

## Haur eta nerabeen osasun mentala eta psikofarmakoen kontsumoaren genero-desberdintasunak

### *Gender inequalities in mental health problems and psychotropic drug consumption in children and adolescents*

Maite Campo, Amaia Bacigalupe

Soziologia eta Gizarte Langintza Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea  
Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea (OPIK)

*maite.campo@ehu.eus*

#### Laburpena

---

**Sarrera.**Geroz eta ebidentzia gehiago dago haur eta gazteen osasun mentalak okertzeraz egin duela azken urteetan, eta horrekin batera, hazi egin dela psikofarmakoen kontsumoa. Gainera, jakina da diagnostikatzen diren osasun mentaleko arazoak eta haiek tratatzeko erabiltzen diren psikofarmakoak ez direla berdinak nesketan eta mutiletan. Ikerketa honek arlo klinikoan haur eta nerabeen osasun mentalaren diagnostikoa eta psikofarmakoen kontsumoaren genero-desberdintasunak aztertzea du helburu.

**Material eta metodoak.**Espainiako Osasun Sistema Nazionaleko 2022. urteko erregistro klinikoetatik abiatuta, 0 eta 18 urte bitarteko haur eta nerabeetan diagnostikatutako osasun mentaleko arazo nagusien eta preskribatutako psikofarmakoen kontsumoaren prebalentziak kalkulatu dira nesketan eta mutiletan, eta kontsumoaren genero-desberdintasunak aztertu dira Poisson-en bariantza sendodun erregresioaren bidez.

**Emaitzak.**Genero-patroi argiak daude osasun mentalaren diagnostikoan eta psikofarmakoen kontsumoan: portaera-arazoak, arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua, eta psikoestimulatzailerik eta antipsikotikoen kontsumoak gehienbat haurtzaroan eta mutiletan egiten dira, eta antsietate- eta depresio-asalduak eta antsiolitiko eta antidepresiboen kontsumoa handiagoak dira nesketan eta nerabezaroan. Genero-desberdintasun handienak antidepresibo eta psikoestimulatzailerikoen kontsumoan antzeman dira.

**Ondorioak.**Generoak eta adinak eragin handia dute osasun mentaleko arazoen diagnostikoetan eta psikofarmakoen kontsumoan. Beharrezkoa da praktika klinikoan haur eta nerabeen ondorezko aurrean genero-ikuspegia lantzea, osasunaren beste gizarte-determinatzaileak kontuan hartuz.

Gako-hitzak: Osasun mentala, psikofarmakoak, haurrak, nerabeak, generoa.

**Abstract**

**Introduction.** *There is increasing evidence that child and adolescent mental health has deteriorated in recent years, and the consumption of psychotropic drugs has increased. Moreover, it is known that the diagnosed mental health problems, and the psychotropic drugs used for their treatment are not the same in boys and girls. This study aimed to analyze gender inequalities in the diagnosis of mental health problems and the consumption of psychotropic drugs of children and adolescents in the clinical setting.*

**Methods.** *We used clinical data from the Spanish National Health System of 2022, and the prevalence of the main mental health problems diagnosed in children and adolescents aged 0-18 years and the consumption of prescribed psychotropic drugs in children have been calculated. Gender inequalities in psychotropic drug consumption have been analyzed through a regression with robust Poisson variances.*

**Results.** *There are gender inequalities in the diagnostics of mental health problems and psychotropic drug consumption in children and adolescents: behavior problems, Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and consumption of psychostimulants and antipsychotics occur mainly in childhood and boys, and anxiety and mood disorders, and anxiolytic and antidepressant consumption is higher in adolescence and in girls. The greatest gender inequalities have been seen in antidepressant and psychostimulant consumption.*

**Conclusions.** *Gender and age have a great influence on the diagnosis of mental health problems and the consumption of psychotropic drugs in Spain. It is critical to work on gender perspective in addressing children's and adolescents' mental health in clinical practice, taking other social determinants of health into account.*

*Keywords: Mental health, psychotropic drugs, children, adolescents, gender.*

Bidalia: 24/11/26

Onartua: 25/02/04

<http://doi.org/10.26876/Osagaiz.1.2025.5146>

**1. Sarrera**

Azken urteetan eta batez ere pandemiak geroztik, haur eta gazteen osasun mentaleko arazoek gora egin dute etengabe, eta haiekin batera, psikofarmakoen kontsumoak. Esaterako, pandemiak antsietate- eta depresio-kasuak areagotu zituen mundu osoan, bereziki emakumeetan eta gazteetan(1), eta Espainiako urgentzia pediatrikoetan % 56 handitu zen "suizidio/suizidio-saiakera" diagnostikoa 2019 eta 2021 urteen artean(2). 2023ko *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)* inkestaren arabera, 14 eta 18 urte arteko ikasleen % 19,6k kontsumitu du noizbait hipnotiko edo lasaigarriren bat, prebalentzia bikoitza izanik nesketan mutilenarekin alderatuta(3).

18 urtetik beherako populazioan gehien diagnostikatzen diren osasun mentaleko arazoak antsietatea, portaera-asalduak, arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua (ADHN) eta autismoaren espektroko nahasmenduak dira(4). Haurretan osasun mentaleko arazoak eragiten dituzten sintomatologiak azaltzeko barruranzko eta kanporanzko arazoei buruz (ingelesezko *internalizing and externalizing problems*) hitz egiten da(5). Kanporanzko sintomen artean agresibitatea eta portaera disruptiboa daude, inguruko pertsonekin gatazkak eragiten dituztenak. Barruranzko sintomak tristura eta antsietatearekin daude erlazionatuta, eta zailagoak dira identifikatzen (5).

Haur eta nerabeen osasun mentaleko arazoetan terapia psikologikoa da lehen aukerako tratamendua, bakarrik edo psikofarmakoekin konbinazioan, baina praktika klinikoan asko zabaldu da psikofarmakoen erabilera lehen aukerako tratamendu moduan. Gehien erabiltzen diren psikofarmakoak antsiolitikoak, antipsikotikoak, antidepresiboak eta psikoestimulatzailak dira (6). Gainera, psikiatria pediatrikoan psikofarmakoen *off-label* erabilera oso ohikoa da, hau da, indikatuta ez dagoen beste egoera batzuetan preskribatzen dira, adinez kanpo edota beste patologiarenekin baten tratamenduan, kasu. Espainian, esaterako, 18 urtetik beherako nesketan antidepresiboen dispensazioen % 30 *off label* preskripzioak dira, eta % 25 mutiletan(7).

Azken hamarkadetako osasun mentaleko arazoen gorakada hau medikalizazio izeneko prozesu baten barruan kokatu daiteke(8),zeinean egunerokotasunetik eratorritako arazo sozialak parametro biomedikoen barruan ulertzen diren geroz eta sarriago, kontsulta klinikoan sartu eta diagnostiko kliniko bilakatuz. Osasun mentalaren arloan argi ikusten da joera hori, geroz eta gehiago bideratzen baita ondoeza kontsultara, eta gainera, kontsultara iristen diren ondoez horiek psikofarmako baten bidez tratatzen dira askotan, onodezok pairatzen dituzten pertsonen haien bizitza “normalarekin” jarraitu dezaten (9).

Haur eta nerabeetan ere gertatzen ari da medikalizazio-prozesu hau, zeinean esleitutako arauen arabera “normalak” ez diren portaerak asaldu psikiatriko bilakatzen diren. Adibidez, haurtzaroan portaera disruptiboak portaera-asaldu edo ADHN moduan diagnostikatzen dira. Medikalizazio-prozesu honetan hainbat eragile daude osasun-profesionalen eta osasun-sistemaz gain, hala nola industria farmazeutikoa, eskola, familia, ingurugiro soziala eta gizartea bera. Gainera, medikalizazio horiazken urteetan farmakoen kontsumoaren gorakadarekin batera hedatzen ari da, medikamentalizazioa edo farmakologizazioa izeneko fenomenoaz azaleratuz. Horrek erreferentzia egiten dio baldintza sozialak, konduktualak edota korporalak medikamentu baten bidez tratatuak direneko prozesuari (10).

Osasun mentalaren diagnostiko eta tratamenduan genero-desberdintasun handiak ikusten dira eguneroko praktika klinikoan, baita haur eta nerabeetan ere. Orokorrean mutiletan osasun mentaleko arazo gehiago diagnostikatzen diren arren (11), asaldu motaren arabera ezberdintasunak daude: gizonetan asaldu ohikoenak dira ADHNa, portaera-asalduak eta asaldu psikotikoak, eta nesketan, ordea, maizago diagnostikatzen dira antsietate- eta depresio-asalduak eta elikadura-nahasmenduak(12). Zentzu horretan, psikofarmakoen kontsumoan ere genero-alborapen bat azaltzen da; esaterako, preskribatutako psikofarmakoen kontsumoa handiagoa da emakumeetan, diagnostikoak parekatuta ere (13).

Azkenik, generoaz gain osasunaren beste gizarte-baldintzatzaileek ere eragina dute gizon eta emakumeen osasun mentalaren egoeran. Izan ere, pertsona guztien osasun mentala haiek jaio, hazi, bizi eta zahartzen diren baldintzen arabera da, hau da, osasunaren gizarte-baldintzatzaileen arabera(14). Hainbat determinatzailearen arabera, eskala sozialean posizio hobea duten pertsonen bizi-baldintza hobeak izango dituzte, eta, ondorioz, ongizate eta osasun mentalaren egoera hobeagoa (15). Esaterako, Norvegiar egindako ikerketa batek erakutsi du maila sozioekonomiko baxua antidepresiboen preskripzio-maila altuagoekin erlazionatuta dagoela gazteetan(16).

Maite Campo eta Amaia Bacigalupe

## 2. Helburuak

Helburu nagusia: Espainiako Osasun Sistema Nazionalean (OSN) haur eta gazteen (0-18 urte) diagnostiko psikiatrikoetan eta psikofarmakoen kontsumoan azaldu diren genero-desberdintasunak aztertzea 2022. urtean.

Helburu zehatzak hauek dira:

- Espainiar estatuko OSNan haur eta nerabeetan diagnostikatzen diren nahasmendu nagusien prebalentzia ezagutzea, generoaren eta adinaren arabera.
- Espainiar estatuko OSNan haur eta nerabeetan preskribatutako psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia eta kantitatea ezagutzea, generoaren eta adinaren arabera.

OSNan haur eta nerabeetan preskribatzen diren psikofarmakoen adinaren arabeko genero-desberdintasunak aztertzea, hura azaldu dezaketen osasunaren beste baldintzatzaile batzuk (jaioterria eta errenta-maila) eta diagnostikoak kontuan izanda.

## 3. Diseinu metodologikoa

### 3.1. Iturriak eta lagina

Datuen iturri modura Espainiako Osasun Ministerioaren *Base de Datos de Atención Primaria* (BD-CAP) datu-basea erabili da, zeinean urtero Espainiako oinarritzko osasun-eremu bakoitzeko lagin adierazgarri baten informazio kliniko anonimizatu eta normalizatua jasotzen den. Guztira, 17 autonomia-erkidegoetako erregistro klinikoak jasotzen dira, horietako bakoitzeko adierazgarri direnak.

Ikerketa honetarako, 0 eta 18 urte arteko haur eta nerabeetan erregistratutako psikofarmakoen kontsumo eta diagnostiko psikiatrikoak jaso dira. Konkreteki, 2022. urteko datu-baseak 12,7 milioi pertsonaren erregistro klinikoak jasotzen ditu estatu-mailan, eta horietatik 2,1 milioi 0-18 urteko populazioari dagozkio.

### 3.2. Aldagaiak

Aldagai nagusiak edo mendekoak psikofarmakoen kontsumoa eta diagnostiko psikiatrikoak dira. Medikamentuen kontsumoari buruzko datuak Osasun Sistema Nazionaleko profesional batek preskribatutako errezeta bidez farmazietan dispentsatzen diren botikei dagozkie: antipsikotikoak (N05A), antsiolitikoak (N05B), hipnotikoak eta lasaigarriak (N05C), antidepresiboak (N06A) eta psikoestimulatzai-leak (N06B). Erabileraren eta ekintza-mekanismoaren antzekotasuna dela-eta, antsiolitikoak eta hipnotiko eta lasaigarriak kategoria bakar batean azertu dira.

Osasun-arazoak lehen mailako arretako profesionalak erregistratzen dituzte, eta, ondoren, CIAP2 sailkapenaren arabera normalizatzen dira. Diagnostikoak CIE-10 sailkapenaren arabera bihurtu dira eta bertako sailkapenaren arabera taldekatu dira, bost kategoriatan: antsietate-asalduak, depresio-asalduak, psikosi-asalduak, portaera-asalduak eta arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua (ADHN). Ez da gainerako diagnostiko psikiatrikorik azertu.

Aldagai aske edo independenteak sexua, adina, jaioterria eta errenta-maila dira, guztiak erregistro klinikoetan jasotakoak. Sexua “gizon” eta “emakume” kategoria binarioan jasotzen da. Adina zazpi taldetan taldekatu da, datuen analisia eta interpretazioa errazteko asmoz: 0-4 urte, 5-7 urte, 8-10 urte, 11-12 urte, 13-14 urte, 15-16 urte eta 17-18 urte.

Pertsona bakoitzaren errenta-maila Osasun Txartel Indibidualetik (OTI) eratorritako aldagaia da, ekarpen farmazeutikoaren arabera esleitzen dena. Bost talde daude: A ( $\geq 100.000$  €), B (18.000-99.999 €), C ( $< 18.000$  €), D (Oso baxua) eta Z (Sailkatu gabe). Jaioterria ere OTItik eratorria da; hain zuzen, BD-

CAPk Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) eskualdeetan eta azpieskualdeetan egindako sailkapena hartzen du abiapuntutzat, Espainiako ordezkagarritasun-egoerara egokitua. Eskualde batzuetako kantitate txikia dela-eta, hiru taldetan banatu da jaioterria: Espainia, Europar Batasuna eta beste batzuk.

### 3.3. Datuen analisia

Lehenik eta behin, osasun mentalaren asalduen prebalentzia kalkulatu da nesketan eta mutiletan; adinaren arabera batetik, eta autonomia-erkidego guztietan bestetik. Psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia kalkulatu da, 2022. urtean gutxienez behin farmako hori dispentsatu zaien pertsonen ehunekotan adierazita. Kontsumoaren prebalentzia nesketan eta mutiletan kalkulatu da, adinaren arabera eta autonomia-erkidego guztietan. Nesken eta mutilen arteko desberdintasunak estatistikoki esanguratsuak diren jakiteko Pearson-en khikarratuaren proba burutu da, 0,05 esangura-maila muga-tzat hartuz.

Psikofarmakoen kontsumoaren dosia 1.000 biztanle eta eguneko (DBE) ere kalkulatu da, farmako bakoitzaren eguneko dosi zehaztua (EDZ) erabiliz. Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS) arabera, *EDZa unitate tekniko bat da, farmako bakoitzaren indikazio nagusiko eta administrazio-bide baterako eguneko mantentze-dosi bati dagokiona*. DBEa honako ekuazio ho-nen bidez kalkulatzen da:

1. ekuazioa. DBEa kalkulatzeko ekuazioa.

$$DBE = \frac{SO \times FF \times K \times 1000}{EDZ \times biztanle kopurua \times 365 egun}$$

SO: Saldutako ontzi kopurua

FF: Ontzi bakoitzeko forma farmazeutikoen kopurua

K: Forma farmazeutiko bakoitzeko printzipio aktiboen/aren kantitatea

DBEak populazio batek urtean zehar kontsumitu dituen dosien kopuruari buruzko informazioa ematen digu. Hala, prebalentziarekin alderatuta, kontsumitu duten pertsonen kopuruari buruzko informazioa emateaz gain, kontsumoaren kantitateari buruzko informazioa ematen digu.

Azkenik, psikofarmako bakoitzaren prebalentzia-arrazoiak (PA) kalkulatu dira sexuaren arabera, muti-lak erreferentziatzat hartuta. Horretarako Poisson-en bariantza sendodun erregresioa erabili da % 95eko konfiantza-tartearekin. Hiru eredu erabili dira, doituako aldagaien arabera. Lehenengo ere-duan, sexuaren eta adinaren arabera doitu da, bigarrenean, osasun mentaleko arazoaren diagnostikoak gehitu dira, eta, azkenik, errenta-maila eta jaioterria. Alde batetik, autonomia-erkidego guztietarako kalkulatu dira PAK, eta bestalde, Espainia mailan adin-tarte guztietarako.

Lagina Espainiako populazioaren adierazgarri izateko haztatua izan da. Datuen analisirako Microsoft Excel eta SPSS v28 programa estatistikoa erabili dira.

### 4. Emaizak

Laginaren banaketa homogeneoa da generoaren eta adinaren arabera (1. taula). Autonomia-erkidegoen banaketa bat dator estatuko biztanleriaren dentsitatearekin. Errenta-mailari dagokionez, laginaren gehiengoa B eta C kategorietan kokatzen da, eta % 85ek jatorri espainiarra du.

1. taula. Laginaren banaketa autonomia-erkidegoaren, adin-tartearen, errenta-mailaren eta jaioterriaren arabera

|                      |                            | Mutilak   |       | Neskak    |       |
|----------------------|----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|
|                      |                            | N         | %     | N         | %     |
| Espainia             |                            | 4.153.272 | 100,0 | 3.906.925 | 100,0 |
| Autonomia-erkidegoak | Andaluzia                  | 786.986   | 18,9  | 739.316   | 18,9  |
|                      | Aragoi                     | 117.837   | 2,8   | 111.487   | 2,9   |
|                      | Asturias                   | 68.029    | 1,6   | 64.372    | 1,6   |
|                      | Balear uharteak            | 105.956   | 2,6   | 100.333   | 2,6   |
|                      | Kanariak                   | 177.320   | 4,3   | 165.299   | 4,2   |
|                      | Kantabria                  | 46.341    | 1,1   | 44.005    | 1,1   |
|                      | Gaztela eta Leon           | 173.438   | 4,2   | 163.598   | 4,2   |
|                      | Gaztela-Mantxa             | 184.121   | 4,4   | 173.079   | 4,4   |
|                      | Katalunia                  | 688.244   | 16,6  | 646.428   | 16,5  |
|                      | Valentziako Erkidegoa      | 445.105   | 10,7  | 416.591   | 10,7  |
|                      | Extremadura                | 87.240    | 2,1   | 82.354    | 2,1   |
|                      | Galizia                    | 195.122   | 4,7   | 184.251   | 4,7   |
|                      | Madrilgo Erkidegoa         | 630.703   | 15,2  | 597.060   | 15,3  |
|                      | Murtzia                    | 161.709   | 3,9   | 151.257   | 3,9   |
|                      | Nafarroa                   | 63.678    | 1,5   | 60.206    | 1,5   |
|                      | Euskal Autonomia Erkidegoa | 192.918   | 4,6   | 180.575   | 4,6   |
|                      | Errioxa                    | 28.525    | 0,7   | 26.713    | 0,7   |
| Adina                | 0-4                        | 805.538   | 19,4  | 760.625   | 19,50 |
|                      | 5-7                        | 635.968   | 15,3  | 599.906   | 15,40 |
|                      | 8-10                       | 685.835   | 16,5  | 643.531   | 16,50 |
|                      | 11-12                      | 489.953   | 11,8  | 462.499   | 11,80 |
|                      | 13-14                      | 519.245   | 12,5  | 487.663   | 12,50 |
|                      | 15-16                      | 511.733   | 12,3  | 481.050   | 12,30 |
|                      | 17-18                      | 505.001   | 12,2  | 471.650   | 12,10 |
| Errenta-maila        | A (≥100.000 €)             | 59.914    | 1,4   | 57.808    | 1,50  |
|                      | B (18.000-99.999 €)        | 1.478.865 | 35,6  | 1.416.018 | 36,20 |
|                      | C (<18.000 €)              | 1.695.685 | 40,8  | 1.605.932 | 41,10 |
|                      | D (Oso baxua)              | 820.415   | 19,8  | 736.145   | 18,80 |
|                      | Z (Sailkatu gabe)          | 98.393    | 2,4   | 91.022    | 2,30  |
| Jaioterria           | Espainia                   | 3.564.629 | 85,8  | 3.361.802 | 86,00 |
|                      | Europar Batasuna           | 69.341    | 1,7   | 65.781    | 1,70  |
|                      | Beste batzuk               | 519.303   | 12,5  | 479.342   | 12,30 |

4.1. Genero-desberdintasunak osasun mentalaren asalduan eta psikofarmakoen kontsumoan

Espainian, 2022. urtean 0 eta 18 urte arteko haur eta gazteen % 12,7k zuen diagnostiko psikiatrikoren bat Osasun Sistema Nazionaleko Lehen Mailako Arretan (2a taula). Diagnostiko ohikoena portaera-asalduea izan zen (% 7,4) eta prebalentzia txikiena psikosi-asalduetan ikusi zen. Antsietate- eta de-

presio-asalduak gehiago diagnostikatu ziren nesketan mutiletan baino, eta portaera-asalduak eta ADHNak prebalentzia handiagoa izan zuten mutiletan. Esaterako, nesken % 4,9k eta mutilen % 3,5ek zuten antsietate asalduen bat, eta ADHNaren diagnostikoak % 3,2 izan ziren mutiletan eta % 1,2 nesketan.

Preskribatutako psikofarmakoei dagokienez, haur eta nerabeen % 4k kontsumitu zuen gutxienez psikofarmakoren bat 2022. urtean osasun-sistema publikoko medikuek preskribatuta (2b taula), eta 1.000 haur eta nerabeetatik 16,4khartu zuten psikofarmakoen dosi estandar bat egunero 2022. urtean zehar. Orokorrean gehien kontsumitu ziren psikofarmakoak antsiolitiko, hipnotiko eta lasaigarriak (AHL) izan ziren (% 2,1), ondoren psikoestimulatzailak (% 1,3), antidepresiboak (% 0,8) eta azkenik antipsikotikoak (% 0,6).

Mutilek psikofarmako gehiago kontsumitu zituzten, bai prebalentzia aldetik (% 4,3 mutiletan eta % 3,8 nesketan), baita dosi kopuru aldetik ere (19,1 DBE mutiletan eta 13,5 DBE nesketan). Psikofarmako motaren arabera, ordea, ezberdintasun nabarmenak daude nesken eta mutilen kontsumoaren artean: mutilen artean kantitate handiagoan kontsumitu zirenak psikoestimulatzailak izan ziren (13,5 DBE), ondoren antidepresiboak (2,6 DBE), antipsikotikoak (2,1 DBE) eta AHLak (0,9 DBE). Nesken kasuan, aldiz, antidepresiboak kontsumitu ziren kantitate handiengan (6,8 DBE), ondoren psikoestimulatzailak (4,4 DBE), AHLak ondoren (1,3 DBE), eta antipsikotikoak azkenik (1,0 DBE) (2b taula).

**2. taula.** Diagnostiko psikiatrikoen prebalentzia eta psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia eta DBEa generoaren arabera Espainian

| <b>2a. Diagnostiko psikiatrikoen prebalentzia</b> |                |      |               |      |                |      |
|---------------------------------------------------|----------------|------|---------------|------|----------------|------|
|                                                   | <b>Mutilak</b> |      | <b>Neskak</b> |      | <b>Guztira</b> |      |
|                                                   | N              | %    | N             | %    | N              | %    |
| Diagnostiko psikiatrikoak                         | 581.755        | 14,0 | 438.513       | 11,2 | 1.020.268      | 12,7 |
| Antsietate-asalduak                               | 144.922        | 3,5  | 191.071       | 4,9  | 335.993        | 4,2  |
| Depresio-asalduak                                 | 16.524         | 0,4  | 27.322        | 0,7  | 43.846         | 0,5  |
| Psikosi-asalduak                                  | 649            | 0,0  | 389           | 0,0  | 1.038          | 0,0  |
| Portaera-asalduak                                 | 368.235        | 8,9  | 228.524       | 5,8  | 596.759        | 7,4  |
| ADHN                                              | 134.171        | 3,2  | 47.758        | 1,2  | 181.929        | 2,3  |

| <b>2b. Psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia eta DBEa</b> |                |     |      |               |     |      |                |     |      |
|--------------------------------------------------------------|----------------|-----|------|---------------|-----|------|----------------|-----|------|
|                                                              | <b>Mutilak</b> |     |      | <b>Neskak</b> |     |      | <b>Guztira</b> |     |      |
|                                                              | N              | %   | DBE  | N             | %   | DBE  | N              | %   | DBE  |
| Psikofarmakoak                                               | 177.913        | 4,3 | 19,1 | 146.580       | 3,8 | 13,5 | 324.493        | 4,0 | 16,4 |
| Antsiolitiko, hipnotiko eta lasaigarriak                     | 77.605         | 1,9 | 0,9  | 91.640        | 2,3 | 1,3  | 169.245        | 2,1 | 1,1  |
| Antidepresiboak                                              | 18.557         | 0,4 | 2,6  | 42.886        | 1,1 | 6,8  | 61.443         | 0,8 | 4,7  |
| Antipsikotikoak                                              | 31.357         | 0,8 | 2,1  | 18.811        | 0,5 | 1,0  | 50.168         | 0,6 | 1,6  |
| Psikoestimulatzailak                                         | 79.155         | 1,9 | 13,5 | 27.280        | 0,7 | 4,4  | 106.435        | 1,3 | 9,1  |



| 2d. Psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia-arrazoiak                                                                                                                                                     |           |           |        |           |           |        |           |           |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|--------|
|                                                                                                                                                                                                            | 1. eredia |           |        | 2. eredia |           |        | 3. eredia |           |        |
|                                                                                                                                                                                                            | PA        | KI (% 95) | p      | PA        | KI (% 95) | p      | PA        | KI (% 95) | p      |
| Psikofarmakoak                                                                                                                                                                                             | 0,88      | 0,88-0,89 | <0,001 | 1,00      | 0,99-1,01 | 0,230  | 1,01      | 1,00-1,02 | 0,012  |
| Antsiolitiko, hipnotiko eta lasaigarriak                                                                                                                                                                   | 1,26      | 1,25-1,27 | <0,001 | 1,22      | 1,20-1,23 | <0,001 | 1,22      | 1,21-1,23 | <0,001 |
| Antidepresiboak                                                                                                                                                                                            | 2,47      | 2,42-2,51 | <0,001 | 2,09      | 2,05-2,12 | <0,001 | 2,09      | 2,06-2,13 | <0,001 |
| Antipsikotikoak                                                                                                                                                                                            | 0,64      | 0,63-0,65 | <0,001 | 0,72      | 0,70-0,72 | <0,001 | 0,73      | 0,72-0,74 | <0,001 |
| Psikoestimulatzailerak                                                                                                                                                                                     | 0,37      | 0,36-0,37 | <0,001 | 0,60      | 0,59-0,61 | <0,001 | 0,60      | 0,59-0,61 | <0,001 |
| 1. eredia: adinaren arabera doituta, 2. eredia: adinaren eta diagnostiko psikiatrikoen arabera doituta, 3. eredia: adinaren diagnostiko psikiatrikoen, errenta-mailaren eta jaioterriaren arabera doituta. |           |           |        |           |           |        |           |           |        |

Behin psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia eta DBEa ikusita, nesken eta mutilen arteko aldea neurtu nahian prebalentzia-arrazoiak kalkulatu ziren, kontsumoaren genero-desberdintasun horiek azal ditzaketen faktore batzuk kontuan hartuz (2.d taula). Orokorrean mutilek kontsumitzeko probabilitate handiagoa zuten arren, diagnostiko psikiatrikoek kontsumo-desberdintasun horretan izan dezaketen eragina kendu ondoren, ez zen ezberdintasunik ikusi nesken eta mutilen artean psikofarmakoen kontsumoan. Hala ere, neskek AHLaketa antidepresiboak kontsumitzeko probabilitate handiagoa zuten, eta mutilek, ordea, psikoestimulatzailerak eta antipsikotikoak kontsumitzekoak. Genero-desberdintasun hau azaldu dezaketen faktoreen eragina ezabatzerakoan ere mantendu egin ziren ezberdintasun horiek. Hala, esaterako, neskei antidepresiboak preskribatzeko probabilitatea bikoitza zen mutilekin alderatuz (PA=2,09 [2,06-2,13]), eta antipsikotikoak kontsumitzekoak 1,37 aldiz handiagoa izan zen mutiletan nesketan baino (PA=0,73 [0,72-0,74]).

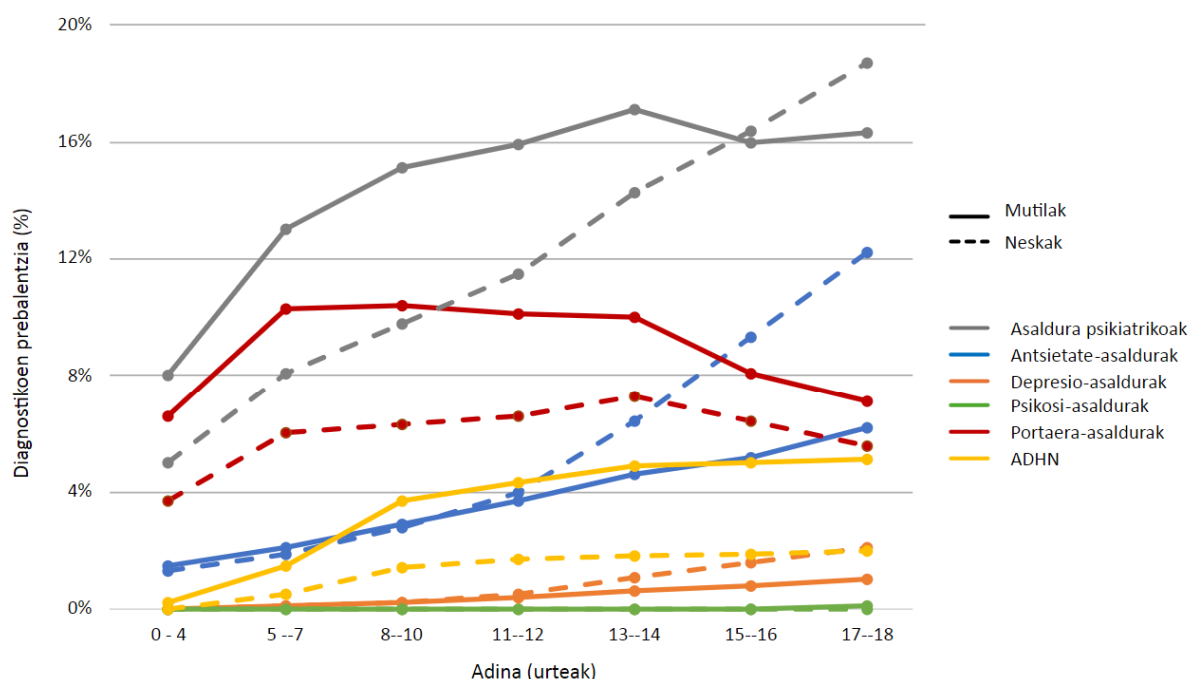
4.2.Osasun mentalaren asaldu eta psikofarmakoen kontsumoaren genero-desberdintasunak adinaren arabera

Orokorrean mutiletan diagnostikoen prebalentzia handiagoa izan zen, eta adinaren arabera, 13-14 urteko mutiletan diagnostikatu ziren asaldu psikiatriko gehien, eta nesketan, aldiz, 17-18 urterekin (1. irudia). Adinaren arabera patroiz ezberdinak ikusi ziren asaldu bakoitzaren prebalentzian nesketan eta mutiletan (1. irudia). Portaera-asalduen prebalentzia handiena haurretan (0-10 urte artean) eman zen, gehienbat mutiletan, patroiz hori adin guztietan mantendu zelarik. Adibidez, 5 eta 7 urte bitarteko mutilen % 10,3k eta nesken % 6k izan zuten portaera-asalduen diagnostikoren bat. ADN Haren diagnostikoak portaera-asalduak baino beranduago ikusten hasi ziren arren, adin-tarte guztietan prebalentzia bikoitza baino handiagoa izan zen mutiletan nesketan baino.

Bestalde, antsietate- eta depresio-asalduetan haurtzaroan ez zen genero-desberdintasun nabarmenik ikusi, baina 11-12 urtetik aurrera nesketan hazkundera nabarmen handitu zen mutilenarekin alderatuz, eta esaterako, 17-18 urterekin antsietate-asalduen prebalentzia % 12,2koa izan zen nesketan eta % 6,2koa mutiletan. Psikosi-asalduen prebalentzia oso txikia izan zen adin-tarte guztietan eta ez zen genero-desberdintasunik antzeman.



## 1. irudia. Diagnostiko psikiatrikoen prebalentzia (%) 2022. urtean Espainian adinaren arabera



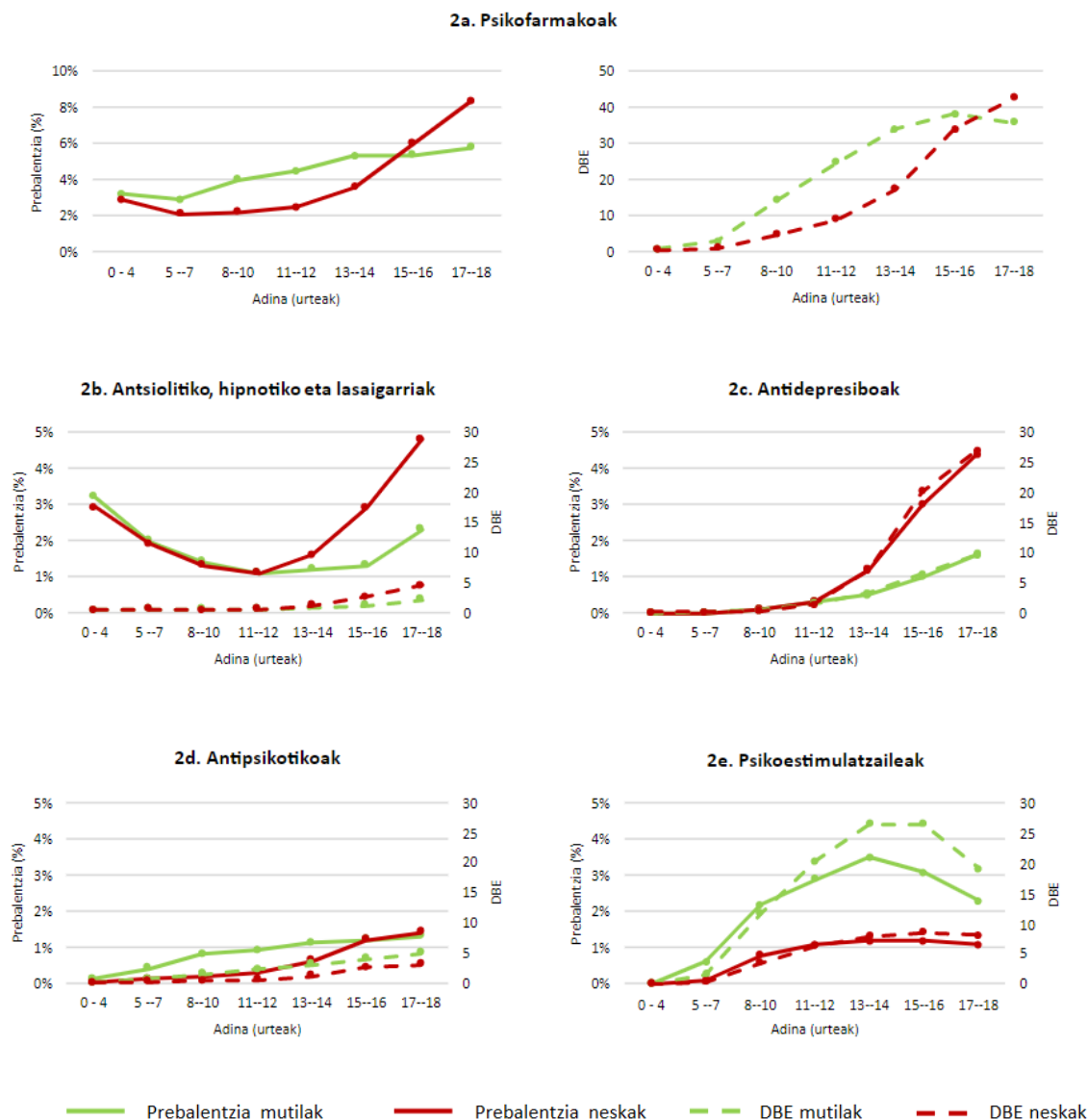
Psikofarmakoen kontsumoari dagokionez, haurtzaroan mutil gehiagok kontsumitu zuten psikofarmakoren bat, eta 15-16 urtetik aurrera, neskak gailentzen dira (2.irudia). DBEari erreparaturaz, ordea, nesken dosi kantitatea handiagoa izan zen 17-18 urtetik aurrera, beraz, 15-16 urterekin neska kopuru handiagoak kontsumitu arren, mutilek dosi gehiago kontsumitu zituzten adin-tarte horretan urtean zehar.

Psikofarmako motaren arabera ere aldakorra izan zen nesketan eta mutiletan egin zen adinaren arabeko kontsumoa. Haurtzaroan AHLen kontsumoaren prebalentzia deigarria da, baina pediatrian azkuraren aurka erabilera zabala duen hidroxizinen eta konbulsioen aurkako bentzodiazepinen erabilerak azaldu dezake (2a irudia).

AHL eta antidepressiboetan 11-12 urterekin kontsumoa handitzen hasteaz batera, genero-arrakala geroz eta handiagoa egiten da, goranzko joera mantenduz. 17-18 urteko 1.000 nesketatik, 27k kontsumitu zuten egunero antidepressiboen dosi estandar bat 2022. urtean zehar, eta mutiletan, ordea, kopuru hori 9,7koa izan zen. Bi psikofarmako horien kontsumoaren prebalentziak antzekoak izan arren, DBEa handiagoa da antidepressiboetan; izan ere, tratamendua luzeagoa denez, urtean zehar kontsumitutako dosi kopurua handiagoa izango da, pertsona kopuru berdinak kontsumitu arren (2b irudia).

Antipsikotikoen eta psikoestimulatzailen kontsumoa handiagoa izan zen mutiletan, bai prebalentzia eta bai kantitate aldetik. Psikoestimulatzailen kontsumoa haurtzaroan hasi arren, 13-14 urterekin egin ziren kontsumo altuenak, eta ordutik aurrera murrizten joan ziren (2e irudia). Hain zuzen, 13-14 urteko 1.000 mutiletatik 26k kontsumitu zuten egunero psikoestimulatzailen dosi estandar bat egunero 2022. urtean zehar, eta nesketan, ordea, kopuru hori 8koa izan zen.

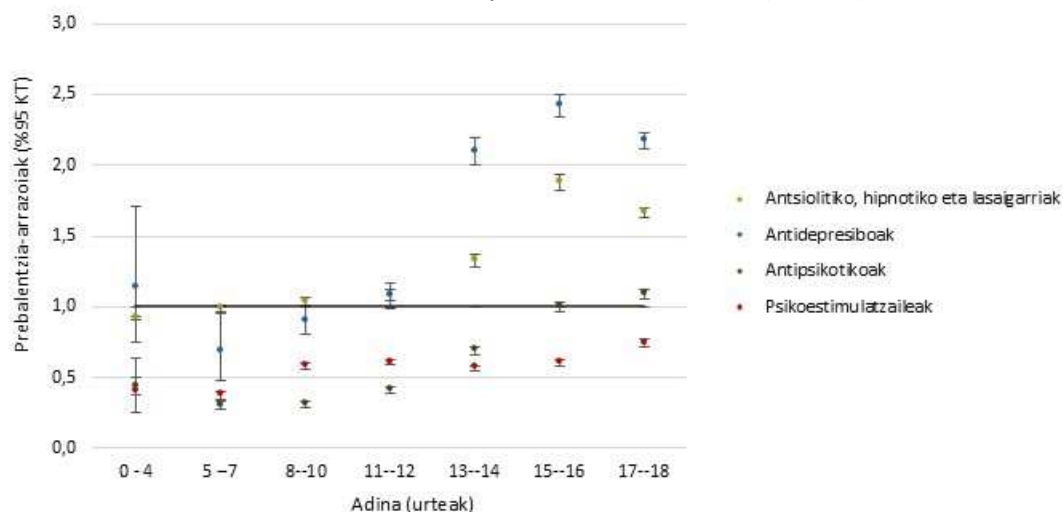
## 2. irudia. Psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia eta DBEa adinaren arabera nesketan eta mutiletan



Aurretik aipatu bezala, psikofarmakoen kontsumoaren genero-desberdintasunak azaldu ditzaketen faktoreak kontuan hartuta ere, desberdintasun nabarmenak daude nesken eta mutilen psikofarmakoen kontsumoaren artean; eta adinaren arabera aldakorrek dira (3. irudia). AHL eta antidepresiboetan, 11-12 urterekin kontsumoa hastearekin batera, hasi ziren ikusten genero-desberdintasunak. Desberdintasunak handienak 15-16 urtetan agertu ziren, zeinetan neskek AHLak kontsumitzeko probabilitatea 1,8 aldiz handiagoa izan zen ( $PA=1,88$  [1,63-1,70]), eta 2,4 aldiz handiagoa zuten antidepresiboren bat kontsumitzeko mutilekin alderatuta ( $PA=2,42$  [2,35-2,50]), diagnostiko psikiatrikoen eragina kenduta ere.

Antipsikotikoetan eta psikoestimulatuzaileetan, haurtzaroan ikusi ziren genero-desberdintasunak handienak, batez ere antipsikotikoetan. Psikoestimulatuzaileetan, aldiz, adin-tarte guztietan mantendu zen mutilen arrisku handiagoa, 5-7 adin-tartean mutilek neskek baino 2,67 aldiz arrisku handiagoa izanik psikoestimulatuzailearen bat kontsumitzeko ( $PA=0,37$  [0,35-0,40]).

### 3. irudia. Psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia-arrazoiak (%95 KT) adinaren arabera



Psikofarmako bakoitzaren Prebalentzia-arrazoiak eta konfiantza-tarteak (% 95) nesketan, erreferentziatzat mutirik hartuta.

Adinaren, diagnostiko psikiatrikoen, errenta-mailaren eta jaioterriaren arabera doituta (3. Eredua)

#### 4.3.Osasun mentalearen asaldia eta psikofarmakoen kontsumoaren genero-desberdintasunak autonomia-erkidegoetan

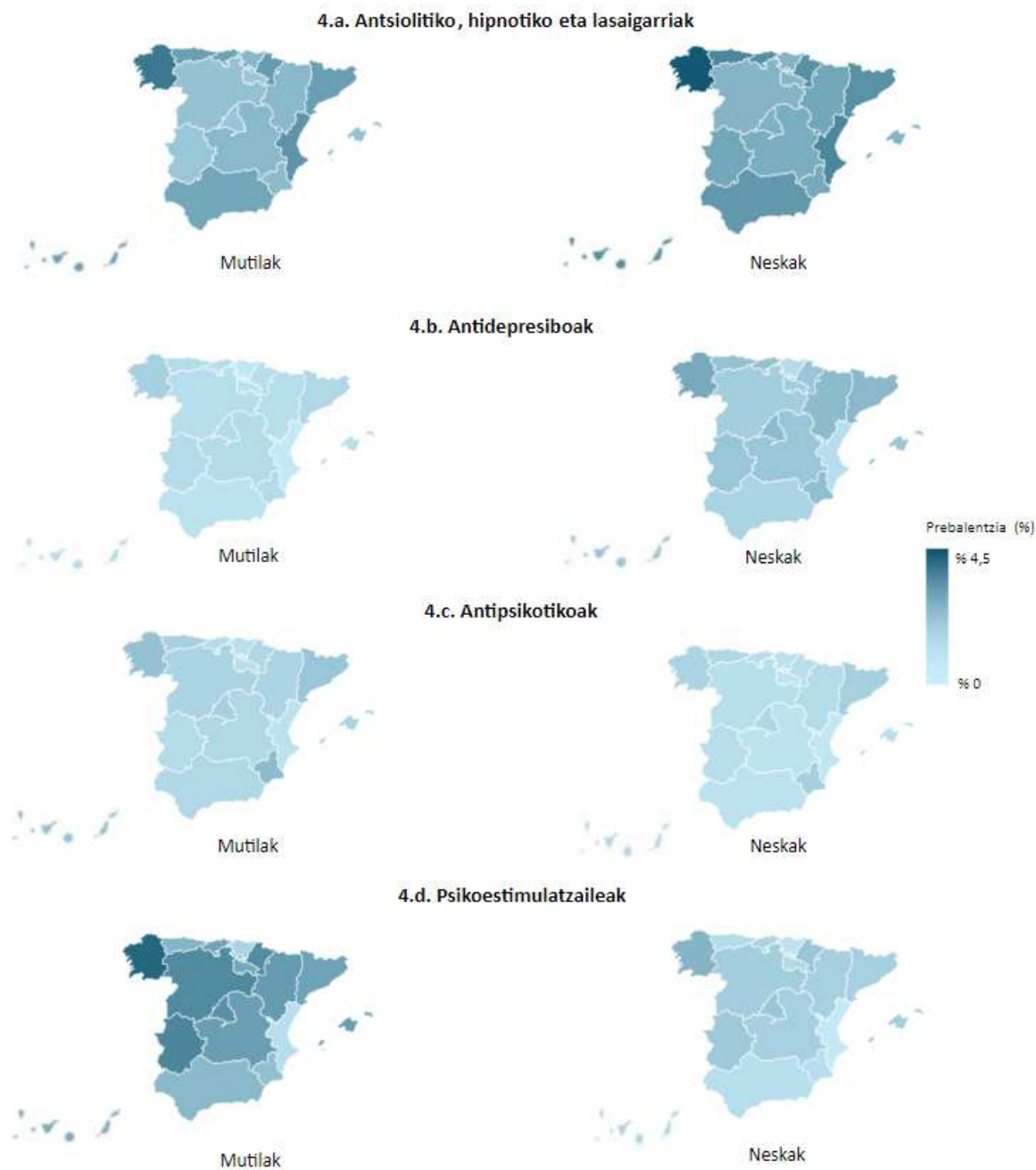
Osasun mentaleko arazoaren prebalentzia handiena Kanarietan (% 27,5) ikusi zen eta txikiena Gaztela-Mantxan (% 3,2) eta Andaluzian (% 4,5), eta genero-patroi berdina ikusi zen erkidego guztietan (erakutsi gabeko datuak).

Psikofarmakoen kontsumoaren patroia ere berdina da generoaren arabera erkidego guztietan, denetan neskek AHL eta antidepresibo gehiago kontsumitu zuten eta mutilek psikoestimulatzailak eta antipsikotiko gehiago, bereziki Galizian (4. irudia).Lurraldeen arteko ezberdintasun handienak batez ere antidepresibo eta psikoestimulatzailen kontsumoan egon ziren. Hala, antidepresiboen kasuan neskek 14,3 DBE kontsumitu zituzten Galizian eta 1,4 DBE Valentziako Erkidegoan, eta psikoestimulatzailetan mutilek 34,9 DBE kontsumitu zituzten Galizian eta 1,5 DBE Valentziako Erkidegoan.

Genero-desberdintasun handienak antidepresiboen kontsumoan ikusi ziren orokorrean, desberdintasun handienak Aragoian (PA=2,37 [2,14-2,62]) ikusi ziren, eta txikienak Andaluzian (PA=1,76 [1,69-1,85]) izan zirelarik. Antsiolitiko, hipnotiko eta lasaigarrien kasuan, EAEn eta Nafarroan desberdintasun txikiak ikusi ziren bitartean, Extremaduran neskek % 73ko probabilitate gehigarria zuten kontsumitzeko (PA=1,73 [1,60-1,87]).

Antipsikotikoak kontsumitzeko arriskua handiagoa izan zen mutiletan, gehienbat Kanarietan (PA=0,58 [0,54-1,63]), eta Extremadurako Erkidegoan ez zen ezberdintasun esanguratsurik aurkitu nesken eta mutilen arteko kontsumoan diagnostiko psikiatrikoen eta errenta-maila eta jaioterriaren eragina kendu zirenean(PA=0,87 [0,76-1,01]). Psikoestimulatzailetan genero-desberdintasun handiagoak ikusi ziren, Andaluzia izanik desberdintasun handienak ikusi ziren lurraldea (PA=0,38 [0,37-0,40]). Valentziako Erkidegoan (PA=0,95 [0,87-1,04]) eta Balear uharteetan(PA=0,94 [0,88-1,01]) ez zen generoaren araberrako kontsumo ezberdintasun esanguratsurik ikusi.

#### 4. irudia. Psikofarmakoen kontsumoaren prebalentzia nesketan eta mutiletan autonomia-erkidegoaren arabera



#### 5. Eztabaida

Haur eta gazteen osasun mentalaren diagnostikoan eta preskribatutako psikofarmakoen kontsumoan genero-desberdintasunak daudela ikusi da: nesketan gehiago diagnostikatzen dira antsiolate- eta depresio-asalduak eta AHL eta antidepresibo gehiago preskribatzen dira, eta mutiletan, ordea, ohi-koagoak dira portaera-asaldua eta ADHNa, eta psikoestimulatzaile eta antipsikotikoen kontsumoa handiagoa da.

Adinaren arabera genero-desberdintasunak ezberdinak dira haurtzaroan eta nerabezaroan. Haurtzaroan, 10 urtera arte, portaera-asaldua eta ADHNaren diagnostikoak eta psikoestimulatzaileen kontsumoa gailentzen dira, batez ere mutiletan. Nerabezaroan, bestetik, antsiolate- eta depresio-asalduak,

eta AHL eta antidepresiboen kontsumoa hazten da, eta modu nabarmenagoan nesketan. Bi psikofarmako horietan, genero-desberdintasun handienak nerabezaroan ikusten dira eta 17-18 urterekin pertsona helduen modukogenero-patroi berdinak ikusten dira(17).

Psikofarmakoen kontsumoari dagokionez, genero-desberdintasunen zati handi bat diagnostikoetan dauden ezberdintasunek eragindakoa dela pentsa daiteke, baina diagnostikoek joka dezaketen papera kenduta ere, desberdintasunak daude preskribatutako psikofarmakoen kontsumoan, helduetan egindako beste ikerketa batzuekin bat eginez (13).

Autonomia-erkidego guztietan genero-patroi berdinak ikusi diren arren, haien artean ezberdintasunak daude bai osasun mentalaren asalduen prebalentzian eta bai psikofarmakoen kontsumoan. Diagnostiko psikiatriko gehien zuen autonomia-erkidegoa Kanariak izan ziren, eta psikofarmakoen kontsumo handiena Galizian atzeman zen, antipsikotikoetan izan ezik.

Nesken eta mutilen osasun mentaleko arazoen arteko desberdintasun hauek ez dira ausaz ematen, gizartean hain barneratuta dauden genero-rolak daude erlazionatuta. Izan ere, neskek eta mutilek inguruarekiko ondoeza azaltzeko estrategia ezberdinak ikasi dituzte, zeinetan maskulinitatean oinarritutako sozializazioa indarrean, agresibitatean edota portaera disruptiboagoetan datzan, besteak beste, eta feminitatea, berriz, ahultasunean, emozionaltasunean edo adeitasunean oinarritzen den. Konkretuki, nerabezaroan nabarmena da nesketan gertatzen den presio estetiko, autoexigentzia akademikoa, autoestimubaxua eta bazterkeria-kasuak, ondoez bereizgarria sortu dezaketenak (18).

Azken urteotan haur eta nerabeetan egin den psikofarmakoen kontsumoaren gorakada ezin da azken hamarkadetakoa medikalizazio-prozesutik banatu. Izan ere, oinarri soziala duten geroz eta arazo gehiago medikuntzak tratatu beharreko arazo bilakatzen dira, diagnostiko baten forma hartuz, eta gehienetan farmako baten bidez tratatuz(8). Osasun mentalaren medikalizazioaren adierazgarri da asaldu psikiatrikoak diagnostikatzeko erabiltzen den *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder* (DSM)(19) sailkapenaren lehenengo ediziotik hazi egin dela diagnostiko kopurua, baita gure testuinguruan erabiltzen den Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenean (GNS-10.) (20). Modu honetan, haurren arau-haustea eta nerabeen tristura eta antsietatea osasun mentaleko arazotzat hartzen dira gaur egungo psikiatrian, baina modu ezberdinean nesketan eta mutiletan.

Gaur egungo praktika klinikoan, egunerokotasuneko arazo hauek farmako baten bidez tratatzen dira gehienetan, eta prozesu honetan ere genero-alborapenak daude ((21)). Antsiolitiko eta antidepresiboak askotan “bizimodurako pilula” moduan ezagutzen dira; izan ere, ondoez horien erroa begiratu gabe bizitzeko beharrezkoak diren zereginekin aurrera egiten laguntzen dute(9), eta ez da kasualitatea emakumeetan kontsumoa altuagoa izatea. Izan ere, sexu-genero sisteman emakumeak posizio material eta sozial kaskarrago batean daude, zeinak ondoez-maila altuagoak sufritzera eramaten dituen. Gainera, genero-rolak markatzen duen zentzuan, emakumeek erraztasun handiagoa izan dezakete dituzten arazoak eremu klinikora bideratu eta beren burua zaurgarri azaltzeko, eta ikerketa ugari erakutsi dute medikuek genero-alborapen ugari gauzatu ditzaketela haien praktika klinikoan, baita pediatrian ere(22). Espainiako Osasun Inkesta Nazionalaren datuekin egindako ikerketa batek adierazi zuen emakumeek psikofarmakoen preskripzio bat jasotzeko aukera gehiago zutela gizonen sintomatologia, bisita mediku eta diagnostiko psikiatriko berdinak izanda ere(13).

Bestalde, mutilen osasun mentalean ere ikusten da medikalizazio hau; izan ere, mutiletan, maskulinitatearen ezaugarriak diren eta askotan gertatzen diren arau-haustea eta portaera suminkorra diagnostiko psikiatriko bilakatzen dira, oinarri biologikoa dutelako aitzakiapean, eta beraz, psikoestimulatzaile edo antipsikotiko baten preskripzioa gehiago egiten da mutiletan (23).

Autonomia-erkidegoetako psikofarmakoen kontsumoan ez da haien arteko aldeak azaltzen dituen patroi geografiko zehatzik aurkitu, baina baliteke beste faktore batzuek baldintzatuta egotea. Esaterako, erkidego bakoitzaren osasun-sistemaren kudeaketak, haurren ongizate-mailak, biztanleriaren maila sozioekonomikoak eta genero-desberdintasunek eragina izan dezakete. Ikerketa baten arabera,

## Maite Campo eta Amaia Bacigalupe

osasun mentalaren tratamenduaren eskuragarritasunak, errenta-mailen arteko desberdintasunak eta langabezia-mailak eragina dute erkidego bakoitzaren morbiditate psikiatrikoan (24).

Lan honen indargune nagusia da erabili den datu-basearen sendotasuna; izan ere, Espainiako populazioaren eta autonomia-erkidego bakoitzaren bereizgarri da, haien arteko konparazioa ahalbidetuz. Gainera, psikofarmakoen kontsumoa kuantifikatzeko bi neurri erabili izanak kontsumoa bera hobeto ulertzea baimendu du. Hala ere, BDCAPk soilik Osasun Txartel Indibiduala duten pertsonen datuak jasotzen ditu, dokumenturik ez duten pertsonak kanpoan utziz, eta bakarrik osasun-sistema publikoko erregistroak jasotzen ditu. Ondorioz, ez dira kontuan hartu psikiatrian oso ohikoak diren kontsulta pribatueta datuak, balizko klase-alborapena eraginez. Bestalde, BDCAP datu-baseak CIE-9 eta CIE-10 diagnostikoak CIAP2 sailkapenean normalizatuta jasotzen ditu, eta baliteke lehen mailako arretan jasotako diagnostikoak bat ez etortzea espezialistek esleitutako diagnostikoekin. Gainera, lan honetan aztertutako diagnostikoez gain, badaude psikiatriaren arloan beste diagnostiko batzuk, analizatu ez direnak. Azkenik, DBEa kalkulatzeko erabiltzen den EDZa pertsona helduetan dago estandarizatuta, beraz, populazio pediatrikoan emaitzak infraestimatu egin daitezke.

Haur eta nerabeen osasun mentala osasun publikoko arazo bilakatu den neurrian, garrantzitsua da hura ezaugarritzen duten elementuak ezagutzea, hala nola generoa eta adina bezalako osasunaren gizarte-determinatzaileak. Conrad-ek definitutako medikalizazio-prozesuak eragina du haur eta gazteen osasun mentala definitzeko erabiltzen diren diagnostikoen prebalentzian, eta eredu biomedikoa-ren ikuspuntu androzentrikoak eta farmakologizatzaileak psikofarmakoen kontsumoaren genero-desberdintasunak betikitzen dituzte.

Erregistro klinikoek populazioaren osasun-arazoen berri ematen badigute ere, badira arazo batzuk medikuaren kontsultara iristen ez direnak, eta, beraz, garrantzitsua da ikerketa kualitatiboak eta komunitate-mailako ikerketak ere egitea, haur eta nerabeen osasun mentalak diagnostikoetatik harago doazen aurpegi gehiago dituelako.

Azkenik, ikerketa-lan honek hainbat jarraipen izan ditzake, hala nola autonomia-erkidegoen arteko ezberdintasunean zer faktorek eragiten duten; eta aldi berean, beharrezkoa da osasunaren beste gizarte-baldintzatzaile batzuek haur eta nerabeen psikofarmakoen kontsumoan duten eragina aztertzea.

## 6. Ondorioak

- Haur eta nerabeen osasun mentalaren asalduen eta psikofarmakoen kontsumoan genero-desberdintasunak daude. Haurtzaroan eta mutiletan portaera-asaldua eta ADHDaren diagnostikoak eta psikoestimulatzaileen kontsumoa gailentzen dira. Nerabezaroan eta nesketan, al-diz, antsietate eta depresioaren diagnostikoak eta antidepresibo eta antsiolitikoen kontsumoa handiagoa da.
- Autonomia-erkidegoen artean genero-patroi berdinak ikusten dira, baina haien artean ezberdintasunak daude haur eta nerabeen diagnostiko psikiatrikoan eta psikofarmakoen kontsumoan.
- Haurtzaroan eta nerabezaroan berezkoak diren aldaketak eta haien aurrean haur eta nerabeek duten erantzuna osasun-arazotzat hartzen dira, askotan psikofarmako batekin tratatuz, eta ez dira berdin artatzen nesketan eta mutiletan.



## 7. Eskerrak eta oharrak

Lan hau “Osasunaren Sustapena eta Osasun Komunitarioa” masterrean burututako master-amaierako lanetik eratorria da (EHU, 2024), *Análisis del consumo de psicofármacos en población adolescente: una perspectiva de género e interseccional* proiektuaren barruan (PID2022-136340OB-100) Espainiako Zientzia, Berrikuntza eta Unibertsitate Ministerioak (DOI: /10.13039/501100011033), FEDER Eskualdeak Garatzeko Europako Funtsak eta EBk finantzatua.

Eskerrak eman nahi nizkieke OPIK ikerketa-taldeko kide guztiei, eta batez ere Xabi eta Mainerri, azken bertsio hau zuzentzen laguntzeagatik.

## 8. Erreferentzia bibliografikoak

1. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021 Aza 6;398(10312):1700-12.
2. Vázquez López P, Pedreira PA, Martínez-Sánchez L, Miguel J, Cruz G, Bonet De Luna C, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatr* [Internet]. 2023 [kontsulta: 2024-04-16];98:204-12. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>
3. Plan Nacional sobre drogas. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España ESTUDES 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023[Kontsulta: 2024-09-17]. 90 or. Eskuragarri: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2023\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf)
4. Taylor E, Verhulst F, Wong JCM, Yoshida K. Mental Health and Illness of Children and Adolescents [Internet]. Singapore: Springer; 2020 [Kontsulta: 2024-04-16]. 715 or. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1007/978-981-10-2348-4>
5. Forns M, Abad J, Kirchner T. Internalizing and Externalizing Problems [Internet]. Hemen: Levesque RJ. Encyclopedia of Adolescence. New York: Springer; 2011 [Kontsulta: 2024-09-17]. 1464-9 or. Eskuragarri: [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1695-2\\_261](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1695-2_261)
6. Steinhausen HC. Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Aza 8;24(6):635-40.
7. Espin-Martínez C, Sánchez-Martínez DP, Arense-Gonzalo JJ. Antidepressant use and off-label prescribing in primary care in Spain (2013-2018). *An Pediatr*. 2022-11-1;97(4):237-46.
8. Conrad P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
9. Arizaga MC. La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como “pastillas para el estilo de vida”. *Rev Cient UCES*. 2007;XI(1):11-34.
10. Meneu R. La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la «medicamentación». *Farmacia Hospitalaria*. 2018 Uzt 1;42(4):174-9.
11. Campbell OLK, Bann D, Patalay P. The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM Popul Health*. 2021 Mar 1;13:100742.



## Maite Campo eta Amaia Bacigalupe

12. Navarro-Pardo E, Meléndez Moral JC, Sales Galán A, Sancerni Beitia MD. Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 2012;24(3):377-83.
13. Bacigalupe A, Cabezas A, Baza Bueno M, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020*. *Gac Sanit*. 2020;34:61-7.
14. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19;365(9464):1099-104.
15. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(4):392-407.
16. Von Soest T, Bramness JG, Pedersen W, Wichstrøm L. The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]*. 2012 [Kontsulta: 2024-09-25];22:87-95. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1017/S2045796011000722>
17. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017 Aug 1;143(8):783-822.
18. Arostegui Santamaria E, Moro Inchaurtieta A. Mujeres jóvenes y psicofármacos [Internet]. Donostia: Drogomedia monografikoak;2015 [Kontsulta: 2024-09-25];8:2-17. Eskuragarri: [https://www.siiis.net/documentos/DrogomediaMonografikoak/MD\\_08.pdf](https://www.siiis.net/documentos/DrogomediaMonografikoak/MD_08.pdf)
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-V. 5 arg. WashingtonDC: American Psychiatric Association; 2013.
20. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). World Health Organization; 2019.
21. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit [Internet]*. 2004 [2024-10-10];18(4):118-25. Eskuragarri: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es)
22. Carrilero N, Pérez-Jover V, Guilabert-Mora M, García-Altés A. Gender bias in pediatric care: Health professionals' opinions and perceptions. *Health Sci Rep*. 2023 Urr 24;6(10):e1615
23. Timimi S. Medicalizing Masculinity [Internet]. Hemen: De-Medicalizing Misery. London: Palgrave Macmillan; 2011 [Kontsulta: 2024-10-20]. 86-98or. Eskuragarri: [https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230342507\\_7](https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230342507_7)
24. Rocha KB, Perez K, Rodriguez-Sanz M, Muntaner C, Alonso J, Borrell C. Inequalities in mental health in the spanish autonomous communities: a multilevel study. *Span J Psychol [Internet]*. 2015 [Kontsulta: 2024-10-5];18:E27. Eskuragarri: doi:10.1017/sjp.2015.28