

Desigualdades de género en la salud mental y su medicalización: Datos para Euskadi*

Unai Martín y Andrea Cabezas-Rodríguez



Los índices de mala salud mental como los diagnósticos de ansiedad y depresión y el consumo de psicofármacos son mayores en mujeres que en hombres. En síntesis, esta realidad se explica por el hecho de que las mujeres viven en peores condiciones de vida

Cita sugerida: MARTIN, U. CABEZAS-RODRÍGUEZ, A. (2022)

Desigualdades de género en la salud mental y su medicalización: Datos para Euskadi.

OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/la-situacion-en-euskadi/desigualdades-en-salud/>

BOLETÍN OSEKI Nº 22

ISSN: 2695-5342

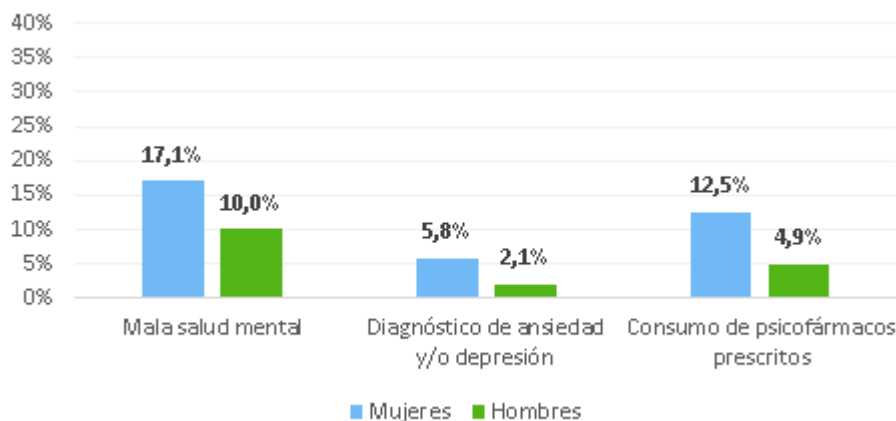


A nivel internacional, numerosos estudios han puesto de manifiesto que tanto los índices de mala salud mental como los diagnósticos de ansiedad y depresión y el consumo de psicofármacos son mayores en mujeres que en hombres (1). Las razones que pueden explicar estos resultados son complejas y han sido descritas en el apartado de Género y Salud Mental. En síntesis, podría afirmarse que esta realidad se explica por el hecho de que las mujeres viven en peores condiciones de vida como consecuencia de la desigualdad que experimentan en las sociedades patriarcales. Asimismo, es importante considerar que el progresivo proceso de medicalización de los malestares cotidianos (2), unido a la construcción androcéntrica de la biomedicina, en general, y de la psiquiatría, en particular (3), puede estar influyendo en el abordaje clínico de la salud mental, que parece estar medicalizando especialmente el sufrimiento psíquico de las mujeres.

A continuación, se describen los datos relativos a la salud mental de hombres y mujeres, así como su gestión clínica, en Euskadi, a partir del análisis de la Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV) de 2018.

En la figura 1, puede observarse que el 17,1% de las mujeres, frente al 10,0% de los hombres, presentaba mala salud mental y que el 5,8% (frente al 2,1% de los hombres) tenía un diagnóstico médico de depresión o ansiedad. En relación al consumo de psicofármacos, el 12,5% de las mujeres vascas (frente al 4,9% de los hombres) los había consumido. Todas las diferencias fueron estadísticamente significativas entre ambos sexos.

FIGURA 1. PREVALENCIAS (%) DE MALA SALUD MENTAL, DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS SEGÚN SEXO. EUSKADI 2018

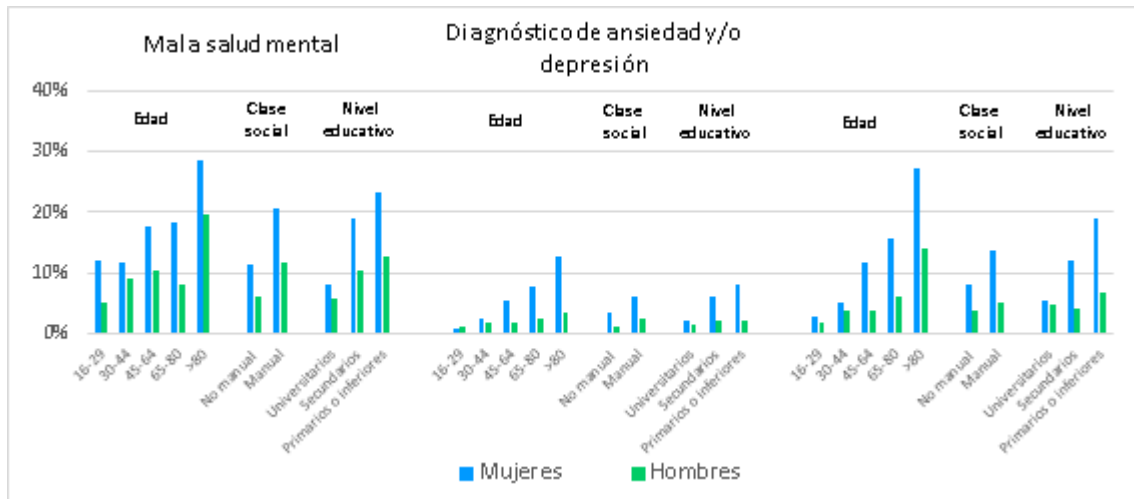


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018

Es interesante observar que estas **desigualdades de género en la salud mental y en el consumo de psicofármacos varían en función de otras características como la edad o el nivel socioeconómico de las personas** (figura 2). En relación a la edad, se observa que entre aquellas personas de entre 65 y 80 años, la frecuencia de mala salud mental de las mujeres es más de dos veces superior a la de los hombres, al igual que entre las más jóvenes (16 – 29 años). El nivel socioeconómico también establece un claro gradiente, de forma que a menor nivel educativo y clase social, la mala salud mental aumenta, especialmente entre las mujeres. Así, entre la población con nivel educativo primario o inferior, la mala salud mental es de un 23,3% entre las mujeres, mientras que desciende a un 12,7% en los hombres. Los diagnósticos de depresión/ansiedad y la prescripción de psicofármacos también aumentan a medida que envejece la población y que su nivel educativo o socioeconómico es más bajo, especialmente de nuevo entre las mujeres. Así, entre la población de menor nivel educativo, las mujeres triplican la frecuencia con la que son diagnosticadas de depresión o ansiedad respecto a los hombres, y casi triplican también

la frecuencia con la que consumen psicofármacos prescritos por un/a profesional.

FIGURA 2. PREVALENCIAS (%) DE MALA SALUD MENTAL, DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS EN HOMBRES Y MUJERES SEGÚN LA EDAD, LA CLASE SOCIAL Y EL NIVEL EDUCATIVO. EUSKADI 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV 2018.

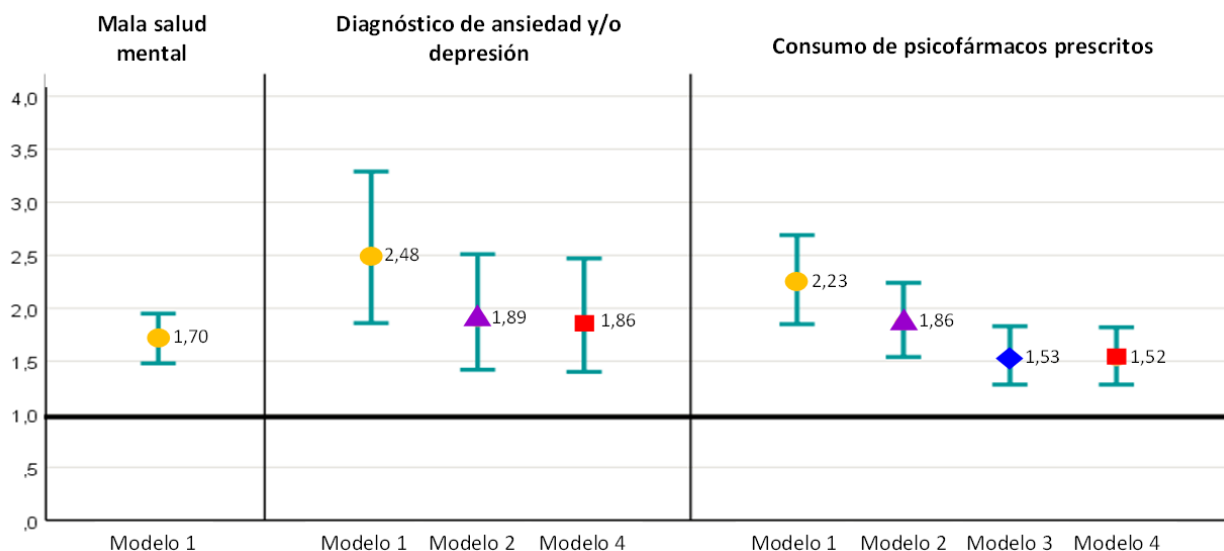
Para valorar el grado de medicalización de la salud mental en el caso de las mujeres, se analizó la probabilidad de que las mujeres reciban un diagnóstico de depresión o ansiedad respecto a los hombres, eliminando las diferencias que en términos de salud mental hay entre ambos sexos, y que podrían explicar un mayor número de diagnósticos entre ellas. Para valorar una posible sobreprescripción de psicofármacos a las mujeres, se calculó la probabilidad de que las mujeres recibiera una prescripción, eliminando no sólo las diferencias en el estado de salud mental entre sexos, sino también las diferencias en el número de diagnósticos de salud mental entre hombres y mujeres. En todos los casos, además, se eliminaron las diferencias en la edad entre ambos sexos (las mujeres de promedio son mayores y esto podría, en sí mismo, aumentar su probabilidad de recibir algún diagnóstico y prescripción), así como las diferencias en la frecuentación a la atención primaria (a la que acuden más asiduamente también las mujeres, ya que consultan no sólo por cuestiones propias, sino por las del entorno familiar). Los análisis a este respecto indican que **las mujeres tienen 2,5 veces más probabilidades de ser diagnosticadas de depresión o ansiedad que los hombres, y que esta probabilidad se mantiene en 1,86 veces más, después de considerar que las mujeres tienen peor salud mental, que son de mayor edad y que acuden más frecuentemente a los servicios de atención primaria. El consumo de psicofármacos prescritos fue un 52% mayor en las mujeres**, tras considerar las diferencias entre sexos en relación a la salud mental, la frecuencia de diagnósticos y el número de visitas médicas realizadas. (Ver descripción en figura 3)

Es interesante observar que, tal y como ocurría con el estado de salud mental, la **especial medicalización de la salud mental de las mujeres** por una gestión clínica que diagnostica y prescribe psicofármacos más frecuentemente en ellas, **es más intensa a medida que la población es de mayor edad, clase social manual y niveles educativos inferiores.**

Todos estos datos son consistentes con la literatura sobre la peor salud mental de las mujeres y los diagnósticos más frecuentes de depresión o ansiedad (4). Además, también se han reportado desigualdades socioeconómicas en el estado de salud mental, los diagnósticos de trastornos mentales y el consumo de psicofármacos, con peores resultados en los grupos sociales más desfavorecidos (5). Aunque hay muy poca bibliografía al respecto, en términos generales, los datos observados

en Euskadi son coincidentes con los estudios que han reportado una mayor probabilidad entre las mujeres de ser diagnosticadas con depresión o ansiedad, dado un estado de salud mental similar entre ambos sexos (6-8). En conclusión, parece evidente que **las políticas de salud** –tanto de ámbito clínico, comunitario y de salud pública- **deben incorporar una clara perspectiva de género** que permita reducir la medicalización de la salud mental de las mujeres, considerando asimismo el efecto conjunto con otros ejes de desigualdad social.

FIGURA 3. RAZONES DE PREVALENCIA DE MALA SALUD MENTAL, DE DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN Y DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS POR SEXO (REFERENCIA: HOMBRES) SEGÚN DIFERENTES AJUSTES. EUSKADI 2018



Eliminando las **diferencias de edad** entre hombres y mujeres, las mujeres presentan un 70% más de probabilidad de tener mala salud mental, así como una probabilidad de más del doble que los hombres de que se les diagnostique de depresión y/o ansiedad y de que se les prescriban psicofármacos.

Quitando las **diferencias de edad y de mala salud mental** entre hombres y mujeres, es un 89% más probable que se les diagnostique a las mujeres de depresión y/o ansiedad, así como un 86% más probable que se les prescriban psicofármacos.

Suprimiendo las **diferencias en edad, mala salud mental y diagnóstico**, es un 53% más probable que las mujeres reciban una prescripción de psicofármacos.

Eliminando las **disparidades en edad, mala salud mental, número de consultas a atención primaria** y, en el caso de la prescripción de psicofármacos, suprimiendo también las diferencias en el número de diagnósticos entre hombres y mujeres, la probabilidad de que a las mujeres se les diagnosticase era un 86% superior que en los hombres, así como un 52% mayor de que se les prescribiesen psicofármacos.

Fuente: Elaboración propia a partir de ESCAV 2018

En conclusión, los grupos socioeconómicos más favorecidos tienen un peor estado de salud, según varios ejes de desigualdad, tanto individuales -la clase social o el nivel educativo-, como de área -el nivel socioeconómico del lugar de residencia- o relacionados con la situación económica de los hogares.

*Este artículo es un resumen de la publicación “Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women’s mental health?” que puede consultarse en: <https://doi.org/10.1177/1403494820944736>

1. Sáenz-Herrero M. Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. Springer; 2015.
2. Conrad P, Slodden C. The medicalization of mental disorder. In: Aneshensel C, Phelan J, Bierman A, editors. Handbook of the Sociology of Mental Health. New York: Springer; 2013.
3. Pujal i Llombart M, Calatayud M, Amigot P. Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. Rev Int Sociol. 2020;78(2). doi: [10.3989/ris.2020.78.2.18.113](https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113)
4. Lim, GY, Tam, WW, Lu, Y, et al. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. Sci Rep. 2018;8(1):2861. doi: [10.1038/s41598-018-21243-x](https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x)
5. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 2013;157(2):98–112. doi: [10.1093/aje/kwf182](https://doi.org/10.1093/aje/kwf182)
6. Potts, MK, Burnam, MA, Wells, KB. Gender differences in depression detection: a comparison of clinical diagnosis and standardized assessment. J Consult Clin Psychol. 1991;3(4):609–15.
7. Borowsky, SJ, Rubenstein, LV, Meredith, LS, Camp P, Jackson-Triche M, Wells KB. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? J Gen Intern Med. 2000;15(6):381–8. doi: [10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x)
8. Aragonès, E, Piñol, JL, Labad, A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. Fam Pract. 2006;23(3):363–8. doi: [10.1093/fampra/cmi120](https://doi.org/10.1093/fampra/cmi120)