

---

## ANÁLISIS DE LA VARIABLE GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA DERIVACIÓN A LOS RECURSOS DE ATENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

---

### **Maria Amores Gonzalez**

Psicóloga.

Equipo de Apoyo Sociocomunitario Retiro, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro concertado con la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

### **Paola Fernandez Catalina**

Psicóloga.

Coordinadora Técnica Centro de Día y Equipo de Apoyo Sociocomunitario Vallecas, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centros concertados con la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

### **José Luís Arroyo Cifuentes**

Psicólogo.

Director Técnico Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Empresa vinculada a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

### **Carlos Rebolleda Gil**

Psicólogo.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro concertado la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid. Referente del Área de Investigación de la Línea de Rehabilitación Psicosocial.

## Resumen

Como demuestran recientes estudios, el sesgo de género parece afectar a las derivaciones que se llevan a cabo en recursos tanto hospitalarios como de rehabilitación psicosocial comunitaria en el caso de las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave, ya que los resultados obtenidos tienden a mostrar que éstos atienden al doble de hombres que de mujeres. Con el objetivo de indagar si este dato también se da en el caso de algunos de los recursos que gestiona la organización Hermanas Hospitalarias, se extraen los datos correspondientes a las derivaciones a cuatro de sus centros (Línea de Rehabilitación Psicosocial, Clínica San Miguel, Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos y Complejo Asistencial de Málaga) desde el año 2012 hasta el 2018 desagregado por sexo dichos datos. Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de hombres derivados a los diferentes recursos analizados supera al de mujeres en buena parte de los recursos analizados, si bien, la diferencia previamente planteada, únicamente se daría en el caso de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) (31% vs 69%), siendo la productiva-laboral, un área especialmente atravesada por los mandatos de género. Dichos datos, a pesar de ser meramente descriptivos, pueden servir para, en primer lugar, hacer estudios de mayor envergadura de cara a comprobar este aspecto y, en segundo lugar, en caso de confirmarse, poner en marcha diferentes estrategias destinadas a disminuir la brecha de género.

**Palabras clave:** Trastorno mental grave, género, mujer, salud mental, recursos hospitalarios, recursos comunitarios.

## Abstract

As recent studies show, gender bias seems to affect referrals that are carried out in both hospital and community psychosocial rehabilitation resources in the case of people diagnosed with Serious Mental Disorder, since the results obtained tend to show that these They serve twice as many men as women. With the objective of investigating whether this information is also given in the case of some of the resources managed by the Hermanas Hospitalarias organization, the data corresponding to the referrals to four of its centers (Línea de Rehabilitación Psicosocial, Clínica San Miguel, Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos y Complejo Asistencial de Málaga) are extracted from 2012 to 2018 disaggregated by sex such data. The results obtained show that the percentage of men referred to the different resources analyzed exceeds that of women in a good part of the resources analyzed, although the difference previously raised would only occur in the case of the Centers for Labor Rehabilitation (CRL) (31% vs. 69%), being productive-labor, an area especially crossed by gender mandates. These data, despite being merely descriptive, can be used to, in the first place, carry out larger studies in order to verify this aspect and, secondly, if confirmed, implement different strategies aimed at reducing the gap of gender.

**Key words:** Serious mental disorder, gender, woman, mental health, hospital resources, community resources.

## Introducción

El género es una categoría de análisis de la realidad al igual que lo es la etnia, la clase social, el nivel educativo, etc. Los estudios de género nos proporcionan un modo de análisis de la realidad basada en esta categoría. La noción de género surge a partir de la idea de que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales (Amorós, 1995). El axioma central de la teoría de género, es que éste es una construcción social, y que conforma nuestra identidad y modos de comportamiento según unas normas establecidas (mandatos de género). El género son por lo tanto, *“todas las obligaciones, comportamientos, pensamientos, capacidades y hasta carácter que se ha exigido que tuvieran las mujeres por ser biológicamente mujeres”* (Varela, 2013).

El término género apareció por primera vez en 1968, por parte del psicólogo Robert Stoller en sus estudios sobre los trastornos de la identidad sexual, donde definió la “identidad de género”. Sin embargo, fue unos quince años antes cuando lo que entendemos hoy por género ya fue nombrado y definido por la filósofa Simone de Beauvoir en su libro *El segundo sexo* (1949), quien lo describió así: *“No se nace mujer, llega una a serlo”*. Es a partir de 1995, durante los trabajos preparatorios de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de las Naciones Unidas celebrada en Pekín cuando el término género se empezó a usar oficialmente como *“la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer”* (Declaración de Beijing, 1995)

La perspectiva de género, por tanto, es el marco teórico que señala que el género es un constructo social y que existe una relación de poder entre los géneros, privilegiando al

masculino como grupo social y subordinando el femenino, y que esa jerarquización tiene como consecuencias la desigualdad de poder, de oportunidades y de derechos (Gamba, 2008). Es el método de análisis social que ha permitido ver la ocupación del espacio, en todos los ámbitos, por parte del género masculino, provocando consciente o inconscientemente la invisibilidad y discriminación del femenino.

No obstante, este enfoque continúa siendo una asignatura pendiente en el ámbito de la salud mental. No se cumplen los estándares internacionales (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005) y esto perjudica la consecución del objetivo de igualdad de género, condicionando también el efectivo ejercicio de otros derechos fundamentales de la persona, en este caso, los derechos de la mitad de la población, las mujeres (Comisión Europea, 2008).

A este respecto, destaca por su relevancia el informe elaborado por Jill Astbury en el año 2001 a partir de una mesa de trabajo que tuvo lugar durante 54th World Health Assembly organizada por la Organización Mundial de la Salud. Dicho informe, denominado *“Diferencias de Género en Salud Mental”*, pone de manifiesto múltiples problemáticas a este nivel que, a pesar del tiempo transcurrido desde su elaboración, aún siguen encontrándose a día de hoy. Astbury (2001), en su informe, señala las siguientes conclusiones:

- Aunque las tasas de depresión varían notablemente entre países y se encuentran influidas por factores macrosociales, casi siempre se informa que la depresión es el doble en las mujeres en comparación con los hombres en diversas sociedades y contextos sociales.
- Las diferencias de género que se localizan en los patrones de ayuda para la búsqueda de tratamiento junto con claros estereoti-

pos en el diagnóstico, agravan las dificultades de identificación y tratamiento en el caso de las mujeres.

- Se prescriben más psicofármacos a las mujeres que a los hombres.
- Incluso cuando se presenta con síntomas idénticos, las mujeres son más propensas a ser diagnosticadas de depresión que los hombres y parecen tener menos probabilidades de, por ejemplo, ser diagnosticadas de adicción al alcohol.
- La comorbilidad que, a su vez, se asocia con mayor gravedad, mayores niveles de discapacidad y una mayor utilización de los servicios, es algo más diagnosticado en mujeres que en hombres. En este caso, la depresión y la ansiedad son los trastornos comórbidos más comunes.
- Reducir la sobrerrepresentación de las mujeres con diagnóstico de depresión es algo que debe abordarse para disminuir la carga mundial causada por los trastornos mentales y conductuales. Esto requiere un enfoque intersectorial multinivel, una política de enfoque de salud pública y estrategias de reducción de factores de riesgo específicos de género.
- Los riesgos asociados al género son múltiples y están interconectados. Muchos provienen de la mayor pobreza, la discriminación y la desventaja socioeconómica. Cabe recordar que las mujeres constituyen alrededor del 70% de las personas que se sitúan por debajo del umbral de la pobreza a nivel mundial y están significativamente menos remuneradas que los hombres cuando desempeñan un trabajo. Las mujeres tienden a ocupar empleos más inseguros y de más bajo estatus en los que se ven sin autoridad para tomar decisiones. En estos empleos es más probable que se experimenten niveles más altos de eventos negativos, exista una mayor tenencia a la

vivienda insegura, se den más factores de estrés crónicos y un menor apoyo social. Dichos empleos llevan a fomentar la pasividad, la sumisión, la dependencia, el deber de asumir el cuidado incesante de los demás y el cuidado no remunerado doméstico y agrícola. Por lo tanto, es probable que los avances en el desarrollo de género que mejoren las condiciones laborales de las mujeres influirán en la salud mental de las mismas. Por último, cabe destacar que la globalización ha supuesto un aumento espectacular en cuanto a las diferencias de ingresos económicos entre hombres y mujeres.

- Otro aspecto fundamental que incide en los problemas de salud mental de las mujeres es el incremento de la trata sexual, algo que atenta de forma directa y muy grave sobre las mismas y sus derechos humanos
- La epidemia de violencia de género debe ser detenida. La gravedad y la duración de la exposición a la violencia son altamente predictivos respecto a la incidencia y gravedad de diferentes trastornos mentales. Las tasas de depresión que se localizan en la vida adulta son 3 a 4 veces más altas en las mujeres expuestas a abuso sexual infantil o a violencia de pareja. Tras una violación, casi 1 de cada 3 mujeres desarrollará Trastorno de Estrés Postraumático. Por lo tanto, es necesario mejorar la detección de este tipo de situaciones, contar con profesionales más formados, así como, una mayor y mejor accesibilidad de las víctimas a recursos especializados. El acceso a una vivienda segura y asequible es esencial para que las mujeres y los niños puedan escapar de dichas situaciones de violencia.
- Se señala la necesidad de investigar en mayor medida la relación entre violencia y comorbilidad en el caso de las mujeres.

- En definitiva, erradicar la desigualdad imperante todavía a día de hoy, tanto en los espacios privados (reparto de tareas y cuidados) como en los públicos (brecha salarial, representación en los órganos directivos y estamentos de poder...)

Trasladando el análisis a la actualidad y a la situación de las mujeres con trastorno mental grave, según un estudio llevado a cabo en el año 2014 por la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEFES), titulado *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres*, concluyen que los servicios y programas dirigidos directamente a personas con trastorno mental grave atienden al doble de hombres que de mujeres, persistiendo por lo tanto la discriminación hacia las mujeres con trastorno mental grave. Las razones que apuntan para este hecho, y que se complementan en este análisis, son:

- El rol tradicional femenino, que responde al estereotipo de género sobre la mujer, que la vincula al trabajo doméstico, del cuidado, y más concretamente al ámbito privado. El hombre encerrado en casa, en la esfera doméstica, choca frontalmente con el estereotipo masculino, que se corresponde con un rol activo, productivo, proveedor de recursos económicos y asentado en el espacio público y social.
- El papel de la familia, herramienta esencial para la socialización de género (Macedo y García, 2014). La familia reproduce el patrón según el cual es importante proteger a las mujeres de los peligros y amenazas que existen para ellas en el espacio público, como es la violencia sexual, facilitando y promoviendo que se queden en casa, a su resguardo. Esa cultura de la sobreprotección a la mujer como solución a la violencia que sufren las mujeres en la

comunidad es promovida por toda la sociedad cuando se lanzan mensajes de “*ten cuidado por dónde vas... con quién vas... y cómo vas*” a las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. Esos mensajes responsabilizan a la víctima, promoviendo un comportamiento social inhibido y escaso. Estas actitudes se refuerzan ante mujeres más vulnerables, como las mujeres con trastorno mental grave.

- Asimismo, el papel de la familia está atravesado por la socialización de género. La madre ha sido durante mucho tiempo la figura principal y la responsable de la crianza y cuidado de los hijos e hijas (Macedo y García, 2014). Un cuidado sobre el que recae el mandato de género de ser madres sacrificadas, abnegadas y centradas sólo en el cuidado de la familia, más si cabe, si hay un hijo/a enfermo/a. Si una madre no cuida (entendiendo cuidar desde las formas que impone el mandato de género) a sus hijos/as, es probable que sea penalizada por la sociedad; una falta que sin embargo no se penaliza con la misma intensidad en el caso de la figura paterna.
- El escaso nivel de empoderamiento de las mujeres, especialmente de las mujeres con discapacidad y, en particular, de las mujeres con trastorno mental grave. Esa falta de autoconciencia de la identidad mujer les impide ser conscientes de las discriminaciones que sufren por el hecho de serlo y percibirse como sujeto de derechos.
- El hecho de que los recursos estén masculinizados puede provocar que estén diseñados para atender un patrón de necesidades masculino, y que además, si no se incluye la perspectiva de género, refuerce y perpetúe los estereotipos de género y los mandatos tradicionales (Amores, 2019). Esto tiene que ver, por ejemplo, con centrarse en el deporte como actividad de ocio esen-

cial, sobredimensionar lo productivo y lo laboral como factores exclusivos de éxito y relegar y/o minusvalorar los cuidados, lo relacional y lo emocional.

- La discriminación de género en sí misma, presente también en los centros de derivación que no dejan de ser un reflejo de la sociedad. Estos están formados por personas profesionales que no están exentas de tener su propia socialización de género, prejuicios, actitudes machistas y/o falta de formación en perspectiva de género; aspectos que pueden repercutir en no reparar en ver las necesidades específicas del género femenino, y no ver, ni reparar en su infrarrepresentación.

Por otro lado, la diferencia en el acceso a los servicios o recursos de empleo, y al propio empleo normalizado, entre hombres y mujeres es de un porcentaje superior al doble de hombres respecto a mujeres; y el porcentaje de derivación de mujeres a recursos de inclusión sociolaboral se sitúa en la misma línea (FEDEAFES, 2014). Las razones que apuntan este hecho son, como ya se ha expuesto anteriormente, los mandatos de género según los cuales la mujer está destinada al hogar y a los cuidados y el hombre a la vida pública y a ser el proveedor económico (Polo, 2018).

Esa discriminación hacia los problemas de salud mental de las mujeres fue ciertamente el origen del nacimiento de la congregación de las Hermanas Hospitalarias, en 1881, precisamente “...para dar respuesta a la situación de abandono sanitario y exclusión social de las mujeres con enfermedad mental de la época...”, pues ya existía una orden religiosa (San Juan de Dios) que se encargaba de la atención a los enfermos mentales, hombres, que desde 1876 puso en marcha una gran “casa de salud” en la ciudad de Ciempozuelos, Madrid.

Con el fin de obtener datos relativos a la realidad actual de los recursos, tanto hospitalarios como de rehabilitación de Hermanas Hospitalarias, y ver si estos coinciden con los arrojados por FEDEAFES (2014), se realiza el presente estudio sobre las personas atendidas desagregadas por sexo.

El objetivo último de la aplicación de la perspectiva de género en el análisis de la desagregación de los datos tiene que ver con poder hacer un análisis crítico de esa brecha de género y poder diseñar acciones que permitan eliminarla.

## Metodología

A partir del año 2011 los centros de atención a la salud mental de la extinta Provincia de Madrid de Hermanas Hospitalarias, iniciaron el proceso de informatización de sus historias clínicas utilizando el programa informático EKON SALUD

Con la ayuda de profesionales del Área de Sistemas y Calidad de Hermanas Hospitalarias, se extrajeron los datos referentes a las entradas en los diferentes dispositivos desde el año en el que entra en vigor de forma definitiva el programa informático (año 2012) hasta el año 2018 centrándose en los recursos Hospitalarios y Comunitarios destinados a la atención de personas con trastorno mental grave. El número total de entradas a lo largo del periodo previamente descrito fue de 6357, siendo de 3022 en el caso de los recursos Hospitalarios y de 3335 en recursos Comunitarios. A su vez, en el caso de estas últimas, se diferenciaron en 1615 entradas en el caso de los recursos Comunitarios Ambulatorios y 1720 en recursos Comunitarios Residenciales.

Concretamente, los centros pertenecientes a Hermanas Hospitalarias de los que se ex-

trajeron dichos datos fueron los siguientes:

- Línea de Rehabilitación Psicosocial. Compuesta por múltiples centros Comunitarios tanto Ambulatorios como Residenciales ubicados en la Comunidad de Madrid y de Extremadura. Mientras que los primeros, están concertados con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, los segundos están concertados con el Servicio Extremeño de Salud y Servicio Extremeño de Promoción social y Atención a la dependencia.
- Clínica San Miguel. Integrada por múltiples recursos Hospitalarios concertados con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Complejo Asistencial Benito Menni. Ubicado en Ciempozuelos (Madrid) y compuesto por varios recursos Hospitalarios concertados con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Complejo Asistencial de Málaga. Integrado por varios recursos Hospitalarios pertenecientes al ámbito privado.

A parte de los datos previamente señalados, de cara a dar respuesta al objeto de estudio planteado en este artículo, el número de entradas fue diferenciando por sexo incluyendo el número total de entradas anuales por recurso, así como, el porcentaje que se desprendía de dicha cifra. A su vez, también se calculó el sumatorio total de entradas anuales por recurso diferenciadas por sexo, así como, el porcentaje al que hacían referencia dichas cantidades.

A partir de estos datos, el equipo investigador elabora una tabla resumen (tabla 1), los cuales son analizados y valorados en el presente artículo.

## Resultados

Como puede observarse en la tabla que se expone a continuación (tabla1), el porcentaje de hombres derivados supera al de mujeres, tanto anualmente como en total, en el caso de las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) y de todos los recursos Comunitarios tanto Diurnos como Residenciales. Las mayores diferencias a favor de los hombres se dan en las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) (37% vs 63%), en los Centros de Día de soporte Social (CD) (37% vs 63%), en los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) (31% vs 69%) y en las Pensiones Supervisadas (Pens Sup) (34% vs 66%), mientras que en el resto de recursos estas diferencias no superan el 60% vs 40% a favor de los hombres.

A su vez, estos porcentajes se diferencian de los obtenidos en el caso de las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) donde el porcentaje es del 51% a favor de las mujeres y de las Unidades de Cuidados Prolongados Psiquiátricos (UCPP) en las que el porcentaje de mujeres es muy superior al de los hombres (74% vs 26%). Si bien, cabe señalar que el dato perteneciente a esta última unidad está claramente sesgado, puesto que las únicas que ingresan en el Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos son mujeres.

Tabla 1. Porcentaje de derivaciones a diferentes centros de Hermanas Hospitalarias desgregados por género

Unidad Asistencial	Ingresos sexo	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
<b>RECURSOS HOPITALARIOS</b>									
Unidad de hospitalización Psiquiátrica Breve (UHB)	MUJER	98 (50,5%)	173 (54%)	198 (54%)	177 (49%)	171 (48,5%)	166 (51%)	142 (50%)	1125 (51%)
	HOMBRE	96 (49,5%)	147 (46%)	169 (46%)	182 (51%)	181 (51,5%)	160 (49%)	142 (50%)	1077 (49%)
Unidad de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR)	MUJER	17 (40%)	32 (42%)	29 (33%)	35 (39%)	30 (34%)	44 (38%)	50 (35%)	237 (37%)
	HOMBRE	25 (60%)	44 (58%)	59 (67%)	54 (61%)	57 (66%)	73 (62%)	93 (65%)	405 (63%)
Unidad de Cuidados Prolongados Psiquiátricos (UCPP)	MUJER	7 (78%)	17 (81%)	19 (77%)	30 (71%)	17 (77%)	26 (74%)	16 (66%)	132 (74%)
	HOMBRE	2 (22%)	4 (19%)	6 (23%)	12 (29%)	5 (23%)	9 (26%)	8 (34%)	46 (26%)
<b>RECURSOS COMUNITARIOS AMBULATORIOS</b>									
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	MUJER	59 (53%)	47 (45%)	43 (40%)	51 (43%)	34 (36%)	41 (44%)	51 (44%)	326 (44%)
	HOMBRE	53 (47%)	58 (55%)	65 (60%)	67 (57%)	60 (64%)	53 (56%)	65 (56%)	421 (56%)
Centro de Día de soporte Social (CD)	MUJER	17 (40%)	19 (43%)	17 (35%)	12 (31%)	14 (38%)	15 (40,5%)	10 (28,5%)	104 (37%)
	HOMBRE	23 (60%)	25 (57%)	31 (65%)	27 (69%)	23 (62%)	22 (59,5%)	25 (71,5%)	176 (63%)
Equipos de apoyo social comunitario (EASC)	MUJER	28 (50%)	22 (43%)	26 (46%)	19 (39%)	22 (44%)	19 (37%)	23 (56%)	159 (45%)
	HOMBRE	28 (50%)	29 (57%)	30 (54%)	30 (61%)	28 (56%)	32 (63%)	18 (44%)	195 (55%)
Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)	MUJER	7 (19%)	12 (36%)	12 (32%)	13 (39%)	14 (39%)	11 (37%)	4 (14%)	73 (31%)
	HOMBRE	29 (81%)	21 (64%)	25 (68%)	20 (61%)	22 (61%)	19 (63%)	25 (86%)	161 (69%)
<b>RECURSOS COMUNITARIOS RESIDENCIALES</b>									
Miniresidencias (MR)	MUJER	75 (42%)	70 (30%)	108 (41%)	113 (47%)	87 (38%)	98 (44,5%)	72 (39%)	623 (40%)
	HOMBRE	104 (58%)	158 (70%)	157 (59%)	125 (53%)	140 (62%)	122 (55,5%)	112 (61%)	918 (60%)
Pisos Supervisado (PS)	MUJER	4 (28,5%)	4 (44%)	8 (67%)	2 (25%)	11 (50%)	6 (40%)	13 (45%)	48 (44%)
	HOMBRE	10 (71,5%)	5 (56%)	4 (33%)	6 (75%)	11 (50%)	9 (60%)	16 (55%)	61 (56%)
Pensiones Supervisadas (Pens Sup)	MUJER	0 (0%)	2 (28,5%)	3 (37,5%)	4 (23,5%)	6 (37,5%)	5 (50%)	4 (67%)	24 (34%)
	HOMBRE	6 (100%)	5 (71,5%)	5 (62,5%)	13 (76,5%)	10 (62,5%)	5 (50%)	2 (33%)	46 (66%)



## Discusión

Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de hombres derivados a los diferentes recursos analizados supera al de mujeres tanto en el caso de las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) como en todos los recursos de rehabilitación comunitarios Diurnos y Residenciales. Si bien, dicha tendencia no se da en el caso de todos, puesto que en el caso de las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), el porcentaje es del 51% a favor de las mujeres, mientras que en las Unidades de Cuidados Prolongados Psiquiátricos (UCPP) el porcentaje de mujeres es muy superior al de los hombres (74% vs 26%). Si bien, como se señala con anterioridad, este último dato se encuentra sesgado debido al tipo de derivaciones que se realizan a dicho recurso.

A priori, esto puede hacer plantearse que, tal y como afirma FEDEAFES (2014), los recursos, servicios y programas dirigidos a la atención de personas con trastorno mental grave atienden un mayor porcentaje de hombres, existiendo por lo tanto una brecha de género (una menor derivación y participación de las mujeres en los recursos debido a su género). Pero, como puede observarse en la tabla 1, los datos obtenidos en dichos centros distan del dato que reflejan en su estudio en el que afirman que, concretamente, atienden al doble de hombres que de mujeres, lo cual supondría una diferencia del 67% vs 33% a favor de los hombres. En este sentido, dicha diferencia únicamente se daría en el caso de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) (31% vs 69%), un área, la productiva-laboral, que tal y como ya se ha señalado, está especialmente atravesada por los mandatos de género, por lo que es previsible que el sesgo de género sea mayor.

Además de los motivos que ya se han men-

cionado, aplicando la perspectiva de género para explicar el sesgo en las derivaciones, diferentes estudios apuntan a que las mujeres son derivadas más tardíamente porque suelen tener un mejor ajuste premórbido y funcionamiento psicosocial (Usall, 2003) y esto sería debido a que los roles femeninos tradicionales llevan a situaciones menos exigentes de funcionamiento, como es el rol doméstico (Rullas et al, 2013), y/o precisamente por ese mejor ajuste, pueden parecer menos susceptibles de un proceso de rehabilitación psicosocial. Asimismo, en la misma línea de ese mejor ajuste, cuando los progenitores se van haciendo mayores, pueden no precisar de tantos apoyos, una circunstancia que suele ser motivo de derivación e intervención en los recursos de rehabilitación psicosocial.

El hecho de que el porcentaje de hombres y mujeres esté igualado en el caso de las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), recursos que sobre todo suelen ser empleados en el caso de desestabilización psiquiátrica, pero sean siempre superiores a favor de los hombres en el caso de las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) y de todos los recursos comunitarios (Diurnos y Residenciales) tentativamente puede llevar a pensar que las necesidades de intervención sobre la población son las mismas.

No se dan diferencias de prevalencia en cuanto al sexo en Trastornos Mentales Graves tales como los trastornos psicóticos o trastorno bipolar, donde los porcentajes son parejos, no siendo así en el Trastorno Límite de la Personalidad, donde el porcentaje de mujeres diagnosticadas es mayor que el de hombres. Esto no parece debido a factores biológicos ligados al sexo. Por el contrario, influyen factores psicosociales relacionados, en parte, con el papel de género tradicional, que expone a las mujeres a mayores tensio-

nes (el cuidado, aislamiento, dependencia, situaciones de subordinación, falta de proyecto y tiempo propios...), al tiempo que les resta capacidad de acción y autonomía para modificar su entorno estresante, además de la exposición a violencia de género (Organización Mundial de la Salud, 2001). Y en parte, debidos a los modelos de transición de género, por acumulación de roles antiguos y nuevos, con la consecuente sobrecarga psicosocial (Velasco-Arias, 2008).

En esta misma línea, cabría no olvidar que la prescripción y consumo de psicofármacos es significativamente mayor en mujeres que en hombres, un dato que se mantiene entre todos los grupos de edad, incluso en ausencia de diagnóstico psiquiátrico (Valls-Llobet, 2011). Esta situación puede responder nuevamente a los mandatos de género, pues las mujeres son socializadas para ser cumplidoras (*ir al psiquiatra, tomar el tratamiento, cumplir las pautas...*, etc.) y sumisas, por lo que los desajustes y las conductas disruptivas suelen ser menores (Markez et al, 2004). Al ser menos disruptivas (y cuando lo son suele haber una mayor condena social) podría existir una menor urgencia o necesidad de intervención compleja, diferente a los psicofármacos, como puede ser la derivación a los recursos de rehabilitación.

Por otro lado, los trastornos mentales comunes, -depresión, ansiedad y somatizaciones-, son diagnosticados el doble en mujeres que en hombres (Astbury, 2001; Valls-Llobet, 2011). No obstante, a este respecto cabría añadir que puede estar operando nuevamente un sesgo de género, según el cual, determinadas conductas y comportamientos estereotipadamente femeninos se patologizan, sin contextualizar las diferentes exigencias que encontramos en el entorno según nuestro género, las cuales son muy diferentes (Astbury, 2001; Sánchez, 2013)

El estudio aquí expuesto cuenta con la limitación de que los datos ofrecidos son meramente descriptivos y, además, no se han tenido en cuenta variables fundamentales tales como diagnóstico, diferencia de prevalencia en cuanto al mismo, edad de inicio de la enfermedad o factores biológicos, entre otras. Esto, en primer lugar, nos conduce a la necesidad de hacer estudios de mayor envergadura de cara a comprobar este aspecto y, en segundo lugar, en caso de que los resultados obtenidos en dichos estudios confirmaran lo que aquí se puede apreciar de una forma incipiente, poner en marcha diferentes estrategias destinadas a disminuir la brecha de género y, por lo tanto, eliminar la discriminación que todavía a día de hoy están sufriendo las mujeres con trastorno mental grave. Estas estrategias deberán ser desarrolladas de forma conjunta entre las entidades derivadoras (centros de salud mental y dispositivos hospitalarios) y las receptoras (recursos de rehabilitación psicosocial) para que puedan ser lo más efectivas posible.

Algunas de esas estrategias deberían ser la formación en perspectiva de género, las medidas de discriminación positiva hacia las mujeres en las listas de espera (especialmente en los recursos de rehabilitación laboral), y el desarrollo e incorporación de la perspectiva de género en nuestros procesos de atención en general, y de rehabilitación psicosocial en particular: procesos de evaluación, programas de intervención, planes de objetivos, atención a las familias, etc. (Amores, 2019)

## Referencias

- Amores M. Incorporación de la perspectiva de género en Rehabilitación Psicosocial. Boletín AMRP 2019; 32: 6-17 Recuperado de [http://www.amrp.info/wp-content/uploads/2019/07/REVISTA-AMRP-JULIO-2019-FINAL-PLIEGOS\\_5\\_07.pdf](http://www.amrp.info/wp-content/uploads/2019/07/REVISTA-AMRP-JULIO-2019-FINAL-PLIEGOS_5_07.pdf)
- Amorós C. 10 palabras clave sobre mujer. Pamplona, Editorial Verbo Divino; 1995.
- Astbury J .Gender disparities in mental health. In: Mental health. Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assemble, 2001, Who, Geneva, Switzerland. [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/242.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf)
- Beauvoir S. El segundo sexo. Buenos Aires, Siglo XX; 1968.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental; 2005 Recuperado de: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)
- Comisión de las Comunidades Europeas. Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social; 2008. Recuperado de <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2045&langId=es>
- Declaración de Beijing y plataforma para la acción. IV conferencia mundial sobre las mujeres. Madrid, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1996.
- FEDEFES. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de Mujeres y hombres en FEDEFES; 2014. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudio-mujer-discriminacion-FEDEFES.pdf>
- Macedo CG y García TA. Trascendencia del rol de género en la educación familiar. Campo Abierto Revista de Educación 2014; 33(2): 97-114.
- Gamba S. Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Editorial Biblos; 2008. Recuperado de <http://www.muje-resenred.net/spip.php?article1395>
- Markez I, Póo M, Romo N, Meneses C, Gil E y Vega A (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2004; 91: 37-61. Recuperado en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es&tlng=es).
- Organización Mundial de la Salud. Informe de Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; 2001. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Polo C. Deconstruyendo *mandatos de género* en narrativas terapéuticas. Boletín AMSM 2018; 42: 8-12. Recuperado en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2018/11/amsm-nc2ba-42-invierno-2018.pdf>
- Rullas-Trincado M, Panadero- Herrero S, Cendoya M, Cristina R, Fernández JI, González Cases J y Martínez P. Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2013; 33(117): 35-46. Recuperado en: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16586/16426>
- Sáenz Herrero M. Salud mental, género e igualdad. Norte de salud mental 2017; 14 (56): 109-114. Recuperado de <https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2017/03/Norte-56-web-compressed.pdf>
- Sánchez López M. La salud de las mujeres. Madrid, Síntesis; 2013.
- Stoller RJ. Sex and gender: On the development of masculinity and femininity. New York, Science House; 1968.
- Usall J Diferencias de género en la esquizofrenia. Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona 2003; 30(5): 276-287. Recuperado en: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias\\_de\\_genero\\_en\\_esquizofrenia.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias_de_genero_en_esquizofrenia.pdf)
- Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Barcelona, Cátedra; 2011.
- Varela N. Feminismo para principiantes. Barcelona, Ediciones B; 2013.
- Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t05.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t05.htm)

## Agradecimientos

Hermanas Hospitalarias Provincia de España ha desarrollado durante 2018 el Programa estatal de investigación y difusión: *Igualdad y cohesión social para las personas con necesidades de atención integral sociosanitaria*, contando para ello con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social