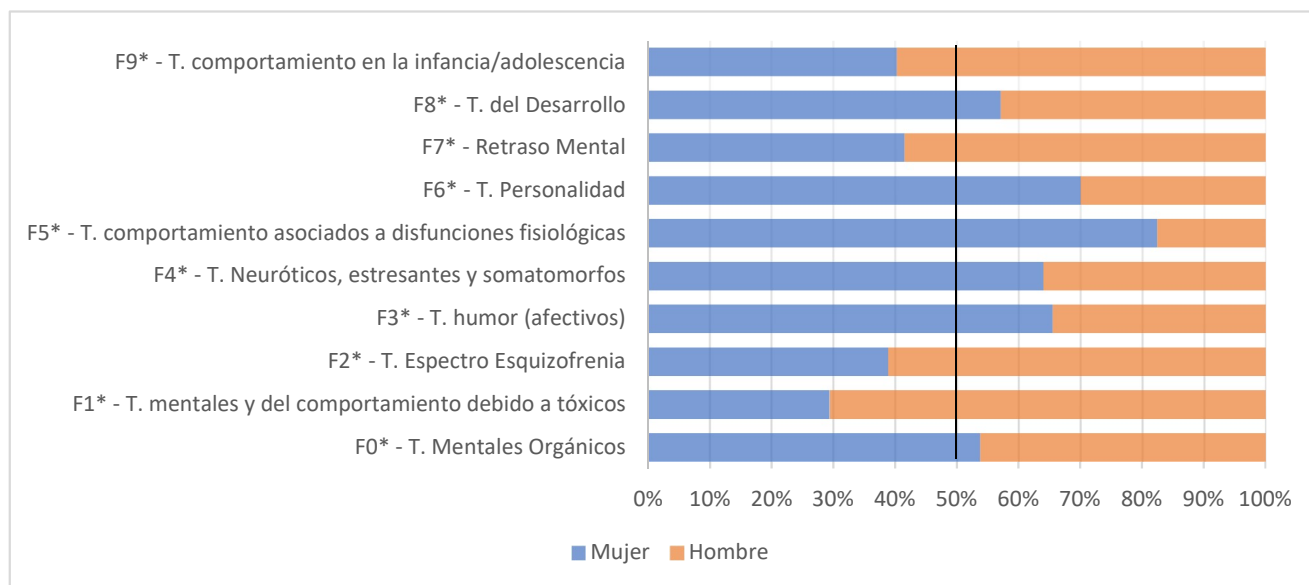
Tabla 6. Principales diagnósticos psiquiátricos agrupados y desagregados por hombres y mujeres según CIE-10

	Mujer	Hombre	Total
<i>F0* - Trastornos Mentales Orgánicos</i>	127 (2,4%)	109 (2,4%)	236 (2.4%)
<i>F1* - Trastornos por Uso de sustancias</i>	386 (7,3%)	927 (20,7%)	1313 (13.4%)
<i>F2* - Trastornos del Espectro de la esquizofrenia</i>	563 (10,6%)	883 (19,7%)	1446 (14.8%)
<i>F3* - Trastornos del humor (afectivos)</i>	574 (10,8%)	302 (6,7%)	876 (8.9%)
<i>F4* - Trastornos Neuróticos y estresantes</i>	3007 (56,7%)	1691 (37,7%)	4689 (48%)
<i>F5* - Trastornos Comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas</i>	47 (0,9%)	10 (0,2%)	57 (0.6%)
<i>F6* - Trastornos de la Personalidad</i>	276 (5,20%)	118 (2,6%)	394 (4%)
<i>F7* - Retraso mental</i>	27 (0,5%)	38 (0,8%)	65 (0.7%)
<i>F8* - Trastornos del Desarrollo</i>	52 (1%)	39 (0,9%)	91 (0.9%)
<i>F9* - Trastornos del Comportamiento en la infancia</i>	247 (4,7%)	366 (8,2%)	613 (6.3%)
<i>Total</i>	5306 (100%)	4483 (100%)	9789 (100%)

De hecho, y como podemos observar en la **Tabla 6**, al considerar el sexo del paciente en relación con las principales categorías diagnósticas en la atención de las urgencias psiquiátricas, observamos una sobrerrepresentación del sexo femenino en determinados grupos diagnósticos. En este sentido, las mujeres aglutinan el 65% de los diagnósticos realizados dentro de los denominados grupos “Trastornos Neuróticos, Estresantes y Somatomorfos” (códigos F40-F49, CIE-10) y los “Trastornos del Humor” (códigos F30-F39, CIE-10). Más aún, cabe destacar que casi tres cuartas partes de los diagnósticos englobados en la categoría “Trastornos de la Personalidad” (códigos F60-F69, CIE-10) y el 82,5% de los diagnósticos realizados dentro del grupo “Trastornos de la conducta alimentaria y otras disfunciones fisiológicas” corresponden al sexo femenino.

Por el contrario, y como se puede observar en la **figura 9**, existe un patrón principalmente masculino, en el que los hombres agrupan el 70% de los diagnósticos codificados dentro del grupo diagnóstico “Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Tóxicos” (códigos F10-F19, CIE-10).

Figura 9. Principales diagnósticos clínicos según la clasificación CIE-10 desagregados por hombres y mujeres



En términos generales, observamos que durante el trienio 2017-2019 se solicita algún tipo de prueba complementaria, bien de tipo analítica o de imagen, a un 32.5% de la muestra. Del mismo modo, al analizar la prescripción de psicofármacos en urgencias de salud mental, observamos que un 32.9% de los episodios requirieron de indicación de tratamiento agudo farmacológico. El uso de fármacos ansiolíticos e hipnóticos fue requerido en un 28.7 % de los episodios registrados, seguido por fármacos antipsicóticos (16.9%) y antidepresivos (6.5%).

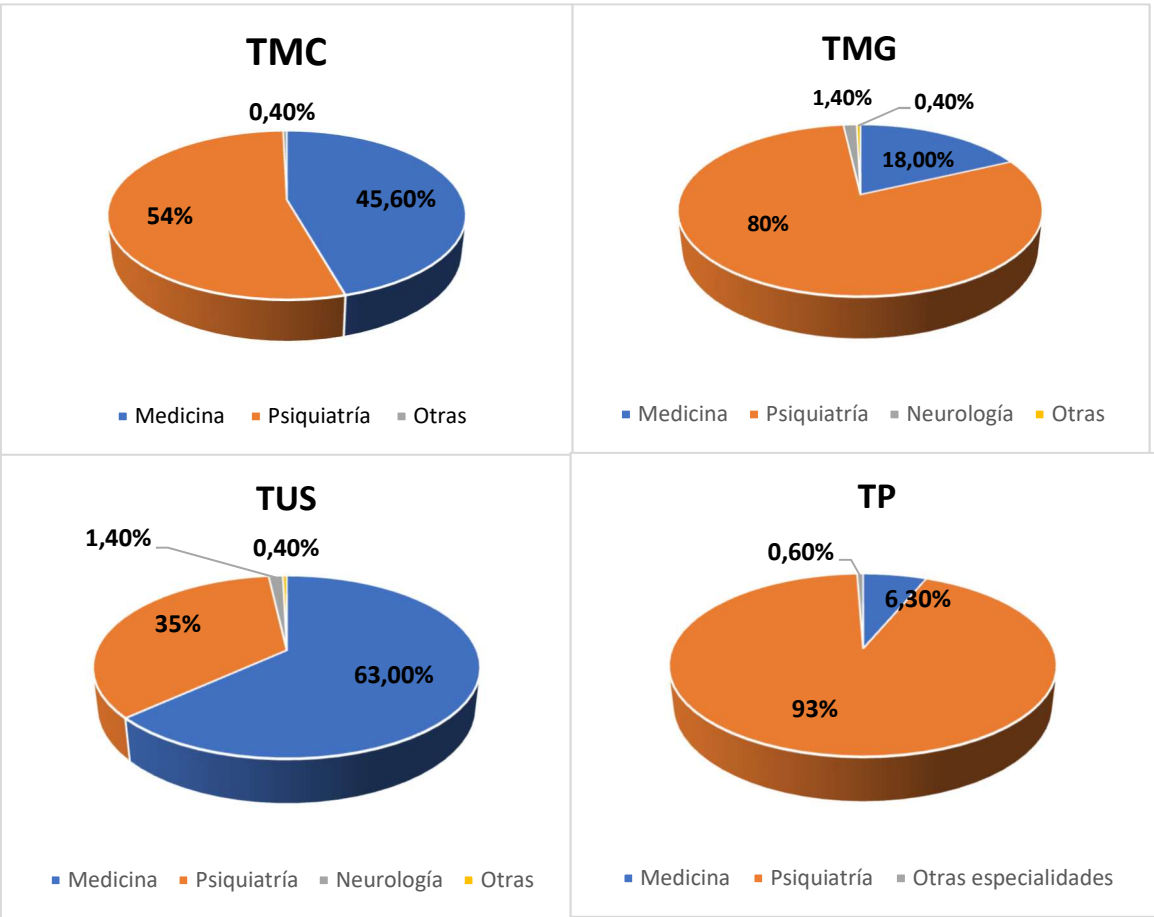
En lo que respecta al sexo del profesional que da el alta del servicio de urgencias hospitalarias, las mujeres comprenden el 61.3% del total de episodios de alta de urgencias de salud mental hospitalarias (n=6002), mientras que los hombres acumulaban el 38.4% del total de episodios de alta (n= 3757).

Del mismo modo, evaluamos el porcentaje de pacientes que no requirieron de ningún tipo de solicitud de pruebas de imagen o analíticas o tratamiento con fármacos psicotrópicos, observando que casi a la mitad de los episodios registrados (48.4%), no se les solicita ninguna prueba complementaria o tratamiento farmacológico. En relación con los resultados obtenidos, destacar que el 62.8% de los episodios registrados dentro de la

categoría diagnóstica “trastornos neuróticos, estresantes y somatomorfos”, seguidos de los episodios registrados dentro de la categoría diagnóstica “trastornos de personalidad” (48.2%) de la CIE-10.

Finalmente, respecto al análisis de las especialidades que proceden al alta del servicio de urgencias, el grueso de los episodios atendidos corresponden al Servicio de Psiquiatría con un 58,2% del total de episodios de salud mental, seguido por el Servicio de Medicina, con un 40.4% del total de asistencias atendidas. Finalmente, en la **figura 10** presentamos el desglose de especialidades que realizan la indicación de alta hospitalaria según principales agrupaciones clínicas.

Figura 10. Especialidad que da el alta en urgencias hospitalarias de salud mental respecto a las principales categorías diagnósticas agrupadas



TMC: Trastorno Mental Común; **TMG:** Trastorno Mental Grave; **TUS:** Trastorno por Uso de Sustancias; **TP:** Trastornos de Personalidad.

A continuación, presentaremos de forma detallada aquellas categorías que aglutinan la mayoría de episodios de urgencias en salud mental y psiquiátricas del Hospital Universitario Cruces. Para ello, presentaremos los resultados en base a cuatro grandes bloques, entre ellos:

- **Trastorno mental común (TMC)**, categoría que aglutina los episodios de ansiedad y estresantes, así como aquellos cuadros afectivos no especificados.
- **Trastorno mental grave (TMG)**, categoría que aglutina aquellos pacientes con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (psicosis no afectivas), trastorno bipolar (psicosis afectivas) y los trastornos depresivos con y sin síntomas psicóticos
- **Trastornos mentales por uso de sustancias (TUS)**
- **Trastornos de la personalidad (TP)**

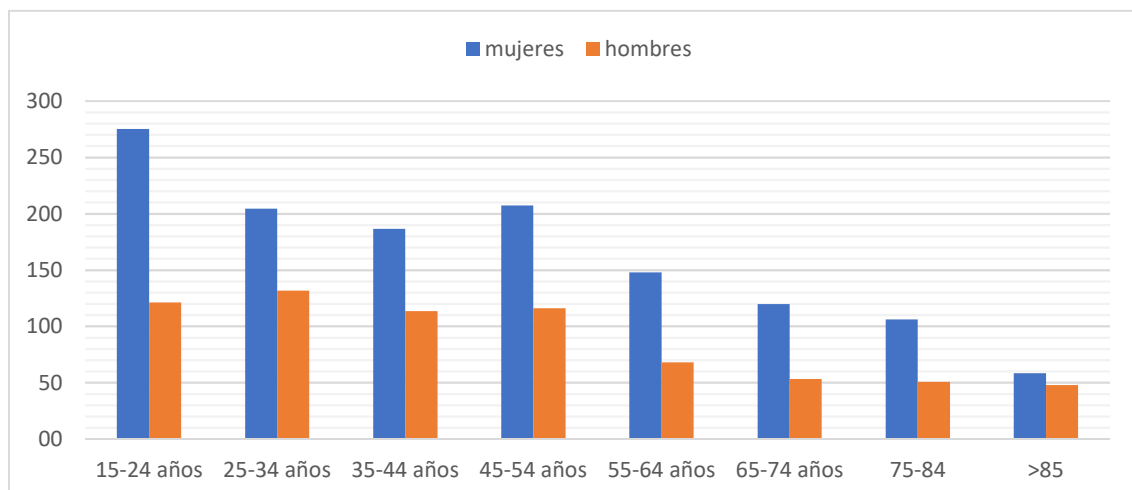
Gestión del TMC, TMG, TUS y TP en la urgencia hospitalari: ¿existen sesgos de género? - Prevalencia de problemas de salud mental en la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y OSI-Barakaldo Sestao.

Trastorno mental común (TMC)

Bajo este epígrafe, recogemos todos los diagnósticos que incluyen aquellas condiciones englobadas dentro de los trastornos de ansiedad, somatomorfos y depresiones no especificadas recogidas por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). En este apartado se incluyen aquellos episodios relacionados con crisis de ansiedad, ansiedad generalizada y otras formas mixtas de trastornos depresivos.

A día de hoy, el TMC supone el problema de salud mental más frecuentemente atendido en urgencias de salud mental de nuestro hospital, representando el 64% del total de episodios atendidos en el caso de las mujeres, y el 41% en el caso de los hombres. De hecho, las diferencias entre sexos son notorias, destacando una mayor afectación en mujeres a nivel global, con una prevalencia de 168 ‰ en comparación con los hombres 95‰. Estas diferencias se observan de forma más notoria en aquellos tramos de edad que corresponden a la adolescencia (15-24 años) y a mujeres adultas (35-54 años), donde la prevalencia aumenta de forma considerable en comparación con los hombres (**Figura 11**). Estas diferencias entre sexos se observan en todos los tramos de edad estudiados, presentando una estabilización en aquellos episodios de pacientes con edades superiores a los 85 años.

Figura 11. Prevalencia de diagnóstico de Trastorno Mental Común en urgencias hospitalarias de salud mental por cada 10.000 habitantes desglosado por hombres y mujeres y decenios de edad.

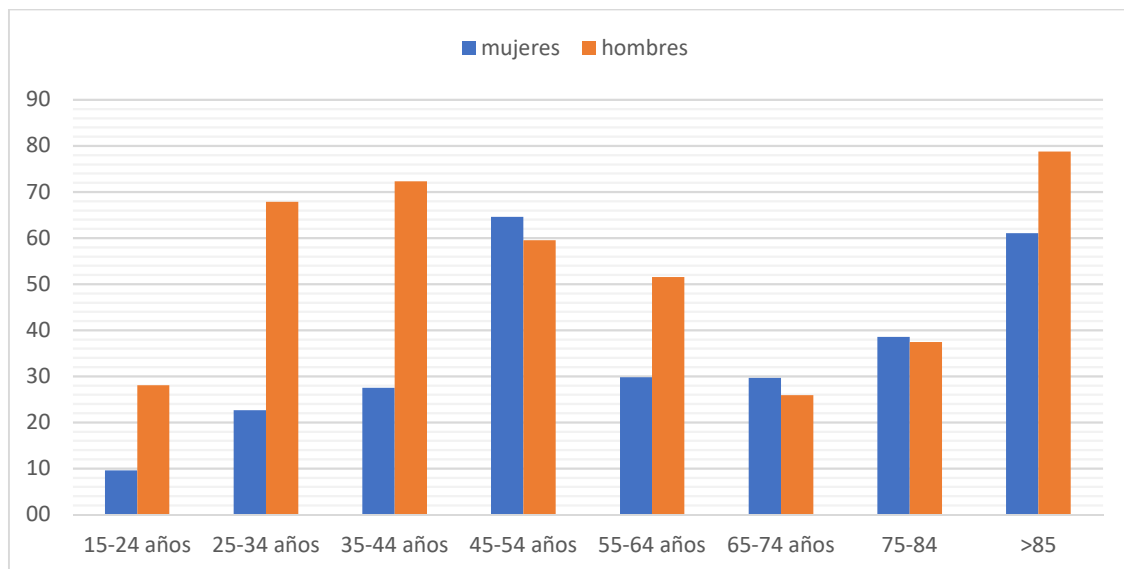


Trastorno Mental Grave (TMG)

Dentro de este grupo englobamos todos aquellos trastornos que incluyen las psicosis afectivas, los trastornos del espectro de la esquizofrenia, así como los cuadros depresivos con sintomatología psicótica descritos correspondientes a los diagnósticos psiquiátricos CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS).

A rasgos generales, los cuadros de psicosis no afectivas, es decir, aquellos trastornos asociados a los cuadros del espectro de la esquizofrenia son los más prevalentes, con una tasa de 36‰. Bajo esta categoría diagnóstica agrupada, podemos observar una mayor prevalencia de dichos trastornos en los hombres en la adolescencia y juventud, atenuándose tales diferencias en el periodo de la mediana edad (45-54), periodo crítico bien descrito en la literatura clave para la presentación y debut de alteraciones del estado del ánimo, momento en el que las mujeres presentan un incremento en el debut de patología mental grave (**figura 12**).

Figura 12. Prevalencia de diagnóstico de Trastorno Mental Grave en urgencias hospitalarias de salud mental por cada 10.000 habitantes desglosado por hombres y mujeres y decenios de edad.



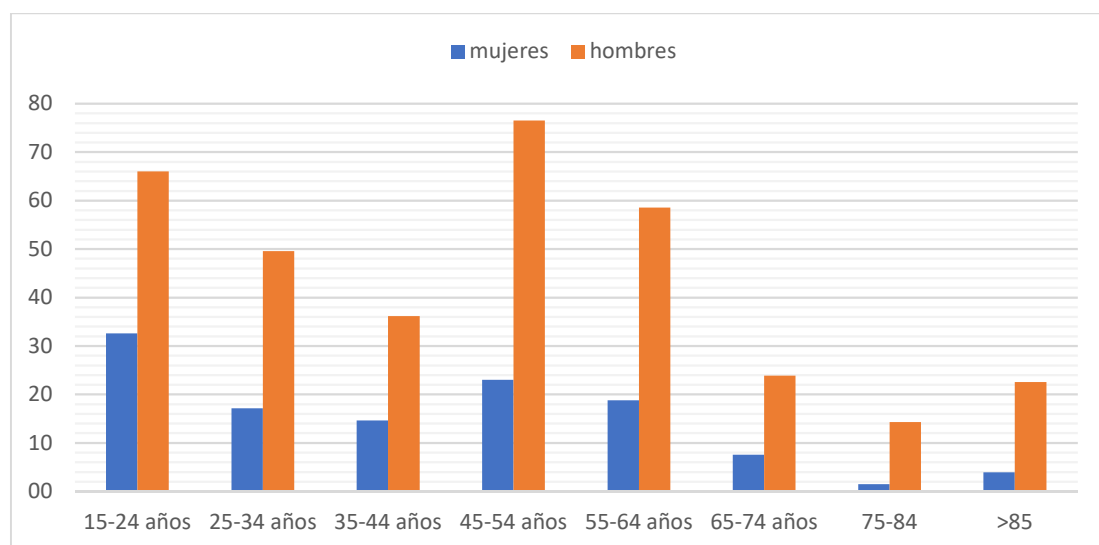
Trastorno por uso de tóxicos (TUS)

Los trastornos por uso de sustancias incluyen aquellos problemas relacionados con el uso abusivo de sustancias tóxicas clasificadas por el manual CIE-10 dentro del epígrafe F10-F19. Dentro de esta categoría, se engloban los trastornos relacionados con el abuso de alcohol, así como de cannabinoides, cocaína y otras drogas.

Como podemos observar, el consumo de sustancias presenta un perfil predominantemente masculino, donde los hombres representan el 71% (n=927) del total de episodios registrados en las urgencias del Hospital Universitario Cruces.

Respecto a su prevalencia, en la **figura 13** observamos una mayor prevalencia principalmente en dos momentos vitales, un pico en la adolescencia, con una tasa del 66‰ en hombres, así como un patrón descendente que se acusa con un pico en el periodo de la adultez, rondando de los 45-54 años con una prevalencia del 76‰. Del mismo modo, cabe destacar el aumento en la prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en el periodo de la adolescencia y juventud, así como en la adultez donde las mujeres obtienen tasas de prevalencia que oscilan desde el 32‰ en el periodo de los 15-24 años a un 23‰ sobre los 45-54 años. Estos resultados podrían ser explicados debido a un mayor acceso del uso de tóxicos por parte de la población femenina, así a una mayor desestigmatización de consumo de tóxicos aceptado a nivel social para los hombres y, sin embargo, consumos invisibles entre las mujeres.

Figura 13. Prevalencia de diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias en urgencias hospitalarias de salud mental por cada 10.000 habitantes desglosado por hombres y mujeres y decenios de edad.



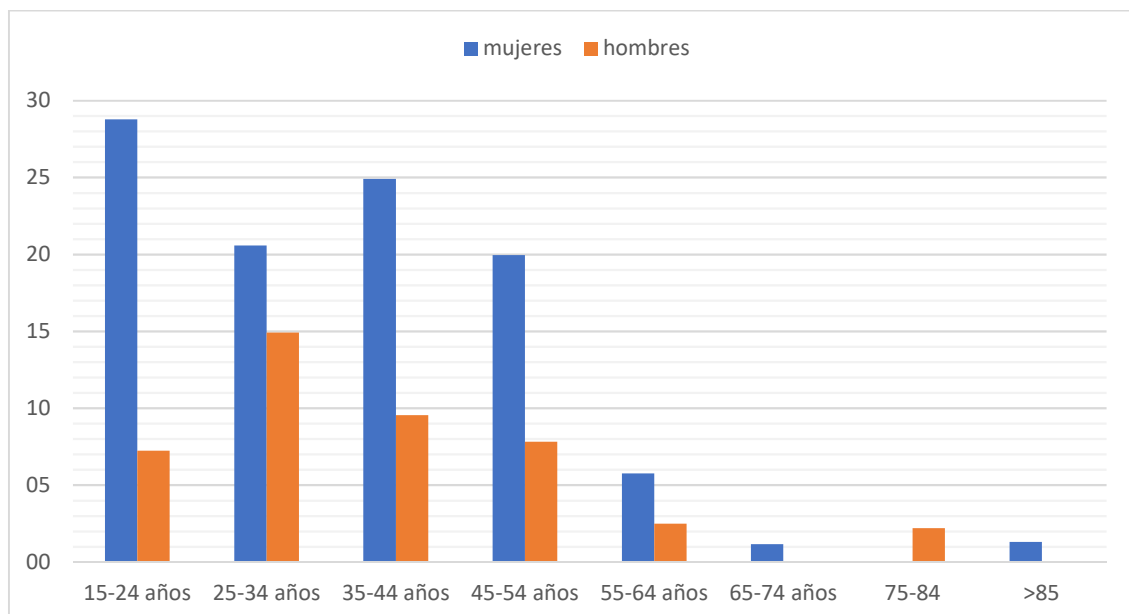
Trastorno de Personalidad (TP)

Los trastornos de personalidad se caracterizan por ser patrones de conducta en el estilo de vida y en el modo de relacionarse que reflejan desviaciones clínicamente significativas en las que se incluyen patrones de pensamiento, percepción, sentimientos y comportamientos de una cultura dada. Dentro de este grupo diagnóstico incluyen aquellos síndromes bajo el epígrafe F60-F69 del manual CIE-10, entre ellos: los trastornos disociales, los trastornos relacionados con la inestabilidad emocional y los trastornos de personalidad dependientes, entre otros.

Como hemos señalado anteriormente, el diagnóstico de TP es más frecuentemente diagnosticado a mujeres, donde el sexo femenino representa el 70% (n=276) del total de diagnósticos dentro de esta categoría.

Como se puede apreciar en la **figura 14**, estos diagnósticos son más prevalentes en mujeres jóvenes y de mediana edad, encontrando un pico en el rango de 15-24 años y los 45-54 años (oscilando sus tasas entre el 29%₀₀₀₀₀ y 20%₀₀₀₀₀ en esos rangos de edad), y disminuyendo notablemente su diagnóstico en poblaciones que superan la mediana edad y más adultas.

Figura 14. Prevalencia de diagnóstico de Trastorno de Personalidad en urgencias hospitalarias de salud mental por cada 10.000 habitantes desglosado por hombres y mujeres y decenios de edad.



Gestión del TMC, TMG, TUS y TP en la urgencia hospitalaria: ¿existen sesgos de género? - Prescripción de psicofármacos y uso de recursos sanitarios en las urgencias del Hospital Universitario Cruces según principales categorías diagnósticas agrupadas

Con respecto a la valoración de la presencia de sesos de género en la atención y gestión de recursos de urgencias hospitalarias, a continuación, presentaremos para el conjunto de episodios registrados englobados dentro de las categorías TMC, TMG, TUS y TP la utilización de recursos sanitarios.

Dentro de las pruebas comunes utilizadas para cribar posibles causas orgánicas, el uso de peticiones de laboratorio y radiológicas resultan de indicación médica si se consideran necesarias para un diagnóstico más preciso o ante signos clínicos de alarma. En lo que respecta al uso de pruebas complementarias, en las que incluimos la solicitud de pruebas analíticas y pruebas radiológicas.

Asimismo, la probabilidad de requerir del uso de psicofármacos en las urgencias médicas y de salud mental puede verse incrementado, más aún en épocas de estrés derivadas de situaciones vitales adversas. Los psicofármacos son medicamentos de elevada efectividad cuando se usan de forma adecuada, sirviendo como herramienta clínica para el manejo de situaciones médicas que requieran de su uso, sin embargo, presentan también importantes efectos adversos por lo que su uso debe quedar restringido a prescripción médica.

A continuación, presentaremos los principales resultados obtenidos del análisis para cada una de las principales categorías diagnósticas agrupadas (TMC, TMG, TUS y TP), teniendo en cuenta la solicitud de pruebas complementarias, así como un análisis de los principales fármacos psicoactivos más frecuentemente utilizados en salud mental.

Trastorno Mental Común

A. Solicitud de pruebas complementarias

Dentro de esta categoría diagnóstica, y al analizar de forma global la solicitud de pruebas complementarias, bien analíticas o de imagen, encontramos que en términos generales y a mismo diagnóstico, se han solicitado más pruebas complementarias a hombres que a mujeres en el periodo de estudio (21,4% vs. 18,2%), siendo este resultado estadísticamente significativo ($p=0,007$). En la misma línea, observamos que, de media, se solicitan un mayor número de pruebas complementarias a hombres ($0,38 \pm 0,87$) que a mujeres ($0,30 \pm 0,73$) ($p=0,004$).

Analizando en detalle el tipo de prueba complementaria, se observa que a los hombres se les solicitan más pruebas de imagen que a las mujeres, tanto a nivel global como en el número de solicitudes ($p<0,001$). Por el contrario, al analizar la petición de analíticas, estas no alcanzan la significación estadística, aunque sí que se observa un ligero aumento en la solicitud de pruebas analíticas en hombres (15,4% en hombres vs 13,7% en mujeres).

Al analizar por grupos de edad, observamos diferencias significativas según sexo en la solicitud de pruebas de imagen y analíticas en diferentes rangos de edad entre hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, la solicitud de pruebas complementarias se distribuye de forma homogénea en todos los rangos de edad, oscilando entre un 11-13%, y viéndose un decremento en aquellas pacientes mayores de 85 años. En el caso de los hombres, las diferencias se observan de forma acusada en los grupos de edad que comprenden desde los 25-50 años, con un aumento notorio en el grupo de edad de 45-55 años, donde alcanzan el 24,7% del total de pruebas complementarias solicitadas.

Cuando consideramos de forma global la solicitud de pruebas complementarias según el Índice MEDEA de privación socioeconómica no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,587$). Más concretamente, se puede observar que más de la mitad de la muestra de usuarios/os con diagnóstico de trastornos de ansiedad y estresantes que requieren de analíticas o pruebas de imagen provienen de sectores más deprimidos socioeconómicamente, englobando los índices más deprimidos (4-5) a un 61,1% de las mujeres y un 55,9% de los hombres. Como se puede observar en la **tabla 8**, las desigualdades de género observadas en TMC, por las que tanto las analíticas y las pruebas de imagen se solicitan más a los hombres que a las mujeres, son especialmente marcadas entre los/as pacientes de nivel socioeconómico elevado

En conclusión, y en línea con los resultados expuestos, ajustando el efecto según la edad y nivel socioeconómico, las mujeres presentan una menor probabilidad de que se les solicite una prueba complementaria, bien de imagen o analítica, que a los hombres (RP=0.811 [0.717-0.918]).

Tabla 7. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Común y solicitud de pruebas complementarias (de imagen o analíticas) según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos (RP IC95%)	Solicitud de pruebas de imagen	Solicitud de pruebas analíticas
Modelo 1	0.769 (0.664 – 0.892)	0.891 (0.777 – 1.022)
Modelo 2	0.742 (0.641 – 0.859)	0.853 (0.745 – 0.977)
Modelo 3	0.759 (0.647 – 0.890)	0.809 (0.698 – 0.938)

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; **Modelo 2:** ajustado por edad; **Modelo 3:** ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 8. Prevalencias estandarizadas por edad de las analíticas solicitadas, según el nivel socioeconómico y sexo de los episodios de Trastorno Mental Común y diferencia absoluta por sexo.

Pruebas analíticas			
Nivel socioeconómico	Mujeres	Hombres	Diferencia entre sexos
I - Muy favorecido	12,5	17,0	4,6
II - Favorecido	10,9	19,8	8,9
III - Intermedio	14,2	12,6	-1,6
IV - Desfavorecido	13,4	19,6	6,2
V - Muy desfavorecido	14,6	15,3	0,7
Pruebas de imagen			
Nivel socioeconómico	Mujeres	Hombres	Diferencia entre sexos
I - Muy favorecido	7,7	13,8	6,1
II - Favorecido	10,9	18,9	8,0
III - Intermedio	12,6	12,7	0,0
IV - Desfavorecido	11,3	16,2	4,9
V - Muy desfavorecido	11,7	14,1	2,4

Tabla 9. Solicitud global de pruebas complementarias (de imagen o analíticas) en pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Común (TMC) según sexo, edad y nivel socioeconómico durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas complementarias solicitadas	615/3376	18.2%	393/1839	21.4%	0.007
Media del total del pruebas de solicitadas (DE)	0.30 ($\pm$ 0.73)		0.38 ($\pm$ 0.87)		0.004
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	71	65.1	38	34.9	0.660
25-34 años	83	53.5	72	46.5	0.044
35-44 años	113	53.8	97	46.2	0.028
45-54 años	102	61.8	63	38.2	0.662
55-64 años	81	70.8	48	12.2	0.209
65-74 años	80	70.8	33	29.2	0.713
75-84 años	64	70.3	27	29.7	0.560
>85 años	21	58.3	15	41.7	0.057
Total	615	100	393	100	0.007
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	50	50.5	49	49.5	0.117
II - Favorecido	52	50.5	51	49.5	0.001
III - Intermedio	94	67.6	45	32.4	0.919
IV - Desfavorecido	129	59.4	88	40.6	0.112
V - Muy desfavorecido	180	65.2	96	34.8	0.944
Total	505/2756	100	329/1526	100	0.011

Tabla 10. Solicitud de pruebas de imagen solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Común (TMC) según sexo, edad y nivel socioeconómico durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas solicitadas	370 /3376	11%	262/1839	14.2%	<0.001
Media del total del pruebas de imagen solicitadas (DE)	0.13 ($\pm$ 0.39)		0.18 ($\pm$ 0.52)		<0.001
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	41	59.4%	28	40.6%	0.179
25-34 años	34	39.5%	52	60.5%	<0.001
35-44 años	69	50.7%	67	49.3%	0.015
45-54 años	65	67.7%	31	32.3%	0.438
55-64 años	49	60.5%	32	39.5%	0.164
65-74 años	53	70.7%	22	29.3%	0.776
75-84 años	42	72.4%	16	27.6%	1.000
>85 años	17	54.8%	14	45.2%	0.027
Total	370	100%	262	100%	<0.001
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	27	45.8%	32	54.2%	0.051
II - Favorecido	37	52.1%	34	47.9%	0.016
III - Intermedio	63	68.5%	29	31.5%	1.000
IV - Desfavorecido	79	58.1%	57	41.9%	0.125
V - Muy desfavorecido	109	62.6%	65	37.4%	0.499
Total	315/2757	100%	217	100%	0.009

Tabla 11. Solicitud de pruebas analíticas solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Común (TMC) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas solicitadas	463/3376	13.7%	283/1839	15.4%	0.106
Media del total del pruebas de analíticas solicitadas (DE)	0.17 ($\pm$ 0.48)		0.20 ($\pm$ 0.51)		0.076
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	42	67	22	33	0.889
25-34 años	64	60.4	42	39.6	1.000
35-44 años	84	56.4	65	43.6	0.244
45-54 años	72	58.5	51	41.5	0.234
55-64 años	65	61.3	41	38.7	0.142
65-74 años	62	71.3	25	28.7	0.789
75-84 años	56	71.8	22	28.2	0.879
>85 años	18	54.5	15	45.5	0.016
Total	463	100	283	100	0.106
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	41	51.9	38	48.1	0.269
II - Favorecido	36	50	36	50	0.005
III - Intermedio	71	71	29	29	0.564
IV - Desfavorecido	94	58.8	66	41.3	0.128
V - Muy desfavorecido	136	65.1	73	34.9	1.000
Total	378/2756	100	242/1526	100	0.057

B. Prescripción de psicofármacos

Prescripción de antipsicóticos

En lo que respecta a la prescripción de antipsicóticos, y dado que los cuadros clínicos englobados dentro de la categoría diagnóstica trastorno mental común, es de esperar que la prescripción de dichos fármacos sea baja, aunque en ocasiones determinados fármacos antipsicóticos puedan tener cabida en el manejo clínico ante situaciones de episodios de agitación severa.

En base a los resultados obtenidos, observamos que a un 4% de la muestra se les prescribió antipsicóticos durante su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces.

Al analizar el patrón de prescripción de dichas moléculas según decenios de edad, observamos que existían diferencias estadísticamente en su uso en urgencias entre hombres y mujeres ($p=0,008$). Más concretamente, en el caso de las mujeres se observó una mayor prescripción el rango de edad de los 45-54 años, siguiendo su distribución en forma de campana, con valores menores entre los 15-24 años (7,4%) y en mayores de 85 años (0,7%). En el caso de los hombres presenta una distribución creciente, llegando a su pico máximo en el grupo de edad de 45-54 años (32,4%).

Considerando en nivel socioeconómico, observamos que aquellos pacientes que residían en lugares más deprimidos socioeconómicamente (índices 4 y 5 MEDEA) englobaban más de la mitad de la muestra a los y las que se les prescribía tratamiento antipsicótico, ascendiendo a un 63,4% en el caso de las mujeres, y a un 56,9% de los hombres.

Respecto a la prescripción de fármacos psicotrópicos, y como se puede observar en la **tabla 12**, no observamos diferencias estadísticamente significativas al ajustar los modelos para la prescripción de antipsicóticos en urgencias hospitalarias.

Tabla 12. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Común y prescripción de antipsicóticos (de imagen o analíticas) según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	P Valor
Modelo 1	1.043 (0.788 – 1.382)	0.767
Modelo 2	1.022 (0.771 – 1.55)	0.881
Modelo 3	0.959 (0.969 – 1.319)	0.959

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.
 Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 13. Pauta de fármacos antipsicóticos en las urgencias (Código ATC N05Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental común (TMC).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	136/3376	4%	71/1839	3.9%	0.824
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	10	62.5	6	37.5	0.789
25-34 años	22	78.6	6	21.4	0.051
35-44 años	21	58.3	15	41.7	0.863
45-54 años	35	60.3	23	39.7	0.675
55-64 años	21	58.3	15	41.7	0.272
65-74 años	17	81	4	19	0.459
75-84 años	9	81.8	2	18.2	0.732
>85 años	1	100	0	0	1.000
Total	136	100	71	100	0.824
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	12	63.2	7	36.8	0.814
II - Favorecido	8	50	8	50	0.286
III - Intermedio	17	68	8	32	1.000
IV - Desfavorecido	22	61.1	14	38.9	0.725
V - Muy desfavorecido	42	68.9	19	31.1	0.584
Total	101/2756	100	56/1526	100	1.000

Prescripción de ansiolíticos e hipnóticos

En lo que respecta a la prescripción ansiolíticos e hipnóticos, y considerando el perfil terapéutico de dichos fármacos para el manejo y tratamiento de cuadros agudos de ansiedad y estresantes, es de esperar que la prescripción de dichos fármacos sea mayor.

En base a los resultados obtenidos, observamos que a nivel global a un 25% de la muestra se les prescribieron fármacos ansiolíticos y/o hipnóticos durante su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en su uso por sexos, aunque si observando una tendencia a una mayor prescripción en mujeres ($p=0.063$). Del mismo modo, y al analizar de forma individualizada el perfil de uso de ansiolíticos (dado que su uso es más frecuente que el de fármacos hipnóticos), observamos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (25.9% en mujeres y 23,1% en hombres, $P=0.023$)

Al analizar el uso de ansiolíticos según grupos de edad según decenios, observamos un perfil distribuido homogéneamente para ambos sexos, con un pico 35-54 años y un descenso según avanzan los años ($p=0,049$). Estos efectos se diluyen al analizar el patrón de prescripción de forma agrupada fármacos ansiolíticos e hipnóticos según decenios de edad, donde no encontramos diferencias estadísticamente en su uso en urgencias entre hombres y mujeres ($p=0,093$).

Nuevamente, al considerar el nivel socioeconómico de las personas que requirieron de tratamiento ansiolítico, observamos que aquellos pacientes que residían en lugares más deprimidos socioeconómicamente (índices 4 y 5 MEDEA) englobaban más de la mitad de la muestra a los y las que se les prescribía tratamiento antipsicótico, ascendiendo a un 58,1% para ambos sexos.

A modo resumen, podemos decir que, al ajustar el efecto según la edad, a las mujeres se les prescribe en mayor probabilidad (12%) fármacos ansiolíticos ($RP=1.122[1.014-1.242]$). Al considerar el uso conjunto de ansiolíticos e hipnóticos, observamos una tendencia a prescribir más ansiolíticos en mujeres, sin llegar a la significación estadística ($RP=1.098 [0.995-1.212]$).

Tabla 14. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Común y prescripción de fármacos ansiolíticos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	P Valor
Modelo 1	1.125 (1.017 – 1.245)	0.022
Modelo 2	1.122 (1.014 – 1.242)	0.025
Modelo 3	1.098 (0.981 – 1.229)	0.104

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 15. Pauta de fármacos ansiolíticos e hipnóticos en las urgencias (Código ATC N05B y N05Cx) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental común (TMC).

Mujer			Hombre		P valor
Total (%)	895/3376	26.5%	444/1839	24.1%	0.063
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	118	70.7	49	29.3	0.260
25-34 años	155	67.4	75	32.6	0.016
35-44 años	158	57.5	117	42.5	0.229
45-54 años	189	66.5	95	33.5	0.255
55-64 años	109	65.7	57	34.3	0.566
65-74 años	85	74.6	29	25.4	0.624
75-84 años	63	78.8	17	21.3	0.176
>85 años	18	78.3	5	21.7	0.430
Total	895	100	444	100	0.063
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	88	59.9	59	40.1	0.628
II - Favorecido	85	67.5	41	32.5	0.594
III - Intermedio	127	70.6	53	29.4	0.460
IV - Desfavorecido	155	64.3	86	35.7	1.000
V - Muy desfavorecido	260	67.4	126	32.6	0.260
Total	715/2756	100	365/1526	100	0.152

Tabla 16. Pauta de fármacos ansiolíticos en las urgencias (Código ATC N05Bx) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental común (TMC).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	876/3376	25.9%	424/1839	23.1%	0.023
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	115	70.6	48	29.4	0.297
25-34 años	155	67.7	74	32.3	0.010
35-44 años	156	58.6	110	41.4	0.432
45-54 años	183	67	90	33	0.194
55-64 años	107	66.9	53	33.1	0.847
65-74 años	81	75	27	25	0.534
75-84 años	61	78.2	17	21.8	0.226
>85 años	18	78.3	5	21.7	0.430
Total	879	100	424	100	0.023
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	88	60.7	57	39.3	0.495
II - Favorecido	81	68.6	37	31.4	0.384
III - Intermedio	123	69.9	53	30.1	0.578
IV - Desfavorecido	148	64.9	80	35.1	0.815
V - Muy desfavorecido	259	68	122	32	0.149
Total	599/2756	100	349/1526	100	0.075

Prescripción de antidepresivos

El uso de fármacos antidepresivos en el servicio de urgencias suele ser frecuentemente bajo, debido principalmente a aspectos principalmente de indicación clínica del manejo de cuadros depresivos y a su farmacocinética (tiempo de actuación), es por este motivo que es de esperar que la prescripción de dichos fármacos sea baja, aunque en ocasiones determinados fármacos puedan tener un papel en el manejo clínico de dichos pacientes.

Al analizar nuestros resultados, observamos que a un 3,6% de la muestra se les prescribió antidepresivos durante su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces.

Al analizar el patrón de prescripción de dichas moléculas según decenios de edad, observamos que existían diferencias estadísticamente en su uso en urgencias entre hombres y mujeres ($p < 0.001$). Más concretamente, en el caso de las mujeres se observó una mayor prescripción para el rango de edad que comprende los 45-54 años, siguiendo una distribución en forma de campana, con una tendencia a descender según avanza la edad. En el caso de los hombres, este presenta una homogenea, con un aumento considerable entre los 35-64 años, llegando a su pico máximo en el grupo de edad de 45-54 años (27,1%).

Nuevamente, al considerar el nivel socioeconómico de las y los usuarios/as, observamos que aquellos pacientes que residían en lugares más deprimidos socioeconómicamente (índices 4 y 5 MEDEA) englobaban más de la mitad de la muestra a los y las que se les prescribía tratamiento antipsicótico, ascendiendo a un 58,8% en el caso de las mujeres, y a un 49% de los hombres.

Por último, respecto a la prescripción de fármacos antidepresivos en urgencias, no encontramos diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los modelos analizados (**tabla 17**).

Tabla 17. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Común y prescripción de antidepresivos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	1.256 (0.937 – 1.707)	0.125
Modelo 2	1.195 (0.884 – 1.615)	0.246
Modelo 3	1.255 (0.905 – 1.741)	0.174

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 18. Pauta de fármacos antidepresivos en las urgencias (Código ATC N06Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental común (TMC).

	Mujer		Hombre		P valor
Total episodios (%)	137/3376	4.1%	59/1839	3.2%	0.128
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	6	75	2	25	1.000
25-34 años	14	87.5	2	12.5	0.036
35-44 años	22	59.5	15	40.5	0.866
45-54 años	40	71.4	16	28.6	0.255
55-64 años	21	60	14	40	0.356
65-74 años	18	75	6	25	1.000
75-84 años	13	81.3	3	18.8	0.569
>85 años	3	75	1	25	1.000
Total	137	100	59	100	0.128
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	11	61.1	7	38.9	1.000
II - Favorecido	17	68	8	32	0.833
III - Intermedio	21	67.7	10	32.3	1.000
IV - Desfavorecido	27	73	14	27	0.298
V - Muy desfavorecido	43	75.4	10	24.6	0.118
Total	119/2756	100	49/1526	100	0.084

C. Indicación de alta médica o ingreso hospitalario

La resolución de las intervenciones psiquiátricas en urgencias implica la estabilización aguda del cuadro clínico, asegurando que la sintomatología por la que acude el paciente esté lo suficientemente estable para proceder a un alta a domicilio propio o a otro tipo de recurso asistencial (bien de tipo residencial o en pisos tutelados, entre otros), así como requerir de un periodo de observación más prolongado y, por tanto, requerir de un ingreso.

Debido a la naturaleza de los cuadros englobados bajo el grupo diagnóstico TMC, es de esperar que en mayor medida estos cuadros agudos se resuelvan tras una contención breve en urgencias y, por ende, una vez resuelta la situación de crisis se proceda al alta, no requiriendo de un ingreso en una unidad de agudos de psiquiatría. En este caso, el clínico responsable del caso valorará si es preciso derivar al paciente a una unidad de salud mental para seguimiento y control, o bien le remitirá a atención primaria.

Como podemos observar en la **tabla 20**, un bajo porcentaje de pacientes con cuadros englobados dentro de la categoría diagnóstica TMC requieren de un ingreso prolongado en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Cruces. Al analizar los resultados, y pesar de que la proporción de personas que requieren de un ingreso en psiquiatría es similar entre ambos sexos, observamos que existen diferencias al valorar por sexo y decenios de edad ($p < 0,001$). En el caso de las mujeres, los rangos de edad comprendidos entre los 45-74 años engloban el 63% del total de episodios que requieren de un ingreso, presentando un pico en el rango de edad entre 45-54 años (26%). Por su parte, los hombres presentan una disminución en la edad, correspondiendo a los grupos que engloban entre los 35-64 años, y observándose un pico en el mismo rango de edad que en las mujeres (45-54 años, 28%).

Respecto al Índice de privación Socioeconómica MEDEA observamos que aquellas personas que requieren de ingreso en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Cruces corresponden a los índices 4-5 MEDEA, no encontrando diferencias entre hombres y mujeres. Cabe mencionar que solo un 20-25% de la muestra que requieren de ingresos proceden de entornos socioeconómicos más desfavorecidos, poniendo de manifiesto el papel de los factores socioambientales en el debut y patoplastia de los cuadros psiquiátricos.

Al analizar de forma global la indicación de ingreso hospitalario en la categoría TMC, no encontramos diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los modelos analizados (**tabla 19**).

Tabla 19. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Común y de indicación d ingreso hospitalario (de imagen o analíticas) según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	0.861 (0.674 – 1.098)	0.228
Modelo 2	0.807 (0.633 – 1.030)	0.085
Modelo 3	0.803 (0.610 – 1.056)	0.117

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.
 Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 20. Indicación de ingreso hospitalario según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental común (TMC).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	158/3376	4.7%	100/1839	5.4%	0.230
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	9	69.2	4	30.8	1.000
25-34 años	15	68.2	7	31.8	0.515
35-44 años	16	38.1	26	61.9	0.003
45-54 años	41	59.4	28	40.6	0.519
55-64 años	29	60.4	19	39.6	0.337
65-74 años	30	78.9	8	21.1	0.447
75-84 años	15	68.2	7	31.8	0.621
>85 años	3	75	1	25	1.000
Total	158	100	100	100	0.230
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	16	61.5	10	38.5	0.840
II - Favorecido	11	52.4	10	47.6	0.245
III - Intermedio	27	61.4	17	38.6	0.322
IV - Desfavorecido	33	70.2	14	29.8	0.438
V - Muy desfavorecido	37	56.9	28	43.1	0.184
Total	124/2756	100	79/1526	100	0.329

Trastorno Mental Grave (TMG)

A. Solicitud de pruebas complementarias

Del mismo modo, procedimos al análisis de solicitud de pruebas complementarias (bien analíticas y/o radiológicas) en aquellos pacientes que conformaban el grupo TMG. Por el contrario de lo observado en el grupo TMC, en aquellas pacientes con diagnóstico de TMG que acudían al servicio de urgencias para valoración psiquiátrica se les solicitaba más pruebas complementarias en comparación con los hombres (40,6% en mujeres vs. 35,4% en hombres; $p=0,024$). En la misma línea, observamos que, de media, se solicitan un mayor número total de pruebas complementarias a mujeres (1.26 ± 2.09) que a hombres (0.96 ± 1.71) ($p=0,006$).

Al analizar por separado la solicitud de pruebas de imagen y de laboratorio, encontramos que nuevamente que a las mujeres se les solicitan más pruebas de imagen que a los hombres (27,5% en mujeres vs. 20,6% en hombres), tanto a nivel global como en el número de solicitudes ($p=0,001$). Estos hallazgos son replicados al analizar la petición de analíticas, alcanzando también la significación estadística (35,7% en mujeres vs 30,8% en hombres; $p=0.029$).

Al analizar los datos por decenios de edad, observamos diferencias significativas según sexo en la solicitud de pruebas complementarias entre los diferentes rangos de edad para hombres y mujeres ($p<0,001$). En el caso de las mujeres, la solicitud de pruebas complementarias se va incrementando según aumenta la edad de las pacientes, y viéndose un incremento en los rangos de edad de 75-84 años y mayores de 85 años. En el caso de los hombres, la solicitud de pruebas de imagen se mantiene homogénea y estable para todos los rangos de edad, apreciándose un ligero aumento para los rangos de edad de los 35-44 años y 75-84 años.

Considerando de forma global la solicitud de pruebas complementarias según el nivel socioeconómico, observamos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,006$). Nuevamente, se puede observar que más de la mitad de la muestra de pacientes con diagnóstico de TMG provienen de sectores más deprimidos socioeconómicamente, englobando los índices más deprimidos (4-5) a un 52,9% de las mujeres y un 53,1% de los hombres. En este sentido, no observamos un patrón claro en la presencia de desigualdades de género al analizar según el sexo y nivel socioeconómico en la solicitud de pruebas complementarias (**tabla 22**). En conclusión, y en línea con los resultados expuestos, las mujeres presentan un ligero aumento en la prevalencia de que se les solicite una prueba de imagen (RP=1.148 [1.019-1.292]). Sin embargo, cabe mencionar que, al ajustar el efecto según la edad y el nivel socioeconómico, las mujeres presentan una menor prevalencia de que se les solicite una prueba analítica (RP= 0.856 [0.742-0.898]).

Tabla 21. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Grave y solicitud de pruebas complementarias (de imagen o analíticas) según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos (RP IC95%)	Solicitud de pruebas de imagen	Solicitud de pruebas analíticas
Modelo 1	1.31 (1.128 – 1.571)	1.160 (1.017 – 1.323)
Modelo 2	0.892 (0.774 – 1.028)	0.942 (0.831 – 1.068)
Modelo 3	0.856 (0.742 – 0.898)	1.054 (0.943 – 1.177)

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; **Modelo 2:** ajustado por edad; **Modelo 3:** ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 22. Prevalencias estandarizadas por edad de las analíticas solicitadas, según el nivel socioeconómico y sexo de los episodios de Trastorno Mental Grave y diferencia absoluta por sexo.

Pruebas analíticas			
Nivel socioeconómico	Mujeres	Hombres	Diferencia entre sexos
I - Muy favorecido	27,2	28,6	1,4
II - Favorecido	37,2	35,6	-1,6
III - Intermedio	28,2	37,0	8,8
IV - Desfavorecido	27,7	28,6	0,9
V - Muy desfavorecido	27,4	29,3	1,9
Pruebas de imagen			
Nivel socioeconómico	Mujeres	Hombres	Diferencia entre sexos
I - Muy favorecido	19,5	23,4	3,9
II - Favorecido	26,2	21,1	-5,0
III - Intermedio	23,4	24,2	0,8
IV - Desfavorecido	16,3	20,7	4,4
V - Muy desfavorecido	18,1	22,4	4,4

Tabla 23. Solicitud de pruebas analíticas y/o de imagen solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas complementarias solicitadas (%)	312/768	40.6%	367/1037	35.4%	0.024
Media del total del pruebas de solicitadas (DE)	1.26 ($\pm$ 2.09)		0.96 ($\pm$ 1.71)		0.006
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	9	25.7	26	74.3	0.313
25-34 años	24	32	51	68	0.441
35-44 años	31	31.6	67	68.4	0.339
45-54 años	47	52.8	42	47.2	0.399
55-64 años	28	37.3	47	62.7	0.774
65-74 años	43	51.8	40	48.2	0.066
75-84 años	65	52.8	58	47.2	<0.001
>85 años	65	64.4	36	35.6	0.666
Total	312	100	367	100	0.024
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	34	43	45	57	0.678
II - Favorecido	43	51.8	40	48.2	0.218
III - Intermedio	49	45.8	58	54.2	0.087
IV - Desfavorecido	69	50	69	50	0.377
V - Muy desfavorecido	73	44	93	56	0.279
Total	268/632	100	305/827	100	0.035

Tabla 24. Solicitud de pruebas de imagen solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas solicitadas (%)	211/768	27.5%	214/1037	20.6%	<0.001
Media del total del pruebas de imagen solicitadas (DE)	0.46 ($\pm$ 0.89)		0.36 ($\pm$ 0.83)		0.001
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	5	29.4	12	70.6	0.323
25-34 años	8	29.6	19	70.4	1.000
35-44 años	14	43.8	18	56.3	0.347
45-54 años	17	56.7	13	43.3	0.351
55-64 años	13	28.9	32	71.1	0.128
65-74 años	35	52.2	32	47.8	0.181
75-84 años	56	50.9	54	49.1	0.001
>85 años	63	64.9	34	35.1	0.492
Total	211	100	214	100	<0.001
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	23	45.1	28	54.9	1.000
II - Favorecido	33	61.1	21	38.9	0.013
III - Intermedio	34	51.5	32	48.5	0.027
IV - Desfavorecido	44	48.4	47	51.6	0.806
V - Muy desfavorecido	53	46.5	62	53.5	0.154
Total	187/632	100	189/827	189/827	0.004

Tabla 25. Solicitud de pruebas analíticas solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas solicitadas	274/768	35.7%	319/1037	30.8%	0.029
Media del total del pruebas analíticas solicitadas (DE)	0.80 ($\pm$ 1.41)		0.60 ($\pm$ 1.10)		0.009
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	8	25.8	23	74.2	0.426
25-34 años	20	30.8	45	69.2	0.632
35-44 años	26	29.2	63	70.8	0.138
45-54 años	44	53.7	38	46.3	0.321
55-64 años	24	36.9	63.1	12.9	0.764
65-74 años	36	53.7	31	46.3	0.316
75-84 años	63	57.3	47	42.7	0.570
>85 años	53	63.1	31	36.9	1.000
Total	274	100	319	100	0.029
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	27	41.5	38	58.5	0.468
II - Favorecido	36	51.4	34	48.6	0.349
III - Intermedio	43	45.7	51	54.3	0.140
IV - Desfavorecido	63	51.6	59	48.4	0.213
V - Muy desfavorecido	65	43.6	84	56.4	0.364
Total	234/632	100	266/827	100	0.058

B. Prescripción de psicofármacos

Antipsicóticos

En lo que respecta al uso de fármacos antipsicóticos en pacientes con un perfil de TMG, cabe esperar que un alto porcentaje requiera del uso agudo de dichos fármacos para el manejo clínico. Si bien dentro de la categoría TMG se incluyen patologías de diverso espectro clínicos, entre ellos la esquizofrenia, el trastorno por ideas delirantes, el trastorno bipolar y los cuadros de depresión con síntomas psicóticos, el uso de fármacos antipsicóticos típicos y atípicos permite a los facultativos manejar brotes agudos, así como ajustar el tratamiento según las necesidades individualizadas de los pacientes.

En este sentido, al analizar de forma conjunta la prescripción de fármacos antipsicóticos no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres (48,1%) y mujeres (46,1%) ($p=0.418$). Al analizar el uso de fármacos antipsicóticos según decenios de edad, encontramos que en los rangos de edad de 45-54 años las mujeres presentaban un aumento del uso de dichos fármacos, época que coincide con el debut de muchos cuadros clínicos englobados dentro del espectro de las psicosis afectivas y no afectivas, así como de cuadros de psicosis en periodo perimenopáusica (segundo pico de inicio. Por el contrario, los hombres presentaban un perfil más precoz, lo que concuerda con la literatura con un debut más temprano de la enfermedad, rondando la adolescencia y juventud, encontrando un pico en aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 35-44 años (25,7%).

En lo que respecta al nivel socioeconómico, podemos observar nuevamente que el perfil de usuarios y usuarias que precisan de fármacos psicotrópicos corresponden a los índices 4-5 del Índice MEDEA, representando el 58,9% de las mujeres y el 58,9% de los hombres

Finalmente, al analizar de forma global la prescripción de fármacos antipsicóticos, no encontramos diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los modelos analizados (**tabla 26**).

Tabla 26. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Grave y solicitud de prescripción de antipsicóticos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	P Valor
Modelo 1	0.958 (0.867 – 1.085)	0.396
Modelo 2	1.009 (0.912 – 1.117)	0.861
Modelo 3	1.026 (0.915 – 1.151)	0.657

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 27. Pauta de fármacos antipsicóticos en las urgencias (Código ATC N05Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental grave (TMG).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	354/768	46.1%	499/1037	48.1%	0.418
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	9	18.4	40	81.6	0.813
25-34 años	37	28.5	93	71.5	1.000
35-44 años	74	36.6	128	63.4	0.841
45-54 años	104	50.2	103	49.8	0.482
55-64 años	47	40.5	69	59.5	0.687
65-74 años	37	55.2	44.8	6	0.504
75-84 años	25	52.1	23	47.9	0.285
>85 años	21	61.8	13	38.2	0.831
Total	354	100	499	100	0.418
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	40	42.1	55	57.9	0.424
II - Favorecido	38	47.5	42	52.5	0.878
III - Intermedio	40	38.5	64	61.5	0.895
IV - Desfavorecido	76	47.8	83	52.2	0.745
V - Muy desfavorecido	93	39.2	144	60.8	0.572
Total	287/632	100	388/827	100	0.596

Ansiolíticos e hipnóticos

En lo que respecta a la prescripción ansiolíticos e hipnóticos en pacientes con cuadros graves, su uso sirve como herramienta clínica para el manejo y tratamiento de cuadros agudos de agitación y ansiedad, por lo que su uso en urgencias psiquiátricas es frecuente.

En base a los resultados obtenidos, observamos que a nivel global casi a la mitad de los pacientes de la muestra se les prescribieron fármacos ansiolíticos y/o hipnóticos durante su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces (42,7%), no encontrando diferencias estadísticamente significativas en su uso por sexos, aunque si observando una tendencia a una mayor prescripción en mujeres ($p=0.923$). Del mismo modo, y al analizar de forma individualizada el perfil de uso de ansiolíticos (dado que su uso es más frecuente que el de fármacos hipnóticos), no observamos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (34,8% en mujeres y 35% en hombres, $P=0,921$).

Al analizar el uso de ansiolíticos según grupos de edad según decenios, observamos que en el grupo de mujeres con diagnóstico de TMG, el uso de fármacos ansiolíticos y/o hipnóticos se agrupa principalmente en los rangos de edad comprendidos entre los 35-54 años, donde alcanzan hasta un 30,9% de la prescripción de dichos psicofármacos. En el caso de los hombres, también podemos observar un perfil de uso en pacientes más jóvenes, iniciando su uso en el rango de edad de los 25-34 años, y con un pico entre los 35-44 años.

De nuevo, al considerar el nivel socioeconómico de aquellos usuarios/as que requirieron de tratamiento ansiolítico, observamos que aquellos pacientes que residían en lugares más deprimidos socioeconómicamente (índices 4 y 5 MEDEA) englobaban más de la mitad de la muestra a los y las que se les prescribía tratamiento ansiolítico y/o hipnótico, ascendiendo a un 57,6% en el caso de las mujeres y un 62,3% en el caso de los hombres ($p=0,013$).

A modo resumen, podemos decir que, al ajustar el efecto según la edad y nivel socioeconómico, a las mujeres se les prescribe en mayor probabilidad fármacos ansiolíticos e hipnóticos, en comparación con los hombres ($RP=1.217$ [1.054-1.406]; $p=0.007$). Del mismo modo, al analizar de forma separada el uso de ansiolíticos, nuevamente observamos una mayor probabilidad de prescribir más ansiolíticos en mujeres, ($RP= 1.217$ [1.054-1.406]).

Tabla 28. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Grave y prescripción de ansiolíticos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	P Valor
Modelo 1	0.933 (0.874 – 1.128)	0.916
Modelo 2	1.131 (0.994 – 1.285)	0.061
Modelo 3	1.217 (1.054 – 1.406)	0.007

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 29. Pauta de fármacos ansiolíticos y/o hipnóticos en las urgencias (Códigos ATC N05Bx y N05Cx) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental grave (TMG)

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	327/768	42.6%	444/1037	42.8%	0.923
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	9	19.1	38	80.9	1.000
25-34 años	39	32	83	68	0.249
35-44 años	71	35.9	127	64.1	0.920
45-54 años	101	51.8	94	48.2	0.192
55-64 años	38	35.8	64.2	15.3	0.416
65-74 años	31	63.3	18	36.7	0.479
75-84 años	25	75.8	8	24.2	0.029
>85 años	13	61.9	8	38.1	1.000
Total	327	100	444	100	0.923
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	42	48.8	44	51.2	0.497
II - Favorecido	37	52.9	33	47.1	0.211
III - Intermedio	35	40.2	52	59.8	0.892
IV - Desfavorecido	68	45.9	80	54.1	0.827
V - Muy desfavorecido	87	39.5	133	60.5	0.706
Total	269/632	100	342/827	100	0.668

Tabla 30. Pauta de fármacos ansiolíticos las urgencias (Códigos ATC N05Bx) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental grave (TMG)

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	267/768	34.8%	363/1037	35%	0.921
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	9	23.1	30	76.9	0.619
25-34 años	37	35.6	67	64.4	0.041
35-44 años	63	37.1	107	62.9	0.759
45-54 años	86	51.5	81	48.5	0.310
55-64 años	27	33.3	54	66.7	0.205
65-74 años	19	59.4	13	40.6	1.000
75-84 años	16	76.2	5	23.8	0.098
>85 años	10	62.5	6	37.5	1.000
Total	267	100	363	100	0.921
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	37	50.7	36	49.3	0.323
II - Favorecido	33	54.1	28	45.9	0.151
III - Intermedio	23	37.1	39	62.9	0.764
IV - Desfavorecido	53	47.7	58	52.3	0.818
V - Muy desfavorecido	75	39.9	113	60.1	0.848
Total	221/632	100	274/827	100	0.469

Antidepresivos

Por último, resulta necesario señalar nuevamente que el uso de fármacos antidepresivos en la urgencia es limitado, aun teniendo cabida en algunos de los cuadros incluidos dentro de la categoría diagnóstica TMG. Es por este motivo, que podríamos pensar que su prescripción en el servicio de urgencias sirviese como ajuste en el tratamiento sintomatológico de determinados síntomas, así como de tratamiento coadyuvante en determinados tratamientos farmacológicos.

Al analizar nuestros resultados, observamos que a un 10,5% de la muestra se les prescribió antidepresivos durante su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces. Cabe destacar la presencia de diferencias estadísticamente significativas en su uso, donde las mujeres presentan un notable incremento en la prescripción de dichos fármacos en urgencias en comparación con los hombres (12,9% en mujeres vs. 7,2% en hombres; $p<0.001$).

Al analizar el patrón de prescripción de dichas moléculas según decenios de edad, observamos que existían diferencias estadísticamente en su uso en urgencias entre hombres y mujeres ($p=0.001$). Más concretamente, en el caso de las mujeres nuevamente se observó una mayor prescripción para el rango de edad que comprende los 45-54 años, con un nuevo pico en el rango de edad de los 75-84 años. En el caso de los hombres, esta es una distribución centrada entre los 35-64 años, con un aumento considerable entre los 35-44 años, donde se sitúa con un 32%.

Al considerar el nivel socioeconómico de usuarios/as, observamos que quienes residían en lugares más deprimidos socioeconómicamente (índices 4 y 5 MEDEA) englobaban más de la mitad de la muestra de pacientes a quienes se les prescribía tratamiento antipsicótico, donde se observa un ligero aumento de los sectores más desfavorecidos en hombres, donde acumulan un 62,9% en comparación con las mujeres (51,9%), sin embargo, estas diferencias no alcanzaron la significación estadística.

Al mismo tiempo, analizamos de forma segregada los episodios englobados dentro de la categoría TMG con el fin de valorar si una mayor prescripción de fármacos antidepresivos podría deberse a la presencia de cuadros afectivos, como son los diagnósticos de Trastorno Bipolar y la Depresión Mayor (códigos F30-F39, CIE-10). Al analizar los cuadros de psicosis del espectro de la esquizofrenia, encontramos que, en línea con lo previamente señalado, se prescriben más antidepresivos a mujeres (13.5%) que a los hombres (7.1%) ($p<0.001$).

Finalmente, y a modo resumen, podemos decir que a las mujeres con diagnóstico de TMG se les prescribe en términos globales un 17% más antidepresivos que a los hombres (RP= 1.782 [1.340-2.370]). Más aún, estas diferencias se siguen observando al ajustar el efecto según la edad y nivel socioeconómico, donde a las mujeres con

diagnóstico de TMG se les prescribe en mayor probabilidad fármacos antidepresivos (RP=1.393[1.017-1.909]), ajustado por edad y nivel socioeconómico.

Tabla 31. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Grave y prescripción de antidepresivos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	P Valor
Modelo 1	1.782 (1.340 – 2.370)	<0.001
Modelo 2	1.624 (1.206 – 2.187)	0.001
Modelo 3	1.393 (1.017 – 1.909)	0.039

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 32. Pauta de fármacos antidepresivos en las urgencias (Códigos ATC N06Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental grave (TMG).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	99/168	12.9%	75/1037	7.2%	<0.001
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	3	75	1	25	0.024
25-34 años	4	40	6	60	0.477
35-44 años	10	29.4	24	70.6	0.460
45-54 años	34	75.6	11	24.4	<0.001
55-64 años	17	53.1	15	46.9	0.117
65-74 años	9	60	6	40	1.000
75-84 años	15	65.2	8	34.8	0.646
>85 años	7	63.6	4	36.4	1.000
Total	99	100	75	100	<0.001
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	14	58.3	10	41.7	0.201
II - Favorecido	14	66.7	7	33.3	0.062
III - Intermedio	11	55	9	45	0.156
IV - Desfavorecido	17	50	17	50	0.720
V - Muy desfavorecido	25	48.1	27	51.9	0.294
Total	81/632	100	70/827	100	0.007

C. Indicación de alta médica o ingreso hospitalario

Los cuadros clínicos englobados bajo la agrupación diagnóstica TMG, esto es, los trastornos del espectro de la esquizofrenia, los cuadros maniacos y depresivos con o sin síntomas psicóticos resultan un alto porcentaje de asistencias de urgencias psiquiátricas. En ocasiones, el manejo clínico de determinadas patologías requiere el manejo rápido por parte de las/los profesionales de la salud, para asegurar el bienestar e integridad de las/los pacientes. En ocasiones, dada las características inherentes de dichos cuadros, estos requieren de intervenciones más prolongadas para asegurar la estabilización psicopatológica y tratamiento de dichos pacientes, requirieran de un ingreso en una unidad de agudos de psiquiatría.

Debido a la naturaleza de los cuadros englobados bajo el grupo diagnóstico TMG, es de esperar que un elevado porcentaje de casos requieran de un ingreso más prolongado para instaurar u optimizar el tratamiento farmacológico más conveniente, así como realizar intervenciones psicoterapéuticas para asegurar la estabilización del paciente.

Como podemos observar en la **tabla 34**, casi tres cuartas partes de la muestra (68%) requirieron de un ingreso hospitalario en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Cruces. Al analizar los resultados, podemos observar que existe un patrón más joven en el caso de los hombres que requieren de un ingreso en comparación con las mujeres ($p < 0,001$). En el caso de las mujeres, los rangos de edad comprendidos entre los 35-54 años engloban el 50% del total de episodios que requieren de un ingreso, presentando un pico en el rango de edad entre 45-54 años (28%). Por su parte, los hombres presentan una disminución en la edad, correspondiendo a los grupos que engloban entre los 25-54 años, y observándose un pico en el mismo rango de edad que en las mujeres (35-54 años, 29%).

Respecto al Índice de privación Socioeconómica MEDEA observamos que aquellas personas que requieren de ingreso en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Cruces corresponden a los índices 4-5 MEDEA, no encontrando diferencias entre hombres y mujeres. Cabe mencionar que la mitad de la muestra que requieren de ingresos proceden de entornos socioeconómicos más desfavorecidos, poniendo nuevamente de manifiesto el papel de los factores socioambientales en la presencia de sintomatología de los cuadros psiquiátricos.

Como podemos observar en la **tabla 33**, al ajustar el efecto por sexo, las mujeres presentaban un 9% de mayor probabilidad de que les indique un ingreso hospitalario en su hospital de referencia (RP = 1.096 (1.207 – 1.169); $p = 0.006$). Más aún, si ajustamos el efecto por sexo y nivel socioeconómico, las mujeres presentan un incremento de hasta

el 11% de la probabilidad de requerir un ingreso hospitalario (RP = 1.112 (1.034 – 1.195); p = 0.004).

Tabla 33. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno Mental Grave y solicitud de ingreso hospitalario según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	1.020 (0.956 – 1.087)	0.919
Modelo 2	1.096 (1.207 – 1.169)	0.006
Modelo 3	1.112 (1.034 – 1.195)	0.004

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza (IC) al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 34. Indicación de ingreso hospitalario según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno mental grave (TMG).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	524/768	68.2%	694/1037	66.9%	0.576
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	14	17.5	66	82.5	0.426
25-34 años	52	28.6	130	71.4	1.000
35-44 años	114	36.2	201	63.8	1.000
45-54 años	148	51.9	137	48.1	0.026
55-64 años	66	43.7	85	56.3	0.064
65-74 años	60	63.8	34	36.2	0.085
75-84 años	45	62.5	27	37.5	0.505
>85 años	25	64.1	14	35.9	1.000
Total	524	100	694	100	0.576
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	73	45.6	87	54.4	1.000
II - Favorecido	54	45.4	65	54.6	0.738
III - Intermedio	66	41.3	94	58.8	0.494
IV - Desfavorecido	106	48.2	114	51.8	0.499
V - Muy desfavorecido	133	41.4	188	58.6	0.611
Total	432/632	100	548/827	100	0.431

Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)

Solicitud de pruebas complementarias

Al analizar la solicitud de pruebas complementarias de aquellos episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo tanto pruebas de imagen como pruebas analíticas, observamos que aquellos pacientes que acuden por un episodio englobado bajo esta categoría diagnóstica se solicitan en general un alto porcentaje de pruebas (66%), no observando diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (64.7% vs 66.6%; $p=0.526$). En la misma línea, no encontramos diferencias al analizar el número de pruebas complementarias solicitadas durante su estancia en urgencias, donde a las mujeres se les solicita de media 1.36 pruebas (± 1.34) y a los hombres 1.43 pruebas de media (± 1.46).

Al analizar de forma específica la solicitud de pruebas de imagen, no encontramos diferencias entre sexos ($p=0.155$), aunque sí que podemos observar en la **Tabla 36** un leve incremento en la solicitud en el caso de las mujeres. Principalmente, los grupos de edad que aglutinan el mayor porcentaje de solicitudes de pruebas complementarias de imagen son aquellos que comprenden la mediana edad (35-64 años), observándose un pico en aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 15-24 años (16.5%). Del mismo modo, podemos observar un descenso considerable para ambos sexos en la solicitud tanto de pruebas de imagen en aquellos pacientes con una edad superior a los 65 años. Cabe mencionar que este grupo de edad (>65 años) comprende el 9% del total de episodios registrados bajo la categoría diagnóstica TUS que requieren de atención psiquiátrica de urgencia.

Por otro lado, al analizar la solicitud de pruebas analíticas, observamos diferencias tanto el número de pruebas solicitadas de laboratorios ($p=0.039$), como diferencias en la distribución por edades y nivel socioeconómico. Nuevamente observamos que las edades comprendidas entre los 35-64 años engloban el mayor porcentaje de solicitudes, observándose un pico en la edad de los 45-54 años en el caso de las mujeres. Por su parte, los hombres presentan una distribución más homogénea, con un descenso progresivo a partir de los 65 años. Nuevamente, y como hemos encontrado previamente para otras categorías diagnósticas, se observa que aquellos sectores con índices más deprimidos (4-5) engloban más de la mitad de la muestra de pacientes.

Según los datos obtenidos para el trienio 2017-2019 y como se puede observar en la **tabla 35**, no encontramos diferencias en la probabilidad de solicitar más pruebas complementarias para ninguno de los modelos analizados. Sin embargo, al analizar de forma separada la solicitud de pruebas de imagen, a mismo diagnóstico, las mujeres presentan una probabilidad del 32% menor de que se les solicite una prueba de imagen

una vez ajustada el efecto por la edad y el nivel socioeconómico (RP= 0.687 [0.543 – 0.870]; p valor: 0.002).

Tabla 35. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno por Uso de Sustancias y solicitud de pruebas complementarias (de imagen o analíticas) según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos (RP IC95%)	Solicitud de pruebas complementarias	Solicitud de pruebas de imagen	Solicitud de pruebas analíticas
Modelo 1	1.029 (0.945 – 1.120)	0.649 (0.520 – 0.810)	1.073 (0.978 – 1.178)
Modelo 2	1.038 (0.954 – 1.130)	0.677 (0.544 – 0.842)	1.082 (0.986 – 1.188)
Modelo 3	1.101 (0.917 – 1.122)	0.687 (0.543 – 0.870)	1.054 (0.943 – 1.177)

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; **Modelo 2:** ajustado por edad; **Modelo 3:** ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 36. Solicitud de pruebas analíticas y/o de imagen solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas complementarias solicitadas	257/386	66.6%	600/927	64.7%	0.526
Media del total del pruebas solicitadas (DE)	1.36 (± 1.34)		1.43 (± 1.46)		0.759
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	41	29.7	97	70.3	0.882
25-34 años	30	28.6	75	71.4	0.469
35-44 años	48	35.6	87	64.4	0.380
45-54 años	72	34.6	136	65.4	0.406
55-64 años	45	27.8	117	72.2	1.000
65-74 años	16	22.2	56	77.8	1.000
75-84 años	2	8.3	22	91.7	1.000
>85 años	3	23.1	10	76.9	1.000
Total	257	100%	600	100%	0.526
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	35	40.7	51	59.3	0.615
II - Favorecido	24	32.4	50	67.6	1.000
III - Intermedio	27	23.5	88	76.5	0.261
IV - Desfavorecido	54	32.7	111	67.3	1.000
V - Muy desfavorecido	42	20.4	164	79.6	0.454
Total	182	100%	164	100%	1.000

Tabla 37. Solicitud de pruebas analíticas solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas analíticas solicitadas	244/386	63.2%	546/927	58.9%	0.155
Media del total del pruebas analíticas solicitadas (DE)	1.10 (± 1.01)		0.96 (± 0.99)		0.039
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	39	30.2	90	69.8	1.000
25-34 años	28	29.2	68	70.8	0.376
35-44 años	45	36.3	79	63.7	0.313
45-54 años	70	35.9	125	64.1	0.197
55-64 años	44	29.5	105	70.5	0.549
65-74 años	14	21.2	52	78.8	0.762
75-84 años	2	10	18	90	1.000
>85 años	2	18.2	9	81.8	1.000
Total	244	100%	546	100%	0.155
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	34	41	48	59	0.614
II - Favorecido	22	34.4	42	65.6	0.689
III - Intermedio	24	23.1	80	76.9	0.280
IV - Desfavorecido	52	34	101	66	0.676
V - Muy desfavorecido	40	21.1	150	78.9	0.307
Total	172	100	422	100	0.565

Tabla 38. Solicitud de pruebas de imagen solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas imagen solicitadas	77/386	19.9%	285/927	30.7%	<0.001
Media del total de pruebas de imagen solicitadas (DE)	0.27 ($\pm$ 0.61)		0.47 ($\pm$ 0.86)		<0.001
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	11	25.6	32	74.4	0.580
25-34 años	6	17.6	28	82.4	0.276
35-44 años	9	18.8	39	81.3	0.016
45-54 años	16	20.5	62	79.5	0.009
55-64 años	23	25.8	66	74.2	0.655
65-74 años	9	21.4	33	78.6	1.000
75-84 años	1	5.6	17	94.4	0.490
>85 años	2	20	8	80	1.000
Total	77	100%	285	100%	<0.001
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	14	35	26	65	0.576
II - Favorecido	9	22.5	31	77.5	0.142
III - Intermedio	11	19.6	45	80.4	0.196
IV - Desfavorecido	18	23.4	59	76.6	0.040
V - Muy desfavorecido	11	12.6	76	87.4	0.079
Total	63	100%	237	100%	0.001

Prescripción de psicofármacos

Antipsicóticos

En lo que respecta a la prescripción de antipsicóticos en pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas, el uso de fármacos psicotrópicos con acción antipsicótica sirve como herramienta farmacológica de apoyo en el manejo de cuadros de agitación severa psicomotriz y conductual, ante la ausencia de respuesta tras la aplicación de protocolos de desescalada verbal y otras estrategias terapéuticas no farmacológicas.

Considerando que un alto porcentaje de los cuadros derivados a urgencias psiquiátricas en los que predomina un consumo de sustancias psicoactivas presentan cuadros de alteración conductual auto y/o heteroagresividad, e incluso síntomas de intoxicación, el uso de antipsicóticos con perfil sedante es utilizado como herramienta clínica para el manejo de dichos cuadros agudos, con el fin de estabilizar y preservar la seguridad del propio paciente.

En línea con esto, observamos que la prescripción en urgencias de dichos fármacos es baja (13%), no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (13.6% vs. 13.2%; $p=0.929$). Considerando el bajo número de pacientes que requieren en urgencias psiquiátricas del uso de dichos fármacos, no encontramos diferencias ni en la distribución por grupos de edad ni en el nivel socioeconómico.

En la **tabla 40** podemos observar como la distribución por grupos de edad aglutina mayoritariamente aquellos episodios con edades comprendidas entre los 15-54 años, con un pico claro sobre los 45-54 años en el caso de las mujeres (35.3%) y los hombres (27%). Nuevamente, cabe señalar que una muestra reducida de pacientes requiere del uso de dichos fármacos durante su estancia en urgencias (177 de 1313 pacientes, 13%).

Al analizar los resultados basándonos en los datos de urgencias, no encontramos diferencias significativas en la probabilidad de prescribir más fármacos antipsicóticos para ninguno de los modelos analizados (**tabla 39**).

Tabla 39. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno por Uso de Sustancias y de prescripción aguda de antipsicóticos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	0.916 (0.713 – 1.176)	0.515
Modelo 2	1.038 (0.954 – 1.130)	0.388
Modelo 3	1.101 (0.917 – 1.122)	0.780

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; Modelo 2: ajustado por edad;

Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 40. Pauta de fármacos antipsicóticos en las urgencias (Código ATC N05Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno por uso de sustancias (TUS).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	51/386	13.2%	126/927	13.6%	0.929
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	7	36.8	12	63.2	0.602
25-34 años	6	23.1	20	76.9	0.811
35-44 años	13	29.5	31	70.5	0.597
45-54 años	18	34.6	34	65.4	0.751
55-64 años	4	16.7	20	83.3	0.237
65-74 años	2	22.2	7	77.8	1.000
75-84 años	0	0%	0	0%	-
>85 años	1	33.3	2	66.7	1.000
Total	51	100%	126	100%	0.929
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	6	31.6	13	68.4	0.617
II - Favorecido	5	35.7	9	64.3	0.768
III - Intermedio	5	23.8	16	76.2	1.000
IV - Desfavorecido	11	29.7	26	70.3	0.709
V - Muy desfavorecido	6	14	37	86	0.411
Total	33	100%	101	100%	0.354

Ansiolíticos e hipnóticos

Al igual que sucede con el uso de fármacos antipsicóticos, el uso de fármacos ansiolíticos es utilizado para el manejo de cuadros de ansiedad psíquica y/o física, así como síntomas somáticos tales como sensación de opresión precordial, dificultades para respirar o hiperventilación, inquietud, nerviosismo, preocupación, pensamientos intrusivos, entre otros. Es por este motivo que el uso de fármacos ansiolíticos se centra principalmente en su perfil de acción sedación para el manejo de situaciones agudas ante la ausencia de respuesta de estrategias de desescalada verbal.

De hecho, podemos observar un aumento en el uso de fármacos ansiolíticos, cuyo perfil permite el manejo agudo y eficaz de los cuadros mencionados anteriormente. Del total de episodios, un 19% del total requirieron del uso de ansiolíticos e hipnóticos durante su estancia en urgencias. A pesar de existir un perfil masculino en el diagnóstico de TUS, al analizar la prescripción de fármacos ansiolíticos e hipnóticos no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres (19.5%) y mujeres (17.9%) ($p=0.537$).

Del mismo modo que sucede en el uso de fármacos antipsicóticos para el manejo de dichos cuadros clínicos, la prescripción de fármacos ansiolíticos por grupos de edad se aglutina en el rango de edad entre los 35-54 años. Asimismo, observamos la presencia de un aumento en la prescripción de dichos fármacos para el rango de edad entre los 45-54 años, donde las mujeres presentan un ligero aumento (39.1%) con respecto a los hombres (28.2%).

Respecto al nivel socioeconómico observamos una tendencia en la prescripción de fármacos según estratos socioeconómicos ($p=0.054$). Así como las mujeres se representan de manera más o menos homogénea a lo largo de los diferentes índices socioeconómicos, los hombres se aglutinan en los estratos más deprimidos socioeconómicamente (índices MEDEA 4-5), aglutinando el 61% del total de episodios.

Finalmente, en lo que respecta a la prescripción de fármacos ansiolíticos en urgencias, no observamos diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los modelos analizados (**tabla 41**).

Tabla 41. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno por Uso de Sustancias y de prescripción aguda de ansiolíticos e hipnóticos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	0.916 (0.713 - 1.176)	0.490
Modelo 2	0.917 (0.713 - 1.178)	0.498
Modelo 3	0.822 (0.608-1.112)	0.204

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.
 Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; Modelo 2: ajustado por edad;
 Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 42. Pauta de fármacos ansiolíticos y/o hipnóticos en las urgencias (Códigos ATC N05Bx y N05Cx) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno por uso de sustancias (TUS).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	69/ 386	17.9%	181/927	19.5%	0.537
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	8	28.6	20	71.4	1.000
25-34 años	6	17.1	29	82.9	0.200
35-44 años	16	31.4	35	68.6	0.866
45-54 años	27	34.6	51	65.4	0.784
55-64 años	10	21.3	37	78.7	0.283
65-74 años	2	22.2	7	77.8	1.000
75-84 años	0	0%	1	100	1.000
>85 años	0	0%	1	100	1.000
Total	69	100%	181	100%	0.537
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	11	44	14	56	0.654
II - Favorecido	7	33.3	14	66.7	1.000
III - Intermedio	8	22.2	28	77.8	0.670
IV - Desfavorecido	11	23.9	35	76.1	0.168
V - Muy desfavorecido	9	14.8	52	85.2	0.371
Total	46	100	143	100	0.209

Antidepresivos

Al igual que ocurría con el uso de antipsicóticos, y como ya hemos mencionado previamente en otras categorías diagnósticas, el uso de fármacos antidepresivos es infrecuente en el manejo de urgencias de salud mental. El principal motivo es el tiempo de acción que requieren dichos fármacos para hacer efecto, el cual se estima en dos o tres semanas como medida para poder valorar cambios clínicos significativos.

En línea con esto, al analizar la muestra observamos que el uso de fármacos antidepresivos era bajo, pautándose en urgencias de salud mental a un 5% del total de episodios con trastorno por uso de sustancias. Más concretamente, y a pesar del reducido tamaño de la muestra ($n=70$ pacientes), al analizar por sexos la prescripción farmacológica observamos que existen diferencias estadísticamente significativas, donde las mujeres presentaban una mayor prescripción de antidepresivos (6.7% en mujeres y 3.7% en hombres; $p=0.020$).

En la **tabla 44** se puede observar la distribución por sexo y grupos de edad, donde las mujeres presentan un pico de prescripción de antidepresivos sobre los 45-54 años, aglutinando bajo esta franja de edad al 38.5% del total de fármacos antidepresivos prescritos en mujeres. A rasgos generales, en ambos sexos podemos observar una curva que desciende bruscamente al llegar a la franja de edad de 65-74 años.

Al analizar el índice MEDEA, observamos que existe una tendencia en la presentación de diferencias en base al nivel socioeconómico de la muestra. En este sentido, las mujeres con diagnóstico de TUS a las que se les prescribe antidepresivos presentan un perfil distribuido a través de los 5 índices de privación socioeconómica, con un descenso en el índice más desfavorecido (índice 5). Por el contrario, los hombres presentan un perfil ascendente, aglutinándose el 70% de los episodios en los índices más deprivados socioeconómicamente (índices 4-5). A pesar de ello, los resultados deben ser tomados con cautela debido al reducido tamaño de la muestra.

Respecto al uso de fármacos antidepresivos en pacientes con TUS, al analizar las razones de prevalencia encontramos que a ajustando el efecto por la edad, a las mujeres se les prescribe un 80% más fármacos antidepresivos ($RP= 1.854$ ($1.127 - 3.052$); $p=0.015$).

Tabla 43. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno por Uso de Sustancias y de prescripción aguda de antidepresivos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	1.836 (1.118 – 3.018)	0.016
Modelo 2	1.854 (1.127 – 3.052)	0.015
Modelo 3	1.468 (0.844 – 2.556)	0.174

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.
Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; **Modelo 2:** ajustado por edad;
Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 44. Pauta de fármacos antidepresivos en las urgencias (Códigos ATC N06Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno por uso de sustancias (TUS).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	26/386	6.7%	34/927	3.7%	0.020
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	4	57.1	3	42.9	0.203
25-34 años	0	0%	6	100	0.342
35-44 años	6	54.5	5	45.5	0.185
45-54 años	10	52.6	9	47.4	0.077
55-64 años	5	35.7	9	64.3	0.542
65-74 años	1	33.3	2	66.7	0.532
75-84 años	0	0	0	0	-
>85 años	0	0	0	0	-
Total	26	100%	34	100%	0.020
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	4	50	4	50	0.712
II - Favorecido	4	66.7	2	33.3	0.086
III - Intermedio	3	50	3	50	0.185
IV - Desfavorecido	6	37.5	10	62.5	0.784
V - Muy desfavorecido	1	7.7	12	92.3	0.475
Total	18	100%	31	100%	0.193

Indicación de alta médica o ingreso hospitalario

La resolución de las intervenciones psiquiátricas de pacientes con trastornos de abuso de sustancias psicoactivas en urgencias implica la estabilización aguda del paciente, asegurando la desaparición de la sintomatología por la que acude motu proprio o viene remitido a la urgencia. En ocasiones los y las pacientes intoxicados por una determinada sustancia de abuso, como por ejemplo las intoxicaciones por alcohol, requieren de un periodo de observación más prolongado, con el fin de controlar las funciones vitales hasta que remita el cuadro de intoxicación o de abstinencia.

Debido a la naturaleza de los cuadros englobados bajo el grupo diagnóstico TUS, es de esperar que en mayor medida estos cuadros agudos se resuelvan tras el episodio y, por ende, una vez resuelta la situación de crisis se proceda al alta, no requiriendo de un ingreso en una unidad de agudos de psiquiatría. En este caso, el clínico responsable del caso valorará si es preciso derivar al paciente a una unidad de salud mental específica en adicciones para su seguimiento, o bien le remitirá los servicios comunitarios de salud mental.

Como podemos observar en la **tabla 46**, un 11% del total de pacientes requirieron de un ingreso en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Cruces. Al analizar los resultados, observamos que la proporción de personas que requieren de un ingreso en psiquiatría es similar entre ambos sexos, no encontrando diferencias al valorar por sexo según los decenios de edad o el índice de privación socioeconómica ($p > 0.05$). Debido al reducido número de pacientes con diagnóstico de TUS atendido en urgencias de salud mental (145 de 1313 pacientes), los datos han de ser evaluados con cautela. En el caso de las mujeres, los rangos de edad comprendidos entre los 45-64 años engloban el 60% del total de episodios que requieren de un ingreso, presentando un pico en el rango de edad entre 45-54 años (38%). Por su parte, los hombres presentan una disminución más homogénea, con un descenso progresivo en el rango de edad de los 65-74 años.

Respecto al Índice de privación Socioeconómica MEDEA observamos que más de la mitad de la muestra que requieren de un ingreso en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Cruces corresponden a los índices 4-5 MEDEA, no encontrando diferencias entre hombres y mujeres.

Por último, y como podemos observar en la **tabla 45**, al ajustar el efecto por la edad, a las mujeres se les deriva para ingreso un 17% menos, siendo este resultado estadísticamente significativo ($RP = 0.830$ ($0.741 - 0.929$); $p = 0.001$).

Tabla 45. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno por Uso de Sustancias y requerir de ingreso hospitalario según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	P valor
Modelo 1	0.852 (0.761 – 0.955)	0.006
Modelo 2	0.830 (0.741 – 0.929)	0.001
Modelo 3	1.058 (0.721 - 1.552)	0.773

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.
 Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 46. Indicación de ingreso hospitalario según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno por uso de sustancias (TUS).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	47/386	12.2%	98/927	10.6%	0.439
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	2	14.3	12	85.7	0.238
25-34 años	5	27.8	13	72.2	1.000
35-44 años	8	27.6	21	72.4	0.534
45-54 años	18	47.4	20	52.6	0.065
55-64 años	10	28.6	25	71.4	1.000
65-74 años	3	33.3	6	66.7	0.407
75-84 años	0	0	0	0	-
>85 años	1	50	1	50	0.396
Total	47	100%	98	100%	0.439
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	6	37.5	10	62.5	1.000
II - Favorecido	6	35.3	11	64.7	0.785
III - Intermedio	6	46.2	7	53.8	0.105
IV - Desfavorecido	10	31.3	22	68.8	1.000
V - Muy desfavorecido	5	14.3	30	85.7	0.648
Total	33	100%	80	100%	0.825

Trastorno de Personalidad (TP)

Solicitud de pruebas complementarias

Finalmente, al analizar la solicitud de pruebas complementarias (bien analíticas y/o radiológicas) en aquellos pacientes que conformaban el grupo TP, la solicitud de pruebas complementarias se realizó a un 15% de los episodios. Como ocurría en el caso de pacientes con TMC, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sexos, sin embargo, sí que observamos que se solicitaron más pruebas a mujeres (17%) que a hombres (14%) ($p=0.294$). En la misma línea, observamos que, de media, no se encontraron diferencias en el número de pruebas solicitadas ($p=0.233$).

Al analizar los datos por decenios de edad, observamos una tendencia en la solicitud de pruebas de imagen y analíticas según sexo entre los diferentes rangos de edad para hombres y mujeres ($p<0.057$). En ambos sexos, el grueso de la solicitud de pruebas complementarias se aglutina entre los 15-54 años, existiendo ligeras diferencias entre hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, la solicitud de pruebas complementarias presenta un aumento entre los 15-44 años, mientras que, en el caso de los hombres, la solicitud de pruebas de imagen se centra entre los 25-54 años.

Considerando de forma global la solicitud de pruebas complementarias según el Índice de privación socioeconómica MEDEA no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p=0.256$). Nuevamente, y como se ha replicado en los análisis previos, se puede observar que más de la mitad de la muestra de usuarios/as con diagnóstico de trastorno mental grave que requieren de analíticas o pruebas de imagen provienen de sectores más deprimidos socioeconómicamente, siendo especialmente llamativo para el índice más deprimido en el caso de las mujeres (43.8% del total de la muestra). Sin embargo, los resultados deben tomarse con cautela dado el reducido tamaño de la muestra.

Según los datos obtenidos, no encontramos diferencias en la probabilidad de solicitar más pruebas complementarias en su conjunto para ninguno de los modelos analizados para el grupo TP (**tabla 47**).

Tabla 47. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno de Personalidad según sexo (referencia: hombres) y según diferentes ajustes.

Modelos (RP IC95%)	Solicitud de pruebas de imagen	Solicitud de pruebas analíticas
Modelo 1	0.713 (0.173 – 2.933)	1.480 (0.830 – 2.639)
Modelo 2	0.713 (0.173 – 2.933)	1.484 (0.828 – 2.658)
Modelo 3	0.826 (0.212 – 3.217)	1.378 (0.681 – 2.787)

RP: Razón de prevalencia; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; **Modelo 2:** ajustado por edad;

Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 48. Solicitud de pruebas analíticas y/o de imagen solicitadas en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad (TP) según sexo, edad y nivel socioeconómico solicitadas durante su estancia en urgencias.

	Mujer		Hombre		P valor
Total pruebas complementarias solicitadas	48/276	17.4%	15/118	12.7%	0.294
Media del total del pruebas complementarias solicitadas (DE)	0.30 ($\pm$ 0.80)		0.19 ($\pm$ 0.59)		0.223
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	13	92.9	1	7.1	0.051
25-34 años	13	81.3	3	18.8	0.375
35-44 años	14	73.7	5	26.3	1.000
45-54 años	4	40	6	60	0.056
55-64 años	3	100	0	0	1.000
65-74 años	1	100	0	0	1.000
75-84 años	0	0	0	0	-
>85 años	0	0	0	0	-
Total	48	100%	15	100%	0.294
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	4	100	0	0	0.551
II - Favorecido	5	55.6	4	44.4	0.205
III - Intermedio	6	85.7	1	14.3	0.407
IV - Desfavorecido	3	50	3	50	0.330
V - Muy desfavorecido	14	77.8	4	22.2	0.063
Total	32	100%	12	100%	0.598

Prescripción de psicofármacos

Antipsicóticos

En lo que respecta a la prescripción de antipsicóticos en pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad, el uso de fármacos psicotrópicos con acción antipsicótica sirve, como en el caso de los trastornos por uso de sustancias de abuso, como herramienta farmacológica de apoyo en el manejo de cuadros de agitación severa psicomotriz y conductual. Estos tratamientos sirven como herramienta para el manejo clínico ante la ausencia de respuesta tras la aplicación de protocolos de desescalada verbal y otras estrategias terapéuticas no farmacológicas.

Considerando que un alto porcentaje de los cuadros derivados a urgencias psiquiátricas de personas con trastornos de personalidad presentan cuadros de alteración conductual autoagresiva y/o heteroagresividad, el uso de antipsicóticos con perfil sedante es utilizado como herramienta clínica para el manejo de dichos cuadros agudos, con el fin de estabilizar y preservar la seguridad del propio paciente.

En línea con esto, observamos que la prescripción en urgencias de dichos es prescrito en un 29% de la muestra, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (31.4% vs. 27.2%; $p=0.202$). Considerando que un número moderado de pacientes que requieren en urgencias psiquiátricas del uso de dichos fármacos, no encontramos diferencias ni en la distribución por grupos de edad ni en el nivel socioeconómico.

A pesar de esto, y como se observa en la **tabla 50**, la distribución por grupos se presenta de forma diferenciada entre hombres y mujeres. Los episodios asociados a mujeres se aglutinan entre los 15-54 años, con un pico entre los 35-54 años. Por su parte, la prescripción de antipsicóticos en hombres se aglutina entre los 25-54 años, con un pico sobre los 35-54 años, donde alcanza el 37.8% de la muestra.

Al analizar los datos en conjunto, y considerando el total de episodios con diagnóstico de TP a los que se les prescribía fármacos antipsicóticos para el manejo de cuadros clínicos en urgencias, no encontramos diferencias para ninguno de los modelos (**tabla 49**).

Tabla 49. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno de Personalidad y de prescripción aguda de antipsicóticos según sexo (referencia: hombres) y según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	0.867 (0.623 – 1.205)	0.395
Modelo 2	0.867 (0.623 – 1.204)	0.394
Modelo 3	0.966 (0.628 – 1.485)	0.875

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; Modelo 2: ajustado por edad; Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 50. Pauta de fármacos antipsicóticos en las urgencias (Código ATC N05Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad (TP).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	75/276	27.2%	37/118	31.4%	0.397
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	13	92.9	1	7.1	0.051
25-34 años	19	65.5	10	34.5	0.810
35-44 años	26	65	14	35	0.394
45-54 años	14	63.6	8	36.4	0.415
55-64 años	3	50	3	50	0.112
65-74 años	0	0	0	0	-
75-84 años	0	0	1	100	-
>85 años	0	0	0	0	-
Total	75	100%	37	100%	0.397
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	3	100	0	0	1.000
II - Favorecido	9	60	6	40	0.158
III - Intermedio	8	57.1	6	42.9	0.307
IV - Desfavorecido	11	64.7	6	35.3	0.357
V - Muy desfavorecido	18	75	6	25	0.052
Total	49	100%	24	100%	0.768

Ansiolíticos e hipnóticos

En lo que respecta a la prescripción ansiolíticos e hipnóticos, y considerando el perfil terapéutico de dichos fármacos para el manejo clínico y tratamiento de cuadros agudos de ansiedad y estresantes en personas con trastornos de personalidad, como el trastorno límite de personalidad, es de esperar que la prescripción de dichos fármacos sea mayor.

En base a los resultados obtenidos, observamos que al 40% de los episodios atendidos se les ha prescrito algún fármaco ansiolítico hipnótico durante su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces. Al analizar específicamente la prescripción según sexo, observamos diferencias por sexos a pesar de no alcanzar la significación estadística en su uso, observando una tendencia a una mayor prescripción en mujeres ($p=0.057$). La prescripción de dichos fármacos en mujeres alcanzó casi la mitad de la muestra, englobando al 45% de la muestra, mientras que en los hombres se pautaron ansiolíticos en la atención de cuadros de urgencias de salud mental en un 35%. De hecho, al ajustar el efecto por la edad, a las mujeres se les prescribe un 40% más fármacos ansiolíticos (RP=1.398 (1.038 – 1.884); $p= 0.028$).

Al analizar el uso de ansiolíticos según grupos de edad según decenios, observamos un perfil distribuido homogéneamente para ambos sexos entre los 15-54 años, con un pico 35-54 años y un descenso según avanzan los años, especialmente a partir de los 55-64 años. Estos efectos se diluyen al analizar el patrón de prescripción de forma agrupada fármacos ansiolíticos e hipnóticos según decenios de edad, donde no encontramos diferencias estadísticamente en su uso en urgencias entre hombres y mujeres ($p=0.326$).

Nuevamente, al considerar el nivel socioeconómico de quienes requirieron de tratamiento ansiolítico, observamos que pacientes que residían en lugares más deprimidos socioeconómicamente (índices 4 y 5 MEDEA) englobaban la mitad de la muestra.

Tabla 51. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno de Personalidad y de prescripción aguda de ansiolíticos según sexo (referencia: hombres) y según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	1.398 (1.037 – 1.884)	0.028
Modelo 2	1.398 (1.038 – 1.884)	0.028
Modelo 3	1.406 (0.964 – 2.050)	0.077

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.
 Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; Modelo 2: ajustado por edad;
 Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 52. Pauta de fármacos ansiolíticos y/o hipnóticos en las urgencias (Códigos ATC N05Bx y N05Cx) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad (TP).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	125/276	45.3%	41/118	34.7%	0.059
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	21	87.5	3	12.5	0.029
25-34 años	31	75.6	10	24.4	0.259
35-44 años	35	68.6	16	31.4	0.837
45-54 años	30	78.9	8	21.1	0.145
55-64 años	7	70	3	30	0.644
65-74 años	1	100	0	0	1.000
75-84 años	0	0	1	100	-
>85 años	0	0	0	0	-
Total	125	100	41	100	0.059
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	7	87.5	1	12.5	0.645
II - Favorecido	15	68.2	7	31.8	0.505
III - Intermedio	14	70	6	30	1.000
IV - Desfavorecido	18	78.3	5	21.7	0.577
V - Muy desfavorecido	25	73.5	9	26.5	0.022
Total	79	100%	28	100%	0.181

Antidepresivos

Nuevamente, el uso de fármacos antidepresivos en el servicio de urgencias suele ser frecuentemente bajo, debido principalmente a aspectos principalmente de indicación clínica del manejo de cuadros depresivos y a su farmacocinética (tiempo de actuación). A pesar de esto, en ocasiones determinados fármacos puedan tener un papel en el manejo clínico, o bien tengan un tratamiento ya pautado previamente por especialistas de salud mental.

Al analizar nuestros resultados, observamos que a un 25% de la muestra se les prescribió fármacos antidepresivos durante su estancia en urgencias del Hospital Universitario Cruces. Al analizar según sexo su indicación en urgencias, a mismo diagnóstico, observamos una tendencia en la prescripción de fármacos antidepresivos entre hombres (20%) y mujeres (29%) ($p=0.081$).

Al analizar el patrón de prescripción de dichos fármacos según decenios de edad, no encontramos diferencias estadísticamente en su uso en urgencias entre hombres y mujeres ($p=0.262$). Más concretamente, en el caso de las mujeres se observó una distribución homogénea entre los rangos de edad que comprenden los 15-54 años, con una mayor prescripción para el rango de edad que comprende los 35-45 años, con una tendencia a descender según avanza la edad. En el caso de los hombres, estos también presentan una distribución homogénea entre los 25-54 años, con un aumento considerable entre los 35-44 años (37.5%).

Nuevamente, al considerar el nivel socioeconómico de las y los usuarios/as, observamos que aquellos pacientes que residían en lugares más deprimidos socioeconómicamente (índices 4 y 5 MEDEA) englobaban más de la mitad de la muestra a los y las que se les prescribía tratamiento antidepresivo, siendo más acentuado en el caso de las mujeres.

Por último, pese a no alcanzar la significación estadística, al analizar los modelos de prevalencia se puede observar una tendencia a una mayor prescripción de fármacos antidepresivos, casi un 70% más, en mujeres con TP al ajustar el efecto por edad y nivel socioeconómico ($RP= 1.691$ (0.990 – 2.887): $p=0.054$).

Tabla 53. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno de la Personalidad y de prescripción aguda de antidepresivos según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	1.425 (0.953 – 2.130)	0.084
Modelo 2	1.426 (0.959 – 2.120)	0.079
Modelo 3	1.691 (0.990 – 2.887)	0.054

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; Modelo 2: ajustado por edad;

Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 54. Pauta de fármacos antidepresivos en las urgencias (Códigos ATC N06Ax) según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad (TP).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	80/276	29%	24/118	20.3%	0.081
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	11	100	0	0	0.027
25-34 años	20	76.9	6	23.1	0.326
35-44 años	25	73.5	9	26.5	0.823
45-54 años	17	77.3	5	22.7	0.583
55-64 años	6	66.7	3	33.3	0.628
65-74 años	1	100	0	0	1.000
75-84 años	0	0	1	100	-
>85 años	0	0	0	0	-
Total	80	100%	24	100%	0.081
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	3	75	1	25	1.000
II - Favorecido	12	85.7	2	14.3	0.302
III - Intermedio	10	66.7	5	33.3	1.000
IV - Desfavorecido	16	88.9	2	11.1	0.121
V - Muy desfavorecido	12	75	4	25	0.162
Total	53	100%	14	100%	0.048

Indicación de alta médica o ingreso hospitalario

La resolución de las intervenciones psiquiátricas de pacientes con trastornos de personalidad en urgencias implica el control y manejo de contención en crisis, inclusive el manejo de conductas auto o heteroagresivas, asegurando la desaparición aguda de la sintomatología por la que acude motu proprio o viene remitido a la urgencia.

Debido a la naturaleza de los cuadros englobados bajo el grupo diagnóstico TP, es de esperar que en mayor medida estos cuadros agudos se durante su estancia en urgencias, aunque en ocasiones requieren de intervenciones más prolongadas para asegurar la estabilidad psicopatológica, así como la integridad del paciente. Por ende, una proporción alta de pacientes no requerirán de un ingreso en una unidad de agudos de psiquiatría

Como podemos observar en la **tabla 56**, un moderado porcentaje de pacientes con diagnóstico en urgencias de TP requirieron de un ingreso más prolongado en la unidad de agudos de psiquiatría del Hospital Universitario Cruces (133 de 394 episodios, 32% de la muestra).

Al analizar los resultados de forma segregada por sexos, observamos que la proporción de personas que requieren de un ingreso presenta un aumento en el caso de las mujeres (37%) en comparación con los hombres (27%) ($p=0.081$). Por otro lado, no encontrando diferencias al valorar por sexo según los decenios de edad o el índice de privación socioeconómica ($p>0.05$). Debido al reducido número de pacientes con diagnóstico de TP atendido en urgencias de salud mental, los datos han de ser evaluados con cautela.

En el caso de las mujeres, los rangos de edad comprendidos entre los 25-54 años engloban el 77% del total de episodios que requieren de un ingreso, presentando un pico en el rango de edad entre 25-34 años (33%). Por su parte, los hombres presentan una distribución más homogénea, con un descenso progresivo en el rango de edad de los 55-64 años.

Respecto al Índice de Privación Socioeconómica MEDEA observamos que aquellos pacientes que requieren de un ingreso hospitalario presentaban una distribución homogénea entre los diferentes índices MEDEA, no encontrando diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, sí que podemos observar un aumento para el índice V (más desfavorecido en el caso de los hombres).

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas, observamos una tendencia a una mayor prevalencia en la indicación de ingreso hospitalario desde urgencias de salud mental, donde a las mujeres se les deriva en un 50% más de ingresos hospitalarios desde urgencias hospitalarias (RP= 1.500 (0.990 – 2.273); $p= 0.056$).

Tabla 55. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico en urgencias de salud mental de Trastorno de la Personalidad y de indicación de ingreso hospitalario según sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes.

Modelos	Razón de prevalencia (RP IC 95%)	Valor
Modelo 1	1.349 (0.966 – 1.885)	0.079
Modelo 2	1.349 (0.967 – 1.884)	0.078
Modelo 3	1.500 (0.990 – 2.273)	0.056

RP: Razón de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.
 Modelo 1: razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95%; Modelo 2: ajustado por edad;
 Modelo 3: ajustado por edad e índice de privación socioeconómica MEDEA.

Tabla 56. Indicación de ingreso hospitalario según sexo, edad y nivel socioeconómico en pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad (TP).

	Mujer		Hombre		P valor
Total (%)	101/276	36.6%	32/118	27.1%	0.081
Grupos de edad	N	%	N	%	P valor
15-24 años	13	72.2	5	27.8	1.000
25-34 años	33	86.8	5	13.2	0.001
35-44 años	23	65.7	12	24.3	0.509
45-54 años	22	78.6	6	21.4	0.310
55-64 años	9	75	3	25	1.000
65-74 años	1	100	0	0	1.000
75-84 años	0	0	1	100	-
>85 años	0	0	0	0	-
Total	101	100%	32	100%	0.081
Nivel socioeconómico - MEDEA	N	%	N	%	P valor
I - Muy favorecido	10	100	0	0	0.072
II - Favorecido	14	66.7	7	33.3	0.326
III - Intermedio	18	81.8	4	18.2	0.108
IV - Desfavorecido	16	80	4	20	0.553
V - Muy desfavorecido	14	70	6	30	0.296
Total	72	100%	21	100%	0.038

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

A través de este trabajo hemos pretendido analizar exhaustivamente la atención a las urgencias psiquiátricas y de salud mental en el área asistencial correspondiente al Hospital de Cruces (OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + OSI Barakaldo-Sestao + OSI Uribe), incluyendo una perspectiva de género.

A través del análisis de los itinerarios en la urgencia de hombres y mujeres, podemos observar la existencia de algunas diferencias tanto en el perfil de la demanda como a la hora de asistir, evaluar, diagnosticar y tratar a hombres y mujeres pertenecientes a un mismo grupo diagnóstico en las urgencias psiquiátricas y de salud mental.

Dada la sorprendente escasez de estudios en biomedicina que incorporan en su diseño metodológico la perspectiva de género, el presente trabajo nos ha permitido abrir un camino en la investigación, planteando la necesidad de incorporar dicha perspectiva con vistas a entender y reflexionar acerca de las diferencias halladas entre hombres y mujeres, tanto en la prevalencia de cada categoría diagnóstica como en la propia respuesta asistencial que se arbitra para cada una de ellas.

Del total de episodios analizados (n=9789), fueron atendidas en las urgencias de nuestro hospital un total de 6879 personas, de las cuales el 53.9% eran mujeres (n=3706).

Respecto a las principales características sociodemográficas analizadas, más específicamente en relación con la edad, observamos que las franjas de edad con más episodios registrados correspondían en ambos sexos a aquéllas comprendidas entre los 25 y los 54 años, con especial significación en los decenios correspondientes a los 35-44 años y los 45-54 años, periodos que aglutinaron hasta el 40% del total de episodios (41.6% en mujeres y 42.2% en hombres). En rasgos generales, la edad media de las mujeres (47.5 ± 19.09 años) fue mayor que la de los hombres (45.37 años ± 18.05 años), alcanzando este resultado significación estadística ($p < 0.001$). En el caso particular de las mujeres, la mayor parte de los casos se agruparon en una franja de edad entre los 45-55 años, período que ha sido relacionado en la literatura científica con el debut de diversas enfermedades mentales como las psicosis o los trastornos depresivos. De hecho, estas

patologías psiquiátricas han sido estrechamente relacionadas con la compleja interacción de un gran número de factores de riesgo tanto a nivel biológico (alteraciones genéticas y epigenéticas, alteraciones neuro-estructurales, alteraciones en los niveles hormonales), como a nivel socio-ambiental (situaciones vitales estresantes, exposición a vivencias traumáticas, pobreza, violencia, escasa red de apoyo social y emocional), entre otros.

Otro de los factores sociodemográficos analizados y de gran relevancia ha sido Índice de privación socioeconómica MEDEA, donde observamos en nuestra muestra una distribución similar entre ambos sexos. Considerando el área de atención sanitaria de las urgencias psiquiátricas y de salud mental correspondiente al Hospital Universitario de Cruces, resultaba esperable que un alto porcentaje de nuestra muestra residiera en entornos socioeconómicamente desfavorecidos o deprimidos, correspondientes a un índice MEDEA 4-5. Esta hipótesis se vio respaldada por los resultados obtenidos, donde observamos que más de la mitad de la muestra analizada residía en áreas socioeconómicamente deprimidas. Este resultado debiera considerarse como un determinante en la salud mental de la población en general. De hecho, existen múltiples estudios publicados que correlacionan los factores sociales y económicos como determinantes de la salud y de la salud mental por encima incluso de los factores biológicos.

De los resultados extraídos de nuestro estudio se desprende que existen perfiles clínicos mayoritariamente masculinos en nuestra muestra, como los trastornos por uso de sustancias, y perfiles predominantemente femeninos como el espectro del TMC y de los TP.

Respecto a las principales demandas registradas que requirieron atención urgente en psiquiatría y salud mental, un alto porcentaje de los episodios registrados correspondieron a situaciones catalogadas como episodios de ansiedad y estrés (40% del total), siendo este diagnóstico clínico de urgencias más frecuente entre las mujeres que requirieron valoración psiquiátrica urgente (57% del total), lo cual refrenda las cifras recogidas en la literatura especializada y en las encuestas de salud mental que hablan de una mayor prevalencia del TMC entre las mujeres a expensas de unas tasas más elevadas de ansiedad y depresión.

Resulta llamativo, a pesar de nuestro pequeño tamaño muestral, que el 70% de los Trastornos de la Personalidad atendidos en urgencias fueran mujeres, lo cuál pudiera relacionarse con sesgos de género en el diagnóstico de dichas patologías, tal y como se expone previamente en este mismo documento.

En cuanto a la solicitud de pruebas complementarias en global se solicitaron más pruebas de imagen a los hombres, lo cuál pudiera responder a conductas más agresivas en este fenotipo clínico con mayor riesgo de sufrir traumatismos y potenciales lesiones secundarias. Pero no se puede confirmar en el presente trabajo esta hipótesis, ni se puede descartar que existan menos peticiones de pruebas de imagen por una percepción médica sesgada de menor gravedad de los síntomas en las mujeres. Sin embargo, debemos considerar que en el caso de TMG se realizaron más pruebas radiológicas a las mujeres, lo cual nos lleva a pensar que el criterio profesional varía según el diagnóstico.

Respecto a las determinaciones analíticas resultó manifiesta la tendencia a realizar un mayor número entre los hombres con TMC y entre las mujeres con TMG. Se pudiera plantear que el criterio facultativo en general tendía a la sospecha mayoritaria de patología orgánica entre los hombres con TMC, que aún siendo más leve y requiriendo menos ingresos (en torno al 5%), precisaría el despistaje de otros cuadros médicos antes de llegar al diagnóstico de TMC. Por el contrario, dentro del TMG la situación clínica al ser más severa pudiera generar una mayor presunción de organicidad en las mujeres, a lo que se sumaría una menor conciencia de enfermedad mental grave en ellas, pese a que este hecho no se ajuste a la evidencia, especialmente en algunas franjas etarias. Estas hipótesis no pudieron ser ratificadas en este documento, pero abren una puerta al análisis de la actuación médica desde una perspectiva de género.

En materia de prescripción farmacológica existen dos grupos de moléculas con resultados relevantes, los ansiolíticos y los antidepresivos. Ambos con mayor prescripción entre las mujeres como tendencia general y en ocasiones con significación estadística. Los ansiolíticos fueron pautados en mayoritariamente en la cohorte femenina, y cabe añadir que dicha prescripción resulta probablemente infraestimada dado que en la práctica habitual en urgencias ante la prioridad de control de síntomas hay circunstancias en las que se administran sin registro durante el acto médico. Por su perfil terapéutico

tiene sentido que este grupo farmacológico sea utilizado mayoritariamente en urgencias. Por otro lado, los antidepresivos son medicamentos a priori no indicados en terapias de urgencia porque tardan dos o tres semanas en empezar a producir un efecto clínico. Analizando su prescripción en urgencias se observa que se prescribieron en pacientes bien que permanecieron en observación al menos 24 horas, o que ingresaron y se pautaron como parte de su terapia habitual. Coincide que el bajo porcentaje de episodios en que se administraron siempre fue inferior al de ingreso en todas las categorías, por lo que se puede deducir que respondía al tratamiento crónico de cara a una estancia prolongada. Sin embargo, lo que destaca en nuestros resultados es la evidencia de un mayor consumo de estos psicofármacos entre las mujeres, lo que corrobora lo ya reflejado en la literatura (Valls-Llobet, 2011; Bacigalupe y Matín, 2007), y que debiera alimentar un debate científico a la hora de analizar las causas que abocan a esta evidencia, no siempre vinculada a una buena praxis médica.

En relación a los datos globales de los recursos empleados para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes analizados en nuestra muestra cabe destacar que en el 48% de los episodios atendidos no se solicitó prueba alguna de imagen ni se administraron fármacos. Dentro de este grupo el 62% correspondía a TMC seguido del diagnóstico de TP, ambas facciones con presencia mayoritaria de mujeres.

Para concluir tras un episodio en el SU se toma una decisión médica respecto al destino del paciente al alta, que hemos simplificado de forma binaria como ingreso hospitalario o alta a domicilio. No se determinaron las derivaciones a otros recursos sanitarios o sociales tras el alta a domicilio. En torno al 20% de los casos fueron ingresados. Por tanto, la mayoría de las asistencias, sin poder determinar en el presente trabajo su adecuación a la hora del uso del recurso de urgencias hospitalarias, fueron dadas de alta.

En consideración al personal facultativo que atendió estos episodios en urgencias, recogimos únicamente la especialidad médica de quien decidió finalmente el alta. Se trató en la mayoría de los casos de profesionales de dos especialidades: psiquiatría, en el 58,2 % de los episodios, y el 40,4 % restante, medicina de urgencias (con la descripción ya realizada en el apartado de urgencias previo). En muchos episodios existieron

interconsultas entre ambas especialidades para el abordaje más óptimo del paciente, desde el punto de vista de psiquiatría por patología específica compleja o pacientes en seguimiento en la Red de Salud Mental, y desde la óptica de medicina se incluyó la recepción, estabilización y cuidado de intoxicaciones, despistaje de patología médica comórbida en el debut de ciertas patologías, lo que quedó reflejado en los diferentes grupos diagnósticos mediante el porcentaje de alta de cada especialidad, TMG y TP mayoritariamente con decisión final sobre el episodio por parte de psiquiatría y TMC y TUS con un porcentaje importante de intervención por parte de medicina.

Un dato a resaltar es la feminización paulatina de la profesión médica en general, y así se refleja en la plantilla de facultativas que atiende los episodios estudiados en SU del HUC, con un 61,3% de mujeres médicas, personal cualificado y especializado tras recibir una formación científica con unos estándares ampliamente descritos en otros apartados anteriores, y que tras una reflexión y revisión pormenorizada debieran incluir de forma prioritaria una formación en perspectiva de género que permita un abordaje más adecuado y específico de los aspectos tanto biológicos como socio-sanitarios de las distintas formas de enfermar del ser humano.

A continuación, revisaremos los principales resultados obtenidos para cada uno de los grupos sindrómicos que se han revisado en el apartado de resultados.

Trastorno Mental Común (TMC)

Con respecto a la categoría clínica de TMC, la de mayor número de episodios, según los datos analizados observamos que la prevalencia de este grupo de diagnósticos en las urgencias fue muy superior entre las mujeres. Este hallazgo concuerda con lo descrito en la literatura científica de que las mujeres tienen el doble de probabilidad de ser diagnosticadas 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. Nos encontramos en un contexto sanitario con profesionales que han recibido una formación orientada al diagnóstico clínico desde una perspectiva biológica, probablemente sin prestar la suficiente atención a otros

determinantes sociales o económicos que puedan estar influyendo como la situación personal, social o familiar, el determinante de género y la carga mental que supone, así como la presencia de trabajo no remunerado relacionado con el tema de cuidados y tareas domésticas.

El TMC es el grupo diagnóstico que presenta un menor porcentaje de ingreso hospitalario (5%). Observamos una sobrerrepresentación del sexo femenino en determinados grupos diagnósticos. Las mujeres, por ejemplo, representan el 65% de los diagnósticos realizados dentro de los denominados grupos “Trastornos Neuróticos, Estresantes y Somatomorfos”.

En el caso de la depresión, las diferencias en el diagnóstico se pueden deber a que la mayoría 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 haber una ocultación de los síntomas (ser valorado como algo femenino, y por consiguiente causa de vergüenza). Por otro lado, puede que los profesionales de la salud no tengan presentes estos aspectos y tiendan al infradiagnóstico de la depresión en los hombres, lo cual ha sido descrito como la paradoja de la salud mental (Barbour, 2013).

En línea con los resultados expuestos, según los datos recogidos y ajustando el efecto según la edad y nivel socioeconómico, los hombres presentan una mayor probabilidad de que se les solicite una prueba complementaria, bien de imagen o analítica. Sería interesante y necesario analizar si es sólo por el hecho de ser hombres, por comportamientos asociados a los roles de género o por sesgos profesionales.

A las mujeres se les prescriben más ansiolíticos, tanto en el grupo global de TMC (incluyendo ansiedad y depresión) como cuando se incluyen sólo los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, lo que implica que ante el mismo grupo diagnóstico se actúa de manera diferente entre hombres y mujeres. Podemos decir que, al ajustar el efecto según la edad, a las mujeres se les prescribe con mayor probabilidad fármacos ansiolíticos (hasta un 12% más), en comparación con los hombres.

A la luz de los resultados, existen de sesgos de género en la atención y el tratamiento de este grupo de trastornos, prescribiendo más fármacos ansiolíticos a las mujeres y pidiéndoles menos pruebas analíticas y radiológicas. Ante mismo diagnóstico no se actúa de manera similar en la evaluación diagnóstica ni en el tratamiento ofertado y existen diferencias entre ambos sexos en relación a la mayor prescripción de ansiolíticos en TMC. Es un planteamiento clave para su estudio en profundidad.

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas, debido probablemente al bajo tamaño muestral de pacientes en tratamiento antidepresivo, se observó una tendencia a una mayor prescripción de fármacos antidepresivos a las mujeres.

Enfocándonos en nuestra hipótesis, esta diferencia puede ser la consecuencia, en el caso de las mujeres que presentan sintomatología ansiosa, de que no se soliciten tantas pruebas porque la literatura muestra una mayor prevalencia de la patología ansiosa en el sexo femenino y se sospecha esta posibilidad de forma preconcebida, y respecto a los hombres, al no ser diagnosticados tan frecuentemente de ansiedad o depresión, ante los mismos síntomas, estos se atribuyen a algún problema médico y parece obligado el despistaje por medio de pruebas analíticas y de imagen de tal opción. Se debería determinar si por el único hecho de ser hombres se les considera candidatos a realizarse estas pruebas y descartar otras causas médicas que justifiquen el cuadro clínico, y consecuentemente revisar los patrones de atención sanitaria basándose en una perspectiva de género.

Trastorno mental grave (TMG)

Con respecto a la categoría clínica de TMG, y según los datos analizados, observamos que representa aproximadamente el 18 % de la muestra con 1.805 episodios (42% mujeres).

En urgencias, debido al contexto de celeridad en el que se realiza el abordaje diagnóstico y terapéutico de las y los pacientes, no disponemos de parámetros

suficientes para poder hacer una valoración global del mismo, dado que la tendencia es a hacer un diagnóstico sintomático y transversal, por lo que nos hemos ceñido al diagnóstico clínico presente en la persona en el momento de ser atendida.

En este sentido, hemos encontrado muy pocos casos de depresión grave con/sin síntomas psicóticos que acudieran a urgencias de manera directa, lo que podría estar relacionado con que los ingresos de las depresiones refractarias al tratamiento en los centros de salud mental se derivan para ingreso de manera programada, y por ende, no son evaluados en urgencias. La inmensa mayoría de ingresos programados por depresión son mujeres y no pasan por el Servicio de Urgencias, sino que esperan en sus domicilios a la disponibilidad de una cama para realizar un ingreso.

A continuación, analizando las dos entidades principales incluidas en el trastorno mental grave, como son el espectro de la esquizofrenia y el del trastorno bipolar, compararemos las diferencias según el sexo.

Comenzando por 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 (Wyatt et al., 1988). Sin embargo, no todos los autores compartían esta opinión (Levine, Burbach, Meltzer, 1984). En línea con esto, dichos autores fueron los primeros en notar que, al utilizar criterios más restrictivos para el diagnóstico de esquizofrenia, el número de mujeres excluidas de la definición era mayor que el de hombres. Utilizando criterios de diagnóstico estándar en un estudio de incidencia poblacional, un metaanálisis del grupo de Aleman y colaboradores (2013) confirmó que los hombres tenían una mayor incidencia, con una relación de 1,42. Sin embargo, estudios más recientes de prevalencia en esquizofrenia en la población general no encontraron diferencias de género, al incluir también el conocido segundo pico de incidencia en las mujeres, periodo englobado en el periodo de los 45-50 años.

La diferencia de prevalencia es más evidente si reparamos en función de la edad en cada grupo. Un estudio de Castle y cols. (1993) sobre registro de casos, utilizando criterios DSM-III, mostró que los hombres de menos de 45 años presentaban la incidencia

más alta de esquizofrenia. Las mujeres de más de 45 años mostraban una mayor incidencia que los hombres de esa misma edad.

Las diferencias en la práctica clínica se respaldan en las consecuencias de una interacción mixta entre factores biológicos 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.

Sin embargo, en las urgencias atendidas en el Hospital de Cruces, se diagnostica mucho más frecuentemente a hombres de trastornos psicóticos y esquizofrenia que a las mujeres, pese a los datos aportados en la literatura de una prevalencia similar. Podemos hipotetizar que estos resultados puedan estar relacionados con la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos en el caso de los hombres, entre los que se incluye la presencia de conductas disruptivas, agresividad y conductas antisociales, sin olvidarnos de una mayor prevalencia de consumo de sustancias que exacerban los síntomas descritos. Por el contrario, en el caso de las mujeres, ante este mismo diagnóstico, y una vez más como ocurre en los casos de trastornos depresivos, reciben más frecuentemente tratamiento con antidepresivos desde urgencias, probablemente por ser su pauta de base, pues el tratamiento indicado de dichos cuadros son los antipsicóticos. Es decir, no se siguen las mismas pautas de tratamiento que recomiendan las guías para psicosis existiendo un sesgo en el tratamiento entre mujeres y hombres.

En el trastorno bipolar, las diferencias observadas en la literatura entre géneros son visibles 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 (hipomanía + depresión) mientras los hombres trastorno bipolar tipo I (manía + depresión). 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 maníaco (Dell’Osso, Cafaro y Ketter, 2021).

Al analizar las pruebas complementarias, a las mujeres se les solicitan en proporción más pruebas de imagen (31% más). Curiosamente, al ajustar el efecto por la edad y nivel socioeconómico, las mujeres presentan una menor probabilidad de que se les soliciten pruebas de imagen (15% menos). Por otro lado, respecto a las pruebas analíticas, las mujeres presentan un incremento en la probabilidad de que se les solicite una prueba analítica (16%). Se debe tener en cuenta que las edades de aparición de estos cuadros son diferentes según el sexo y en casos de debut, por protocolo, en el SU se realizan unas exploraciones de imagen y analíticas para descartar otras causas médicas comórbidas.

Con respecto a la prescripción de psicofármacos en urgencias, observamos que ajustando el efecto por edad y nivel socioeconómico las mujeres presentan una probabilidad de que se les prescriban fármacos ansiolíticos (21% más). En la misma línea observamos que a las mujeres se les prescribe un 39% más probabilidad fármacos antidepresivos.

Observamos que a las mujeres con TMG se les ingresa un 11% más que a los hombres tras ajustar el efecto por edad y nivel socioeconómico.

Por tanto, respecto 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. Estos datos los hemos podido corroborar en nuestro trabajo, ya que las diferencias en el tratamiento de las urgencias psiquiátricas del HUC han sido significativas con mayor porcentaje de prescripción de ansiolíticos y 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 de una manía.

Es interesante resaltar en nuestros hallazgos que desde urgencias se pauten más tratamientos antidepresivos en las mujeres que en los hombres. Como ya se ha explicado, y dado el alto porcentaje de ingreso en este grupo diagnóstico (68%), indicaría que es un tratamiento habitual y nos apoyaría 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 con el mismo diagnóstico, lo cual avala nuestra hipótesis de mayor prescripción de psicofármacos a las mujeres (ansiolíticos y antidepresivos en TMG), y resulta coincidente con la valoración del TMC.

Trastornos Mentales por uso de sustancias (TUS)

Entre los grupos diagnósticos analizados, el grupo de TUS es el único grupo con una clara predominancia de hombres, quienes representan casi un 70% del total de la muestra, siendo el grupo diagnóstico con un mayor perfil masculino.

Para entender la disparidad 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 encontrar en la socialización de género diferencial, ya que ésta determina el modo que tienen de actuar, pensar y expresar mujeres y hombres, dando como resultado un patrón de consumo masculino y femenino. Tal como se ha comentado previamente, en el estudio de la Fundación Atenea se concluyó que mayoritariamente los consumidores de las sustancias psicoactivas son hombres, exceptuando el caso de los tranquilizantes (medicación ansiolítica e hipnótica), en los que la mayoría son mujeres que tienen prescritas dichas sustancias por indicación facultativa. Además, el doble estigma que es ser mujer drogodependiente genera en ellas estrategias de ocultamiento del problema y de máxima prolongación del tiempo hasta solicitar ayuda derivando en una detección tardía de los problemas de drogas en las mujeres que sólo acuden cuando hay un deterioro físico y mental severo (Cantos, 2016). 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

(Cantos, 2016). Cabría suponer, como se ha mencionado previamente, que los SU serían recursos donde se manifestaran estos casos.

Respecto a la indicación y gestión de la atención de pacientes con diagnóstico de TUS, podemos decir en términos generales que:

En nuestra muestra se pidieron más pruebas de imagen a hombres con TUS, 22% mujeres y 29% hombres, lo cual resulta estadísticamente significativo. No podemos extraer conclusión alguna al respecto, pero pudiera estar relacionado con que los hombres muestran más conductas externalizantes en forma de conductas agresivas y disruptivas y que haya que descartar lesiones traumáticas pidiendo pruebas de imagen. Pero también se podría hipotetizar que vemos en el problema de abuso de sustancias de los hombres una mayor gravedad y por ello se piden más pruebas complementarias, mientras que en las mujeres se valoran los problemas de alcoholismo o drogas como menos relevante, o que revisten menor gravedad, siendo por tanto menos susceptibles de pruebas complementarias, lo que pudiera estar relacionado con sesgos de género en la atención médica dado que las mujeres solicitan más tarde la ayuda asistencial por lo que su drogadicción tiene peor pronóstico y mayor gravedad a la larga, como ya se ha comentado.

En relación a la prescripción de fármacos, observamos que se reproduce el patrón de que las mujeres tienen una mayor probabilidad de que se les prescriba un fármaco antidepresivo en urgencias hospitalarias, un 85% más con respecto a los hombres. Una vez más nos encontramos con una mayor prescripción de antidepresivos en las mujeres con una patología adictiva a diferencia del tratamiento ofertado a los hombres.

Con respecto a la indicación de ingreso, las mujeres presentan una menor probabilidad (17% menos) de que se les derive a un ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias cuando en el informe Atenea se especifica que cuando las mujeres acuden demandando ayuda por adicciones revisten una mayor gravedad y acuden en situaciones de mayor deterioro físico y mental. Por tanto, se debiera analizar si nos encontramos también con la presencia de sesgos de género en el tratamiento ofertado, teniendo en cuenta las diferencias de presentación entre ambos sexos.

Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto (TP)

Este grupo diagnóstico es el de menor número de episodios, siendo el 4%, por lo que su representatividad es baja. Pero el dato de su distribución por sexos debe obligar a una reflexión, pues en las urgencias psiquiátricas del HUC en el trienio 2017-2019, las mujeres fueron las que más recibieron dicho diagnóstico en la muestra analizada (70%). Y este hecho nos tiene que hacer pensar por qué son las mujeres más diagnosticadas de este grupo de trastornos cuando la literatura recoge una prevalencia similar e incluso superior en hombres (Ministerio de Sanidad, 2020).

Tal y como ya se ha reflejado, en la literatura se ha hipotetizado la relación de los trastornos de personalidad con los roles de género masculino y femenino (Brickman et al., 2014) tanto desde el punto de vista de poder cumplir los criterios para diagnosticar un trastorno de personalidad del DSM, como catalogándolas de enfermas según el cumplimiento o no de las expectativas sociales aceptadas. Y también se ha estudiado la imagen de género para profesionales de la salud mental respecto al apoyo en características “femeninas” para su diagnóstico (Mantilla, 2015).

Y como se ha dicho previamente, algunas teorías feministas especulan sobre si la razón para que se diagnostique con menos frecuencia el trastorno límite de la personalidad en los hombres consiste en que estos se integran más fácilmente en la sociedad (Karim et al., 2019). En otras palabras, el mismo nivel de agresividad en una mujer pudiera percibirse como patológico, mientras que en un hombre se pudiera considerar normal lo que explicaría en parte los hallazgos encontrados en nuestra muestra.

También en este caso cabe señalar que ante la misma categoría diagnóstica se percibe una actuación diferente entre hombres y mujeres administrando ansiolíticos con más facilidad en el caso de las mujeres, lo cual pudiera representar un sesgo de género interiorizado por parte de terapeutas y profesionales. También hay una mayor prescripción de sedantes e hipnóticos de manera significativa que requerirá de análisis más detallados a futuro para comprender las razones que lo pueden explicar.

Los hombres tienen más probabilidades de demostrar un temperamento explosivo y están más abiertos a la búsqueda de novedades. Esto también ha sido relacionado con las expectativas sociales, y no tanto en relación con la presencia de 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, ansiedad y trastorno por estrés postraumático. Estas diferencias en la comorbilidad traen consigo que las mujeres soliciten más asistencia médica y reciban más tratamientos psicoactivos.

Algunas limitaciones

A pesar de las aportaciones realizadas a lo largo del presente trabajo, existen ciertas limitaciones que deben tenerse en consideración a la hora de interpretar los resultados:

Los episodios se seleccionan respecto al primer diagnóstico asignado, que se interpreta como el principal de la asistencia realizada según criterio médico. Es probable que existan más episodios con diagnósticos de salud mental, pero en segundo lugar o sucesivos. Sería objeto de otro estudio con otro diseño.

Respecto al tratamiento registrado en el programa informático hemos recogido todos los fármacos pautados durante la asistencia en SU, no hemos discriminado los de pauta aguda y aquellos prescritos de cara a ingreso hospitalario, lo que ya se ha comentado que se sospecha con los antidepresivos. Respecto a la prescripción, sabemos que se escapan al registro fármacos administrados durante el acto médico con objeto de control de síntomas de forma ágil y sin personas intermediarias. La mayoría de estas sustancias son ansiolíticos.

El/la profesional que figure en el programa informático como perteneciente a la especialidad que realiza el alta hospitalaria, no necesariamente ha asumido la responsabilidad clínica de cada paciente durante todo el proceso, pues existen muchas interconsultas y trabajo en equipo. Este registro sólo asegura que es quien toma la decisión del destino al alta. Aunque existe una traza en el programa que podría determinar la iniciativa de cada actuación, no ha sido objeto de análisis en el presente trabajo.

CONCLUSIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

El presente trabajo permite obtener una foto del trabajo en urgencias de psiquiatría y salud mental en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Cruces bajo una perspectiva analítica de género

La muestra analizada es mayoritariamente femenina y de perfil socioeconómico desfavorecido, al tiempo que se ajusta en su mayoría al área de influencia, lo que a priori confiere un buen uso de recursos en lo que a la cobertura geográfica se refiere.

Existen perfiles masculinos y femeninos en las demandas y diagnósticos representando el TUS un perfil marcadamente masculino y el TMC y los TP perfiles femeninos.

La mitad de las demandas de atención psiquiátrica obedecen a cuadros de TMC siendo el diagnóstico más frecuente en las urgencias de psiquiatría salud mental atendidas, siendo a su vez el grupo diagnóstico más feminizado y con una elevada repercusión socio-económica derivando en un problema de salud pública de primer orden.

La medicina convencional biologicista con gran peso en la formación del colectivo médico, no contempla habitualmente la perspectiva psico-social ni de género marcadamente desigual en la vida del 51% de la población mundial, tanto en el ámbito laboral (mayor precariedad y pobreza), como en el doméstico, donde los cuidados son en su mayoría de las mujeres. Además de su mayor vulnerabilidad al trauma, por ejemplo, a la violencia de género.

Ello conlleva una medicalización abusiva de las mujeres a igualdad de diagnósticos sindrómicos, siendo los ansiolíticos y los antidepresivos los fármacos más prescritos en el género femenino.

Existe un probable infradiagnóstico de los cuadros depresivos en hombres. Los roles de género, a pesar de dejar a dicho sexo en una posición de poder, también le condicionan un perjuicio en esta dinámica coyuntural sexo/género.

Se debería realizar una reflexión más profunda sobre la intervención necesaria en la formación sanitaria y en los recursos existentes. La mayor parte de estas patologías (TMC) presentan un perfil de baja necesidad de pruebas, fármacos e ingreso. Probablemente precisen de una atención más optimizada en unos otros dispositivos extrahospitalarios con más dotación de personal especializado y un perfil asistencial más integrador.

Urgen nuevas investigaciones que consideren e integren otras áreas sanitarias del territorio para corroborar nuestros datos con el fin de poder correlacionarlos con otros ejes de intersección como como el índice MEDEA, la clase social, el estatus económico y la perspectiva de género.

Aunque no se ha podido evaluar en nuestro estudio, en la punta del iceberg de la desigualdad estructural hacia las mujeres está la violencia de género, que no se explora ni se pregunta ni se detecta en urgencias de forma adecuada.

Sufrir violencia convierte a las mujeres más vulnerables a padecer determinados problemas de Salud Mental y viceversa. Padecer un TMG coloca a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad a padecer dicha violencia.

El TUS está infradiagnosticado e infratratado en las mujeres y es posible que muchas veces pase desapercibido y en las urgencias se podrían detectar algunos de estos casos si hay sensibilización con este tema. El hecho de que permanezca parcialmente oculto en las mujeres las coloca en situaciones de mayor riesgo para agresiones sexuales, por ejemplo. Las unidades de adicciones tienen más usuarios que usuarias y lo mismo ocurre con las comunidades de Rehabilitación. Uno de los criterios para residir en una comunidad terapéutica es aislarse del medio habitual, y esto es difícil en el caso de las mujeres, sobre todo si tienen menores a cargo, o se encargan del cuidado de otros miembros de la familia, así como del cuidado y las tareas domésticas. Las mujeres con TUS representan un grupo minoritario, pero urge visibilizar la realidad de su adicción para poner en marcha recursos adaptados a sus necesidades específicas.

Las conductas más externalizantes y agresivas de los hombres también se rigen por unas normativas de género que resultan en perjuicio de su salud. Una revisión de este paradigma sería de beneficio global.

Dado el momento particular en que vivimos es inevitable pensar en el impacto de las pandemias en nuestras vidas. Resulta necesario seguir investigando cómo ha afectado la pandemia COVID a la salud mental de las personas. La pandemia ha empeorado situaciones de desigualdad que ya existían. Para empezar, una desigualdad en el reparto global de las vacunas.

La pandemia COVID desde marzo de 2020 evidencia la importancia de situar los cuidados en el centro. Las mujeres son las más afectadas debido a que trabajan entre otros en el ámbito de la salud y los cuidados. En sectores sanitarios, hasta el 70% de profesionales son mujeres. La doble o triple jornada se ha exacerbado durante este período. Las limpiadoras tanto de centros hospitalarios, socio-sanitarios como residenciales, así como las cuidadoras de ancianas/os son mayoritariamente mujeres. Las empleadas domésticas son mujeres, las cuidadoras remuneradas como no remuneradas son mujeres. Es tal la evidencia que parece importante poder seguir ahondando en la repercusión que todo ello ha tenido en la salud mental de las mismas.

La pandemia además ha afectado a gran cantidad de pacientes que ya padecían un trastorno psiquiátrico. El confinamiento, el miedo al contagio, y el cierre de los centros asistenciales han aumentado el aislamiento de personas ya padecían un TMG.

Las mujeres víctimas de violencia de género se han visto obligadas a convivir con sus agresores, tanto ellas como los menores a su cargo. Se han visto incrementadas las llamadas y consultas al teléfono de atención a víctimas de violencia de género. Pensamos que este trabajo abre una grieta y esperamos que en el futuro se aumente la investigación con perspectiva de género (Instituto de la Mujer, 2020).

Respecto a las implicaciones políticas que se derivan de este estudio parece necesario que desde nuestras organizaciones sanitarias se priorice la investigación con perspectiva de género tal y como se indica en el I Plan de Igualdad de Osakidetza (2021-2024) cuyo eje II sugiere la necesidad de colaborar con el Departamento de Salud en la incorporación de la perspectiva de género en la investigación e innovación realizada desde Osakidetza en el ámbito de la salud de las mujeres. De esta forma se establecerán las necesidades de intervención en el sistema sanitario, desde la formación sanitaria a la adecuación de recursos en pro de una mejor atención en la equidad de la salud general, con especial atención a la población que parte de una situación desfavorecida.

Nuestro trabajo está alineado con las líneas estratégicas de nuestra organización en cuanto a innovación y mejora, y que a su vez comparten el espíritu de:

- Compromiso de XII Legislatura nº 73, iniciativa 4; compromiso nº 66, iniciativa 2
- Marco Estratégico del Departamento de Salud: Un sistema I+D+i en salud que colabora con la equidad entre hombres y mujeres.
- VII Plan para la Igualdad de mujeres y hombres de Euskadi. Buen Gobierno. Programa III: Enfoque de género en los procedimientos de trabajo.
- Plan de Salud 2013-2020 Departamento de Salud: Área prioritaria 1, objetivo 1.7
- Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza 2017-2020: Reto 6
- Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020
- Agenda Euskadi Basque Country 2030: ODS 3

Del Plan de Igualdad de Osakidetza se desprenden la necesidad de colaborar en el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la accesibilidad al diagnóstico y tratamiento, tanto en sus vertientes de ensayos clínicos como asistenciales (urgencias de psiquiatría y salud mental). Colaborar en el impulso de trabajos de investigación futuros centrados en el género como determinante de la salud y en enfermedades específicas o de mayor prevalencia en las mujeres como lo son la ansiedad, la depresión y el impacto de la COVID en la salud mental. Es prioritario identificar e incorporar indicadores de género en todas las fases de los trabajos de investigación que se lleven a cabo en Osakidetza.

En el terreno asistencial, los problemas con un origen social acaban recibiendo atención psiquiátrica o psicológica, de manera que lejos de abordar tal problema, se psiquiatriza o psicologiza. Parece necesaria la incorporación de la llamada “prescripción

social”, concepto relacionado con el papel de la profesión médica, al orientar, indicar, "prescribir" a cada paciente, servicios y ayudas no médicas disponibles en la comunidad, que podrían proporcionar bienestar y solucionar problemas que tradicionalmente se derivan hacia una intervención médica farmacológica ofrecida por profesionales del sistema sanitario.

Este término está relacionado igualmente con los determinantes sociales de salud y con la concepción holística de promoción de la salud. La prescripción social se ha definido como el mecanismo que permite enlazar a pacientes con fuentes no médicas de apoyo dentro de la comunidad. Dichas fuentes pueden incluir oportunidades para la actividad física, el aprendizaje, el voluntariado, ayuda recíproca, grupos de empoderamiento y autoayuda, estímulo de las artes y creatividad, así como apoyo y orientación en consejo legal, problemas parentales/marentales, etc. (Bunghay, 2010).

La prescripción social conlleva un refuerzo de la autoestima, mejora del ánimo, oportunidades para el contacto social, aumento de la autoeficacia, incorporación de habilidades y una mayor confianza (Morton, 2015). Además, contribuye a influir y mejorar las determinantes sociales de la salud (While, 2016) y ayuda a descongestionar la presión asistencial hacia la atención primaria (Torjesen, 2018).

Resulta necesario crear espacios de reflexión en el ámbito clínico que ayuden a reorientar y resignificar la demanda. La incorporación del modelo biopsicosocial real en la práctica clínica y fomentar estrategias de promoción de la salud con perspectiva de género incluyendo grupos de mujeres parecen de especial relevancia.

En urgencias, y en el sistema de atención sanitaria actual, se imponen unas limitaciones en el tiempo de atención dedicado a las personas en situación de crisis o trastorno mental que pueden penalizar la calidad del servicio. Es importante por tanto una formación adecuada del staff sanitario incluyendo la perspectiva de género acompañada de una ratio adecuada de profesionales y una optimización de la dimensión de recursos adaptados al perfil de la demanda que permitan desincentivar la prescripción de psicofármacos como recurso automático (modelo bio-psico-social).

El colectivo profesional requiere igualmente una atención que ayude y facilite una buena praxis. Espacios de cuidado de profesionales son necesarios también (grupos de supervisión, apoyo, formación). “Cuidar a quien cuida”.

La intervención política precisa de una actuación multinivel: formativo, asistencial, comunitario y de investigación, incorporando necesariamente la perspectiva de género a todos ellos.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias

- Abdul Karim, M., Venkatachalam, J. (2019). Comparative analysis of aggression among normal and abandoned street adolescent girls in coimbatore district. *International Journal of Research and Analytical Reviews (IJRAR)*, 6 (2), 897-904.
- Abiétar, D. G. (2019). ¿Sólo dos?: la medicina ante la ficción política del binarismo sexo-género. Cambalache Libros.
- Alnaes, K. (2010). La verdadera historia de Sabina Spielrein. Siruela.
- Aleman A, Kahn RS, Selten JP. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60(6), 565–571.
- Aleman A, Kahn RS, Selten JP. (2013). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 60(6), 565-571.
- Allouch, J. (2008). Marguerite o la Aimée de Lacan. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastorno Mentales. 5ª ed. American Psychiatric Association; Arlington, VA, USA: Masson.
- Arend, P. (2004). "Book Review: Women and Borderline Personality Disorder: Symptoms and Stories". *Critical Sociology*, 30:2; 549-552.
- Asendorpf, J.B. (2002). Self-awareness, other awareness and secondary representation. En: Meltzoff, A.N., Prinz, W., Ed. *The Imitative mind: Development, Evolution and Brain Bases*. Cambridge Studies in Cognitive perceptual Development. New York: Cambridge University Press.
- Ajuriaguerra, J. (1976). Evolución y trastornos del conocimiento corporal y de la conciencia de sí mismo. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Ed Toray-Masson.
- Bacigalupe de la Hera, A., Martín Roncero, U. (2007). 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. Colección Derechos Humanos. ISBN: 978-84-89776-18-0. Ed. Ararteko
- Bance, C. (1997). Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment. *Social Science & Medicine*, 33, 8, 875-884.
- Beauvoir, S. (1952). *The Second Sex*. New York: Vintage Books.

Bischof-Köhler, D (1994). Self-object and interpersonal emotions. Identification of own mirror image, empathy and prosocial behavior in the 2nd year of life. *Psychol Z Angew Psychol*, 202(4), 349.

Bjorklund, P. (2006). "No Man's Land: Gender Bias and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder", *Issues Mental Health Nursing*, 27(1), 3-23.

Bleichmar, E. (1997). La sexualidad femenina. De la niña a la mujer. Barcelona: Ed Paidós.

Bourdieu, P. (2001). La Dominación masculina" Masculine Domination. Stanford University Press.

Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.

Brickman, B. (2004). "'Delicate' Cutters: Gendered Self-Mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse", *Body & Society*, 10(4), 87-111.

Brickman, L.J., Ammerman, B.A., Look, A.E., Berman, M.E., McCloskey, M.S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 1:14.

Bungay H, Stephen Clift S. Arts on Prescription: A review of practice in the UK. *Perspectives in Public Health*. 2010;130(6):277-81.

Butler, J. (1999). Gender trouble. Feminism and the Subversion of Identity. Routledge Ed. New York.

Butler, J. (2004). Undoing gender. Routledge eds.

Cantos R, Altell G, Tudela M, Martinez P, Gonzalez I, Rivero V. 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>

Castle DJ, Wessely S, Murray RM. (1993). Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency, and associations with premorbid variables. *Br. J. Psychiatry*, 162; 658-664.

Chesler, P. (2018). Women and madness. Chicago Review Press.

Damasio, A.R. (1994). Descartes error: Emotion, Reason and the human brain. New York: G.P. Putnam.

Damasio, AR. (1996). The Somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos Trans R Soc Lon. Boil Sci*, 351 (1346),1413-20.

Defensor del pueblo (2015). Las urgencias hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes. estudio conjunto de los defensores del pueblo. Recuperado de: <https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/las-urgencias-hospitalarias-en-el-sistema-nacional-de-salud-derechos-y-garantias-de-los-pacientes-estudio-conjunto-de-los-defensores-del-pueblo-enero-2015/>

Dell'Osso B, Cafaro R, Ketter TA. (2021) Has Bipolar Disorder become a predominantly female gender related condition? Analysis of recently published large sample studies. *Int J Bipolar Disord*; 9(3).

Deogracias, M (2016). La imperfección como motivación vital. Recuperado de: <https://mujeresconciencia.com/2016/12/19/la-imperfeccion-motivacion-vital/>

Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2020). Marco Estratégico 2021-2024. Recuperado de: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/es_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf

Didi-Huberman, G. (2007). La invención de la histeria. Charcot y la iconografía de la Salpetrière. Madrid: Ediciones Cátedra.

Dusenbery, M. (2018). Doing harm: the truth about how bad medicine and lazy science leave women dismissed, misdiagnosed, and sick. New York, NY: HarperOne.

Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H., García Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and Mental Health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet*, 371, 1165-1172.

Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20

Figueroba, A. (2020). Karen Horney y su teoría sobre la personalidad neurótica. Horney fue una de las primeras representantes del neofreudismo y de la psicología feminista. Recuperado de: <https://psicologiyamente.com/biografias/karen-horney>.

Foucault, M. (1976). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión.

Foucault, M. (1992). History of Sexuality Penguin books.

Hankivsky, O., Springer, K.W., Hunting, G. (2018). Beyond sex and gender difference in funding and reporting of health research. *Res Integr Peer Rev*, 3:6.

Howard, L. M., Ehrlich, A. M., Gamlen, F., & Oram, S. (2017). Gender-neutral mental health research is sex and gender biased. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 9-11.

Huertas, R. (2012) Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura. Catarata Ed.

Instituto de la Mujer. (2020). La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado. Recuperado de: [https://www.inmujeres.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_\(uv\).pdf](https://www.inmujeres.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)

Janet, P. (1929). L'évolution psychologique de la personnalité. 1 ed. París: Edition Chahine.

Jaspers, K. (1977). Psicopatología general. Buenos Aires: Editorial Beta.

Jimena, M (2015). 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]. [citado 14 de abril de 2021] 10(21):25-6. Disponible en: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/mora/article/view/2397>

Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., & Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 199–214. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80069-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80069-3).

Liu, K. A., Dipietro Mager, N. A. (2016). Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharmacy Practice (Granada)*, 14(1), 0-0.

Leslie, A. (2002). Pretense and the Representation Revisited. In: Stein N, Bauer P, Rabinowitz M, ed. Representation, Memory and Development. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum .pp.103-4.

Lewine, R., Burbach, D., Meltzer, H. Y. (1984). Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients. *The American journal of psychiatry*, 141(1), 84–87. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.1.84>

Lewis, M., Brooks-Gunn, J. (1979). Social cognition and the acquisition of Self. New York: Plenum Press.

Lewis, M., Sullivan, M.W., Stanger, C., Weiss, M. (1989). Self development and self-conscious emotions. *Child Development*, 60(1):146-56.

Lewis, M. (1995). Aspects of the Self: From Systems to ideas En: Rochat, P., Ed. The Self in Early Infancy: Theory and research. Amsterdam: North Holland.

Lewis, M., Ramsay, D. (2004). Development of Self-recognition personal pronoun use and pretend play during the 2nd year. *Child Development*, 75 (6), 1821-31

Linehan, M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford.

Lippa, R. A. (2000). Gender-related traits in gay men, lesbian women, and heterosexual men and women: The virtual identity of homosexual-heterosexual diagnosticity and gender diagnosticity. *Journal of Personality*, 68(5), 899-926.

López Mondéjar, L. (2017). El inconsciente es patriarcal, cuidado con él. La opinión de Murcia. Disponible en: <http://www.laopiniondemurcia.es/opinion/2017/03/08/inconsciente-patriarcal-cuidado/811655.html>

López-Ibor J.J. y López-Ibor Aliño J.J. (1974). *Cuerpo y corporalidad*. Madrid: Editorial Gredos.

López-Ibor, J.J., Ortiz, T., López-Ibor, M.I. (2011). Percepción, vivencia e identidad corporales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (Supl 3), 3-118

Mantilla, M.J. (2015). Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de personalidad

Ministerio de Sanidad. (2010). Unidad de urgencias hospitalarias: estándares y recomendaciones. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Mantilla, M.J. (2015). 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. Núm. 21. Doi: 10.34096/mora.n21.2397

Marcel, G. (1955). *Être et avoir*. París: Editorial Montaigne.

Marías, J. (1996). *Persona*. Madrid: Ed Alianza.

Marías, J. (1970) Antropología metafísica. Madrid: Revista de Occidente.

Mateos M, de Diego M, Martín JA, Calvo M, Elorriaga E, Esnaola S. (2018). Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018. Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.

Merleau-Ponty, M. (1975). Fenomenología de la percepción. Barcelona: Editorial Península.

Miller, L. R., Marks, C., Becker, J. B., Hurn, P. D., Chen, W. J., Woodruff, T., McCarthy, M. M., Sohrabji, F., Schiebinger, L., Wetherington, C. L., Makris, S., Arnold, A. P., Einstein, G., Miller, V. M., Sandberg, K., Maier, S., Cornelison, T. L., & Clayton, J. A. (2017). Considering sex as a biological variable in preclinical research. *FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, 31(1), 29–34. <https://doi.org/10.1096/fj.201600781R>

Mithu, S. (2012). Vulva. La relación del sexo invisible. Anagrama eds, Barcelona

Murga-Eizagaetxebarría, N., Rodríguez-Padial, L., Muñiz J., Sambola A., Gómez-Doblas, J.J., Pedreira, M., et al. (2019). Perspectiva de género en el estudio OFRECE: diferencias en la atención entre pacientes que consultan por dolor torácico o por palpitaciones. *Revista Española de Cardiología*, 72, 813-819.

Morton L, Ferguson M, Baty F (2015). Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*. 129(3):286-9.

Organización Mundial de la Salud (2018). Género y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud (2021). Depresión: datos y cifras. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ortega y Gasset, J. (1946). Vitalidad, alma y espíritu. Obras completas. Madrid: Ed. Revista de Occidente.

Osakidetza. (2021). I Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza 2021-2024. Recuperado de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/PLAN_IGUALDAD_paraPDF_cas.pdf

Pera, C. (2006). Pensar desde el Cuerpo. Un ensayo sobre la Corporeidad humana. Madrid: Ed. Triascatela.

Piersma, H. L., y Boes, J. L. (1997). The GAF and psychiatric outcome: a descriptive report. *Community Mental Health Journal*, 33(1), 35-41.

Polo, C. (2018). "Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas". Disponible en blog. *Asociación Madrileña de Salud Mental* (www.amsm.es).

Recio-Barbero, M., y Pérez-Fernandez, I. (2019). Gender Bias in Research: How Does It Affect Mental Health?. In *Psychopathology in Women* (pp. 865-883). Springer, Cham.

Rochat, P. (1995). *The Self in Early Infancy: Theory and research*. Amsterdam: North Holland.

Rodriguez Magda, R. (2015). *Sin género de dudas*. Biblioteca nueva eds. Madrid.

Roselló-Peñaloza, M., Cabruja Ubach, T., Gómez Fuentealba, P.S. (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital*, 19(2), e2249. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>

Ribot, T.H. (1884). *Les maladies de la personnalité*. París: Felix Alcan.

Rubin, G. (1975). The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex. In Rayna R. Reiter (ed.), *Toward an Anthropology of Women*. Monthly Review Press. pp. 157--210.

Sáenz, M. (2012). Psicopatología y género. Crónica del resentimiento. *Revista Norte de Salud Mental*, 10 (42) 7-8

Sáenz-Herrero, M. (2015). *Psychopathology in Women. Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. (1ªEd.) Springer.

Sáenz-Herrero, M. (2017). Salud mental, género e igualdad. *Norte de Salud Mental*, 14 (56), 109-114.

Sáenz Herrero, M. (2018). Gender Violence and Mental Health. A Gap between clinical assistance and Research. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(1), 29-32.

Sáenz-Herrero, M. (2019) *Psychopathology in Women. Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. (2ªEd.) Springer.

Sansone RA, Sansone LA. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *ICNS*; 8(5): 16-20.

Schilder, P (1950). *The image and the appearance of the human body*. Studies in constructive energies of the psyche. New York: International University Press.

Slade, P.D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (2), 20-22

Stipek, D., Gralinski, H., Kopp, CB. (1990). Self-concept development in the toddler years. *Developmental Psychology*, 26, 972-977.

Tannenbaum, C., Greaves, L., Graham, I.D. (2016). Why sex and gender matter in implementation research. *BMC Med Res Methodol*. 16(1), 145-149.

Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M., & Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (113), 14-25.

Távora, A. (2003). Pensando sobre los conflictos y la salud mental de las mujeres. Revista Área 3. Género y Salud Mental. Madrid.

Távora, A. (2007). El cuerpo como lugar de expresión de los conflictos. En Cuerpos de mujeres: miradas, representaciones e identidades / coord. por Ana María Muñoz Muñoz, Carmen Gregorio Gil, Adelina Sánchez Espinosa, 2007, págs. 143-162

Torjesen, I. (2016). Social prescribing could help alleviate pressure on GPs. *BMJ*, 352:i1436.

Ussher, J. Diagnosing difficult women and pathologizing femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Fem. Psychol*. 2013; 23(1): 63-69.

Valls-Llobet, C. (2000). Desigualdades de género en salud pública. AAVV: Género y salud.

Valls-Llobet, C. (2011). Mujeres, Salud y Poder. Catedra Eds. Barcelona

Valls-Llobet, C. (2020). Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud. Capitán Swing Ed. Madrid.

Varela, F.J., Thomson, E., Rosch, E. (2004). The embodied mind. Cognitive Science and Human Experience Cambridge: MIT Press.

Velasco, A.S. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid. Observatorio de Salud de la Mujer.

Villasante, O (2018). Cartas desde el manicomio: Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés. Catarata Ed.

Virginia, W. (2016). Una habitación propia. Ed Austral:Madrid.

While, A. (2016). The benefits of social prescribing. *Br J Community Nurs*. 21(5):266.

Wyatt, R. J., Alexander, R. C., Egan, M. F., & Kirch, D. G. (1988). Schizophrenia, just the facts. What do we know, how well do we know it?. *Schizophrenia research*, 1(1), 3–18. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(88\)90034-5](https://doi.org/10.1016/0920-9964(88)90034-5).

Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28(1), 126-136.