

RESUMEN

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

La asistencia en urgencias es la puerta de entrada para la atención médica de muchos problemas de salud mental. De hecho, la mayor parte de los ingresos se realizan por urgencias. Sólo los ingresos de aquellas pacientes con diagnósticos de trastornos de conducta alimentaria y cuadros depresivos refractarios al tratamiento atendidas/os en los centros de salud mental se derivan de manera programada. Estos dos grupos de pacientes se corresponden con mujeres en su gran mayoría. En el caso de los ingresos programados relacionados con el consumo de alcohol y otros tóxicos para desintoxicación son en su mayoría hombres existiendo perfiles masculinos y femeninos en el perfil de ingresos programados en el Servicio de Psiquiatría.

En esta investigación se realiza un estudio sobre las urgencias psiquiátricas y de Salud mental inexistente hasta la fecha que proporciona información de una manera descriptiva de cuáles son las urgencias que se atienden, si se objetivan diferencias entre las demandas clínicas de hombres y mujeres y si existen diferencias en la atención médica recibida, incluyendo los diagnósticos recibidos, las 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 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 del riesgo suicida, la agitación psicomotriz y grupos sindrómicos más que enfermedades mentales, por lo que la codificación puede ser diferente que la realizada en un ingreso de un hospital general o de un hospital monográfico de Psiquiatría.

La codificación puede ser distinta pero subyacen los mismos mecanismos que en la práctica médica habitual y en otros ámbitos sanitarios que no incorporan la perspectiva de género. Al inicio del estudio se realiza una reflexión teórica fruto de la revisión clínica y 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 se describe 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. la clasificación americana DSM-5 y la Clasificación Internacional para las enfermedades Mentales de la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Existe debate sobre cómo se deben utilizar estas guías clasificadorias. 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 frecuentemente en atención primaria y con elevada prevalencia en las mujeres.

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 experimentados por personas sin psicopatología alguna, como ha demostrado la investigación psicopatológica, y la práctica clínica. Vivimos en un mundo cambiante con síntomas también cambiantes e interpretables. 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.

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 un elemento de carácter esencial desde el punto de vista de la metodología. 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, se han 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.

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.

La medicina convencional biologicista con gran peso en la formación del colectivo médico, no contempla habitualmente la perspectiva psicosocial 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 realizados en su mayoría por las mujeres. Además de su mayor vulnerabilidad a la violencia de género, violencia sexual y acontecimientos traumáticos.

A igualdad de diagnósticos sindrómicos se recoge una medicalización importante de las mujeres siendo los ansiolíticos y los antidepresivos los fármacos más prescritos en las mujeres de manera global en toda la muestra estudiada.

Existen perfiles masculinos y femeninos en las demandas y diagnósticos representando el Trastorno por uso de sustancias (TUS) un perfil marcadamente masculino y los trastornos mentales comunes (TMC) y los Trastornos de Personalidad (TP) perfiles femeninos.

La mitad de todas las demandas de atención psiquiátrica y salud mental obedecen a cuadros de Trastornos Mentales Comunes (TMC) siendo el diagnóstico más frecuente

en las urgencias, el grupo diagnóstico más feminizado siendo las mujeres hasta el 65% del total de la muestra y con una elevada repercusión socio-económica lo que implica un problema de salud pública de primer orden.

En este grupo de trastornos mentales comunes, mucho más prevalente en mujeres, y ajustando el efecto según la edad y nivel socioeconómico, las mujeres presentan una menor probabilidad de que se les solicite una prueba diagnóstica complementaria tanto de imagen como analítica que a los hombres, y a su vez se les prescribe más ansiolíticos que a los hombres, ambos datos estadísticamente significativos.

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

Los Trastornos por uso de sustancias (TUS) están infradiagnosticados e infratratados en las mujeres y es posible que muchas veces pase desapercibido y se podrían detectar algunos de estos casos si hubiera mayor sensibilización con el tema. El hecho de que permanezca parcialmente oculto en las mujeres las coloca en situaciones de mayor riesgo para violencia y 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. Llama la atención que en este grupo de pacientes a las mujeres se les prescribe un 80% más de fármacos antidepresivos lo que puede hacer pensar que se las trate de pacientes con “depresión” y no con un problema de adicción. Y se les deriva para ingreso un 17% menos, siendo este resultado estadísticamente significativo y a

pesar de que en las guías clínicas se reporta que cuando las mujeres acuden en demanda de ayuda en adicciones presentan una mayor gravedad y un mayor deterioro psicosocial.

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. Puede existir un probable infradiagnóstico de los cuadros depresivos en los hombres. Los roles de género, condicionan un perjuicio en esta dinámica sexo/género.

En el caso del diagnóstico de Trastorno de Personalidad, pese a ser un grupo pequeño se diagnostica con una mayor frecuencia a las mujeres constituyendo un grupo de perfil femenino por la mala tolerancia a las conductas externalizantes y a la agresividad de las mujeres en relación con los hombres pudiendo estar relacionados con sesgos de género y observamos una tendencia a una mayor indicación de ingreso hospitalario desde urgencias de salud mental, aunque el resultado no es significativo por el pequeño tamaño muestral. Por otro lado hay una mayor prescripción de ansiolíticos estadísticamente significativo y una tendencia a pautar más antidepresivos a las mujeres lo que confirma que ante un mismo grupo diagnóstico se evalúa y actúa de manera diferente en función del sexo.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (T. psicóticos y Trastorno Bipolar y algunos casos de trastornos depresivos mayores con/sin síntomas psicóticos) al ajustar el efecto según la edad y nivel socioeconómico, a las mujeres se les prescribe en mayor probabilidad fármacos ansiolíticos e hipnóticos, y fármacos antidepresivos en comparación con los hombres. Del mismo modo, al analizar de forma separada el uso de ansiolíticos, nuevamente observamos una mayor probabilidad de prescribir más ansiolíticos en mujeres. Nuevamente se objetiva diferencia en la prescripción de psicofármacos siendo las mujeres la población a quién más se prescribe. Y además las mujeres presentan un incremento de hasta el 11% de la probabilidad de requerir un ingreso hospitalario en el mismo grupo diagnóstico.

El uso de fármacos antidepresivos en el servicio de urgencias suele ser frecuentemente bajo, debido a aspectos principalmente de indicación clínica del manejo de cuadros depresivos y a tiempo de actuación y por este motivo es de esperar que la

prescripción de dichos fármacos sea baja. Urgen nuevas investigaciones que consideren e integren otras áreas 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.

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.

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.

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 legal. Conlleva un refuerzo de la autoestima, mejora del ánimo, oportunidades para el contacto social, aumento de la autoeficacia, habilidades y una mayor confianza. Contribuye a mejorar los determinantes sociales de la salud y ayuda a descongestionar la presión asistencial hacia la atención primaria.

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 espacial relevancia.

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 multivel: formativo, asistencial, comunitario y de investigación, incorporando necesariamente la perspectiva de género a todos ellos.