

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



Universidad de Oviedo

GRADO EN PSICOLOGÍA

2023-2024

**LA INFLUENCIA DEL SEXO BIOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD: ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN Y
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS**

**THE INFLUENCE OF BIOLOGICAL SEX IN THE TREATMENT OF
ANXIETY DISORDERS: ANALYSIS OF THE PRESCRIPTION AND USE OF
PSYCHOTROPIC DRUGS**

(Trabajo empírico)

SARA GARCÍA ÁLVAREZ

Oviedo, julio de 2024

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DEL TRABAJO FIN DE GRADO

*(De acuerdo con lo establecido en el artículo 8.3 del Acuerdo de 5 de marzo de 2020,
del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el
Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Oviedo)*

D/Dña. Sara García Álvarez, estudiante del Grado en Psicología de la Facultad de Psicología,

DECLARO QUE:

El Trabajo Fin de Grado titulado: “la influencia del sexo biológico en el tratamiento de los trastornos de ansiedad: análisis de la prescripción y consumo de psicofármacos” que presento para su exposición y defensa, es original y he citado debidamente todas las fuentes de información utilizadas, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

En Oviedo, a 28 de mayo de 2024

Firmado: *Sara García Álvarez*

Agradecimientos

Quiero dedicar mi Trabajo de Fin de Grado

A Armando, Emma, José, Blanca y Manuel, mis ángeles de la guarda a quienes echo de menos cada día y están presentes en cada paso que doy,

A Mari y América, por darme todo lo que me hiciese falta sin esperar nada a cambio,

A Alfonso, Rosa, Arantza y Miguel, por apoyarme en este largo y complicado camino, llenándome siempre de amor y cariño,

A Sara, por acompañarme y motivarme durante estos maravillosos cuatro años,

A Diego, mi hermano mayor, por su preocupación y apoyo constante,

A Susana, mi dulce pequeña, por ser la luz y la alegría de mi vida,

A Alejandro, mi compañero de vida, por impulsarme a ser la mejor versión de mí misma,

A Armando, mi querido padre, por ser mi refugio y levantarme cada mañana,

A Severina, mi querida madre, por no dejar que me rindiese nunca y ser mi ejemplo a seguir,

Y a la ansiedad que me hizo creer que no lo lograría,
lo hicimos.

Gracias, mamá y papá, por brindarme todo el amor y las fuerzas necesarias para conseguir cada uno de mis objetivos, y por confiar en mí más de lo que yo hago.

Sois la suerte de mi vida y nunca sabré cómo agradeceros el sacrificio que hicisteis para hacerme llegar donde estoy hoy.

Os debo quién soy y os quiero con cada parte de mi corazón.

Este Trabajo de Fin de Grado también está dedicado a todas las mujeres que enfrentan diariamente su trastorno de ansiedad.

"La ansiedad es la mente yendo más deprisa que la vida."

Resumen

Antecedentes: La ansiedad, una reacción habitual a circunstancias estresantes con función adaptativa, puede convertirse en un trastorno mental cuando es persistente e incontrolable. Este trabajo analiza la prevalencia del diagnóstico de los trastornos de ansiedad, la prescripción, el consumo y los efectos adversos de los psicofármacos empleados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad según el sexo biológico.

Método: La muestra incluye 259 participantes (183 mujeres y 66 hombres), entre 16 y 79 años ($M = 26,6$; $DT = 11,2$), recogida mediante un cuestionario creado específicamente para el presente estudio y un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve en plataformas digitales. **Resultados:** Las mujeres presentan más diagnósticos de trastornos de ansiedad y más prescripciones de psicofármacos, siendo 2,27 veces más propensas a consumirlos. El grupo de participantes con diagnóstico de trastorno de ansiedad muestra niveles más altos en la subescala de ansiedad del HADS, con una diferencia de una desviación estándar, y tienen 3,25 veces más probabilidades de desarrollar insomnio. **Conclusiones:** La prevalencia de trastornos de ansiedad, la prescripción y el consumo de psicofármacos es mayor en mujeres, quienes también presentan diferencias farmacocinéticas, resaltando la necesidad de investigar con un enfoque en el sexo biológico.

Palabras clave: consumo de psicofármacos, mujer, prescripción de psicofármacos, sexo biológico, trastornos de ansiedad.

Abstract

Background: Anxiety, a habitual reaction to stressful circumstances with an adaptive function, can become a mental disorder when it is persistent and uncontrollable. This work analyzes the prevalence of the diagnosis of anxiety disorders, the prescription, consumption and adverse effects of psychotropic drugs used for the treatment of anxiety disorders according to biological sex. **Method:** The sample includes 259 participants (183 women and 66 men), between 16 and 79 years old ($M = 26.6$; $SD = 11.2$), collected through a questionnaire created specifically for the present study and a non-probabilistic sampling of snowball type on digital platforms. **Results:** Women have more diagnoses of anxiety disorders and more prescriptions of psychotropic drugs, being 2.27 times more likely to consume them. The group of participants with a diagnosis of anxiety disorder shows higher levels on the anxiety subscale of the HADS, with a difference of one standard deviation, and are 3.25 times more likely to develop insomnia. **Conclusions:** The prevalence of anxiety disorders, prescription and consumption of psychotropic drugs is higher in women, who also present pharmacokinetic differences, highlighting the need to investigate with a focus on biological sex.

Keywords: consumption of psychotropic drugs, women, prescription of psychotropic drugs, biological sex, anxiety disorders.

Introducción

La ansiedad es una reacción habitual a diferentes circunstancias estresantes, se manifiesta como una respuesta de tensión sin causa aparente, siendo menos específica y más generalizada que el miedo (Fernández López et al., 2012) y se caracteriza por la anticipación de una amenaza futura basada en la percepción de un estímulo potencialmente dañino, desembocando en un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. Se ha descrito como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual diseñado para evitar el daño, lo que sugiere su función adaptativa desde una perspectiva evolutiva al promover la supervivencia, evitando al individuo situaciones y entornos potencialmente peligrosos. Sin embargo, la ansiedad puede desencadenar en un trastorno mental cuando esta respuesta anticipatoria se presenta de manera recurrente, involuntaria e intensa frente a una amenaza potencial, ya sea real o supuesta. En los trastornos de ansiedad, esta respuesta se vuelve persistente e incontrolable, lo que afecta negativamente la calidad de vida del individuo (Macías-Carballo et al., 2019).

La investigación sobre los trastornos de ansiedad ha resaltado diferencias en la prevalencia de dichos trastornos entre mujeres y hombres (Bekker et al., 2007; Christiansen, 2015; Farhane-Medina et al., 2022; Hartung et al., 1998). A pesar de que algunos estudios no han encontrado diferencias, la mayoría de los estudios clínicos y comunitarios, como la investigación de Mc Lean, Asnaani, Litz & Hofmann (2011) y el estudio de Arenas y Puigcerver (2009), han reportado tasas más altas de trastorno de pánico (TP), agorafobia (AG), fobias específicas (SP), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), ansiedad por separación (SA) y trastorno de estrés agudo y postraumático (TEA y TEPT) en mujeres en comparación con hombres (Christiansen, 2015). Las diferencias de sexo son menos marcadas en el trastorno de ansiedad social (TAE) (Mc Lean et al., 2011) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Arenas et al., 2009), y las diferencias en las tasas de prevalencia de estos dos trastornos no siempre son significativas, ya que investigaciones como la realizada por Pigott (1999) muestra que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer TOC, 3,1% frente a un 2,0%, y TAE, 3,2% frente a un 2,3%. En la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se reordenaron algunos trastornos de ansiedad. Como resultado, el TEA, el TEPT y el TOC ya no se clasifican como trastornos de

ansiedad. El TEA y el TEPT se han trasladado a la nueva categoría de trastornos relacionados con traumas y factores estresantes, mientras que el TOC se ha ubicado en la recién creada categoría de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. No obstante, debido a que estos cambios son relativamente recientes, existe una cantidad limitada de investigaciones basadas en estas nuevas categorías diagnósticas (Christiansen, 2015). Además, el sexo biológico, es decir, ser mujer u hombre, no solo influye en la prevalencia de los trastornos de ansiedad, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la disposición para buscar ayuda médica o psicológica, el curso de la enfermedad e incluso la respuesta al tratamiento (Arenas et al., 2009).

Según el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) realizado en 2020, basado en el análisis de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017, revela una mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres (23,4%) en comparación con los hombres (15,6%), esta disparidad se observa en todos los grupos de edad. Específicamente, se destaca una frecuencia significativamente mayor de diagnósticos de trastornos de ansiedad en mujeres (19,4%) en comparación con hombres (8,5%). Estas desigualdades aumentan en la población de mayor edad, de menor clase social y de menor nivel educativo, lo que sugiere una clara intersección entre los distintos factores de desigualdad (Bacigalupe et al., 2020). Lo mismo ocurre con la prescripción de psicofármacos, algunas investigaciones han expuesto que aun controlando el tipo de trastorno de ansiedad, a las mujeres les prescribían más ansiolíticos y antidepresivos que a los hombres, siendo el doble de superior la probabilidad de consumirlos (Cabezas Rodríguez, 2021). Además, el consumo de psicofármacos para abordar el malestar que enfrentan las mujeres puede tener consecuencias negativas adicionales. Además de no resolver el problema subyacente, existe la posibilidad de que estos psicofármacos empeoren la situación, aumenten el riesgo de efectos secundarios no deseados e incluso generen dependencia. Cada vez más mujeres necesitan psicofármacos ansiolíticos para poder enfrentar su vida cotidiana (del Río Pedraza, 2022).

Basándonos en los registros del Instituto Nacional de Estadística (INE) y los datos de facturación de recetas médicas por comunidad autónoma, se observa que un 58,76% de la población española consume fármacos ansiolíticos, mientras que un 34,53% toma hipnosedantes. De estos porcentajes, el 70,19% corresponde a mujeres en el caso de los

ansiolíticos y el 41,96% en el caso de los hipnosedantes. Además, Asturias sobresale como la comunidad autónoma con el mayor consumo de ansiolíticos, mientras que Cantabria lidera en el consumo de hipnosedantes. Estos datos destacan que España figura entre los países con mayor consumo de ansiolíticos, siendo calificado como el segundo en 2021. Además, se observa que las mujeres consumen casi el doble de ansiolíticos e hipnosedantes que los hombres (Teruel Muñoz, 2023).

Por otro lado, el sobrediagnóstico de trastornos de ansiedad en las mujeres podría ser consecuencia de la tendencia de los profesionales sanitarios a atribuir síntomas físicos o atípicos a factores psicológicos con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, junto con los prejuicios de género de algunos profesionales sanitarios que llevan a subestimar la gravedad de los síntomas en mujeres, afectando así en la toma de decisiones tanto en el proceso de diagnóstico como en el tratamiento. A menudo se observa que, ante los mismos síntomas, el diagnóstico varía según el sexo del paciente, lo que puede resultar en confusión, minimización o falta de diagnóstico preciso en las mujeres, a quienes se les atribuyen más frecuentemente etiologías psicológicas o psicosomáticas ante sus quejas. Por ejemplo, la fatiga en mujeres suele diagnosticarse como un síntoma depresivo, mientras que en hombres no suele asociarse con ningún diagnóstico específico (del Río Pedraza, 2022). Además, la tendencia de las mujeres a buscar ayuda médica con más frecuencia que los hombres puede contribuir a este sobrediagnóstico, sugiriendo que el aumento en el comportamiento de búsqueda de ayuda podría deberse a una mayor prevalencia de trastornos en las mujeres (Christiansen, 2015).

No obstante, estos diagnósticos se evalúan con herramientas de screening e instrumentos psicométricos que están sujetos a sesgos de géneros al basarse en características normativas de mala salud mental asociadas a comportamientos femeninos, puesto que el concepto de “enfermedad mental” se ha construido sobre la base de las subjetividades tanto masculinas como femeninas, estableciendo como enfermizo o patológico aquellos rasgos relacionados con aspectos femeninos, como la expresión emocional, la vulnerabilidad o la tendencia a la introspección, las cuales suelen ser menos habituales en hombres (Cabezas Rodríguez, 2021). Según la investigación de Hartung y Widiger (1998), los propios ítems que conforman las distintas categorías diagnósticas no son neutrales y están inherentemente sesgados a

favor de un género, asignando así determinados trastornos mentales a mujeres y otros a hombres, manteniendo como resultado dichos sesgos en la sociedad (del Río Pedraza, 2022).

Las investigaciones sobre los trastornos de ansiedad han revelado diferencias significativas entre mujeres y hombres, tanto en la prevalencia de estos trastornos como en sus respuestas a los tratamientos psicofarmacológicos. Se utilizan modelos animales en ensayos preclínicos para profundizar en la comprensión de estos trastornos y tratar de encontrar terapias farmacológicas que reduzcan sus síntomas. Sin embargo, los resultados de estos estudios son inconsistentes y pueden variar según la cepa de roedor utilizada, así como otros factores como la edad y el tipo de estrés aplicado (Tucker et al., 2022).

A pesar de la relevancia de considerar ambos sexos en la investigación de psicofármacos para tratar los trastornos de ansiedad, muchos estudios, tanto en animales como en humanos, han descuidado la importancia del sexo femenino para evitar una supuesta complejidad asociado al estado hormonal femenino (Romanescu et al., 2022). En investigaciones con modelos animales, los investigadores deben controlar el ciclo estral de los roedores, equivalente al ciclo menstrual en humanos, que tiene una duración de aproximadamente 4 a 5 días, lo que añade una dificultad adicional debido a la variabilidad hormonal que experimentan las hembras durante este período (Fernández et al., 2021). Varios estudios han resaltado la necesidad de considerar el sexo de los animales en los estudios preclínicos para explicar las diferencias de sexo en los efectos de los psicofármacos utilizados para abordar los trastornos ansiedad. Es fundamental adoptar un enfoque equilibrado en estudios preclínicos, que incluya tanto a hembras como a machos, controlando las posibles complicaciones que puedan surgir (Eliot & Richardson, 2016). Aunque la inclusión de hembras introduce una variabilidad adicional debido a los cambios hormonales, esta variabilidad es crucial para comprender como los psicofármacos afectan a las hembras y asegurar que los resultados puedan generalizarse adecuadamente a ambos sexos, especialmente al sexo femenino, ya que las variaciones en los niveles de estrógeno y progesterona pueden afectar significativamente la gravedad y el curso de los trastornos de ansiedad (Pigott, 1999).

Adentrándonos en los modelos clínicos, se observa que el efecto de distintos tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos de ansiedad puede variar según el

sexo de los pacientes. Existen diferencias en el metabolismo y los efectos secundarios en las benzodiazepinas, los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y pueden depender de la edad, el estado reproductivo y el uso de anticonceptivos en las mujeres. La investigación de Christiansen (2015) indica que los ISRS pueden tener un efecto aparentemente mayor en las mujeres, mientras que los ATC y los antidepresivos tetracíclicos (TeCA) pueden producir mejores resultados en hombres. Además, los ansiolíticos provocan más efectos adversos en las mujeres cuando se les administra la misma dosis que a un hombre. Es importante resaltar que las diferencias de sexo en la farmacoterapia no se examinan de manera adecuada en la investigación clínica, lo que puede llevar a una incompreensión sobre cómo los tratamientos afectan a las mujeres y a los hombres (Christiansen, 2015), debido a la falta de consideración hacia factores como las variaciones del ciclo menstrual, la menopausia, posibles interferencias con terapias hormonales o su impacto en la fertilidad de las mujeres. Como consecuencia, estos factores se reflejan en la práctica clínica con mayores efectos adversos en las dosis habituales de psicofármacos prescritos a mujeres. Además, diversos estudios sobre la farmacocinética de estos psicofármacos revelan diferencias significativas en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación según el sexo biológico (del Río Pedraza, 2022).

Las mujeres tienen una tasa reducida de vaciamiento gástrico y un tiempo de tránsito intestinal más rápido, lo que puede reducir las concentraciones de medicación ingerida. También segregan menos ácido gástrico que los hombres, agilizando la absorción de bases débiles como las benzodiazepinas y los antidepresivos tricíclicos, resultando en concentraciones plasmáticas más altas. Además, las enzimas gástricas son menos activas en las mujeres, lo que eleva las concentraciones plasmáticas de ciertos medicamentos (Pigott, 1999; Whitley, 2009).

En cuanto a la distribución de medicamentos, esta varía según el tamaño y la grasa corporal, el flujo sanguíneo y la unión a proteínas. Las mujeres suelen tener menos peso y volumen sanguíneo, pero mayores reservas de grasa que los hombres, lo que resulta en concentraciones más altas de medicamentos en la sangre. Mientras que, la mayor cantidad de grasa corporal puede hacer que los medicamentos se distribuyan más y, al principio, tengan concentraciones más bajas en la sangre. Los medicamentos lipófilos, aquellos que se disuelven en grasa, como las benzodiazepinas, tienden a

acumularse en el tejido graso, lo que prolonga su duración en el cuerpo, especialmente en personas mayores. Las mujeres mayores, con más tejido adiposo, son más propensas a esta acumulación (Pigott, 1999; Whitley, 2009). Además, las mujeres no solo tienden a tener concentraciones plasmáticas más altas de psicofármacos en comparación con los hombres, sino que también experimentan fluctuaciones en los niveles de ciertos psicofármacos durante el ciclo menstrual, lo que puede explicar una respuesta terapéutica distinta en las mujeres (Montero et al., 2004). Muchos medicamentos se unen a proteínas en la sangre y solo la parte del medicamento que no está unida puede causar posibles efectos secundarios. Las mujeres tienen menos unión a proteínas en comparación con los hombres, incrementando el riesgo de efectos adversos al consumir psicofármacos que tienen una fuerte unión a las proteínas, como los antidepresivos tricíclicos (Pigott, 1999; Whitley, 2009).

Las mujeres tienden a tener una metabolización hepática más lenta debido a tasas más bajas de reacciones oxidativas y de glucuronidación, lo que conduce a una eliminación más lenta de los medicamentos y puede resultar en concentraciones más altas en la sangre (Pigott, 1999).

El sistema enzimático del citocromo P450 transforma los compuestos en el metabolismo hepático de los psicofármacos. Se ha observado que las mujeres metabolizan más rápidamente varios antidepresivos, como citalopram, clomipramina e imipramina, así como diazepam y propranolol, lo que resulta en menores concentraciones plasmáticas en comparación con los hombres que reciben la misma dosis. Sin embargo, antidepresivos tricíclicos terciarios, fluvoxamina y clozapina generan concentraciones plasmáticas mayores y por ello, más efectos adversos en las mujeres (Pigott, 1999; Whitley, 2009).

Por último, la tasa de filtración glomerular (TFG), que influye en la eliminación renal de los medicamentos, es generalmente más alta en los hombres, incluso ajustada por peso corporal. En las mujeres, la TFG es entre un 10% y un 25% más lenta, lo que hace que medicamentos excretados sin cambios en la orina, como gabapentina y pregabalina, se eliminen más lentamente (Whitley, 2009). Además, las mujeres tienen tasas de eliminación renal más bajas, lo que también contribuye a una eliminación más lenta de los medicamentos (Pigott, 1999).

Sin embargo, estas características, como la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción, no se tienen en cuenta en la mayoría de los ensayos clínicos con nuevos psicofármacos (del Río Pedraza, 2022; Pigott, 1999; Whitley, 2009). Aunque algunos estudios han encontrado resultados alentadores hacia la cuestión, como el mismo nivel de tolerancia de la sertralina en hombres y mujeres, aún se requieren investigaciones más exhaustivas para comprender estas disparidades y mejorar la atención médica hacia las mujeres (Christiansen, 2015).

Se ha observado que tanto los estudios preclínicos como los clínicos muestran diferencias en la prevalencia de trastornos de ansiedad, en la prescripción y consumo de psicofármacos, y en la respuesta a tratamientos psicofarmacológicos entre mujeres y hombres. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las diferencias de sexo en la investigación y el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Tucker et al., 2022).

Objetivos

El objetivo del presente Trabajo de Fin de Grado es investigar si el sexo biológico influye en la prescripción, el consumo y los efectos de los psicofármacos para tratar los trastornos de ansiedad. Se pretende mejorar la atención médica y psicológica en el abordaje de los trastornos de ansiedad, identificando y tratando el posible sesgo de diagnóstico y prescripción de psicofármacos hacia las mujeres que puedan influir en la selección del tratamiento adecuado.

Los objetivos específicos de este estudio serían los siguientes:

- 1) Determinar si existen diferencias significativas en la prevalencia de diagnósticos de trastornos de ansiedad entre mujeres y hombres.
- 2) Averiguar si existen diferencias en la prescripción de psicofármacos para tratar los trastornos de ansiedad entre mujeres y hombres.
- 3) Investigar si las mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad muestran un mayor consumo de psicofármacos en comparación con los hombres.
- 4) Examinar los diversos efectos adversos experimentados por mujeres que reciben tratamientos psicofarmacológicos para abordar el trastorno de ansiedad.

Hipótesis

Por lo que, teniendo en cuenta las investigaciones previas sobre la cuestión, se plantean como hipótesis a contrastar:

H1) Se espera encontrar una mayor prevalencia de diagnósticos de trastorno de ansiedad en mujeres en comparación con hombres.

H2) Se predice que existirán diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de psicofármacos para abordar los trastornos de ansiedad entre ambos sexos.

H2) Se prevé que las mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad mostrarán un mayor consumo de psicofármacos.

H4) Se pronostica que habrá diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de efectos adversos de los psicofármacos prescritos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad entre mujeres y hombres.

Método

Participantes

La muestra total recogida se compone de 259 personas con edades comprendidas entre 16 y 79 años, siendo la media 26,6 años ($DT = 11,2$). El 70,7% ($n = 183$) de la muestra se compone de mujeres (70,7%) y el 29,3% ($n = 76$) de hombres.

En cuanto al lugar de residencia, los individuos se clasificaron según su comunidad autónoma, y en caso de residir en el Principado de Asturias, debían indicar su concejo. La mayoría de las personas se encontraban en el Principado de Asturias ($n = 217$; 83,3%), seguido de la Comunidad Valenciana ($n = 8$; 3,1%), Galicia ($n = 8$; 3,1%), Cantabria ($n = 6$; 2,3%), Cataluña ($n = 6$; 2,3%), Comunidad de Madrid ($n = 5$; 1,9%), Castilla y León ($n = 3$; 1,2%), Andalucía ($n = 2$; 0,8%), Canarias ($n = 2$; 0,8%), Aragón ($n = 1$; 0,4%) y Castilla La Mancha ($n = 1$; 0,4%). Por lo que, el 83,3% de la muestra se situaba en Asturias, comunidad de origen del cuestionario, dentro de aquellos participantes que indicaron su concejo se ha podido observar una mayor proporción de residentes de Avilés ($n = 88$; 39,6%) seguido de Oviedo ($n = 39$; 17,6%), Gijón ($n = 20$; 9,0%), Castrillón ($n = 16$; 7,2%), Siero ($n = 13$; 5,9%), Corvera ($n = 10$; 4,5%), Langreo ($n = 6$; 2,7%), Llanera ($n = 4$; 1,8%), Grado ($n = 3$; 1,4%), Carreño ($n = 2$; 0,9%), Gozón ($n = 2$; 0,9%), Illas ($n = 2$; 0,9%), Pola de Lena ($n = 2$; 0,9%), Llanes ($n = 2$; 0,9%), Villaviciosa ($n = 2$; 0,9%), Aller ($n = 1$; 0,5%), Mieres ($n = 1$; 0,5%), Morcín ($n = 1$; 0,5%), Nava ($n = 1$; 0,5%), Noreña ($n = 1$; 0,5%), Piloña ($n = 1$; 0,5%), Pravia ($n = 1$; 0,5%), Ribera de Arriba ($n = 1$; 0,5%), Salas ($n = 1$; 0,5%), Sariego ($n = 1$; 0,5%) y Tineo ($n = 1$; 0,5%).

En cuanto a los estudios académicos finalizados de la muestra, 98 personas han cursado Bachillerato (37,8%), pudiendo pertenecer tanto la rama de humanidades y/o ciencias sociales como a la rama científica y/o tecnológica, 65 personas han terminado sus estudios Universitarios, los cuales podían ser de Grado, Máster o Doctorado (25,1%), 50 personas han finalizado sus estudios de Formación Profesional de Grado Superior (19,3%), 25 personas han concluido sus estudios de Formación Profesional de Grado Medio (9,7%), 20 personas tenían finalizados sus estudios de la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (7,7%) equivalente a la Educación General Básica (EGB) para las personas que hubiesen cursado la correspondiente etapa

educativa de 1970 a 1990, y 1 persona concluyó sus estudios en Educación Primaria (0,4%).

Se recopiló información sobre los antecedentes familiares de los participantes, tanto de primer como de segundo grado de parentesco, con trastorno mental. Las únicas opciones proporcionadas fueron trastorno de ansiedad, depresión u otro, con el objetivo de investigar si existe alguna relación entre los antecedentes familiares y el diagnóstico de trastorno de ansiedad en los participantes.

Para poder cumplimentar el cuestionario se debían cumplir los siguientes requisitos:

- 1) Haber marcado la casilla de consentimiento informado, aceptando así las condiciones de este.
- 2) Residir en España.
- 3) Tener entre 16 y 90 años.

Instrumentos de medida

El cuestionario aplicado se diseñó expresamente para la realización del presente estudio (*véase Anexo I*) y se puede dividir en varias secciones.

La primera parte proporciona información sobre el objeto de estudio y solicita el consentimiento informado de los participantes, explicando la protección de datos, el anonimato y la voluntariedad de la participación.

La segunda parte recopila los datos sociodemográficos de los participantes, así como los antecedentes familiares con trastorno mental, tanto de primer como de segundo grado de parentesco.

La tercera parte recaba información sobre los trastornos de ansiedad para determinar su prevalencia y evalúa la experiencia de los participantes en consulta con los profesionales de la salud que les han diagnosticado dicho trastorno.

La cuarta parte evalúa el nivel de ansiedad de los participantes a través de la subescala del HADS, compuesta por 7 ítems. La escala de ansiedad del HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983, ha demostrado poseer una consistencia interna adecuada, con índices que superan generalmente el 0,80 y que pueden llegar hasta el 0,86. Además, la escala resalta por sus coeficientes alfa de Cronbach, los cuales son aceptables o buenos para ambas subescalas, siempre superiores a 0,70 y, en la mayoría de los estudios, por encima de

0,80, independientemente de la muestra evaluada (Terol-Cantero et al., 2015). En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach mostró una fiabilidad de 0,882, indicando una alta fiabilidad para nuestra muestra. Por otra parte, se invirtió el ítem número 2 de los 7 evaluados para asegurar la coherencia de las puntuaciones.

La quinta parte valora las posibles dificultades que hayan podido experimentar los participantes para acceder a atención sanitaria tanto médica como psicológica.

La sexta parte investiga si los participantes han recibido prescripción de psicofármacos para tratar el trastorno de ansiedad, incluyendo diversos psicofármacos como ansiolíticos tanto benzodiazepinas como no benzodiazepínicos, antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), antipsicóticos, betabloqueantes y productos de fitoterapia, así como la evaluación de la experiencia de los participantes en consulta con los profesionales de la salud que les recetaron los psicofármacos. Además, se valoró el consumo de los psicofármacos prescritos, así como la implementación de terapia psicológica y su efectividad para reducir los niveles de ansiedad. Por último, se valoró la satisfacción del participante con el tratamiento del trastorno de ansiedad.

La séptima parte recopila los efectos adversos experimentados por aquellos participantes que han consumido los psicofármacos prescritos para tratar el trastorno de ansiedad.

Y, por último, se investiga si los participantes sufrieron insomnio debido a al trastorno de ansiedad, si les recetaron hipnosedantes para abordarlo, y los efectos adversos que experimentaron.

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve. Este método permitió alcanzar a una amplia variedad de participantes distribuyendo el cuestionario a través de distintas redes sociales, como *Instagram*, *Facebook* y *X*, y difundiéndolo a través de los contactos telefónicos de la investigadora mediante la aplicación *WhatsApp*. Antes de completar el cuestionario, cada participante recibió información detallada sobre el objeto del estudio y se solicitó su consentimiento informado para utilizar la información proporcionada con fines exclusivamente de investigación.

La información se recopiló en un periodo de tiempo determinado, desde el 27 de abril de 2024 hasta el 15 de mayo de 2024, a través del cuestionario elaborado en la plataforma de *Google Forms*.

Diseño

Según la clasificación de Manterola et al. (2019) el presente trabajo se clasificaría como un estudio observacional de corte transversal, al realizar una única medición, y retrospectivo, al centrarse en hechos pasados. Este estudio observacional se establecería como descriptivo al tener como finalidad describir el conjunto de variables en un grupo de sujetos por un periodo de tiempo sin incluir grupos de control. Por lo que, finalmente estaríamos ante un estudio observacional correlacional, puesto que se pretende comparar las frecuencias observadas y esperadas de las distintas variables categóricas incluidas en el estudio (Manterola et al., 2019). Mientras que según la clasificación de Montero y León (2001) se estaría realizando un estudio descriptivo transversal mediante encuestas con un objetivo descriptivo (Montero et al., 2001).

Análisis de datos

Una vez recogidos y extrapolados los datos a formato Excel, se procedió a analizar los resultados recabados mediante el software de análisis estadístico *Jamovi* (versión 2.3.28).

Al principio del análisis de datos se utilizaron pruebas descriptivas para examinar las diferencias según el sexo biológico en los tipos de trastornos de ansiedad y en cada uno de los psicofármacos prescritos y/o consumidos. Y también, para observar las frecuencias de las variables demográficas.

Para comprobar la primera hipótesis “se espera encontrar una mayor prevalencia de diagnósticos de trastorno de ansiedad en mujeres en comparación con hombres”, se llevó a cabo la prueba de asociación chi-cuadrado para muestras independientes para comprobar si existía relación entre el sexo biológico y el diagnóstico de trastorno de ansiedad, así como para obtener las frecuencias observadas y esperadas de cada variable. Se incluyó la medida V de Cramer para determinar la fuerza de la relación entre las variables categóricas, cuantificando así la magnitud o fuerza de la asociación entre estas para proporcionar información sobre la importancia de la relación observada. Además, se calculó el riesgo relativo como medida comparativa con la finalidad de examinar la asociación entre las variables categóricas y la magnitud de esa asociación

en términos de riesgo. Para evaluar dicha hipótesis en el cuestionario, se consultó si el diagnóstico de trastorno de ansiedad fue establecido por un psicólogo/a o médico/a, con el propósito de analizar posibles diferencias en la prevalencia de dichos diagnósticos entre ambos sexos.

Para poner a prueba las hipótesis sobre la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de psicofármacos para abordar los trastornos de ansiedad entre ambos sexos (H2), que las mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad mostrarán un mayor consumo de psicofármacos (H3) y que habrá diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de efectos adversos de los psicofármacos prescritos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad entre mujeres y hombres (H4), se siguió el mismo procedimiento descrito anteriormente.

Se ha optado por la prueba estadística chi-cuadrado, ya que determina si existe una asociación significativa entre dos variables categóricas en un conjunto de datos. Esta elección se basa en que el estudio se compone principalmente de variables categóricas, también conocidas como cualitativas. Estas variables representan características de los elementos que no se pueden medir en términos de cantidad, sino que simplemente indican la presencia o ausencia de una determinada propiedad. Los valores de estas variables no son numéricos, sino categorías o cualidades que los elementos pueden tener, como el sexo y/o el nivel de estudios (Cuestas, 2009).

El análisis de la prueba chi-cuadrado permite determinar si se acepta o rechaza una hipótesis con base en el valor de "p", el nivel considerado de significación estadística es del 5% ($p < 0,05$), lo que implica un 95% de confianza (Rubio Hurtado et al., 2012).

De forma complementaria, se ha calculado el riesgo relativo (RR), una medida que se emplea para comparar la probabilidad de que ocurra un determinado problema o evento en dos grupos distintos. Estos grupos se dividen en uno que está expuesto a un factor que se cree que causa o favorece el problema, y otro que no está expuesto a dicho factor (Mendivelso, 2019). Y, también se ha incluido la V de Cramer, una medida del tamaño del efecto para la prueba chi-cuadrado, en la cual se mide la forma en que están asociadas dos variables categóricas.

De manera adicional, se procedió a realizar un análisis de la fiabilidad de la escala utilizada en el cuestionario, concretamente la subescala de ansiedad del HADS. Con el

objetivo de calcular el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de esta escala en la muestra del presente estudio.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis comparativo de los niveles de ansiedad entre dos grupos distintos: aquellos diagnosticados con trastorno de ansiedad y aquellos que no presentaban dicho diagnóstico. Para ello, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes, la cual permite comparar las medias de una variable cuantitativa continua entre dos categorías definidas por una variable cualitativa o categórica (Molina et al., 2020).

Paralelamente, se incorporó el cálculo de la *d* de Cohen para estimar el tamaño del efecto de la asociación entre el diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a y los niveles de ansiedad evaluados en la subescala de ansiedad del HADS. Dicha medida proporciona el valor de la magnitud de dicha asociación, siendo un valor por encima de 0,8 un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988).

Resultados

La primera hipótesis del presente estudio plantea que habrá una mayor prevalencia de diagnósticos de trastornos de ansiedad en mujeres en comparación con hombres.

En la Tabla 1 se observa una discrepancia significativa entre las frecuencias observadas y esperadas de diagnósticos por parte de un psicólogo/a tanto en mujeres como en hombres. Mientras que las mujeres tienen una mayor probabilidad de recibir un diagnóstico por parte de un psicólogo/a en comparación con lo esperado, en los hombres ocurre todo lo contrario, hay una menor probabilidad de que reciban un diagnóstico por parte de un psicólogo/a en comparación con lo esperado. Esto sugiere una posible asociación entre el sexo y la probabilidad de recibir un diagnóstico por parte de un psicólogo/a, con una tendencia hacia una mayor prevalencia de diagnósticos entre las mujeres.

El resultado obtenido en la prueba chi-cuadrado fue estadísticamente significativo $\chi^2(1, N = 259) = 21,5, p < 0.001$, lo que lleva a rechazar la hipótesis de independencia entre las variables. Además, se determinó que la asociación entre las variables categóricas es moderada, con un valor de V de Cramer de 0,29. De manera complementaria, se calculó el riesgo relativo de las variables, mostrando que las mujeres tienen 3,79 veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a en comparación a los hombres.

Tabla 1

Frecuencias observadas y esperadas de los diagnósticos por parte de un psicólogo/a según el sexo biológico.

Sexo biológico		Diagnóstico Psicólogo/a		Total
		Sí	No	
Mujer	Observado	73	110	183
	Esperado	57.2	125.8	183
Hombre	Observado	8	68	76
	Esperado	23.8	52.2	76
Total	Observado	81	178	259
	Esperado	81	178	259

En la variable diagnóstico por parte de un médico/a para el grupo de mujeres, como se muestra en la Tabla 2, las frecuencias indican que hay un mayor número de mujeres recibiendo un diagnóstico médico en comparación con lo esperado si el sexo no estuviera asociado con esta variable. Por otro lado, en el grupo de hombres, las frecuencias muestran que hay un menor número de hombres recibiendo un diagnóstico médico en comparación con lo esperado si el sexo no estuviera asociado con esta variable. Estas diferencias entre las frecuencias observadas y esperadas sugieren una asociación entre el sexo biológico y la probabilidad de recibir un diagnóstico por parte de un médico/a, con una tendencia hacia una mayor prevalencia de diagnósticos entre las mujeres.

El resultado obtenido en la prueba chi-cuadrado fue estadísticamente significativo $\chi^2 (1, N = 259) = 6,27, p < 0.012$, lo que lleva a rechazar la hipótesis de independencia entre las variables. A su vez, se determinó que la asociación entre las variables categóricas es leve al obtener un valor de V de Cramer de 0,126. De manera complementaria, se calculó el riesgo relativo de las variables, mostrando que las mujeres tienen 1,80 veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un médico/a en comparación a los hombres.

Por lo tanto, las mujeres tienen una mayor probabilidad de recibir un diagnóstico tanto por parte de un/a psicólogo/a como de un/a médico/a, mientras que los hombres tienen una menor probabilidad de recibir dicho diagnóstico en comparación con lo esperado si no existiera tal asociación.

Tabla 2

Frecuencias observadas y esperadas de los diagnósticos por parte de un médico/a según el sexo biológico.

Sexo biológico		Diagnóstico Médico/a		Total
		Sí	No	
Mujer	Observado	65	118	183
	Esperado	56.5	126.8	183
Hombre	Observado	15	61	76
	Esperado	23.5	52.2	76
Total	Observado	80	179	259
	Esperado	80	179	259

En la segunda hipótesis, se plantea la existencia de diferencias en la prescripción de psicofármacos para tratar los trastornos de ansiedad entre mujeres y hombres.

La Tabla 3 muestra las frecuencias observadas y esperadas para las variables diagnóstico por parte de un médico/a y sexo biológico. Se puede observar que tanto mujeres como hombres reciben prescripciones de psicofármacos en cantidades distintas a las esperadas si el sexo no estuviera asociado con esta variable. Esto sugiere una asociación entre el sexo biológico y la prescripción de psicofármacos, con una mayor prevalencia de prescripciones de psicofármacos entre las mujeres para tratar los trastornos de ansiedad en comparación con los hombres.

El análisis de la prueba chi-cuadrado revela un valor estadísticamente significativo $\chi^2 (1, N = 178) = 20,3, p < 0.001$, por lo que se rechaza la hipótesis. Al mismo tiempo, la V de Cramer arroja un valor de 0,337, indicando una asociación moderada entre las variables categóricas. En cuanto al riesgo relativo, se observa que las mujeres tienen 3,48 más probabilidades de recibir prescripción de psicofármacos para tratar el trastorno de ansiedad en comparación con los hombres.

Tabla 3

Frecuencias observadas y esperadas de la prescripción de psicofármacos según el sexo biológico.

Sexo biológico		Prescripción Psicofármacos		Total
		Sí	No	
Mujer	Observado	72	61	133
	Esperado	59	74	133
Hombre	Observado	7	38	45
	Esperado	20	25	45
Total	Observado	79	99	178
	Esperado	79	99	178

La tercera hipótesis sugiere que las mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad mostrarán un mayor consumo de psicofármacos en comparación con los hombres diagnosticados con dicho trastorno.

En la Tabla 4 se puede observar que hay más mujeres consumiendo psicofármacos de lo esperado, mientras que menos mujeres de lo esperado no están consumiéndolos. En contraste, en los hombres se observa un menor consumo de psicofármacos de lo

esperado, y un número mayor de hombres de lo esperado no consumiéndolos. Esto sugiere una asociación entre el sexo biológico y el consumo de psicofármacos, con una prevalencia más alta entre las mujeres.

La prueba chi-cuadrado aporta un valor significativo ($n = 94$; $X^2 = 21,2$; $p < .001$), lo que lleva a rechazar la hipótesis previamente planteada. A su vez, la V de Cramer revela un valor de 0,474, lo que sugiere una asociación considerablemente fuerte entre las variables. El riesgo relativo indica que las mujeres tienen 2,27 veces más probabilidades de consumir los psicofármacos prescritos en comparación con los hombres.

Tabla 4

Frecuencias observadas y esperadas del consumo de psicofármacos según el sexo biológico.

Sexo biológico		Consumo Psicofármacos		Total
		Sí	No	
Mujer	Observado	67	9	76
	Esperado	59.8	16.17	76
Hombre	Observado	7	11	18
	Esperado	14.2	3.83	18
Total	Observado	74	20	94
	Esperado	74	20	94

En la cuarta hipótesis se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de efectos adversos de los psicofármacos prescritos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad entre mujeres y hombres. Para comprobar dicha hipótesis, se realizó la prueba chi-cuadrado para muestras independiente. Los resultados mostraron un valor de significación de $X^2 (1, N = 87) = 1,66, p = 0,198$. Se concluye que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la aparición de efectos adversos de los psicofármacos entre mujeres y hombres como se puede observar en la Tabla 5, lo que implica la aceptación de la hipótesis de independencia previamente establecida.

Tabla 5

Participantes que experimentaron efectos adversos tras consumir los psicofármacos prescritos para tratar el trastorno de ansiedad según el sexo biológico.

Sexo biológico	Efectos adversos		Total
	Sí	No	
Mujer	40	35	75
Hombre	4	8	12
Total	44	43	87

De manera complementaria, se recopiló información sobre los antecedentes familiares de los participantes, tanto de primer como de segundo grado de parentesco, con trastorno mental, dando como opciones trastorno de ansiedad, depresión u otro. El objetivo era determinar si existía alguna correlación entre los antecedentes familiares y el diagnóstico de trastorno de ansiedad realizado por un psicólogo/a en los participantes.

Como se puede observar en los datos de la Tabla 6, no se encontró una relación significativa entre ambas variables. Se realizó la prueba chi-cuadrado y se obtuvo un valor de $X^2(1, N = 122) = 0,914, p = 0,533$. Lo cual indica que no existe una relación significativa entre la variable de antecedentes familiares de primer grado y el diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a, sugiriendo que estas variables son independientes.

Tabla 6

Participantes con un diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a en relación con el trastorno mental de sus antecedentes familiares de primer grado.

Trastorno mental familiar	Diagnóstico Psicólogo/a		Total
	1º grado	Sí	
Trastorno de ansiedad	13	16	29
Depresión	26	19	45
Otro	10	9	19
Total	49	44	93

Se siguió el mismo procedimiento descrito anteriormente para los antecedentes familiares de segundo grado. Según los resultados de la Tabla 7 y el análisis de la prueba chi-cuadrado, tampoco se obtuvo un valor estadísticamente significativo χ^2 (1, $N = 122$) = 0,914, $p = 0,633$. Esto indica que las variables antecedentes familiares de segundo grado y diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a son independientes.

Tabla 7

Participantes con un diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a en relación con el trastorno mental de sus antecedentes familiares de segundo grado.

Trastorno mental familiar	Diagnóstico Psicólogo/a		Total
	2º grado	Sí	
Trastorno de ansiedad	10	8	18
Depresión	27	36	63
Otro	19	22	41
Total	56	66	122

Se incluyó la subescala de ansiedad del HADS para evaluar el nivel de ansiedad de los participantes y establecer una posible relación con el diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a. Para ello, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes, dado que se contaba con una variable cuantitativa, el nivel de ansiedad, y una variable categórica o cualitativa, el diagnóstico psicológico.

Los resultados de la prueba t de Student mostraron un valor $t(257) = 7,91$ ($p < 0,001$), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre las variables. Paralelamente, se calculó el índice d de Cohen, obteniendo un valor 1,06, lo que sugiere un tamaño de efecto muy grande. Este valor es indicativo de que el grupo diagnosticado con trastorno de ansiedad está una desviación típica por encima en la subescala de ansiedad frente al grupo no diagnosticado. Así, el grupo de participantes diagnosticados con trastorno de ansiedad por un psicólogo/a se encuentra claramente diferenciado del grupo de participantes sin dicho diagnóstico.

Por último, se obtuvo información sobre aquellos participantes que experimentaron insomnio debido al trastorno de ansiedad, con el objetivo de determinar la probabilidad de desarrollar insomnio al tener un trastorno de ansiedad. Al aplicar la prueba chi-cuadrado, se obtuvo un valor $\chi^2(1, N = 182) = 15,5$, $p < 0,001$, indicando una relación significativa entre el insomnio y el diagnóstico de trastorno de ansiedad por parte de un psicólogo/a. El riesgo relativo mostró que las personas con un diagnóstico de trastorno de ansiedad tienen 3,25 veces más probabilidades de padecer insomnio en comparación con aquellos sin dicho diagnóstico. Además, la V de Cramer presentó un valor de 0,292, sugiriendo una asociación moderada entre las variables.

Discusión

El presente trabajo ha pretendido contribuir a la investigación sobre la prescripción, el consumo y los efectos adversos de los psicofármacos utilizados para tratar los distintos trastornos de ansiedad en la población femenina. Por lo que, se pretende aportar hallazgos que contribuyan al estudio de las diferencias de sexo en el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de ansiedad.

Los resultados obtenidos confirman una mayor prevalencia de diagnósticos de trastorno de ansiedad en mujeres (28,2%) en comparación con hombres (3,1%) en todas las tipologías de trastornos de ansiedad, como se puede observar en el Anexo 2. Estos hallazgos confirman la evidencia de estudios previos de Bekker y van Mens-Verhulst (2007); Christiansen (2015); Farhane-Medina, Luque, Taberner & Castillo-Mayén (2022); y Hartung y Widiger (1998), los cuales también reportan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres.

Los datos de las frecuencias observadas y esperadas, presentadas en la Tabla 1, muestran un sobrediagnóstico de trastornos de ansiedad en mujeres y un infradiagnóstico en hombres. Este fenómeno podría explicarse a través de la perspectiva del 'etiquetado social', que sostiene que la medicalización de la vida cotidiana, un proceso en el que problemas de salud que antes no eran considerados médicos se definen y tratan como enfermedad o trastorno, implica muy a menudo un sobrediagnóstico de problemas de salud mental, especialmente entre las mujeres. En este contexto, los profesionales sanitarios podrían estar más inclinados a interpretar y etiquetar las experiencias de las mujeres como síntomas de trastornos de ansiedad, contribuyendo a un aumento de diagnósticos (Bacigalupe et al., 2020). Además, las mujeres tienden más a buscar ayuda médica o psicológica en comparación a los hombres, lo que también puede haber contribuido en el incremento de diagnósticos (Christiansen, 2015).

Los resultados respaldan la segunda hipótesis como se puede apreciar en la Tabla 3, mostrando una mayor prescripción de psicofármacos a mujeres con trastornos de ansiedad (40,4%) en comparación a los hombres (3,9%) con dichos trastornos. Además, la valoración de la experiencia en consulta ha sido predominantemente negativa entre las mujeres, con 29 de 30 respuestas calificando la experiencia como “mala” (puntuación 2 en la escala Likert). Los datos recopilados reflejan la insatisfacción y

malestar de las mujeres durante las consultas médicas, percibiendo que no se les presta la debida atención, como lo reflejan expresiones como “poco comprendida” o experiencias tales como “se me prescribió *trankimazin* (alprazolam) después de una única consulta con la médica de cabecera, sin indagar en los posibles orígenes de mi ansiedad y como rescate, sin una pauta de toma”. También perciben que las prescripciones no se ajustan debidamente a sus síntomas, como se evidencia en comentarios como “se me prescribieron sin analizar bien los síntomas” o “me han cambiado la medicación en muchas ocasiones sin periodos de retirada”, y/o que se atribuyan sus problemas a aspectos emocionales. Pocos estudios han investigado la existencia de aspectos socioculturales que puedan influir en las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales sanitarios en su práctica clínica diaria (del Río Pedraza, 2022), como pueden ser los sesgos de género hacia la mujer. Estos sesgos derivan de la posición estructuralmente desigual de las mujeres, que genera condiciones de vida precarias y subjetividades devaluadas, lo que a su vez provoca un mayor sufrimiento mental, resultando en más diagnósticos y prescripciones. Además, los sesgos epistemológicos del modelo biomédico, junto con los sesgos androcéntricos en la atención clínica de la salud mental, invisibilizan a las mujeres al considerar al hombre como el estándar, ignorando los síntomas que experimentan y centrándose en la dicotomía salud-enfermedad, omitiendo sus experiencias y narraciones. El proceso de diagnóstico y el consumo de psicofármacos por parte de las mujeres también desempeñan un papel importante, ya que ambos procesos legitiman su sufrimiento (Bacigalupe et al., 2022). Los profesionales sanitarios tienden a subestimar la gravedad de los síntomas en las mujeres, lo que influye negativamente en el diagnóstico y en la elección de tratamiento adecuado (del Río Pedraza, 2022).

Por otro lado, los datos recabados confirman la tercera hipótesis, demostrando que las mujeres consumen una mayor cantidad de psicofármacos prescritos en comparación con los hombres como puede observarse en la Tabla 4. Esta diferencia se observa principalmente en los grupos de psicofármacos antipsicóticos y antidepresivos IRSN, donde solo se identificaron consumidoras de sexo femenino. Esta hipótesis muestra la magnitud de asociación más fuerte en la V de Cramer, lo que indica una relación significativa entre las variables de sexo biológico y consumo de psicofármacos.

Como se puede apreciar en el análisis del consumo de psicofármacos en el Anexo 3, las mujeres consumen principalmente benzodicepinas ($n = 110$). Las benzodicepinas más consumidas fueron el lorazepam ($n = 34$) y el diazepam ($n = 34$), seguidas por el alprazolam ($n = 27$), el bromazepam ($n = 12$), el clotiazepam ($n = 2$) y el clobazam ($n = 1$). Lo cual respalda que los ansiolíticos son los psicofármacos más consumidos en España, especialmente en Asturias, por la población femenina (Teruel Muñoz, 2023). La información recabada confirma que el 65% de los ansiolíticos consumidos, tanto benzodicepinas como no benzodicepínicos, corresponden a mujeres, lo cual evidencia que cada vez más mujeres necesitan psicofármacos ansiolíticos para poder enfrentar su vida cotidiana (del Río Pedraza, 2022).

Por último, no se ha confirmado la cuarta hipótesis al no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los efectos adversos experimentados por mujeres y hombres. Sin embargo, es importante destacar que 40 de las 75 mujeres consumidoras experimentaron efectos adversos. Lo cual sugiere la necesidad de realizar más investigaciones para comprender mejor cómo las variables biológicas influyen en la farmacocinética de los psicofármacos, concretamente en la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos, lo que podría desencadenar mayores efectos adversos (Pigott, 1999; Whitley, 2009).

Además, se observa una potencial correlación entre la presencia de un trastorno de ansiedad y el desarrollo de insomnio, lo que podría influir en el consumo de medicamentos hipnosedantes y justificar su asociación con el alto consumo de ansiolíticos en España (Teruel Muñoz, 2023).

Como limitaciones del presente trabajo, se destaca la necesidad de equilibrar la muestra según el sexo para lograr una mayor representatividad, dado que el 70% de los participantes son mujeres, lo que limita la capacidad de comparar de forma equitativa ambos sexos. También sería pertinente ampliar la muestra geográficamente, considerando que la mayoría de los participantes pertenecen a Asturias, lo que dificulta la generalización de los resultados a otras regiones de España que pueden tener distintas características sociodemográficas y patrones de consumo de psicofármacos. Además, el tamaño muestral es reducido, por lo que no es adecuado extrapolar los resultados a la población.

El método de recopilación de datos a través del cuestionario autoinformado puede estar sujeto a sesgos de memoria, deseabilidad social y errores de percepción, ya que los participantes pueden no recordar con precisión sus experiencias o los psicofármacos consumidos, o pueden proporcionar respuestas que se consideren socialmente más aceptables. A pesar de que el cuestionario fue diseñado exclusivamente para este estudio, puede haber limitaciones en su validez y fiabilidad que no se hayan detectado. Además, es posible que la inversión de ítems no haya sido suficiente para controlar todos los sesgos de respuesta.

Por otro lado, al tratarse de un estudio correlacional de corte transversal, se limita la capacidad de establecer causalidad. Este diseño permite observar asociaciones entre variables, pero no determina si una variable causa otra. Además, la variabilidad en los enfoques y criterios utilizados por diferentes profesionales de la salud para diagnosticar y tratar los trastornos de ansiedad puede afectar la consistencia de los datos. Por ejemplo, el diagnóstico puede haberse realizado de manera rápida en urgencias, en consultas breves de atención primaria o en sesiones más detalladas con profesionales de la salud mental. Por lo tanto, diferentes enfoques y criterios pueden influir en los resultados de manera no controlada.

Además, no se controlaron variables externas que podrían haber influido en los resultados, como el consumo de otras sustancias, condiciones de vida, factores socioeconómicos y estilo de vida, que podrían afectar tanto al consumo de psicofármacos como a los niveles de ansiedad.

En definitiva, estos hallazgos resaltan la necesidad de seguir investigando las diferencias de sexo y los posibles sesgos de género en el diagnóstico y la prescripción de psicofármacos para el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad. Debe abordarse esta cuestión tanto en estudios preclínicos como clínicos, incorporando hembras en estudios animales y mujeres en estudios clínicos, controlando las posibles complicaciones que puedan surgir relacionadas con el ciclo menstrual o estral (Eliot & Richardson, 2016; Romanescu et al., 2022), los niveles de hormonas sexuales como estrógenos y progesterona, que influyen en la gravedad y curso de los trastornos de ansiedad, y las características farmacocinéticas que influyen en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los psicofármacos en el organismo.

Conclusión

Se destaca la importancia de considerar el sexo biológico en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, dado que se ha observado una mayor prevalencia, prescripción y consumo de psicofármacos en mujeres. Estas diferencias son relevantes, ya que las mujeres presentan características farmacocinéticas distintas que influyen en su respuesta a los tratamientos. Por lo tanto, es crucial incentivar más investigaciones, tanto clínicas como preclínicas, para identificar y comprender mejor estas diferencias, con el objetivo de mejorar las intervenciones terapéuticas dirigidas a las mujeres y garantizar una atención sanitaria más efectiva, segura y equitativa.

Referencias

- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29. <https://doi.org/10.24310/epsiescpsi.v3i1.13331>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(Supl. 1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54(7), 102378. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
- Bekker, M.H., & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, 4(Suppl B), 178–193. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(07\)80057-x](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(07)80057-x)
- Cabezas Rodríguez, A. (2021). *Desigualdades de género en salud mental: análisis de su medicalización desde la perspectiva interseccional* [Tesis doctoral, Universidad del País Vasco]. ADDI. <http://hdl.handle.net/10810/54756>
- Christiansen, D. M. (2015). Examining Sex and Gender Differences in Anxiety Disorders. *InTech*. <https://doi.org/10.5772/60662>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.
- Cuestas, E. J. (2009) Variables. *Revista de la Facultad de Ciencias*, 66(3), 118-122. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v66.n3.23463>
- Del Río-Pedraza, C. (2022). La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 55–73. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>
- Eliot, L., & Richardson, S. S. (2016). Sex in Context: Limitations of Animal Studies for Addressing Human Sex/Gender Neurobehavioral Health Disparities. *Journal of Neuroscience*, 36(47), 11823–11830. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1391-16.2016>
- Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and

- comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4), 003685042211354.
<https://doi.org/10.1177/00368504221135469>
- Fernández López, O., Jiménez Hernández, B., Alfonso Almirall, R., Sabina Molina, D., & Cruz Navarro, J. R. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur*, 10(5), 466-479.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es&tlng=es.
- Fernández Romero, T., Suárez Román, G., & Clapés Hernández, S. (2021). Protocolo para la citología vaginal directa de ratas de laboratorio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(3), e4086.
<https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4086/2865>
- Hartung, C. M., & Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the *DSM-IV*. *Psychological Bulletin*, 123(3), 260–278. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.3.260>
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista eNeurobiología*, 10(24):090519.
<https://doi.org/10.25009/eb.v10i24.2544>
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36–49.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>
- McLean, C.P., Asnaani, A., Litz, B.T. & Hofmann, S.G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8) 1027–1035.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Mendivelso, F., & Rodríguez, M. (2019). Riesgo relativo. *Revista Médica Sanitas*, 22(2), 72-75. revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/446
- Montero, I., y Montero, O. (2001). Usos y costumbres metodológicos en la Psicología española: un análisis a través de la vida de Psicothema (1990-1999). *Psicothema*, 13(4), 671–677. <https://www.psicothema.com/pii?pii=495>

- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, *18*(4), 175–181.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es&tlng=es.
- Molina Arias, M., Ochoa Sangrador, C., & Ortega Páez, E. (2020). Comparación de dos medias. Pruebas de la t de Student. *Evidencias En Pediatría*, *16*(4).
<https://evidenciasenpediatria.es/articulo/7699/comparacion-de-dos-medias-pruebas-de-la-t-de-student>
- Pigott, T. A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(Suppl. 18), 4–15.
- Romanescu, M., Buda, V., Lombrea, A., Andor, M., Ledeti, I., Suci, M., Danciu, C., Dehelean, C. A., & Dehelean, L. (2022). Sex-Related Differences in Pharmacological Response to CNS Drugs: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(6), 907. <https://doi.org/10.3390/jpm12060907>
- Rubio-Hurtado, M.-J., & Berlanga-Silvente, V. (2012). Com aplicar les proves paramètriques bivariades t de Student i ANOVA en SPSS. Cas pràctic. *REIRE Revista d'Innovació I Recerca En Educació*, *5*(2), 83–100.
<https://doi.org/10.1344/reire2012.5.2527>
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, *31*(2), 494.
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Teruel Muñoz, C. (2023, 10 de octubre). *Datos y hechos sobre benzodiazepinas y otros ansiolíticos e hipnosedantes*. En L.M. López Sánchez (Coordinadora), *VI Encuentro Ágora DGPNSD - Medicamentos con capacidad adictiva: ansiolíticos e hipnosedantes* [Simposio Online]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, España. <https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2023/Agora16/home.htm>
- Tucker, L. B., Oyola, M. G., Suchecki, D., & Kokras, N. (2022). Editorial: Animal Models of Anxiety and Depression: Exploring the Underlying Mechanisms of

Sex Differences. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16.

<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.961825>

Whitley, H., & Lindsey, W. (2009). Sex-based differences in drug activity. *American family physician*, 80(11), 1254–1258.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19961138/>

Anexo 1. *Cuestionario desarrollado exclusivamente para el estudio.*

A continuación, se procederá a recoger algunos datos sobre usted con el fin de realizar análisis estadísticos. Estos datos incluirán información demográfica. Todos los datos serán tratados con confidencialidad y se utilizarán únicamente para fines de investigación interna.

1. Indique su edad
2. Indique su nivel de estudios finalizado
3. Indique su Comunidad Autónoma
4. En caso de residir en Asturias, indique su concejo
5. ¿Cómo determinaría su sexo biológico?
 - Mujer
 - Hombre
6. ¿Tiene algún antecedente familiar de primer grado, como padre, madre o hermano/a, que haya sido diagnosticado con algún trastorno mental?
 - Sí
 - No
7. En caso afirmativo, ¿podría indicar el tipo de trastorno mental?
 - Trastorno de ansiedad
 - Depresión
 - Otro
8. ¿Tiene algún antecedente familiar de segundo grado, como abuelos, tíos o primos/as, que haya sido diagnosticado con algún trastorno mental?
 - Sí
 - No
9. En caso afirmativo, ¿podría indicar el tipo de trastorno mental?
 - Trastorno de ansiedad
 - Depresión
 - Otro

A continuación, se procederá a realizar unas breves cuestiones acerca de los trastornos de ansiedad para conocer la prevalencia de estos.

10. ¿Ha sido diagnosticado/a alguna vez con algún trastorno de ansiedad por un psicólogo/a?
- Sí
 - No
11. ¿Ha sido diagnosticado/a alguna vez con algún trastorno de ansiedad por un profesional sanitario, como médico/a o psiquiatra?
- Sí
 - No
12. ¿En los últimos 6 meses ha sido diagnosticado/a con algún trastorno de ansiedad por un psicólogo/a?
- Sí
 - No
13. ¿En los últimos 6 meses ha sido diagnosticado/a con algún trastorno de ansiedad por un profesional sanitario, como médico/a o psiquiatra?
- Sí
 - No
14. En caso afirmativo, ¿podría indicar el tipo(s) de trastorno(s) de ansiedad diagnosticado(s)?

Trastorno de ansiedad generalizada	Sí	No
Trastorno de pánico/angustia	Sí	No
Trastorno de ansiedad social	Sí	No
Trastorno ansioso-depresivo	Sí	No
Fobia específica	Sí	No
Trastorno de ansiedad por separación	Sí	No
Mutismo selectivo	Sí	No
Trastorno obsesivo-compulsivo	Sí	No
Trastorno de ansiedad no especificado	Sí	No

15. ¿Recibió el diagnóstico en una consulta de sanidad pública o privada?
- Pública
 - Privada

16. ¿Cómo valoraría la experiencia en consulta cuando le diagnosticaron el trastorno de ansiedad?

Mala	1	2	3	4	5	Excelente
------	---	---	---	---	---	-----------

Por favor, complete la siguiente evaluación para valorar su nivel de ansiedad. Utilice la escala (subescala del HADS) proporcionada para indicar su grado de acuerdo con cada afirmación, donde 1 significa completamente en desacuerdo y 5 completamente de acuerdo.

1) Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Completamente de acuerdo
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

2) Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente

Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Completamente de acuerdo
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

3) Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Completamente de acuerdo
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

4) Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Completamente de acuerdo
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

5) Me siento tenso/a o nervioso/a

Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Completamente de acuerdo
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

6) Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme

Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Completamente de acuerdo
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

7) Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo en el estómago”

Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Completamente de acuerdo
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

A continuación, se procederá a realizar unas breves cuestiones acerca de la ansiedad.

17. En caso de que haya experimentado ansiedad, ¿ha tenido dificultades para acceder a atención profesional, ya sea médica o psicológica, para tratar su ansiedad?

- Sí
- No

18. En caso afirmativo, ¿podría especificar las dificultades encontradas?

Larga lista de espera	Sí	No
Falta de recursos económicos	Sí	No
Falta de conocimiento	Sí	No
Falta de disponibilidad de psicólogo/a	Sí	No
Estigma hacia la salud mental	Sí	No
Otro	Sí	No

19. En caso de haber seleccionado la opción de “otros”, por favor, describa las dificultades encontradas en el espacio proporcionado a continuación.

20. ¿Ha recibido alguna vez prescripción médica de psicofármacos para tratar su ansiedad?

- Sí
- No

En caso de haber recibido alguna vez prescripción médica para tratar su ansiedad, ¿podría indicar el psicofármaco(s) prescrito(s)?

21. En caso de haber consumido ansiolíticos, concretamente, benzodiazepinas, señale

	Sí	No
Lorazepam, como Orfidal		
Alprazolam, como Trankimazon o Tafil		
Diazepam, como Valium		
Clorazepato de potasio, como Tranxilium		

Bromazepam, como Lexatin		
Ketazolam, como Anxon		
Clobazam, como Frisium		
Pinazepam, como Domar		
Clotiazepam, como Clozan		
Bentazepam, como Tienor		

22. En caso de haber consumido ansiolíticos, concretamente, no benzodiacepinicos, señale

Sí No

Lorazepam, como Orfidal		
Buspirona		
Hidroxizina, como Atarax		
Pregabalina, como Lyrica		
Gabapentina, como Neurontin		

23. En caso de haber consumido antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), señale

Sí No

Sertralina, como besitrán, aremis o lustral.		
Escitalopram o citalopram, como cipralex, esertia o lexapro.		
Paroxetina, como seroxat, motivan o paxil.		
Fluoxetina, como prozac, adofen o fluxene.		

24. En caso de haber consumido antidepresivos IRSN (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina), señale

Sí No

Venlafaxina o desvenlafaxina, como efexor, vandral o faxine		
Duloxetina, como cymbalta, xeristar o yentreve.		
Mirtazapina, como remeron, rexer o axit.		
Trazodona, como tritico		
Vortioxetina, como brintellix o trintellix		

25. En caso de haber consumido antipsicóticos, señale

	Sí	No
Risperidona, como risperdal o rispepia.		
Olanzapina, como zyprexa u oliza.		
Quetiapina, como seroquel o quetidín.		
Aripiprazol, como abilify o aripira.		
Haloperidol, como haldol o aloperidín.		

26. En caso de haber consumido betabloqueantes, señale

	Sí	No
Propranolol, como inderal, sumial o anaprilín.		
Atenolol, como tenormín, atenix o hipoten.		

27. En caso de haber consumido productos de fitoterapia, señale

	Sí	No
Valeriana		
Manzanilla		
Hipérico		
Pasiflora		
Lúpulo		
Kava		
Lavanda		
Melisa		

28. En caso de no saber el tipo de psicofármaco(s) prescrito(s) y/o no aparecer previamente, indique el nombre del medicamento en la casilla de abajo.

29. ¿Cómo valoraría la experiencia en consulta cuando le prescribieron los psicofármacos para tratar su ansiedad?

Mala	1	2	3	4	Excelente
------	---	---	---	---	-----------

30. En caso de querer compartir alguna experiencia, por favor, descríbala en el espacio proporcionado a continuación.

31. ¿Ha consumido los psicofármacos que le han sido recetados medicamente para tratar su ansiedad?

- Sí
- No

32. ¿Los psicofármacos consumidos redujeron el nivel de ansiedad experimentado?

Mala	1	2	3	4	Excelente
------	---	---	---	---	-----------

33. ¿Ha acompañado los psicofármacos con terapia psicológica?

- Sí
- No

34. En caso afirmativo, ¿considera que la terapia fue efectiva para reducir sus niveles de ansiedad?

- Sí
- No

35. ¿Se siente satisfecho/a con el tratamiento de ansiedad, incluyendo los psicofármacos y cualquier otra intervención que haya recibido?

Mala	1	2	3	4	Excelente
------	---	---	---	---	-----------

A continuación, se procederá a realizar unas breves cuestiones acerca de los efectos adversos experimentados en caso de haber consumido psicofármacos para tratar la ansiedad.

36. Si ha tomado psicofármacos para tratar su ansiedad, ¿ha experimentado algún efecto adverso?

- Sí
- No

37. En caso afirmativo, señale los efectos adversos experimentados en el consumo de benzodiazepinas (como lorazepam, alprazolam, diazepam...)

	Sí	No
Somnolencia o sedación		
Mareos		
Confusión		
Debilidad muscular		

Problemas de coordinación
Dependencia y abstinencia
Problemas de memoria a corto plazo
Problemas de concentración
Ansiedad o insomnio
Irritabilidad o agresividad
Otros

38. Si ha experimentado algún efecto adverso adicional al consumir benzodiazepinas, por favor, descríbalos en el espacio proporcionado a continuación.

39. En caso afirmativo, señale los efectos adversos experimentados en el consumo de ansiolíticos no benzodiazepínicos (como buspirona, atarax, lyrica o neurontin)

	<table border="0"> <tr> <td style="border: none;">Sí</td> <td style="border: none;">No</td> </tr> </table>	Sí	No
Sí	No		

Mareos
Náuseas
Dolor de cabeza
Agitación
Insomnio
Sequedad bucal
Malestar estomacal
Dolor muscular
Otros

40. Si ha experimentado algún efecto adverso adicional al consumir ansiolíticos no benzodiazepínicos, por favor, descríbalos en el espacio proporcionado a continuación.

41. En caso afirmativo, señale los efectos adversos experimentados en el consumo de antidepresivos, tanto ISRS como IRSN (como sertralina, prozac...)

	<table border="0"> <tr> <td style="border: none;">Sí</td> <td style="border: none;">No</td> </tr> </table>	Sí	No
Sí	No		

Náuseas
Insomnio o somnolencia

Agitación
Disminución del deseo sexual o disfunción eréctil
Aumento de peso
Boca seca
Estreñimiento o diarrea
Temblores
Sudoración excesiva
Irritabilidad
Indiferencia emocional o disminución de las emociones
Tristeza o crisis de llanto
Aumento o disminución del apetito
Ideas de suicidio o autolesión
Otros
42. Si ha experimentado algún efecto adverso adicional al consumir antidepresivos, tanto ISRS como IRSN, por favor, descríbalos en el espacio proporcionado a continuación.
43. En caso afirmativo, señale los efectos adversos experimentados en el consumo de antipsicóticos (como risperidona, olanzapina, quetiapina...)
Sí No
Somnolencia o sedación
Aumento de peso
Mareos
Temblores
Estreñimiento
Boca seca
Visión borrosa
Trastornos menstruales (en mujeres)
Apatía, indiferencia emocional o disminución de las emociones
Ideas de suicidio o autolesiones
Otros

44. Si ha experimentado algún efecto adverso adicional al consumir antipsicóticos, por favor, descríbalos en el espacio proporcionado a continuación.

45. ¿En algún momento dejó de consumir los psicofármacos debido a los efectos adversos experimentados?

- Sí
- No

Por último, se realizarán preguntas sobre el insomnio causado por la ansiedad. El insomnio por ansiedad es un trastorno del sueño caracterizado por dificultades para conciliar el sueño o mantenerlo debido a preocupaciones persistentes o nerviosismo asociado con la ansiedad.

46. ¿Ha experimentado insomnio debido a la ansiedad?

- Sí
- No

47. ¿Ha recibido alguna vez prescripción médica de psicofármacos para tratar el insomnio generado por la ansiedad?

- Sí
- No

48. En caso afirmativo, ¿podría indicar el psicofármaco(s) prescrito(s)?

	Sí	No
Lormetazepam, como Noctamid o Loramet.		
Zolpidem, como Stilnox.		
Flurazepam, como Dalmadorm.		
Zopiclona, como Imovane.		
Loprazolam, como Dormonoct.		
Clometiazol, como Heminevrin.		
Midazolam, como Dormicum.		
Brotizolam, como Lendormin.		
Triazolam, como Halcion.		
Quazepam, como Doral.		
Glutamato magnésico bromhidrato		

49. ¿Recibió la preinscripción en una consulta de sanidad pública o privada?

- Pública
- Privada

50. ¿Cómo valoraría la experiencia en consulta cuando te prescribieron los psicofármacos para tratar el insomnio generado por la ansiedad?

Mala	1	2	3	4	Excelente
------	---	---	---	---	-----------

51. En caso de querer compartir alguna experiencia, por favor, descríbala en el espacio proporcionado a continuación.

52. ¿Ha consumido los psicofármacos que le han sido recetados médicamente para tratar el insomnio generado por la ansiedad?

- Sí
- No

53. ¿Ha notado una reducción en los niveles de insomnio tras consumir los psicofármacos recetados?

Mala	1	2	3	4	Excelente
------	---	---	---	---	-----------

54. ¿Ha acompañado los psicofármacos con terapia psicológica?

- Sí
- No

55. En caso afirmativo, ¿considera que la terapia fue efectiva para reducir el nivel de ansiedad que le causaba insomnio?

Mala	1	2	3	4	Excelente
------	---	---	---	---	-----------

56. ¿Se siente satisfecho/a con el tratamiento de ansiedad, incluyendo los psicofármacos y cualquier otra intervención que haya recibido?

Mala	1	2	3	4	Excelente
------	---	---	---	---	-----------

57. Si ha tomado psicofármacos para tratar el insomnio generado por la ansiedad, ¿ha experimentado algún efecto adverso?

- Sí
- No

58. En caso afirmativo, señale los efectos adversos experimentados

Sí	No
----	----

Somnolencia diurna

Alteración en el ciclo del sueño

Empeoramiento de algún trastorno respiratorio del sueño,
como apnea, etc.

Pesadillas

Mareos o sensación de desequilibrio

Dificultad para concentrarse

Problemas en la memoria a corto plazo

Problemas gastrointestinales, como náuseas, vómitos,
malestar estomacal o estreñimiento

Sequedad bucal

Fatiga

Cambios en el apetito

Disminución de la presión arterial

Problemas cognitivos, como confusión o dificultad para
pensar con claridad

Problemas de coordinación

Tolerancia

Dependencia

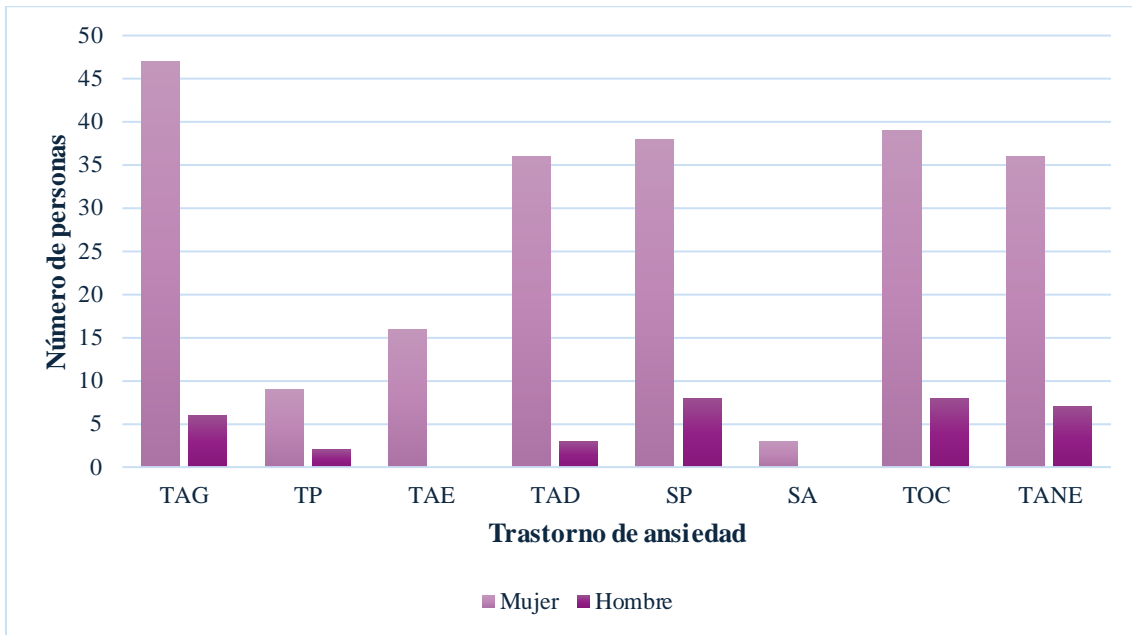
Cambios en el apetito

Dolor de cabeza

59. ¿En algún momento dejó de consumir los psicofármacos debido a los efectos
adversos experimentados?

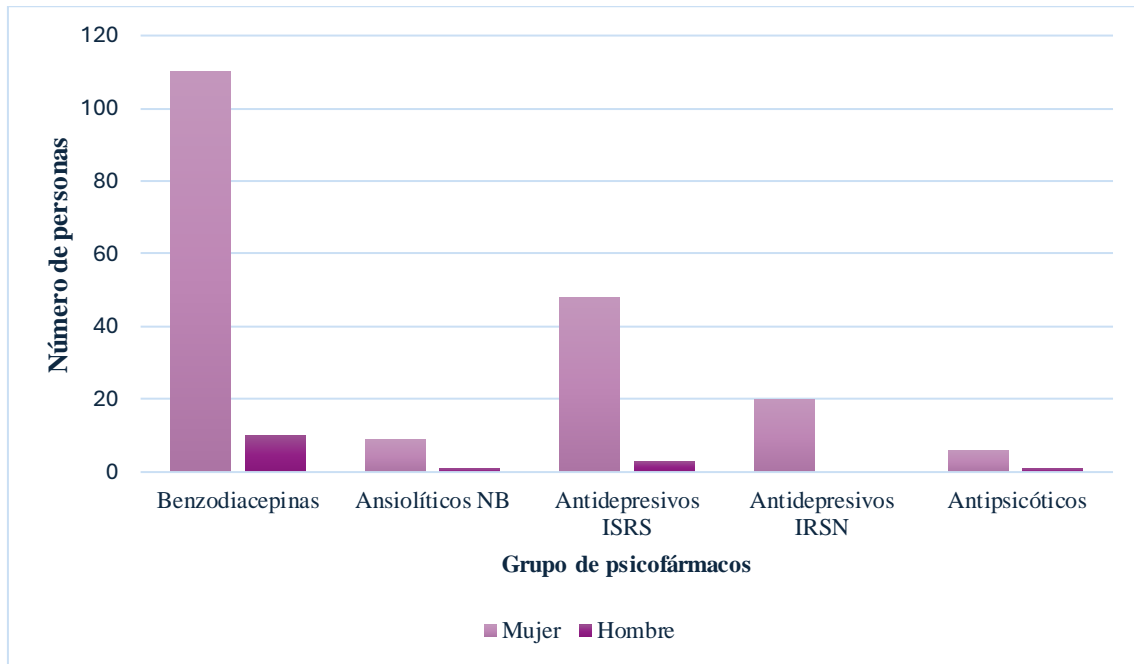
- Sí
- No

Anexo 2. Representación gráfica que muestra la frecuencia de distribución del diagnóstico de los trastornos de ansiedad según el sexo biológico.



Nota. Siendo TAG, trastorno de ansiedad generalizada, TP, trastorno de pánico/angustia, TAE, trastorno de ansiedad social, TAD, trastorno ansioso-depresivo, SP, fobia específica, SA, trastorno de ansiedad por separación, TOC, trastorno obsesivo-compulsivo, y TANE, trastorno de ansiedad no especificado.

Anexo 3. Representación gráfica que muestra la frecuencia de distribución del consumo de diferentes grupos de psicofármacos según el sexo biológico.



Nota. Siendo ansiolíticos NB, no benzodiacepínicos; antidepresivos ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; y antidepresivos IRSN, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina.