

# Diferencias de género en la salud mental y el consumo de psicofármacos en niños y adolescentes

## Desigualdades de género en los problemas de salud mental y consumo de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes

Maite Campo, Amaia Bacigalupe

Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco

Grupo de Investigación sobre Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico (OPIK)

maite.campo@ehu.eus

### Resumen

---

**Introducción.** Cada vez hay más evidencia de que la salud mental de niños y adolescentes se ha deteriorado en los últimos años, lo que ha conllevado un aumento en el consumo de psicofármacos. Además, se sabe que los problemas de salud mental diagnosticados y los psicofármacos utilizados para tratarlos no son los mismos en niñas y niños. Este estudio tiene como objetivo analizar las diferencias de género en el diagnóstico de la salud mental en niños y adolescentes y el consumo de psicofármacos en el ámbito clínico.

**Materiales y métodos.** A partir de los registros clínicos del Sistema Nacional de Salud de España correspondientes a 2022, se calculó la prevalencia de los principales problemas de salud mental diagnosticados en niños y adolescentes de 0 a 18 años y el consumo de psicofármacos prescritos en ambos sexos. Las diferencias de consumo se analizaron mediante regresión de Poisson con varianza robusta.

**Resultados.** Existen claros patrones de género en los diagnósticos de salud mental y el consumo de psicofármacos: los problemas de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el consumo de psicoestimulantes y antipsicóticos son más comunes en la infancia y los niños, mientras que los trastornos de ansiedad y depresión, así como el consumo de ansiolíticos y antidepresivos, son más comunes en las niñas y la adolescencia. Las mayores diferencias de género se observaron en el consumo de antidepresivos y psicoestimulantes.

**Conclusiones.** El género y la edad tienen un impacto significativo en el diagnóstico de problemas de salud mental y el consumo de psicofármacos. Es necesario desarrollar una perspectiva de género en la práctica clínica ante el malestar de niños y adolescentes, considerando otros determinantes sociales de la salud.

**Palabras clave:** Salud mental, psicofármacos, niños, adolescentes, género.

Maite Campo y Amaia Bacigalupe

## Abstracto

---

**Introducción.** Cada vez hay más evidencia de que la salud mental infantil y adolescente se ha deteriorado en los últimos años y que el consumo de psicofármacos ha aumentado. Además, se sabe que los problemas de salud mental diagnosticados y los psicofármacos utilizados para su tratamiento no son los mismos en niños y niñas. Este estudio tuvo como objetivo analizar las desigualdades de género en el diagnóstico de problemas de salud mental y el consumo de psicofármacos en niños y adolescentes en el ámbito clínico.

**Métodos.** Se utilizaron datos clínicos del Sistema Nacional de Salud de 2022, y se calculó la prevalencia de los principales problemas de salud mental diagnosticados en niños y adolescentes de 0 a 18 años, así como el consumo de psicofármacos prescritos en niños. Las desigualdades de género en el consumo de psicofármacos se analizaron mediante una regresión con una robusta varianza de Poisson.

**Resultados.** Existen desigualdades de género en el diagnóstico de problemas de salud mental y consumo de psicofármacos en niños y adolescentes: los problemas de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el consumo de psicoestimulantes y antipsicóticos se presentan principalmente en la infancia y en los niños varones, mientras que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, así como el consumo de ansiolíticos y antidepresivos, es mayor en la adolescencia y en las niñas. Las mayores desigualdades de género se observan en el consumo de antidepresivos y psicoestimulantes.

**Conclusiones.** El género y la edad influyen considerablemente en el diagnóstico de problemas de salud mental y el consumo de psicofármacos en España. Es fundamental trabajar con la perspectiva de género al abordar la salud mental de niños y adolescentes en la práctica clínica, considerando otros determinantes sociales de la salud.

**Palabras clave:** Salud mental, psicofármacos, niños, adolescentes, género.

Enviado: 24/11/26

Aceptado: 25/02/04

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

## 1. Introducción

---

En los últimos años, y especialmente desde la pandemia, los problemas de salud mental en niños y jóvenes han aumentado de forma constante, y con ellos, el consumo de psicofármacos. Por ejemplo, la pandemia incrementó los casos de ansiedad y depresión a nivel mundial, especialmente en mujeres y jóvenes(1), y el diagnóstico de suicidio/intento de suicidio en urgencias pediátricas en España aumentó un 56% entre 2019 y 2021(2). Según la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Educación Secundaria en España (ESTUDES) de 2023 , el 19,6% del alumnado de entre 14 y 18 años ha consumido algún hipnótico o sedante en alguna ocasión, con una prevalencia dos veces mayor en chicas que en chicos(3).

Los problemas de salud mental diagnosticados con mayor frecuencia en la población menor de 18 años son la ansiedad, los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos del espectro autista (4). Para explicar la sintomatología que causa problemas de salud mental en niños, hablamos de problemas internalizantes y externalizantes ( 5). Los síntomas externalizantes incluyen la agresión y el comportamiento disruptivo, que generan conflictos con las personas de su entorno. Los síntomas internalizantes se relacionan con la tristeza y la ansiedad, y son más difíciles de identificar (5).

La terapia psicológica es el tratamiento de primera línea para los problemas de salud mental en niños y adolescentes, ya sea sola o en combinación con psicofármacos. Sin embargo, el uso de psicofármacos como tratamiento de primera línea se ha vuelto cada vez más común en la práctica clínica. Los psicofármacos más utilizados son ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos y psicoestimulantes (6). Además, el uso fuera de indicación de psicofármacos es muy común en psiquiatría pediátrica; es decir, se prescriben en situaciones para las que no están indicados, como cuando no están indicados para una edad específica o para el tratamiento de otra patología. En España, por ejemplo, el 30% de las prescripciones de antidepresivos para niñas menores de 18 años son prescripciones fuera de indicación, y el 25% para niños (7).

Este aumento de los problemas de salud mental en las últimas décadas puede considerarse parte de un proceso denominado medicalización(8), en el que los problemas sociales que surgen de la vida cotidiana se comprenden cada vez más desde parámetros biomédicos, se incorporan a la consulta clínica y se convierten en diagnósticos clínicos. Esta tendencia es claramente visible en el ámbito de la salud mental, donde las quejas se derivan cada vez más a la consulta y, además, las que llegan a ella suelen tratarse con psicofármacos, para que quienes las padecen puedan continuar con su vida normal (9).

Este proceso de medicalización también se está dando en niños y adolescentes, donde las conductas que no son normales según las normas establecidas se convierten en trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, las conductas disruptivas en la infancia se diagnostican como trastornos de conducta o TDAH. En este proceso de medicalización intervienen diversos agentes, además de los profesionales sanitarios y el sistema sanitario, como la industria farmacéutica, la escuela, la familia, el entorno social y la propia sociedad. Además, esta medicalización...

Su uso se ha expandido en los últimos años con el aumento del consumo de fármacos, dando lugar al fenómeno conocido como medicalización o farmacologización. Este se refiere al proceso mediante el cual se tratan afecciones sociales, conductuales o corporales con un medicamento (10).

En la práctica clínica diaria se observan diferencias significativas de género en el diagnóstico y tratamiento de la salud mental, incluso en niños y adolescentes. Si bien los niños suelen ser diagnosticados con más problemas de salud mental (11), existen diferencias según el tipo de trastorno: el TDAH, los trastornos de conducta y los trastornos psicóticos son los más comunes en los hombres, mientras que los trastornos de ansiedad, depresión y alimentación se diagnostican con mayor frecuencia en las niñas (12).

En este sentido, también aparece un sesgo de género en el consumo de psicofármacos; por ejemplo, el consumo de psicofármacos prescritos es mayor en mujeres, incluso cuando los diagnósticos son coincidentes (13).

Finalmente, además del género, otros determinantes sociales de la salud también influyen en el estado de salud mental de hombres y mujeres. De hecho, la salud mental de todas las personas depende de las condiciones en las que nacen, crecen, viven y envejecen, es decir, de los determinantes sociales de la salud (14). Según varios determinantes, las personas con una mejor posición social tendrán mejores condiciones de vida y, en consecuencia, un mejor estado de bienestar y salud mental (15). Por ejemplo, un estudio realizado en Noruega ha demostrado que un nivel socioeconómico bajo se asocia con una mayor prescripción de antidepresivos en jóvenes (16).

Maite Campo y Amaia Bacigalupe

## 2. Objetivos

---

Objetivo principal: Analizar las diferencias de género en los diagnósticos psiquiátricos y el consumo de psicofármacos entre la población infantil y juvenil (0-18 años) del Sistema Nacional de Salud (SNS) español en el año 2022.

Los objetivos específicos son:

- Los principales trastornos diagnosticados en niños y adolescentes en el Centro Nacional de Salud Mental de España  
Conocer la prevalencia, por género y edad.
- Conocer la prevalencia y cantidad de consumo de psicofármacos prescritos en niños y adolescentes de la OSN del estado español, según género y edad.

Analizar las diferencias de género en el uso según la edad de psicofármacos prescritos a niños y adolescentes en la OSN, teniendo en cuenta otros determinantes de salud (tasa de natalidad y nivel de ingresos) y diagnósticos que puedan explicarlo.

## 3. Diseño metodológico

---

### 3.1. Fuentes y muestra

La fuente de datos utilizada fue la Base de Datos de Atención Primaria (BD-CAP) del Ministerio de Sanidad, que recopila anualmente información clínica anonimizada y estandarizada de una muestra representativa de cada área de atención primaria de España. En total, se recopilan historias clínicas de 17 comunidades autónomas, cada una de ellas representativa.

Para este estudio, se recopiló el consumo de psicofármacos y los diagnósticos psiquiátricos registrados en niños y adolescentes de 0 a 18 años. En concreto, la base de datos de 2022 contiene los historiales clínicos de 12,7 millones de personas a nivel nacional, de los cuales 2,1 millones corresponden a la población de 0 a 18 años.

### 3.2. Variables

Las variables principales o dependientes son el consumo de psicofármacos y los diagnósticos psiquiátricos. Los datos sobre el consumo de medicamentos se refieren a los fármacos dispensados en farmacias con receta médica de un profesional del Sistema Nacional de Salud: antipsicóticos (N05A), ansiolíticos (N05B), hipnóticos y sedantes (N05C), antidepresivos (N06A) y psicoestimulantes (N06B). Debido a la similitud de uso y mecanismo de acción, los ansiolíticos, los hipnóticos y los sedantes se han analizado en una sola categoría.

Los profesionales de atención primaria registran los problemas de salud y los normalizan según la clasificación CIAP2. Los diagnósticos se convierten a la clasificación CIE-10 y se agrupan según esta en cinco categorías: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos psicóticos, trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). No se examinaron otros diagnósticos psiquiátricos.

Las variables independientes son sexo, edad, lugar de nacimiento y nivel de ingresos, todos ellos registrados en la historia clínica. El sexo se registra en la categoría binaria «masculino» y «femenino». La edad se ha agrupado en siete grupos para facilitar el análisis y la interpretación de los datos: 0-4 años, 5-7 años, 8-10 años, 11-12 años, 13-14 años, 15-16 años y 17-18 años.

El nivel de ingresos de cada persona es una variable derivada de la Tarjeta Sanitaria Individual (OTI), que se asigna en función de la contribución farmacéutica. Existen cinco grupos: A ( $\geq 100.000$  €), B (18.000-99.999 €), C ( $< 18.000$  €), D (Muy bajo) y Z (Sin clasificar). El país de nacimiento también se deriva de la OTI; es decir, BD-

La PAC parte de la clasificación de regiones y subregiones elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), adaptada a la situación de sustituidad en España. Debido al reducido número de personas en algunas regiones, el país de origen se ha dividido en tres grupos: España, la Unión Europea y otros.

### 3.3. Análisis de datos

En primer lugar, se calculó la prevalencia de trastornos de salud mental en niñas y niños, por edad, por un lado, y en todas las comunidades autónomas, por otro. Se calculó la prevalencia del consumo de psicofármacos, expresada como el porcentaje de personas a las que se les prescribió este fármaco al menos una vez en 2022. La prevalencia del consumo se calculó en niñas y niños, por edad, y en todas las comunidades autónomas. Para determinar si las diferencias entre niñas y niños eran estadísticamente significativas, se realizó una prueba de chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de significación de 0,05 como umbral.

También se calculó la dosis de consumo de psicofármacos por 1.000 habitantes y día (DBE), utilizando la dosis diaria especificada (DZD) de cada fármaco. Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), la DZD es una unidad técnica que corresponde a la dosis diaria de mantenimiento de cada fármaco para la indicación y vía de administración principales. La DBE se calcula mediante la siguiente ecuación:

Ecuación 1. Ecuación para el cálculo del DBE.

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

SO: Número de contenedores vendidos

FF: Número de formas farmacéuticas por envase

K: Cantidad de ingredientes activos en cada forma farmacéutica

El DBE nos proporciona información sobre el número de dosis consumidas por una población durante el año. Por lo tanto, además de proporcionar información sobre el número de personas que han consumido, en comparación con la prevalencia, también nos proporciona información sobre la cantidad de consumo.

Finalmente, se calcularon las razones de prevalencia (RP) de cada psicofármaco por sexo, tomando como referencia a los niños varones. Para ello, se utilizó una regresión de Poisson con varianza robusta y un intervalo de confianza del 95%. Se emplearon tres modelos, en función de las variables ajustadas. En el primer modelo, se ajustaron por sexo y edad; en el segundo, se añadieron los diagnósticos de problemas de salud mental; y, por último, el nivel de ingresos y el país de nacimiento. Por un lado, para todas las comunidades autónomas.

Se han calculado las AP, y por otro lado, a nivel español para todos los grupos de edad.

La muestra se ponderó para ser representativa de la población española. Para el análisis de datos se utilizaron los programas estadísticos Microsoft Excel y SPSS v28.

## 4. Resultados

La distribución de la muestra es homogénea por género y edad (Tabla 1). La distribución por comunidades autónomas se corresponde con la densidad de población del estado. En cuanto al nivel de ingresos, la mayoría de la muestra se encuentra en las categorías B y C, y el 85 % son de origen español.

Osagaiz

Tabla 1. Distribución de la muestra por comunidad autónoma, grupo de edad, nivel de ingresos y lugar de nacimiento

|                          |                      | Niños     |       | Chicas    |       |
|--------------------------|----------------------|-----------|-------|-----------|-------|
|                          |                      | n         | %     | n         | %     |
| España                   |                      | 4.153.272 | 100,0 | 3.906.925 | 100,0 |
| Comunidades autónomas    | Andalucía            | 786.986   | 18,9  | 739.316   | 18,9  |
|                          | Aragón               | 117.837   | 2,8   | 111.487   | 2,9   |
|                          | Asturias             | 68.029    | 1,6   | 64.372    | 1,6   |
|                          | Islas Baleares       | 105.956   | 2,6   | 100.333   | 2,6   |
|                          | Canarias             | 177.320   | 4,3   | 165.299   | 4,2   |
|                          | Cantabria            | 46.341    | 1,1   | 44.005    | 1,1   |
|                          | Castilla y León      | 173.438   | 4,2   | 163.598   | 4,2   |
|                          | Castilla-La Mancha   | 184.121   | 4,4   | 173.079   | 4,4   |
|                          | Cataluña             | 688.244   | 16,6  | 646.428   | 16,5  |
|                          | Comunidad Valenciana | 445.105   | 10,7  | 416.591   | 10,7  |
|                          | Extremadura          | 87.240    | 2,1   | 82.354    | 2,1   |
|                          | Galicia              | 195.122   | 4,7   | 184.251   | 4,7   |
|                          | Comunidad de Madrid  | 630.703   | 15,2  | 597.060   | 15,3  |
|                          | Murcia               | 161.709   | 3,9   | 151.257   | 3,9   |
|                          | Navarra              | 63.678    | 1,5   | 60.206    | 1,5   |
| Comunidad Autónoma Vasca |                      | 192.918   | 4,6   | 180.575   | 4,6   |
| la Rioja                 |                      | 28.525    | 0,7   | 26.713    | 0,7   |
| Edad                     | 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 |
| Nivel de ingresos        | 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 (Muy bajo)         | 820.415   | 19,8  | 736.145   | 18,80 |
|                          | Z (Sin clasificar)   | 98.393    | 2,4   | 91.022    | 2,30  |
| Ciudad natal             | España               | 3.564.629 | 85,8  | 3.361.802 | 86,00 |
|                          | Unión Europea Otros  | 69.341    | 1,7   | 65.781    | 1,70  |
|                          |                      | 519.303   | 12,5  | 479.342   | 12,30 |

4.1. Diferencias de género en los trastornos de salud mental y el consumo de psicofármacos

En España, en 2022, el 12,7% de los niños y jóvenes de 0 a 18 años tenían un diagnóstico psiquiátrico en Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (Tabla 2a). El diagnóstico más frecuente fue el de trastornos de conducta (7,4%) y la menor prevalencia se observó en trastornos psicóticos. Ansiedad y depresión.



Los trastornos de estrés se diagnosticaron con mayor frecuencia en niñas que en niños, y los trastornos de conducta y el TDAH fueron más frecuentes en niños. Por ejemplo, el 4,9 % de las niñas y el 3,5 % de los niños presentaron algún tipo de trastorno de ansiedad, y el TDAH se diagnosticó en el 3,2 % de los niños y el 1,2 % de las niñas.

Respecto a los psicofármacos prescritos, el 4% de los niños, niñas y adolescentes consumieron al menos un psicofármaco prescrito por médicos del sistema público de salud en 2022 (Tabla 2b), y 16,4 de cada 1.000 niños, niñas y adolescentes tomaron una dosis estándar de psicofármacos diariamente durante 2022. En general, los psicofármacos más consumidos fueron los ansiolíticos, hipnóticos y tranquilizantes (AHL) (2,1%), seguidos de los psicoestimulantes (1,3%), los antidepresivos (0,8%) y finalmente los antipsicóticos (0,6%).

Los chicos consumieron más psicofármacos, tanto en prevalencia (4,3% en chicos y 3,8% en chicas), como en número de dosis (19,1 DBE en chicos y 13,5 DBE en chicas). Sin embargo, existen diferencias significativas entre el consumo de chicas y chicos según el tipo de psicofármaco: entre los chicos, los consumidos en mayor cantidad fueron los psicoestimulantes (13,5 DBE), seguidos de los antidepresivos (2,6 DBE), los antipsicóticos (2,1 DBE) y los AML (0,9 DBE). En el caso de las chicas, en cambio, los antidepresivos fueron los que consumieron en mayor cantidad (6,8 DBE), seguidos de los psicoestimulantes (4,4 DBE), seguidos de los AML (1,3 DBE) y, por último, los antipsicóticos (1,0 DBE) (Tabla 2b).

Tabla 2. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos y prevalencia de consumo de psicofármacos y EDB por género en España

| 2a. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos |         |      |         |      |           |      |
|-----------------------------------------------|---------|------|---------|------|-----------|------|
|                                               | Niños   |      | Chicas  |      | Total     |      |
|                                               | n       | %    | n       | %    | n         | %    |
| Diagnósticos psiquiátricos                    | 581.755 | 14.0 | 438.513 | 11.2 | 1.020.268 | 12.7 |
| Trastornos de ansiedad                        | 144.922 | 3.5  | 191.071 | 4.9  | 335.993   | 4.2  |
| Trastornos depresivos                         | 16.524  | 0.4  | 27.322  | 0.7  | 43.846    | 0.5  |
| Trastornos psicóticos                         | 649     | 0.0  | 389     | 0.0  | 1.038     | 0.0  |
| Trastornos del comportamiento                 | 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  |

| 2b. Prevalencia del consumo de psicofármacos y DBE |         |       |         |       |         |       |
|----------------------------------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
|                                                    | Niños   |       | Chicas  |       | Total   |       |
|                                                    | N       | % DBE | n       | % DBE | n       | % DBE |
| Medicamentos psicotrópicos                         | 177.913 | 4,3   | 139.146 | 3,8   | 317.059 | 4,0   |
| Ansiolíticos, hipnóticos y tranquilizantes         | 77.605  | 1,9   | 91.640  | 2,3   | 169.245 | 2,1   |
| Antipsicóticos                                     | 18.557  | 0,4   | 26.428  | 0,6   | 44.985  | 0,8   |
| Antidepresivos                                     | 31.357  | 0,8   | 21.811  | 0,5   | 53.168  | 0,6   |
| Psicoestimulantes                                  | 79.155  | 1,9   | 13.527  | 0,7   | 92.682  | 1,3   |

Osagaiz

| 2d. Razones de la prevalencia del consumo de psicofármacos                                                                                                                              |             |           |          |             |           |        |             |           |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----------|-------------|-----------|--------|-------------|-----------|--------|
|                                                                                                                                                                                         | Modelo 1    |           |          | Modelo 2    |           |        | Modelo 3    |           |        |
|                                                                                                                                                                                         | Prevalencia | IC (95%)  | paj      | PA KI (95%) |           | paj    | Prevalencia | IC (95%)  | paj    |
| Medicamentos psicotrópicos                                                                                                                                                              | 0.88        | 0,88-0,89 | <0.001   | 1.00        | 0,99-1,01 | 0.230  | 1.01        | 1,00-1,02 | 0,012  |
| Ansiolíticos, hipnóticos y sedantes                                                                                                                                                     | 1.26        | 1,25-1,27 | <0.001   | 1.22        | 1,20-1,23 | <0,001 | 1.22        | 1,21-1,23 | <0,001 |
| antidepresivos                                                                                                                                                                          | 2.47        | 2,42-2,51 | <0.001   | 2.09        | 2,05-2,12 | <0,001 | 2.09        | 2,06-2,13 | <0,001 |
| Antipsicóticos                                                                                                                                                                          | 0.64        | 0,63-0,65 | 1 <0.001 | 0,72        | 0,70-0,72 | <0,001 | 0,73        | 0,72-0,74 | <0,001 |
| Psicoestimulante k                                                                                                                                                                      | 0.37        | 0,36-0,37 | <0.001   | 0.60        | 0,59-0,61 | <0,001 | 0.60        | 0,59-0,61 | <0,001 |
| Modelo 1: ajustado por edad, Modelo 2: ajustado por edad y diagnósticos psiquiátricos, Modelo 3: ajustado por edad, diagnósticos psiquiátricos, nivel de ingresos y país de nacimiento. |             |           |          |             |           |        |             |           |        |

Una vez observada la prevalencia y la DBE del consumo de psicofármacos, se calcularon razones de prevalencia para medir la diferencia entre chicas y chicos, teniendo en cuenta algunos factores que podrían explicar estas diferencias de género en el consumo (Tabla 2.d). Aunque los chicos eran en general más propensos a consumir, tras eliminar la posible influencia de los diagnósticos psiquiátricos en esta diferencia de consumo, no se observaron diferencias entre chicas y chicos en el consumo de psicofármacos. Sin embargo, las chicas eran más propensas a consumir LMA y antidepresivos, mientras que los chicos eran más propensos a consumir psicoestimulantes y antipsicóticos. Estas diferencias se mantuvieron incluso tras eliminar la influencia de factores que pudieran explicar esta diferencia de género. Por ejemplo, las chicas tenían el doble de probabilidades de que se les prescribieran antidepresivos en comparación con los chicos (PA=2,09 [2,06-2,13]), y el consumo de antipsicóticos era 1,37 veces mayor en los chicos que en las chicas (PA=0,73 [0,72-0,74]).

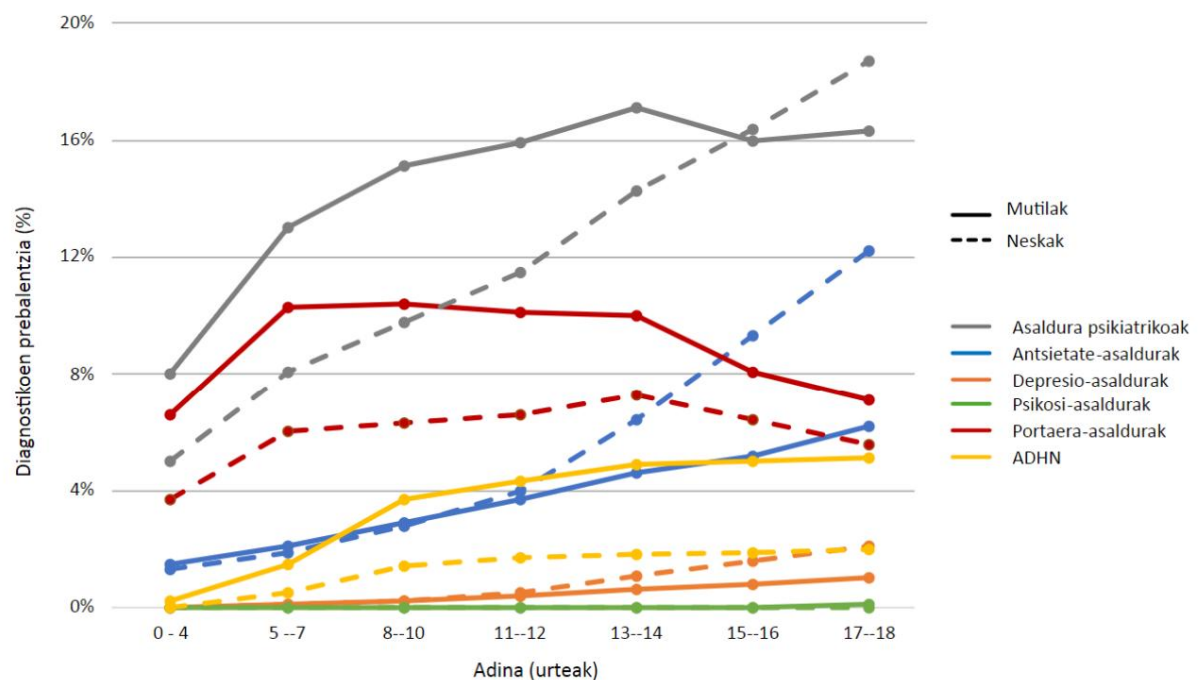
4.2. Diferencias de género en los trastornos de salud mental y el consumo de psicofármacos por edad

En general, la prevalencia de diagnósticos fue mayor en los niños, y por edad, la mayoría de los trastornos psiquiátricos fueron diagnosticados en los niños de 13-14 años, mientras que en las niñas, a los 17-18 años (Figura 1). Se observaron diferentes patrones en la prevalencia de cada trastorno por edad en niñas y niños (Figura 1). La prevalencia más alta de trastornos de conducta se observó en niños (0-10 años), principalmente en los niños, y este patrón se mantuvo en todas las edades. Por ejemplo, el 10,3% de los niños y el 6% de las niñas entre las edades de 5 y 7 años tenían un diagnóstico de trastorno de conducta. Aunque el diagnóstico de TDAH comenzó a verse más tarde que los trastornos de conducta, la prevalencia fue más del doble alta en los niños que en las niñas en todos los grupos de edad.

Por otro lado, no se observaron diferencias significativas de género en los trastornos de ansiedad y depresión en la infancia, pero a partir de los 11-12 años, el aumento en las niñas fue significativo en comparación con los niños. Por ejemplo, a los 17-18 años, la prevalencia de trastornos de ansiedad fue del 12,2 % en niñas y del 6,2 % en niños. La prevalencia de trastornos psicóticos fue muy baja en todos los grupos de edad y no se observaron diferencias de género.



Figura 1. Prevalencia (%) de diagnósticos psiquiátricos en España en 2022 por edad



En cuanto al consumo de psicofármacos, los chicos consumieron más en cierta cantidad durante la infancia, y entre los 15 y 16 años predominan las chicas (Figura 2). Sin embargo, al observar la DBE, el número de dosis consumidas por las chicas fue mayor entre los 17 y 18 años. Por lo tanto, aunque un mayor número de chicas las consumió entre los 15 y 16 años, los chicos consumieron más dosis a lo largo del año en ese grupo de edad.

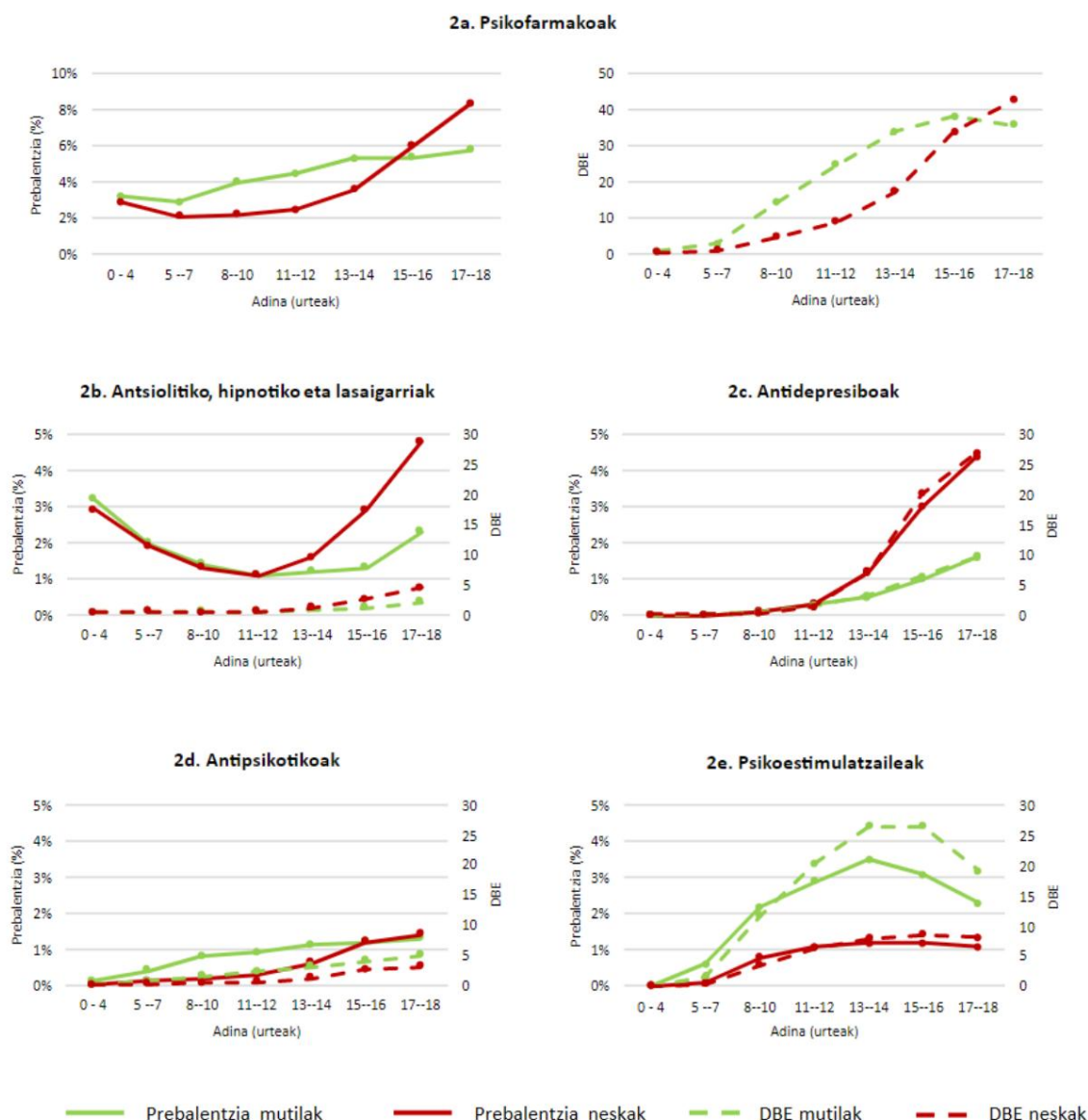
El consumo por edad también varió según el tipo de psicofármaco en niñas y niños. La prevalencia del consumo de AHL en la infancia es sorprendente, pero podría explicarse por el uso de hidroxicina, ampliamente utilizada en pediatría contra el prurito, y de benzodiazepinas como anticonvulsivos (Figura 2a).

Con el aumento del consumo de AHL y antidepresivos a partir de los 11-12 años, la brecha de género se está ampliando, manteniendo una tendencia al alza. De las 1000 chicas de 17-18 años, 27 consumieron una dosis estándar de antidepresivos diariamente durante 2022, mientras que en el caso de los chicos, esta cifra fue de 9,7. Si bien la prevalencia de consumo de estos dos psicofármacos es similar, la DBE es mayor para los antidepresivos; dado que el tratamiento es más prolongado, el número de dosis consumidas durante el año será mayor, incluso con el mismo número de personas (Figura 2b).

El consumo de antipsicóticos y psicoestimulantes fue mayor en los niños, tanto en prevalencia como en cantidad. Si bien el consumo de psicoestimulantes comienza en la infancia, el mayor se produjo entre los 13 y 14 años, para luego disminuir (Figura 2e). De hecho, 26 de cada 1000 niños de 13 a 14 años consumieron una dosis estándar de psicoestimulantes a diario durante 2022, en comparación con 8 entre las niñas.

## Maite Campo y Amaia Bacigalupe

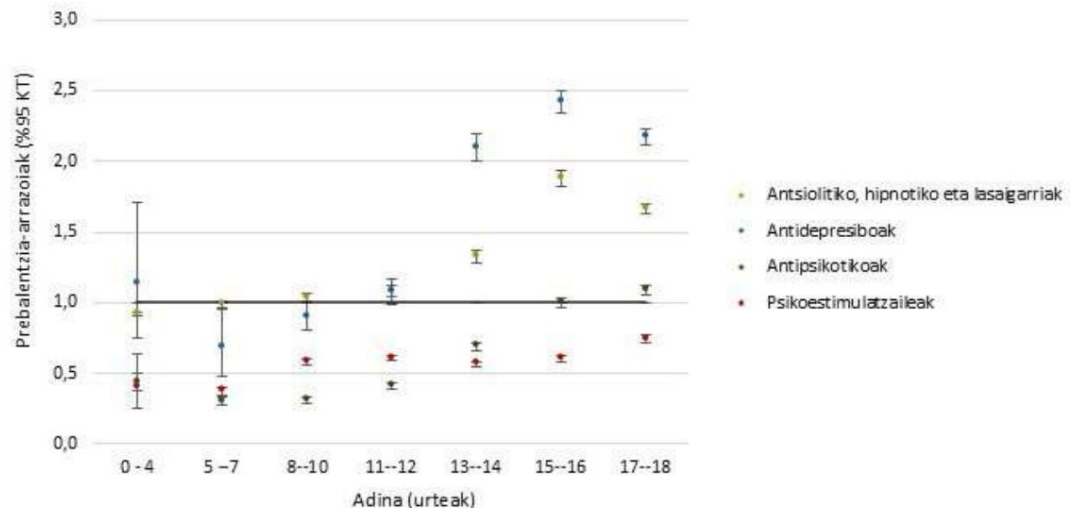
Figura 2. Prevalencia del consumo de psicofármacos y DBE por edad en niñas y niños



Como se mencionó previamente, incluso cuando se tienen en cuenta los factores que pueden explicar las diferencias de género en el consumo de psicofármacos, existen diferencias significativas entre niñas y niños en el consumo de psicofármacos; y estas diferencias varían según la edad (Figura 3). Las diferencias de género en AHL y antidepresivos comenzaron a observarse con el inicio del consumo a los 11-12 años de edad. Las mayores diferencias aparecieron a los 15-16 años de edad, cuando las niñas tenían 1,8 veces más probabilidades de consumir AHL ( $PA=1,88$  [ $1,63-1,70$ ]) y 2,4 veces más probabilidades de consumir un antidepresivo en comparación con los niños ( $PA=2,42$  [ $2,35-2,50$ ]), incluso después de excluir el efecto de los diagnósticos psiquiátricos.

En el caso de los antipsicóticos y psicoestimulantes, las mayores diferencias de género se observaron en la infancia, especialmente en el caso de los antipsicóticos. Sin embargo, en el caso de los psicoestimulantes, las diferencias de género se mantuvieron en todos los grupos de edad. Mayor riesgo en niños, pues los niños de 5 a 7 años tienen un riesgo 2,67 veces mayor que las niñas de consumir un psicoestimulante ( $PA=0,37$  [ $0,35-0,40$ ]).

Figura 3. Razones de prevalencia del consumo de psicofármacos (IC del 95%) según edad



Psikofarmako bakoitzaren Prebalentzia-arrazoiak eta konfiantza-tarteak (% 95) nesketan, erreferentziatut mutlak hartuta.  
Adinaren, diagnostiko psikiatrikoen, errenta-mailaren eta jaioterriaren arabera doituta (3. Eredua)

#### 4.3. Diferencias de género en los trastornos de salud mental y el consumo de psicofármacos en las comunidades autónomas

La prevalencia más alta de problemas de salud mental se observó en Canarias (27,5%) y la más baja en Castilla-La Mancha (3,2%) y Andalucía (4,5%), y se observó el mismo patrón de género en todas las comunidades (datos no mostrados).

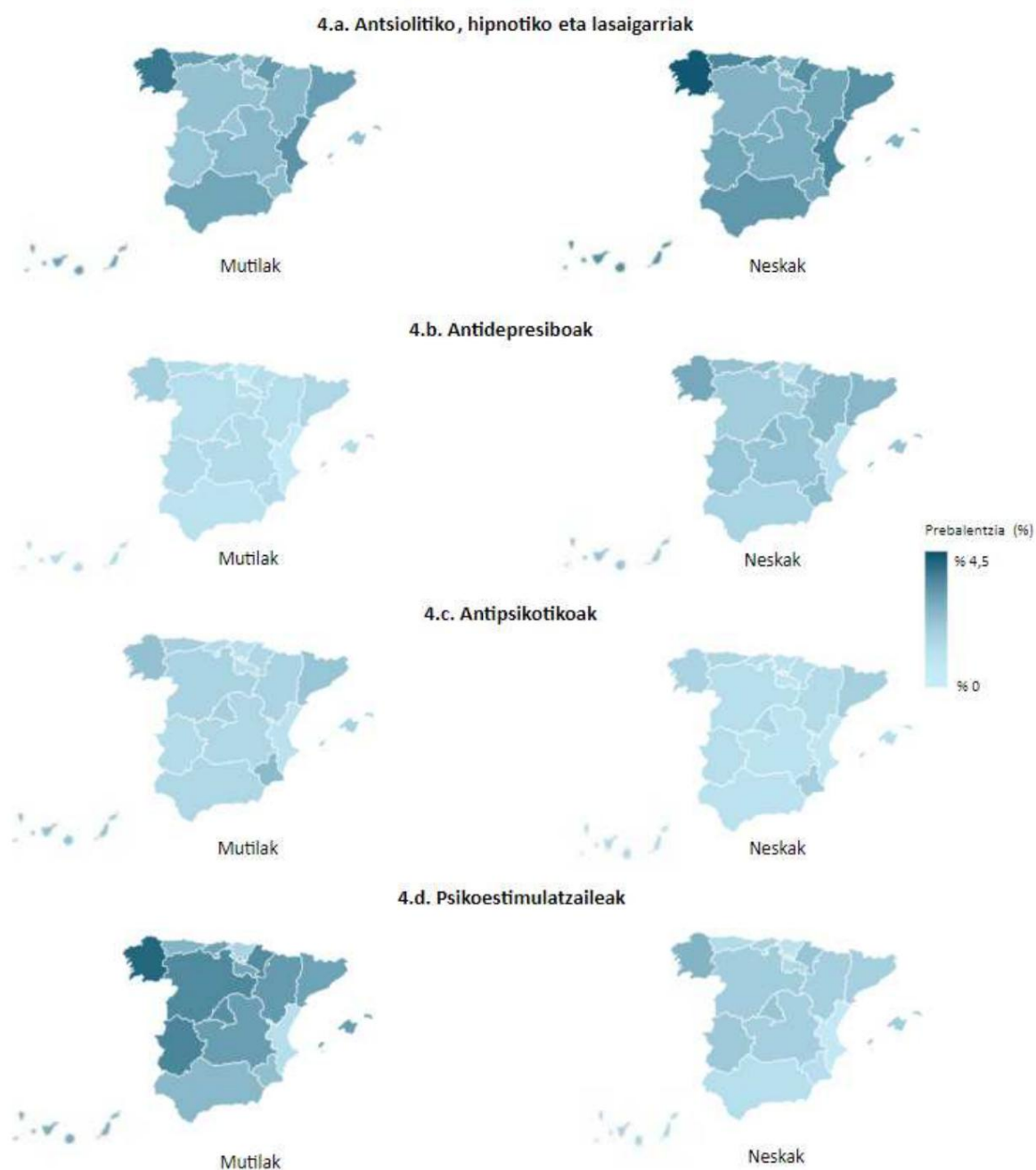
El patrón de consumo de psicofármacos también es similar por género en todas las comunidades, con un mayor consumo de AHL y antidepresivos por parte de las chicas, y de psicoestimulantes y antipsicóticos por parte de los chicos, especialmente en Galicia (Figura 4). Las mayores diferencias entre regiones se deben principalmente a

Se centraron en el consumo de antidepresivos y psicoestimulantes. Así, en el caso de los antidepresivos, las chicas consumieron 14,3 DBE en Galicia y 1,4 DBE en la Comunidad Valenciana, y en el caso de los psicoestimulantes, los chicos consumieron 34,9 DBE en Galicia y 1,5 DBE en la Comunidad Valenciana.

Las mayores diferencias de género se observaron en el consumo de antidepresivos en general, observándose las mayores diferencias en Aragón (PA=2,37 [2,14-2,62]) y las menores en Andalucía (PA=1,76 [1,69-1,85]). En el caso de ansiolíticos, hipnóticos y tranquilizantes, si bien se observaron pequeñas diferencias en el País Vasco y Navarra, en Extremadura las chicas tenían una probabilidad adicional de consumo del 73% (PA=1,73 [1,60-1,87]).

El riesgo de consumir antipsicóticos fue mayor en chicos, principalmente en Canarias (PA=0,58 [0,54-1,63]), y en Extremadura no se encontraron diferencias significativas en el consumo entre chicas y chicos al eliminar los efectos de los diagnósticos psiquiátricos, el nivel de ingresos y el país de nacimiento (PA=0,87 [0,76-1,01]). Se observaron mayores diferencias de género en psicoestimulantes, siendo Andalucía la región con mayores diferencias (PA=0,38 [0,37-0,40]). No se observaron diferencias significativas de género en el consumo en la Comunidad Valenciana (PA=0,95 [0,87-1,04]) ni en Baleares (PA=0,94 [0,88-1,01]).

Figura 4. Prevalencia de consumo de psicofármacos en niñas y niños por comunidad autónoma



## 5. Discusión

Se han observado diferencias de género en el diagnóstico de salud mental en niños y adolescentes y en el consumo de psicofármacos prescritos: las niñas tienen más probabilidades de ser diagnosticadas con trastornos de ansiedad y depresión y se les prescriben más AVD y antidepresivos, mientras que los niños tienen más probabilidades de tener trastorno de conducta y TDAH, y consumen más psicoestimulantes y antipsicóticos.

Las diferencias de género varían según la edad en la infancia y la adolescencia. En la infancia, hasta los 10 años, predominan los diagnósticos de trastorno de conducta y TDAH, así como el uso de psicoestimulantes, especialmente en niños. En la adolescencia, por otro lado, se observan trastornos de ansiedad y depresión.

El consumo de AHL y antidepresivos aumenta, de forma más significativa en las niñas. Para estos dos psicofármacos, las mayores diferencias de género se observan en la adolescencia, y entre los 17 y los 18 años se observan los mismos patrones de género que en la edad adulta (17).

Respecto al consumo de psicofármacos, se puede asumir que gran parte de las diferencias de género se debe a diferencias en los diagnósticos, pero incluso excluyendo el papel que puedan jugar los diagnósticos, existen diferencias en el consumo de psicofármacos prescritos, en línea con otros estudios realizados en adultos (13).

Si bien se han observado los mismos patrones de género en todas las comunidades autónomas, existen diferencias entre ellas tanto en la prevalencia de trastornos de salud mental como en el consumo de psicofármacos. La comunidad autónoma con mayor número de diagnósticos psiquiátricos fue Canarias, y el mayor consumo de psicofármacos se detectó en Galicia, con la excepción de los antipsicóticos.

Estas diferencias en los problemas de salud mental entre niñas y niños no son aleatorias, sino que se relacionan con los roles de género profundamente arraigados en la sociedad. De hecho, niñas y niños han aprendido diferentes estrategias para expresar su incomodidad con su entorno: la socialización basada en la masculinidad consiste en la fuerza, la agresividad o comportamientos más disruptivos, entre otros, mientras que la feminidad se basa en la debilidad, la emotividad o la amabilidad.

En concreto, durante la adolescencia, las chicas experimentan presión estética, autoexigencia académica, baja autoestima y casos de exclusión, lo que puede generar un malestar distintivo (18).

El aumento del consumo de psicofármacos en niños y adolescentes en los últimos años es inseparable del proceso de medicalización de las últimas décadas. De hecho, cada vez más problemas de base social se están convirtiendo en problemas que requieren tratamiento médico, mediante un diagnóstico y, en la mayoría de los casos, con un fármaco(8). La medicalización de la salud mental queda ilustrada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que se utiliza para diagnosticar trastornos psiquiátricos.

El número de diagnósticos ha aumentado desde la primera edición del DSM(19), así como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) utilizada en nuestro contexto (20). De esta manera, la delincuencia infantil y la tristeza y ansiedad en la adolescencia se consideran problemas de salud mental en la psiquiatría actual, pero de forma diferente en niñas y niños.

En la práctica clínica actual, estos problemas cotidianos suelen tratarse con fármacos, y este proceso también presenta sesgos de género ((21)). Los ansiolíticos y antidepresivos, conocidos a menudo como "pastillas para el estilo de vida", ayudan a realizar las tareas necesarias para vivir sin analizar la raíz de estas molestias (9), y no es casualidad que su consumo sea mayor en mujeres. De hecho, en el sistema de género, las mujeres se encuentran en una posición material y social más precaria, lo que las lleva a sufrir mayores niveles de malestar. Además, en el sentido marcado por los roles de género, a las mujeres les resulta más fácil dirigir sus problemas al ámbito clínico y presentarse como vulnerables, y numerosos estudios han demostrado que los médicos pueden implementar numerosos sesgos de género en su práctica clínica, incluida la pediatría (22). Un estudio realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud de España indicó que las mujeres tenían mayor probabilidad de recibir una receta de psicofármacos, incluso cuando presentaban la misma sintomatología, visitas médicas y diagnóstico psiquiátrico que los hombres (13).

Por otra parte, esta medicalización también se observa en la salud mental de los niños; de hecho, en ellos, las violaciones y el comportamiento irritable que son característicos de la masculinidad y que ocurren con frecuencia se convierten en diagnósticos psiquiátricos, con el pretexto de que tienen una base biológica y, por lo tanto, es más probable que a los niños se les prescriba un psicoestimulante o un antipsicótico (23).

No se han encontrado patrones geográficos específicos en el consumo de psicofármacos en las comunidades autónomas que expliquen las diferencias entre ellas, pero es posible que estén condicionadas por otros factores. Por ejemplo, la gestión del sistema sanitario de cada comunidad, el nivel de bienestar infantil, el nivel socioeconómico de la población y las diferencias de género podrían influir. Según un estudio,

Maite Campo y Amaia Bacigalupe

La disponibilidad de tratamiento de salud mental, la desigualdad de ingresos y los niveles de desempleo influyen en la morbilidad psiquiátrica de cada comunidad (24).

La principal fortaleza de este trabajo es la robustez de la base de datos utilizada, al ser específica para la población española y de cada comunidad autónoma, lo que permite la comparación entre ellas.

Además, el uso de dos medidas para cuantificar el consumo de psicofármacos ha permitido una mejor comprensión del consumo en sí. Sin embargo, el BDCAP solo incluye datos de personas con Tarjeta Sanitaria Individual, excluyendo a las personas sin documentación, y únicamente registros del sistema público de salud. Como resultado, no se han tenido en cuenta los datos de las consultas privadas, muy comunes en psiquiatría, lo que puede generar un sesgo de clase. Por otro lado, la base de datos del BDCAP incluye diagnósticos CIE-9 y CIE-10 normalizados según la clasificación CIAP2, y es posible que los diagnósticos recibidos en atención primaria no coincidan con los diagnósticos asignados por los especialistas. Además, e  
Además de los diagnósticos analizados, existen otros diagnósticos en psiquiatría que no se han analizado. Finalmente, la EDZ utilizada para calcular el DBE está estandarizada en adultos, por lo que los resultados en la población pediátrica podrían estar subestimados.

Dado que la salud mental infantojuvenil se ha convertido en un problema de salud pública, es importante reconocer los elementos que la caracterizan, como los determinantes sociales de la salud, como el género y la edad. El proceso de medicalización definido por Conrad influye en la prevalencia de los diagnósticos utilizados para definir la salud mental infantojuvenil, y las perspectivas androcéntricas y farmacológicas del modelo biomédico perpetúan las diferencias de género en el consumo de psicofármacos.

Si bien los registros clínicos nos brindan información sobre los problemas de salud de la población, hay algunos problemas que no llegan al consultorio médico, por lo que es importante realizar investigación cualitativa y a nivel comunitario, porque la salud mental de los niños, niñas y adolescentes tiene muchas facetas que van más allá de los diagnósticos.

Finalmente, este trabajo de investigación podría tener varios seguimientos, como qué factores contribuyen a las diferencias entre comunidades autónomas; y al mismo tiempo, es necesario estudiar el impacto de otros determinantes sociales de la salud en el consumo de psicofármacos por parte de niños y adolescentes.  
a

## 6. Conclusiones

---

Existen diferencias de género en los trastornos de salud mental y el consumo de psicofármacos en niños y adolescentes. En la infancia y en los niños, predominan los diagnósticos de trastorno de conducta y TDAH, así como el consumo de psicoestimulantes. En la adolescencia y en las niñas, son mayores los diagnósticos de ansiedad y depresión, así como el consumo de antidepresivos y ansiolíticos.

- Se observan los mismos patrones de género entre las comunidades autónomas, pero existen diferencias entre ellas en el diagnóstico psiquiátrico de niños y adolescentes y en el consumo de psicofármacos.

gemir.

- Los cambios inherentes a la infancia y la adolescencia y cómo los niños y adolescentes los afrontan.

La respuesta que tienen se considera un problema de salud, muchas veces tratado con algún fármaco psicotrópico, y no se trata por igual en niñas y niños.



## 7. Agradecimientos y notas

---

Este trabajo se deriva del trabajo fin de máster realizado en el máster “Promoción de la Salud y Salud Comunitaria” (EHU, 2024), dentro del proyecto Análisis del consumo de psicofármacos en población adolescente: una perspectiva de género e interseccional (PID2022-136340OB-100) financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (DOI: /10.13039/501100011033), el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y la UE.

Me gustaría agradecer a todos los miembros del equipo de investigación de OPIK, y especialmente a Xabi y Mainer, por su reciente por ayudar a corregir esta versión.

## 8. Referencias bibliográficas

---

1. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Prevalencia y carga mundial de trastornos depresivos y de ansiedad en 204 países y territorios en 2020 debido a la pandemia de COVID-19. *The Lancet*. 6 de noviembre de 2021;398(10312):1700-12.
2. Vázquez López P, Pedreira PA, Martínez-Sánchez L, Miguel J, Cruz G, Bonet De Luna C, et al. Autolesión y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que nos ha revelado la pandemia. *An Pediatr [Internet]*. 2023 [consultado: 16/04/2024];98:204-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>
3. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre el consumo de drogas en Educación Secundaria en España ESTUDES 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [Pregunta: 2024-09-17]. 90 páginas. Disponible: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDIOS\\_2023\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDIOS_2023_Informe.pdf)
4. Taylor E, Verhulst F, Wong JCM, Yoshida K. Salud mental y enfermedad de niños y adolescentes [Internet]. Singapur: Springer; 2020 [Consulta: 16/04/2024]. 715 páginas. Disponible: <https://doi.org/10.1007/978-981-10-2348-4>
5. Forns M, Abad J, Kirchner T. Problemas de internalización y externalización [Internet]. Aquí: Levesque RJ. Enciclopedia de la Adolescencia. Nueva York: Springer; 2011 [Consulta: 2024-09-17]. Págs. 1464-9. Disponible: [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. Tendencias internacionales recientes en la prescripción de psicofármacos para niños y adolescentes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 8 de noviembre de 2015;24(6):635-40.
7. Espin-Martínez C, Sánchez-Martínez DP, Arense-Gonzalo JJ. Uso de antidepresivos y prescripción fuera de indicación en atención primaria en España (2013-2018). *Un Pediatr* 2022-11-1;97(4):237-46.
8. Conrad P. La medicalización de la sociedad: Sobre la transformación de las condiciones humanas en trastornos tratables. 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 su reciente emergencia “Medicamentalización”. *Farmacia Hospitalaria*, 1 de julio de 2018;42(4):174-9.
11. Campbell OLK, Bann D, Patalay P. La brecha de género en la salud mental adolescente: Una investigación transnacional de 566.829 adolescentes en 73 países. *SSM Popul Health*. 1 de marzo de 2021;13:100742.

## Maite Campo y Amaia Bacigalupe

12. Navarro-Pardo E, Meléndez Moral JC, Sales Galán A, Sancerni Beitia MD. desarrollo Infancia y adolescencia: Trastornos mentales más frecuentes según edad y género. *Psychothema* 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. Determinantes sociales de las desigualdades en salud. *The Lancet.* Marzo de 2005. 19;365(9464):1099-104.
15. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Determinantes sociales de la salud mental. *Int Rev. Psiquiatría.* 2014;26(4):392-407.
16. Von Soest T, Bramness JG, Pedersen W, Wichstrøm L. La relación entre socio-Situación económica y prescripción de antidepresivos: una encuesta longitudinal y un estudio de registro de adultos jóvenes. *Epidemiol Psychiatr Sci [Internet].* 2012 [Consulta: 25/09/2024]; 22:87-95. Disponible: <https://doi.org/10.1017/S2045796011000722>
17. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Diferencias de género en la depresión en representantes Muestras nacionales: Metaanálisis de diagnósticos y síntomas. *Psychol Bull.* 1 de agosto de 2017;143(8):783-822.
18. Arostegui Santamaría E, Moro Inchaurtieta A. Mujeres jóvenes y psicofarmacos [Internet]. Donostia: Drogomedia monografikoak;2015 [Consulta: 2024-09-25];8:2-17. Disponible: [https://www.sis.net/documentos/DrogomediaMonografikoak/MD\\_08.pdf](https://www.sis.net/documentos/DrogomediaMonografikoak/MD_08.pdf)
19. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V, 5.ª ed. Washington DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2013
20. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). Organización Mundial de la Salud; 2019
21. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit [Internet].* 2004 [10-10-2024];18(4):118-25. Disponible en: [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. Sesgo de género en la atención pediátrica: opiniones y percepciones de los profesionales de la salud. *Representante de ciencias de la salud* 2023 24 de octubre;6(10):e1615
23. Timimi S. Medicalizando la masculinidad [Internet]. En: *Desmedicalizando la miseria.* Londres: Palgrave Macmillan; 2011 [Consulta: 20/10/2024]. Págs. 86-98. Disponible en: [https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230342507\\_7](https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230342507_7)
24. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Alonso J, Borrell C. Desigualdades en salud mental en las comunidades autónomas españolas: un estudio multinivel. *Span J Psychol [Internet].* 2015 [Consulta: 5/10/2024];18:E27. Disponible en: doi:10.1017/sjp.2015.28