



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Una revisión sistemática sobre el sesgo de género en la
prescripción de benzodiazepinas en la atención sanitaria
de la salud mental

Alumna: Ángela Marte Martín

Tutor: Julio Manuel Maside Rodríguez

Convocatoria: Junio 2024.

Año académico: 2023-2024.

Índice

<u>Resumen</u>	II
<u>Resumo</u>	III
<u>Abstract</u>	IV
<u>Introducción</u>	1
<u>Justificación</u>	3
<u>Objetivos</u>	3
<u>Material y métodos</u>	4
<u>Resultados</u>	5
<u>Discusión</u>	17
<u>Conclusiones</u>	20
<u>Financiamiento y conflicto de intereses</u>	20
<u>Bibliografía</u>	21

Índice de Figuras

<u>Figura 1.</u> Diagrama del proceso de búsqueda bibliográfica.....	16
---	----

Resumen:

Una revisión sistemática sobre el sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas en la atención sanitaria de la salud mental.

Introducción: En 2021, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes identificó a España como líder mundial en el consumo de ansiolíticos e hipnosedantes. Las mujeres reciben mayores prescripciones en comparación a los hombres, incluso a igualdad de diagnóstico o sintomatología y número de visitas al sistema sanitario.

Objetivo: Investigar si el sesgo de género influye en la prescripción de benzodiazepinas en la atención sanitaria de la salud mental.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo el protocolo de la declaración PRISMA 2020. Se seleccionaron artículos que analizaran el sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas en el ámbito de la salud mental, publicados en inglés y español en los últimos diez años, en las bases de datos específicas de PubMed y Scielo y de metabuscadores como la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), ÍNDICES-CSIC y Web of Science. Además, se revisaron las citas bibliográficas de los artículos científicos seleccionados.

Resultados: Se obtuvieron 13 artículos adaptados a los criterios de inclusión y exclusión formulados. Se identificaron factores que podrían estar influyendo en la prescripción diferencial de benzodiazepinas como el nivel económico y educativo, las etiquetas diagnósticas sesgadas, la sobrecarga asistencial en atención primaria y la tendencia a la medicalización de problemas psicológicos.

Conclusiones: Existen desigualdades de género en la prescripción de benzodiazepinas que provocan la medicalización de la salud mental de las mujeres. Se precisan más investigaciones para conocer sus causas y analizar si el sexo del prescriptor constituye un factor de riesgo. Se necesita la inclusión de la perspectiva de género en el sistema sanitario.

Palabras clave: Benzodiazepinas; Mujeres; Prescripciones; Sesgo de Género; Desigualdades de Género; Salud Mental; Género; Psicofármacos.

Resumo

Unha revisión sistemática sobre o nesgo de xénero na prescripción de benzodiazepinas na atención sanitaria da saúde mental.

Introdución: En 2021, a Xunta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes identificou a España como líder mundial no consumo de ansiolíticos e hipnosedantes. As mulleres reciben maiores prescricións en comparación aos homes, mesmo a igualdade de diagnóstico ou sintomatoloxía e número de visitas ao sistema sanitario.

Obxectivo: Investigar se o nesgo de xénero inflúe na prescripción de benzodiazepinas na atención sanitaria da saúde mental.

Material e métodos: Realizouse unha revisión sistemática seguindo o protocolo da declaración PRISMA 2020. Seleccionáronse artigos que analizasen o nesgo de xénero na prescripción de benzodiazepinas no ámbito da saúde mental, publicados en inglés e español nos últimos dez anos, nas bases de datos específicas de PubMed e Scielo e de metabuscadores como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Índices-CSIC e Web of Science. Ademais, revisáronse as citas bibliográficas dos artigos científicos seleccionados.

Resultados: Obtivéronse 13 artigos adaptados aos criterios de inclusión e exclusión formulados. Identificáronse factores que poderían estar a influír na prescripción diferencial de benzodiazepinas como o nivel económico e educativo, as etiquetas diagnósticas nesgadas, a sobrecarga asistencial en atención primaria e a tendencia á medicalización de problemas psicolóxicos.

Conclusións: Existen desigualdades de xénero na prescripción de benzodiazepinas que provocan a medicalización da saúde mental das mulleres. Precísanse máis investigacións para coñecer as súas causas e analizar se o sexo do prescriptor constitúe un factor de risco. Necesítase a inclusión da perspectiva de xénero no sistema sanitario.

Palabras chave: Benzodiazepinas; Mulleres; Prescricións; Nesgo de Xénero; Desigualdades de Xénero; Saúde Mental; Xénero; Psicofármacos.

Abstract

A systematic review of gender bias in the prescriptions of benzodiazepines in mental health care.

Introduction: In 2021, the International Narcotics Control Board identified Spain as a world leader in the consumption of anxiolytics and hypnotics. Women receive higher prescriptions compared to men, even with the same diagnosis or symptomatology and number of visits to the health system.

Objectives: To investigate whether gender bias influences benzodiazepines prescription in mental health care.

Materials and methods: A systematic review was carried out following the protocol of the PRISMA 2020 statement. Selected articles that analyzed gender bias in the prescription of benzodiazepines in the field of mental health, published in English and Spanish in the last ten years, in the specific databases of PubMed and Scielo and metasearch engines such as the Virtual Health Library (VHL), ÍNDICES-CSIC and Web of Science. In addition, the bibliographic citations of the selected scientific articles were reviewed.

Results: A total of 13 articles adapted to the inclusion and exclusion criteria were obtained. Factors that could be influencing the differential prescription of benzodiazepines were identified, such as economic and educational level, biased diagnostic labels, primary care overload and the tendency towards medicalization of psychological problems.

Conclusions: There are gender inequalities in the prescription of benzodiazepines that cause the medicalization of women's mental health. More research is needed to determine the causes and whether the sex of the prescriber is a risk factor. Gender mainstreaming in the health system is needed.

Keywords: Benzodiazepines; Female, Women; Prescriptions; Gender Bias; Gender inequalities; Mental Health; Gender; Psychotropic Drugs.

Introducción

Las benzodiazepinas forman parte de uno de los grupos farmacológicos más prescritos, con una notable tendencia ascendente en su consumo en los últimos años (1,2). Destacan por sus efectos sedantes, hipnóticos y relajantes musculares, por lo que su uso está indicado principalmente en el tratamiento del insomnio y de la ansiedad. También pueden utilizarse como anticonvulsivantes, en la sedación preoperatoria, en el síndrome de abstinencia alcohólica y como tratamiento coadyuvante del dolor músculo esquelético (3).

Estas sustancias psicoactivas actúan como moduladores alostéricos de subtipos específicos de receptores de tipo A del ácido gamma aminobutírico (GABAA), principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central (SNC). Su mecanismo de acción se basa en aumentar la acción del GABA mediante la apertura de los canales de cloro activados por el mismo. Como resultado, se produce la hiperpolarización y posterior inhibición de la neurona (3,4).

La literatura científica no recomienda superar las cuatro semanas de consumo de benzodiazepinas (5). El uso excesivo y crónico de estas sustancias no es recomendable ya que además de incrementar el gasto sanitario, pueden aparecer diferentes efectos adversos como la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia (3,5). También pueden producirse efectos secundarios como somnolencia, confusión, amnesia y trastornos de la coordinación que afectan, por ejemplo, a la conducción de vehículos. En los pacientes de edad avanzada se producen mayores efectos adversos como ataxia y cuadros confusionales, por lo que son más susceptibles de sufrir caídas y, como consecuencia, fracturas óseas (4). Además, puede producirse una sobredosis si se combinan con otro tipo de medicamentos o drogas (6).

En los últimos años, cada vez aumentan más las consultas relacionadas con problemas de salud mental en Atención Primaria, por lo que es necesario su correcto abordaje, especialmente hoy en día, con la gran carga asistencial existente (3). Además, a raíz de la pandemia de COVID-19, la salud mental de la población empeoró notablemente (1).

Según datos aportados por la Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes (JIFE), en 2021 España fue el líder mundial en el consumo de benzodiazepinas, habiéndose consumido aproximadamente 110 dosis diarias por cada 1000 habitantes (7). En 2022, Galicia fue la segunda comunidad autónoma con la mayor dosis diaria definida por 1000 habitantes y día (DHD) de ansiolíticos (8).

La encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) de 2022, guiada por el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (OEDA), que pertenece al Plan Nacional sobre Drogas (DGPND) del Ministerio de Sanidad, estima que el 13,1% de las personas de 15 a 64 años han consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses, siendo mayor el consumo en las mujeres (16%) en comparación a los hombres (10,3%) (9,10). A nivel europeo, la European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) de 2019 también reveló diferencias de género en el consumo de tranquilizantes entre adolescentes de entre 15 y 16 años, con un consumo del 5,1% en chicos y un 8% en chicas (9).

Las mujeres constituyen un grupo vulnerable ya que reciben prescripciones más frecuentes de ansiolíticos e hipnosedantes en comparación a los hombres, incluso a igualdad de diagnóstico o sintomatología y número de visitas al sistema sanitario (11,12). En 2022 en España, el consumo de ansiolíticos en DHD fue un 83% mayor en las mujeres que en los hombres y el consumo de hipnosedantes en DHD fue el doble en las mujeres (10).

Por todo esto, surge la necesidad de descubrir qué papel desempeña el género en la prescripción de benzodiazepinas. Por el momento, el género no se ha contemplado como un factor más que pudiera interferir en la atención sanitaria de la salud mental por lo que existe evidencia limitada al respecto (12,13, 14). Aun así, ya se ha llegado a observar la influencia del sesgo de género en la prescripción de antidepresivos, provocando comportamientos diferentes en el prescriptor en función del sexo del paciente. La literatura disponible sugiere que el sufrimiento psicológico de las mujeres se encuentra medicalizado, ya que los prescriptores son más propensos a buscar problemas psicológicos en mujeres y físicos en hombres (15).

Según la OMS: El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto (16).

Justificación

El aumento progresivo del consumo de benzodiazepinas en España ha desatado una gran preocupación en materia de salud pública, puesto que poseen una gran capacidad adictiva que puede desembocar en dependencia y otros efectos adversos. Según un informe del Ministerio de Sanidad, las mujeres presentan un mayor consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnosedantes que se incrementa progresivamente con la edad (8). Existen determinados trastornos mentales, como la ansiedad o la depresión, que son más prevalentes en las mujeres pero la alta prescripción de tranquilizantes en ellas no se corresponde con dicha prevalencia (12). De esta manera, se está produciendo una medicalización excesiva para el tratamiento de problemas psicológicos que no necesariamente constituyen un trastorno mental y que afecta específicamente a las mujeres. La diferencia de prescripción entre mujeres y hombres se puede explicar mediante distintos factores que posiblemente estén relacionados con estereotipos y sesgos de género, que se encuentran inmersos en la atención sanitaria y por tanto, en los prescriptores (12,13).

El estudio de la posible existencia del sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas es de gran interés ya que demostraría la necesidad de incluir la perspectiva de género en el abordaje sanitario de la salud mental, otorgando a los prescriptores una mayor sensibilidad a este y, en consecuencia, sus diagnósticos y tratamientos serían más seguros (1).

En cuanto a las fuentes de información, se utilizaron las bases de datos de PubMed, Scielo Cochrane, Dialnet, Google Scholar y Scopus y los metabuscadores de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), ÍNDICES-CSIC y Web of Science.

Objetivos:

El objetivo general de esta revisión sistemática es investigar si existe un sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas en la atención sanitaria de la salud mental.

Como objetivos específicos se seleccionaron los siguientes:

- Identificar los factores que influyen en la prescripción diferencial de benzodiazepinas según el sexo de los pacientes.
- Evaluar si el sexo del prescriptor es un factor influyente en la prescripción de benzodiazepinas.

Material y métodos:

Siguiendo el protocolo de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses 2020 (PRISMA), se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos obtenidos de bases de datos específicas como PubMed, Scielo, Cochrane, Dialnet, Google Scholar y Scopus y de metabuscadores como la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), ÍNDICES-CSIC y Web of Science. A través de los metabuscadores se pueden realizar búsquedas en varias bases de datos simultáneamente.

Para la elaboración de la fórmula de búsqueda se emplearon los siguientes descriptores DeCS y MeSH combinados con el operador booleano “AND”: (“Benzodiazepines”[Mesh]) AND “Female”[Mesh] AND “Prescriptions”[Mesh], “Gender bias” AND “Benzodiazepines” AND “Prescriptions”, “Gender inequalities” AND “Benzodiazepines” AND “Prescriptions”, “Benzodiazepines” AND “Mental Health” AND “Women”, “Género” AND “Psicofármacos,” “Benzodiacepinas” AND “Mujeres”.

Se utilizaron diferentes combinaciones en las plataformas de búsqueda debido a la falta de resultados relevantes. Además, se establecieron los siguientes límites para la búsqueda de evidencia: 10 últimos años de publicación e idiomas (inglés y español). Tras la obtención de los artículos científicos, se emplearon criterios de inclusión y exclusión para descartar aquellos menos relevantes y se seleccionaron aquellos que resolvieran los objetivos planteados.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos científicos que analicen la influencia del sesgo de género en la prescripción de benzodiacepinas en el ámbito de la salud mental.
- Artículos científicos publicados en español o inglés en los últimos diez años.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos científicos que estudien la prescripción conjunta de benzodiacepinas con otros medicamentos.

Resultados

Se obtuvieron 258 artículos que tras los correspondientes cribados se redujeron a 10 artículos seleccionados. Tras la revisión en las citas bibliográficas en los mismos, se seleccionaron 3 artículos más, que resultaron de gran relevancia para este trabajo, obteniendo así, un total de 13 artículos seleccionados tal y como se presenta en el diagrama de flujo de la **Figura 1**. Las bases de datos específicas Cochrane, Dialnet, Google Scholar y Scopus fueron descartadas debido a sus resultados inespecíficos para esta revisión. Inicialmente, se realizó una lectura superficial de los títulos y resúmenes de los artículos obtenidos, empleando los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados. Durante todo este proceso, se utilizó el gestor bibliográfico RefWorks. El proceso de recopilación de la información se realizó de manera manual y en solitario, revisando todos aquellos posibles factores causantes del sesgo de género. Tras realizar una lectura exhaustiva de la estructura de cada artículo seleccionado, se agruparon en función de si analizaban la influencia del género en los pacientes o en el prescriptor.

La evaluación de los sesgos de los estudios también se realizó en solitario, examinando diversas características como la muestra de población, los datos de los resultados, el financiamiento y conflicto de intereses y las limitaciones relatadas por cada autor.

En la **Tabla 1** representa la estrategia de búsqueda bibliográfica con las correspondientes combinaciones que permitieron obtener los artículos finales de esta revisión.

Tabla 1: Bases de datos/Metabuscadors y resultados obtenidos.

Bases de datos/ Metabuscadors	Combinaciones	Última fecha de búsqueda	Resultados	Resultado final tras cribado
Pubmed	("Benzodiazepines"[Mesh]) AND "Female"[Mesh] AND "Prescriptions"[Mesh]	20/01/2024	229	3
Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)	Gender bias AND Benzodiazepines AND Prescriptions	26/01/2024	4	2
	Gender inequalities AND Benzodiazepines AND Prescriptions	26/01/2024	7	0
Scielo	Benzodiazepines AND Mental Health AND Women	26/01/2024	2	0
	Género AND Psicofármacos	26/01/2024	9	4

ÍNDICES-CSIC	Benzodiazepinas AND Mujeres	16/01/2024	2	1
Web of Science (WOS)	Gender bias AND Benzodiazepines AND Prescriptions	21/01/2024	5	2
Cochrane	Benzodiazepines AND Female AND Prescriptions	27/01/2024	99	0
Dialnet	Gender inequalities AND Mental Health AND Women	16/01/2024	37	0
	Sesgo de Género AND Salud Mental	16/01/2024	62	0
Google Scholar	Sexismo AND Mujeres AND Prescripciones AND Benzodiazepinas	20/01/2024	19	0
Scopus	Gender bias AND Benzodiazepines AND Prescriptions	27/01/2024	11	0
	Gender AND Psychopharmaceuticals	27/01/2024	5	0

A continuación, se irán presentando los resultados de cada artículo y en la **Tabla 2**, se muestran por orden alfabético los artículos seleccionados con su correspondiente autor y las características que permitieron resumir y sintetizar la información.

En el estudio de Bacigalupe A. et al. efectuaron, desde un enfoque epistemológico, una revisión narrativa crítica de la literatura ad hoc y un análisis transversal de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017, empleando una muestra de población española de 25 años en adelante ($n=22.787$). Su objetivo era detallar las desigualdades de género que explican la sobremedicación de las mujeres por el mero hecho de serlo. Tras la revisión, revelaron que, a igualdad de necesidad, existía una mayor prevalencia de mala salud mental en las mujeres en todos los rangos de edad y una frecuencia considerable en diagnósticos de depresión o ansiedad del 19,4% en mujeres frente al 8,5% en los hombres. Ellas tienen el doble de predisposición de sufrir un diagnóstico de ansiedad o depresión (Razón de Prevalencia (RP) = 2,13 [1,97-2,30]) y un consumo de psicofármacos 1,75 veces más elevado, incluso tras ajustar los datos mediante el nivel de salud mental o las visitas a atención primaria. Estas diferencias se acentúan en las mujeres de 60 años en adelante. Otras evidencias significativas fueron el gran impacto de factores como la clase social, el nivel educativo y el nivel socioeconómico en la salud mental de la población. Reflejaron que los grupos más vulnerables a sufrir más patología mental son las mujeres, la población de bajos recursos económicos y educativos y las mujeres inmigrantes. Entre las diversas hipótesis que explican las desigualdades de género observadas en el ámbito de

la salud mental se encuentran: la biología de la mujer y su sistema hormonal, el desarrollo del concepto de depresión a raíz de constructos culturales y sociales sesgados, la existencia de una sociedad patriarcal que ocasiona desigualdades de poder entre hombres y mujeres mediante los roles y estereotipos de género y el proceso de medicalización de malestares psicológicos (12).

Bacigalupe A. y su equipo procuraron averiguar los factores influyentes en las desigualdades de género que se producen durante el diagnóstico de trastornos de salud mental y la prescripción de psicofármacos en las mujeres. Para ello, implantaron un diseño descriptivo-interpretativo mediante 12 entrevistas realizadas a personas especializadas en género y salud mental, en distintas ciudades del País Vasco, Barcelona y Madrid entre enero y febrero del 2021. A igualdad de sintomatología, a los hombres se les diagnostican problemas físicos mientras que a las mujeres se les diagnostican problemas psicológicos. A través de sus investigaciones reflejaron los posibles agentes que podrían estar causando esta problemática de género como el sufrimiento psicológico derivado de la adaptación de las mujeres a los roles tradicionales de género, que al manifestarse mediante síntomas provoca que las mujeres sean susceptibles de recibir diagnósticos de trastornos de salud mental con más facilidad, las diferencias de género en la manera de expresar los síntomas, las etiquetas diagnósticas sesgadas por las ciencias «psi» que históricamente asociaron los trastornos de salud mental como parte de la identidad femenina, la carencia de un espacio que permita resaltar la problemática social y cultural del sufrimiento de las mujeres, la medicalización de problemas psicológicos y la falta de tiempo de los médicos para valorar de manera integral a los pacientes debido a la sobrecarga asistencial de las consultas de Atención Primaria. Finalmente, el último factor identificado fue la propia demanda de las mujeres en el proceso diagnóstico y de medicalización. El fármaco se convierte en parte de su identidad y lo convierten en una necesidad para poder seguir desempeñando sus roles. También sucede algo parecido con la etiqueta diagnóstica, la cual demandan como justificante para no llevar a cabo los mismos (17).

Otro artículo elaborado por Bacigalupe A. y Martín U. se basa en un estudio transversal cuyo propósito fue examinar las desigualdades de género en el diagnóstico y tratamiento de la salud mental, estudiando factores como la edad, el nivel educativo y la clase social. Consiguieron la información recurriendo a la Encuesta de Salud del País Vasco de 2018 con una muestra de población de 8.014 personas. El perfil identificado como más vulnerable fueron las mujeres de 80 años en adelante de baja clase social y nivel educativo. Existen evidencias significativas que

demuestran que las desigualdades en los diagnósticos de ansiedad o depresión y el consumo de psicofármacos prescritos se acentúan conforme aumenta la edad. Las mujeres tenían 2,48 veces más probabilidades de ser diagnosticadas por depresión o ansiedad que no se pudo explicar ni mediante la peor salud mental en ellas ni por la mayor frecuencia de visitas a los servicios de salud, ya que tras el ajuste de estos factores, la probabilidad seguía siendo de 1,86 veces mayor. Con respecto al consumo de psicofármacos, ocurrieron efectos semejantes, siendo el consumo 2,23 veces mayor en las mujeres. Las disparidades también se mantuvieron tras el ajuste por peor salud mental, frecuencia de diagnóstico de depresión o ansiedad y de visitas a los servicios de salud realizadas (RP=1,52; IC 95%: 1,28-1,82) (18).

Henares Montiel J. et al. a través de un estudio transversal establecieron como objetivo por un lado, conocer la morbilidad psíquica en la población adulta española en 2006, 2011 y 2017, y por otro, evaluar la salud mental en 2017. La información se obtuvo a partir de las entrevistas y datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud. De esta manera, se determinó que la morbilidad psíquica global en España fue del 22,2% en 2006, el 22,1% en 2011 y un 19,1% en 2017. Su frecuencia fue mayor entre las mujeres de todas las comunidades excepto la comunidad autónoma de Cantabria (2011). A pesar de que en 2017, prácticamente todas las comunidades autónomas presentaron una frecuencia de diagnóstico de trastornos mentales semejante a la media española, Asturias presentó una de las más altas. Con la mala salud autopercebida sucedió algo parecido, posicionándose Galicia como la comunidad con frecuencias más elevadas. También se localizó de primera en la prescripción de tranquilizantes (global 20,1%, hombres 12,6%, mujeres 26,0%), siendo la media global española del 9,2%. En cambio, en Cantabria y Ceuta y Melilla se encontraron las cifras más bajas. Los hallazgos documentaron 7 comunidades autónomas donde la prescripción de antidepresivos fue con diferencia, mayor en mujeres, hasta tres veces más (19).

Simal-Aguado J. et al. elaboraron un estudio transversal con la finalidad de evaluar los factores de riesgo relacionados con el consumo de benzodiazepinas así como los patrones de prescripción en salud mental, entre otros objetivos. El estudio se realizó entre los años 2015 y 2017 a partir de una muestra de 735 pacientes cuya edad oscilaba los 18 años y que habían recibido un diagnóstico de un trastorno de salud mental. Se descubrió que las mujeres eran las que más consumían benzodiazepinas en comparación a los hombres (70% y 66% respectivamente; $p = 0,006$), presentando ellas un mayor riesgo de consumo que ellos (OR =

1,559, IC 95% = 1059-2,295, $P = 0,024$). Se encontraron hallazgos de la relación entre el consumo de drogas (OR = 1,671, IC 95% = 1,127-2,477, $p = 0,011$) o padecer algún trastorno afectivo (OR = 1,542, IC 95% = 1,355-1,826, $p = 0,040$) y el aumento del consumo de benzodiazepinas. Antagónicamente, el uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (LAI) actuaba como factor protector para el consumo de benzodiazepinas en comparación a los antipsicóticos orales (OR = 5,226, IC 95% = 3,185-8,575, $p = 0,001$). Además, la dosis media diaria de diazepam fue de 24,9 mg, mostrando diferencias significativas entre los trastornos afectivos y los no afectivos. El clonazepam fue la benzodiazepina más prescrita en ambos sexos (32% en mujeres y 24% en hombres). A continuación, el lorazepam y el diazepam también fueron prescritos con bastante frecuencia. Algunos trastornos recibieron mayores tasas de prescripción como los trastornos ansioso depresivo (92%), depresión (88%) y esquizoafectivo (79%) (5).

Lui LMW. et al. mediante un estudio transversal, se propusieron estimar la influencia del género del prescriptor y/o paciente en la prescripción de benzodiazepinas. Desde el 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018, a partir de la información del Programa de Asistencia Médica Administrada (MMA siglas en inglés) de Medicaid de Florida, se incluyeron 125.463 casos de pacientes cuya edad oscilaba entre los 18 y 64 años. De esta población, el 32,4% de los casos había recibido prescripciones de benzodiazepinas y el 67,6% de los casos había recibido un agente diferente de las benzodiazepinas. En total, el 79,3% de los casos representaron prescripciones para mujeres. En lo que a tasa de prescripción se refiere, a los pacientes masculinos se les prescribieron más benzodiazepinas (36%, $n = 9.438$) que a las mujeres (31,4%, $n = 31.239$); el riesgo relativo de estos fue de 1,16, IC del 95% [1,14, 1,18]. Sin embargo, los prescriptores masculinos recetaron más benzodiazepinas que las femeninas, con un riesgo relativo (RR) = 1,540, IC del 95% [1,513, 1,567]. Se evidenció significativamente la interacción entre el género del paciente y del prescriptor en la prescripción combinada de benzodiazepinas debido a Trastorno Mental Grave (TMG) y sin TMG y ansiedad. También se consideraron potencialmente significativos los efectos del sexo del paciente y del prescriptor (6).

Franco López L. y Sáenz Rodríguez MJ. en su estudio cualitativo etnográfico indagaron las causas del consumo y prescripción de benzodiazepinas en la población de Deltebre (Cataluña) mediante el manejo de datos procedentes del centro de atención primaria. Por un lado, optaron por realizar entrevistas a un médico y dos médicas del centro y, por el otro, formaron un grupo

de discusión con 6 mujeres de las cuales 4 acudieron a todas las sesiones que se celebraron 1 vez a la semana durante el mes de septiembre de 2016. El perfil de estas mujeres era de mujer casada de entre 53-75 años, que no solo se dedicaba al ámbito laboral, sino que también realizaba labores domésticas o de cuidado familiar. Los investigadores interpretaron que la adaptación de las mujeres a los roles de género de la sociedad les causan malestar y sufrimiento y como consecuencia, recurren a las benzodiazepinas. Durante las sesiones afirmaron sentir tolerancia, dependencia y efectos secundarios derivados de la medicación, pero no se sintieron capaces de abandonarla. También, intercambiaron ideas acerca de otros posibles remedios para gestionar el malestar sin caer en el consumo de benzodiazepinas, pero no sintieron apoyo por parte de su contexto social o sanitario. Tras la entrevista a los prescriptores, los autores apreciaron que se establecía una prescripción inicial de benzodiazepinas de manera reglamentaria, incluso conociendo la influencia de los factores psicosociales en las desigualdades de género. La continuación de las mismas se produce por diferentes causas: una prescripción realizada por otro profesional, la creencia del propio médico de que el paciente necesita esa medicación y la falta de tiempo de consulta de los médicos de atención primaria (3).

El estudio de cohorte elaborado por McIntyre RS. et al. formuló la influencia del sesgo de género en la atención sanitaria provocando que los prescriptores masculinos tuvieran una mayor inclinación a recetar benzodiazepinas a pacientes mujeres. Se realizó entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2013, utilizando la información procedente de la Base de Datos de Investigación del Seguro Nacional de Salud de Taiwán (NHIRD, siglas en inglés). A partir de la muestra constituida por 2.127.441 pacientes con trastornos mentales y 38.932 prescriptores, se obtuvo que el 85,5% de los prescriptores eran hombres y no psiquiatras (96,3%) y un 52,7%, pacientes mujeres. Los hospitales donde más se dispensaron no formaban parte del ámbito de la salud mental. El 94,8% de los pacientes que habían recibido una prescripción de benzodiazepinas, llevaban consumiéndolas durante más de 3 meses. Además, encontraron datos estadísticamente significativos que sugieren que los prescriptores masculinos tenían más probabilidades de recetar benzodiazepinas que las prescriptoras femeninas ([OR = 1,06, intervalo de confianza (IC) del 95% = 1,05-1,07]) a pacientes mujeres ([OR = 1,08, IC 95%=1,08–1,09]). Con respecto a la dosis acumulada de benzodiazepinas se encontraron cifras más elevadas en las pacientes femeninas independientemente del género del prescriptor ($\beta = 7913,7$, $SE=627,1$, $p<0,001$) demostrando que existen evidencias significativas de interacción entre el género del prescriptor y el de la paciente ($\beta = 4283,7$, $SE = 717,6$, $p <0,001$). Finalmente, la dosis

acumulada de prescripción fue mayor en los hospitales psiquiátricos, además de la influencia del género del prescriptor y del paciente en la prescripción a pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) o ansiedad, siendo los diagnósticos anteriores, factores predisponentes para recibir más prescripciones (20).

En el estudio observacional longitudinal efectuado por Sara García Díez et al. se estudiaron las consecuencias del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodiazepinas teniendo en cuenta factores como la edad, sexo y zona básica de salud. Para ello, captaron individuos mayores de 15 años entre 2017 y 2020 de la atención primaria perteneciente al Área Sanitaria V del Principado de Asturias. Se observó un aumento significativo de la DHD (dosis diaria definida por 1000 habitantes) media mensual de benzodiazepinas entre el preconfinamiento y el confinamiento. Factores como la edad se asociaron a una DHD media más exacerbada en el rango de 60-74 años con un valor de 11,85 (IC 95% 2,28 a 21,42, $p = 0,015$) y en el de 90 años o más, con una media de 30,97 (IC 95% 21,31 a 40,63), así como en el sexo, aumentando más en las mujeres con una DHD del 9,05 (IC 95% 3,51 a 14,59, $p = 0,001$). Finalmente, se apreció un descenso de la misma en las zonas básicas de salud V11, con DHD media mensual de -15,28 (IC 95% -29 a -0,66, $p = 0,041$) y V14 con DHD media mensual de -39,66 (IC 95% -54,28 a -25,04, $p < 0,001$) (1).

El estudio de cohorte retrospectivo llevado a cabo por Steven G. Morgan et al. tuvo como objetivo identificar desigualdades de sexo a la hora de recibir prescripciones inapropiadas de medicamentos así como los factores que las propician. La población de estudio fueron 660.679 habitantes de Columbia Británica (Canadá) que tenían 65 años o más durante 2013 y cuyos datos de interés se obtuvieron a través de Population Data BC. Un mayor porcentaje de mujeres (31%) que de hombres (26%) recibieron una o más prescripciones inapropiadas. El perfil característico vulnerable a la prescripción inadecuada fue el de una mujer mayor de 85 años, que reside en un centro de atención de forma prolongada, polimedicada y de bajos ingresos económicos. Mediante la inclusión de determinados factores clínicos y socioeconómicos se observó que las mujeres tenían un 16% más de probabilidades de recibir una prescripción inapropiada que los hombres. Determinados factores como disponer de altos ingresos o estar casado constituyeron un factor protector para los hombres, pero no para las mujeres. El factor étnico fue significativo en mujeres mientras que en hombres no tuvo relevancia. Durante 90 días o más se les recetaron benzodiazepinas a un mayor porcentaje de mujeres (12,9%) que de hombres (8,9%) (21).

Tabla 2: Resumen y síntesis de los resultados.

Autor, fecha	Tipo de estudio	Nivel de evidencia (Melnyk y Fineout-Overholt 2023)	Muestra	Limitaciones, lagunas	Conclusiones	Implicaciones para la investigación y la práctica futuras
Amaia Bacigalupe et al. (2020) (12)	Análisis transversal desde una perspectiva epistemológica crítica-realista	6	22.787	Las propias ligadas al tipo de estudio.	El género constituye un factor relevante en la salud mental. Las mujeres poseen mayores prevalencias de mala salud mental en todos los rangos de edad y niveles sociales, de diagnósticos de depresión y ansiedad y de consumo de psicofármacos, fomentando la medicalización de su salud mental. Se precisa la inclusión de la perspectiva de género en la atención sanitaria para evitar esta problemática.	Deberían estudiarse estos conceptos de forma más exhaustiva. Incentivar la instauración de políticas que visibilicen y mejoren sus malestares. Se debería fomentar la eliminación del sesgo de género para promover la modificación estructural del sistema sanitario y las bases políticas y culturales de la sociedad.
Amaia Bacigalupe et al. (2022) (17)	Estudio cualitativo con diseño descriptivo-interpretativo	6	12	Solamente se tienen en cuenta la opinión de expertos. No se realizó el análisis desde una perspectiva interseccional que tuviera en cuenta los distintos factores influyentes en las desigualdades sociales.	En la búsqueda de la reducción de las desigualdades de género en salud mental debe realizarse un cambio a nivel estructural, social, cultural y asistencial. Mediante la perspectiva de género se puede lograr revertir el sesgo de género que afecta principalmente a las mujeres.	Inclusión de la perspectiva de género en la práctica asistencial.
Amaia Bacigalupe y Unai Martín (2020) (18)	Estudio transversal	6	8.014	Limitaciones propias de los estudios transversales. La medición de la salud mental mediante el MHI.5 no es la herramienta más precisa de medición. Puede que el sesgo de género esté presente en las herramientas de detección y diagnóstico contribuyendo	A pesar de ajustar los datos mediante la peor salud mental y la mayor frecuencia de visitas al sistema sanitario, las mujeres continúan presentando peores resultados. Los grupos más vulnerables son las mujeres de edad avanzada y de bajo nivel socioeconómico.	Contar con más evidencia sobre los mecanismos que subyacen en el sesgo de género para diseñar políticas de salud que frenen la medicalización de la salud mental.

Una revisión sistemática sobre el sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas en la atención sanitaria de la salud mental

				<p>a la subestimación de las desigualdades de género. También se detecta un sesgo de memoria que podría haber afectado las cifras de visitas a atención primaria. Las prescripciones de psicofármacos no equivalen al consumo de los mismos. Por último, obtener datos a partir de encuestas en vez de registros clínicos puede dar lugar a sesgos.</p>		
Andrea Bielli et al. (2023) (11)	Revisión de tres investigaciones cualitativas	6		Limitaciones ligadas al tipo de estudio.	Los psicofármacos no se utilizan para solucionar problemas de salud mental, sino que tratan problemas de índole social.	Investigar sobre diferentes alternativas a la vía farmacológica.
Carmen del Río Pedraza (2022) (13)	Análisis histórico-crítico	7		<p>Pocas investigaciones relativas al sesgo de género en el ámbito de la salud mental.</p> <p>Limitaciones ligadas al tipo de estudio, sesgos derivados de la subjetividad del autor.</p>	<p>Las herramientas diagnósticas de algunas patologías mentales están sesgadas.</p> <p>Procurar que se incluya la perspectiva de género a nivel sanitario.</p>	Realizar más investigaciones que cuenten con los profesionales sanitarios para comprobar de forma experimental si el sesgo de género influye en la toma de decisiones.
Jorge Simal-Aguado et al. (2021) (5)	Estudio transversal	6	735	<p>No se registraron datos asociados al tabaco u otras drogas.</p> <p>No se investigaron suficientemente los diferentes usos de las benzodiazepinas.</p>	<p>La prescripción de benzodiazepinas es elevada, siendo las más prescritas el clonazepam, el lorazepam y el diazepam.</p> <p>Generalmente, los pacientes consumieron por lo menos una benzodiazepina y la dosis de consumo media diaria fue de 25 mg equivalentes de diazepam.</p>	Conviene investigar más acerca de los procesos de prescripción y los posibles factores relacionados, con el fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Una revisión sistemática sobre el sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas en la atención sanitaria de la salud mental

<p>Jesús Henares Montiel et al. (2019) (19)</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>6</p>	<p>29.478 personas en 2006, 21.007 en 2011 y 23.089 en 2017.</p>	<p>Limitaciones asociadas a la obtención de la información mediante una encuesta y el tipo de estudio transversal.</p>	<p>Existen hallazgos estadísticamente significativos que evidencian una tendencia estable de la morbilidad psíquica española, observando un pequeño descenso en 2017. Las mujeres constituyen el grupo más vulnerable, ya que presentan las peores cifras de morbilidad psíquica, salud mental autopercibida, frecuencia de diagnósticos y de consumo de psicofármacos. Se formula la hipótesis de una sobreprescripción de psicofármacos a las mujeres porque a pesar de que ellas padezcan mayor frecuencia de morbilidad psíquica, las cifras de prescripción no son coherentes.</p>	<p>Los resultados de este estudio pueden impulsar a la mejora de la organización sanitaria en las distintas comunidades y a la realización de investigaciones más precisas de los factores influyentes en cada comunidad autónoma.</p>
<p>Leanna MW Lui et al. (2022) (6)</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>6</p>	<p>125.463</p>	<p>Análisis retrospectivo post hoc. No se tuvieron en cuenta más factores que pudieran interaccionar con la prescripción ni tampoco se estratificaron datos de dosis de benzodiazepinas. Sesgo de selección ya que la población utilizada en la muestra puede que no sea representativa de la general.</p>	<p>Existen evidencias significativas para considerar que existe un sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas de manera que los prescriptores masculinos lo hacen con más frecuencia que las femeninas.</p>	<p>Eliminar el sesgo de género y educar a los prescriptores para que lleven a cabo una atención de calidad en centros de atención primaria y psiquiátricos. Reducción de las tasas de prescripción inapropiadas.</p>
<p>Lourdes Franco López y María José Sáenz Rodríguez (2018) (3)</p>	<p>Estudio cualitativo de base etnográfica</p>	<p>6</p>	<p>6 mujeres 2 médicas y 1 médico</p>	<p>Las propias ligadas al tipo de estudio</p>	<p>El consumo de benzodiazepinas ha aumentado paulatinamente. El consumo crónico genera diferentes efectos secundarios además de adicción. Constituye un gran gasto para el sistema sanitario. Las mujeres del grupo de discusión necesitan disponer de espacios donde puedan verbalizar su sufrimiento.</p>	<p>Investigar acerca de otras posibles soluciones que disminuyan el consumo y prescripción de benzodiazepinas.</p>

Una revisión sistemática sobre el sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas en la atención sanitaria de la salud mental

Roger S. McIntyre et al. (2020) (20)	Estudio de cohorte retrospectivo	4	2.127.441 pacientes con un trastorno de salud mental y 38.932 prescriptores	<p>Análisis retrospectivo.</p> <p>Población taiwanesa que no representa a otro tipo de poblaciones.</p> <p>No se elaboraron encuestas cualitativas individuales.</p>	<p>Aumento significativo de las tasas de prescripción de benzodiazepinas, especialmente a las mujeres. Los prescriptores masculinos las prescriben con más frecuencia que las femeninas.</p>	<p>Reducción de las tasas de prescripción.</p> <p>Inculcar a los profesionales mayor conciencia en la prescripción y reconocimiento del sesgo de género para poder mitigarlo.</p>
Sara García Díez et al. (2022) (1)	Estudio observacional longitudinal	4	296.488	<p>No se conocen las indicaciones de la prescripción de benzodiazepinas. No se incluyeron aquellas procedentes del ámbito hospitalario o del sistema privado.</p> <p>Trabajar con las medias mensuales de DHD puede que no haya permitido identificar alteraciones durante el periodo.</p> <p>El periodo confinamiento delimitado en el estudio no corresponde exactamente al periodo real.</p> <p>El estudio solo abarca los 10 primeros meses de pandemia. Carencia de un grupo de control.</p>	<p>El confinamiento no logra explicar el aumento en la prescripción de benzodiazepinas ni su tendencia. Se formula la hipótesis de que existe una inclinación sesgada por parte de los profesionales en la dispensación de benzodiazepinas según el perfil del paciente.</p>	<p>Disminuir la sobrecarga asistencial en las consultas de atención primaria. Desarrollar otro tipo de alternativas como la psicoterapia o los grupos de apoyo para no recurrir únicamente a la medicalización de los malestares.</p>
Sandra Caponi et al. (2023) (14)	Estudio cualitativo	6		<p>Limitaciones propias del tipo de estudio.</p>	<p>La terapia en grupo obtiene resultados beneficiosos en la salud mental de las mujeres.</p> <p>Existencia del sesgo de género a lo largo de toda la historia de la psiquiatría.</p>	<p>Valorar de forma integral el contexto social en el que se encuentran las mujeres. Comprender que los problemas no responden a cuestiones biológicas sino sociales y políticas.</p>
Steven G. Morgan et al. (2016) (19)	Estudio de cohorte retrospectivo	4	660.679	<p>No revisaron los datos clínicos completos. Posible subestimación del alcance de las prescripciones inapropiadas.</p>	<p>Las desigualdades observadas en este estudio y sus factores asociados están relacionados con construcciones biológicas y sociales.</p>	<p>Desarrollar métodos para prevenir la prescripción y el consumo indebido de medicamentos.</p>

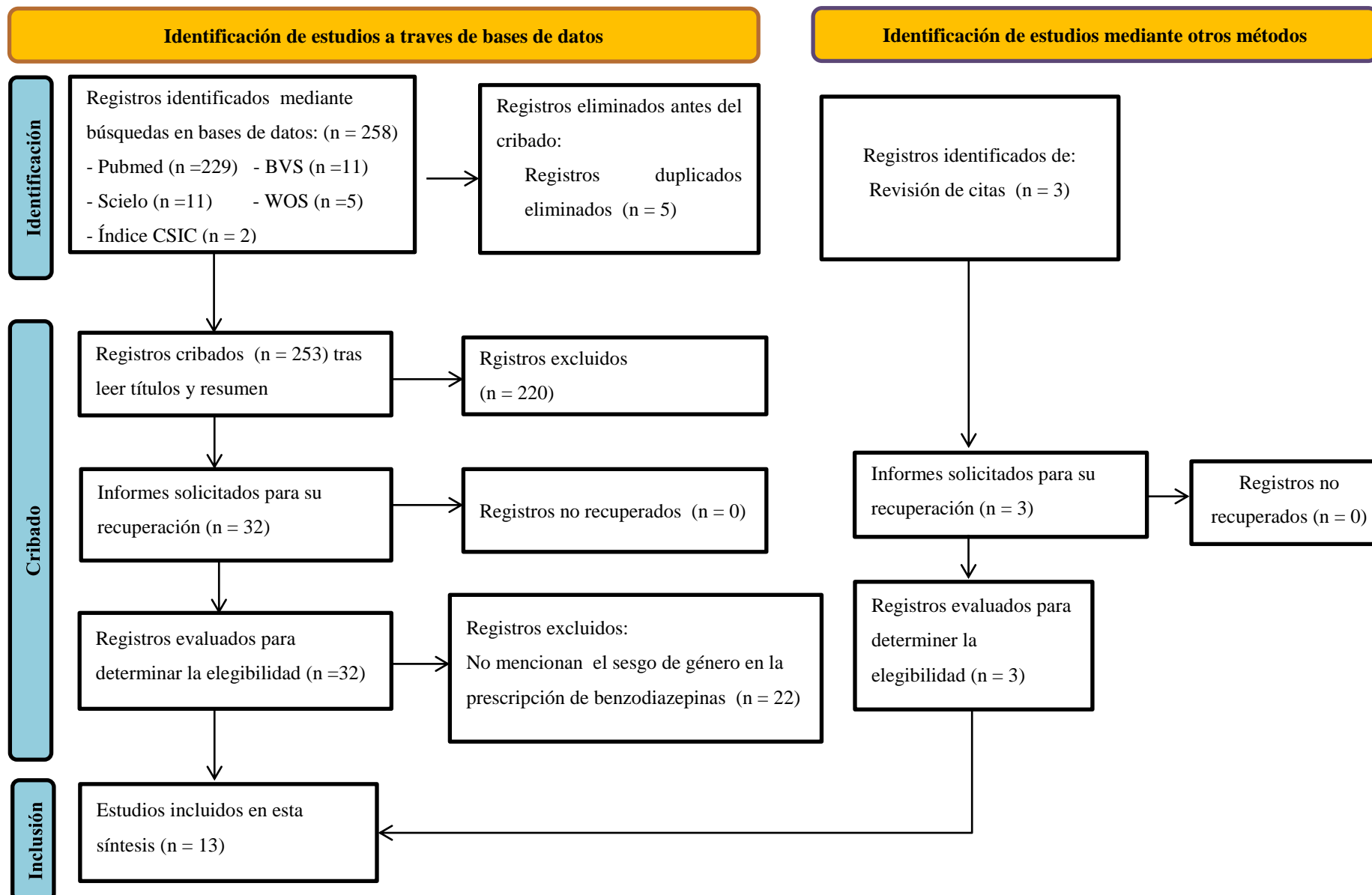


Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de búsqueda bibliográfica.

Discusión

En relación al objetivo principal, la literatura disponible actualmente, indica que existen evidencias significativas de la influencia del sesgo de género en la prescripción de benzodiazepinas (12,20). Desde una perspectiva interseccional, se ha observado que el género interactúa con otros determinantes de la salud mental (13,18).

Son diversos los estudios que corroboran que, ante la misma sintomatología en hombres y mujeres, en las mujeres de todas las edades existe una mayor frecuencia de diagnósticos de ansiedad, insomnio o de trastornos afectivos como la depresión y un consumo predominante de psicofármacos (1,12,18,21). Sin embargo, uno de los estudios niega lo anterior e incluso relata que son los pacientes masculinos los que más benzodiazepinas consumen; existen evidencias significativas de lo anterior pero la magnitud de desviación en el estudio es pequeña (6). Numerosos autores aseguran que no logran identificar las causas de estas disparidades de género que se dan en la salud mental ya que consideran que ni la mayor prevalencia de mala salud mental en las mujeres ni tampoco el infradiagnóstico en los hombres pueden explicarlas (12,18,20,21). A pesar de que las cifras pueden variar en función del estudio, la literatura revisada concreta que las principales benzodiazepinas más prescritas son: clonazepam, lorazepam, diazepam y bromazepam (5).

Desde hace un tiempo considerable, ya se conocía que las mujeres duplicaban a los hombres en el consumo de psicofármacos. De hecho, en diferentes estudios desarrollados en Estados Unidos y en Europa se han obtenido resultados estadísticos semejantes (11,20). Los autores refieren que el conocimiento de estas desigualdades y los cambios puntuales que se han producido para contrarrestarlas, demuestran que no se está haciendo lo suficiente para revertir esta situación (3,11).

Con respecto al primer objetivo específico, diversos estudios reconocen la influencia que tienen los factores sociales, culturales y económicos sobre la salud mental y los diagnósticos de depresión y ansiedad (3,11). En concreto, manifiestan que la salud mental se deteriora al mismo tiempo que se reduce la calidad de vida, por lo que el bajo nivel económico y educativo se consideran factores de riesgo (1,3,13,17,21). Además, otros autores narran que el nivel económico actúa como factor protector solamente entre los hombres, siendo las mujeres las mayores consumidoras de psicofármacos, independientemente de la clase social o económica. Lo argumentan describiendo que no solamente sufren las mujeres con actividad laboral precaria o en

paro, sino que, por ejemplo, las injusticias laborales que se dan en algunas carreras profesionales debido al techo de cristal, también ocasionan malestar psicológico (13).

La inmigración también parece provocar peor salud mental en las mujeres, conformando un factor de riesgo étnico que no se aprecia en hombres inmigrantes (1,21). De igual modo, se ha observado que la edad constituye otro factor de riesgo significativo, dado que conforme aumenta, existen mayores probabilidades de recibir diagnósticos de patología mental y mayor prescripción de psicofármacos (12,18). En general, la población anciana de ambos sexos suelen ser pacientes polimedcados y es probable que exista cierta tendencia en los prescriptores a recetar determinados medicamentos (11,19). Incluso, se distinguen desigualdades de género en adolescentes, siendo ellas las que más benzodiazepinas consumen (11). Algunos autores defienden como perfil de consumidora típica de benzodiazepinas a las mujeres de mediana edad en adelante y con bajo nivel educativo y económico (3,13,21). Por este motivo, los autores han identificado como grupos vulnerables en el consumo de benzodiazepinas a las mujeres, las personas de edad avanzada y a los consumidores de otro tipo de drogas (1,5).

Aparentemente, estos factores no solo influyen en los pacientes, sino que también modulan el comportamiento de los prescriptores según los rasgos biopsicosociales del paciente (1,21). Los profesionales sanitarios no están libres de prejuicios, que intermedian en la relación prescriptor-paciente (3,13,17,20). Además, algunos estudios detallaron que, de manera inconsciente, los pacientes eluden la responsabilidad en la toma de decisiones y los profesionales pueden llegar a imponer su opinión mediante una actitud paternalista y dominante que no estimula la autonomía del paciente (3,14).

Con respecto al segundo objetivo específico, uno de los estudios observó que los prescriptores masculinos, ante igualdad de síntomas, tienen más probabilidades de recetar benzodiazepinas a pacientes mujeres que a pacientes hombres en comparación con las prescriptoras femeninas (1,20). Se sugiere que la reticencia de los prescriptores masculinos a derivar pacientes a servicios psicosociales podría ser un reflejo de esto (20). Además, algunos estudios sugieren que se realizan prescripciones de forma protocolaria y automática, sin realizar un correcto seguimiento o valoración posterior del paciente. Un error a tomar en consideración es el mantenimiento de prescripciones que fueron realizadas por otro profesional o entidad sanitaria, incluso si el paciente está consumiendo la benzodiazepina a largo plazo (1,3,20). Además, la sobrecarga asistencial de las consultas de Atención Primaria provoca que los

profesionales sanitarios no dispongan ni del tiempo ni de los recursos suficientes para efectuar una atención sanitaria de calidad y comprender el contexto que envuelve a las mujeres, las cuales tampoco disponen de un espacio donde verbalizar su sufrimiento (3,13,14,18). Como resultado de la pandemia, la sobrecarga sumada al seguimiento telemático, empeoraron considerablemente la gestión de la prescripción y del consumo de benzodiazepinas (1).

La historia de la medicina ha sido androcéntrica por lo que se ha tomado como referencia de buena salud mental el comportamiento tradicional masculino, frecuentemente asociado a la jerarquía de poder, como son la fuerza, la autonomía, la independencia o la asertividad, por lo que características vinculadas a la debilidad como llorar, la sensibilidad o la expresividad emocional quedan relegadas al comportamiento femenino y se consideran patológicas (11,12,13,17,18). Es posible que debido a estas expectativas culturales de género, las mujeres tengan más facilidad que los hombres para expresar su malestar psicológico y buscar ayuda acudiendo con mayor frecuencia a los servicios sanitarios (11-14). Se desconoce si los roles tradicionales masculinos constituyen un factor protector para la salud mental de los hombres o si por el contrario, están padeciendo un infradiagnóstico al expresar los síntomas de maneras diferentes mediante las somatizaciones, el consumo de otro tipo de sustancias, la agresividad y la violencia (12,14).

Los roles tradicionales de género provocan que determinadas tareas relativas al cuidado familiar o labores domésticas sean consideradas como parte de la identidad social y cultural femenina. Como consecuencia, se sienten sobrepasadas y presas de un sistema de jerarquía de poderes en el que sus obligaciones les generan dependencia, ansiedad, sentimiento de sumisión, de nula autonomía, culpa y otros tantos malestares psicológicos (3,11,12,14). Al no disponer de más alternativas, recurren a las benzodiazepinas, que a corto plazo parecen resolver la problemática, pero a largo plazo, el consumo se convierte en crónico y aparecen efectos perjudiciales como la tolerancia y dependencia a la sustancia mientras la situación social permanece intacta o incluso, se agrava (3,11,12,17). La adicción a las benzodiazepinas no deja de ser un tipo de drogodependencia, ya que el fármaco se convierte en una necesidad (3,11,12). En nuestra sociedad, el consumo crónico de benzodiazepinas se encuentra completamente aceptado. Resulta contradictorio que se sancione gravemente el consumo de ciertas drogas consideradas perjudiciales para la salud mientras se normaliza e incluso se favorece el consumo de otras drogas legales que también son dañinas (3,11).

Existen diversas posturas que han sido criticadas por los autores, ya que consideran que únicamente fomentan los procesos de medicalización de la salud mental de las mujeres. Una de ellas es la asociación de la biología femenina con la predisposición a desarrollar una patología mental (11-14). También se critica la creación de etiquetas diagnósticas innecesarias, como sucede con el término de “histeria”, derivado de antiguas construcciones como la locura y menor inteligencia femenina (13,14). En esa misma línea, sugieren que podría estar sucediendo lo mismo con el concepto de depresión (11-14). Otras teorías apuntan a la industria farmacéutica como una gran promotora de las etiquetas diagnósticas y la sobreprescripción de psicofármacos porque generan abundantes beneficios e intereses políticos y económicos (11,13). Por último, los estudios aluden a la sociedad patriarcal como otro factor más influyente en la salud mental de las mujeres, ya que ellas se exponen a ciertas situaciones que los hombres no suelen experimentar, como por ejemplo, la violencia física, simbólica, sexual o de género, la segregación del mercado laboral o la existencia del techo de cristal entre otras (11,12,17).

En el transcurso de la realización de esta revisión sistemática surgieron varias limitaciones. La escasa literatura científica que abordara los objetivos planteados, propició una selección menos exigente en cuanto a la calidad científica de algunos artículos. También se tuvieron en cuenta las limitaciones aportadas por cada estudio. Es crucial la realización de más investigaciones para identificar los mecanismos que operan en las desigualdades de género y favorecer la inclusión de la perspectiva de género en la atención sanitaria de la salud mental.

Conclusiones

1. Existen diferencias de sexo en la prevalencia: las mujeres son más susceptibles de ser diagnosticadas de un trastorno de salud mental.
2. Existen diferencias de sexo en los patrones de prescripción: las mujeres reciben con mayor frecuencia prescripciones de benzodiazepinas.
3. La evidencia disponible sugiere que el sexo del prescriptor también influye en la prescripción, de manera que los prescriptores masculinos recetan más benzodiazepinas.

Financiación y conflicto de intereses

La autora de esta revisión sistemática niega la existencia de conflicto de intereses ni de ayudas económicas de algún tipo en la realización de este trabajo de fin de grado.

Bibliografía

1. García Díez S, De Nicolás Valdés M, Diéguez Varela C, et al. Impact of COVID-19 lockdown on the prescription of benzodiazepines. *Aten Primaria* [Internet]. 2023 Mar [consultado 20 ene. 2024];55(3):102552. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102552>
2. AEMPS, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 15 may. 2024]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
3. Franco Lopez L, Sáenz Rodríguez MJ. Benzodiazepinas y el dolor de vivir. *QeICA* [Internet]. 2018 Oct [consultado 16 ene. 2024];23(1):35-48. Disponible en: <https://publicacions.antropologia.cat/quaderns-e/article/view/11>
4. Benedí J, Gómez del Río MA. Ansiedad. *Farmacia Profesional* [Internet]. 2007 Ene [consultado 16 ene. 2024];21(1):50-55. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ansiedad-13098174>
5. Simal-Aguado J, Campos-Navarro MP, Valdivia-Muñoz F, et al. Evaluation of Risk Factors Associated to Prescription of Benzodiazepines and its Patterns in a Cohort of Patients from Mental Health: A Real World Study in Spain. *Psychopharmacol Bull* [Internet]. 2021 Ene [consultado 20 ene. 2024];51(1):81-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8063129/pdf/PB-51-1-81.pdf>
6. Lui LMW, Lee Y, Lipsitz O, et al. The influence of prescriber and patient gender on the prescription of benzodiazepines: results from the Florida Medicaid Dataset. *CNS Spectr* [Internet]. 2022 Jun [consultado 26 ene. 2024];27(3):378–382. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1092852921000055>
7. Coyle A. Benzodiazepinas: la adicción camuflada del consumo de ansiolíticos en España [Internet]. Hammersmith, Londres: National Geographic Society; Ene 2023 [actualizado 27 dic. 2023; consultado 15 may. 2024]. Disponible en:

<https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2022/12/benzodiazepinas-adiccion-ansioliticos-espana>

8. Plan Nacional sobre Drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 Oct [revisado 15 may. 2024]. [Video], XVI Encuentro Ágora DGPNSD - Medicamentos con capacidad adictiva: ansiolíticos e hipnosedantes; 2023 Oct [revisado 15 may. 2024; consultado 24 may. 2024]; [1 hr., 34 min., 13 sec.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ePgtF3js4vc>
9. Martínez-Mendía X, Bacigalupe de la Hera A, Martín Roncero U, Barbuscia A. Desigualdades de género en el consumo de ansiolíticos e hipnosedantes por parte de adolescentes en España: un estudio transversal. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2023 Oct [consultado 18 may. 2024];97:e202311082. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/173/298>
10. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018/2019. [consultado 15 may. 2024];41-45. Disponible en https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020_Informe.pdf
11. Bielli A, Bacci P, Bruno G et al. Cambiar para que todo siga igual: mujeres y psicofármacos en Uruguay. Estud Fem [Internet]. 2023 Mar [consultado 26 ene. 2024];31(1):e93197. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193197>
12. Bacigalupe A, Cabezas A, Baza Bueno M, et al. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 2020 Nov [consultado 20 ene. 2024];34(1):61-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
13. del Río-Pedraza C. La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. Rev. Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2022 Jun [consultado 26 ene. 2024];42(141):55-73. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>

14. Caponi S, Sevilla Martínez J, Hummel do Amaral L. El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Estud Fem* [Internet]. 2023 May [consultado 26 ene. 2024];31(1):e93055. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>
15. Jufresa-Blanch E, Carrilero N, García-Altés A. The influence of general practitioner and patient sex on the treatment of major depression. *Front Pharmacol* [Internet]. 2023 Nov [consultado 26 ene. 2024];14:1274774. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1274774>
16. Organización Mundial de la Salud. Género y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 Ago [consultado 15 may. 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
17. Bacigalupe A, González-Rábago Y, Jiménez-Carrillo M. Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Aten Primaria* [Internet]. 2022 Jul [consultado 20 ene. 2024];54(7):102378. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
18. Bacigalupe A, Martín U. Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health?. *Scand J Public Health* [Internet]. 2020 Ago [consultado 20 ene. 2024];49(3):317-324. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1403494820944736>
19. Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gacet Sanit* [Internet]. 2020 Mar-Abr [consultado 26 ene. 2024];34(2):114-119. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
20. McIntyre, RS, Chen VCH, Lee Y, et al. The influence of prescriber and patient gender on the prescription of benzodiazepines: evidence for stereotypes and biases?. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2020 Nov [consultado 26 ene. 2024];56: 1083–1089. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01989-4>

21. Morgan SG, Weymann D, Pratt B, et al. Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults. *Age Ageing* [Internet]. 2016 Jul [consultado 20 ene. 2024];45(4):535-542. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw074>