

ORIGINAL

Recibido: 30 de julio de 2018
Aceptado: 29 de agosto de 2018
Publicado: 12 de noviembre de 2018

DESIGUALDADES EN SALUD MENTAL: LOS INGRESOS POR PSICOSIS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2008-2015)

Raquel Soler-Blasco (1), Rosa Mas Pons (2), Carmen Barona Vilar (2,3) y Óscar Zurriaga (2,3)

(1) FISABIO-Salud Pública. Área de Ambiente y Salud. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

(2) Dirección General de Salud Pública/ FISABIO. Área de Desigualdades en Salud. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

(3) CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. España.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

RESUMEN

Fundamentos: La prevalencia de problemas de salud mental está aumentando en todo el mundo. Ciertos grupos poblacionales tienen mayor probabilidad de padecer trastornos mentales, generando desigualdades en salud. El objetivo de este trabajo fue analizar las diferencias en la frecuencia de ingresos por psicosis según diferentes dimensiones de desigualdad (edad, sexo y país de nacimiento) de la población entre 15 y 49 años en los años 2008-2015 en la Comunitat Valenciana.

Métodos: Estudio transversal basado en los ingresos hospitalarios por el Grupo Relacionado por el Diagnóstico "Psicosis" en centros públicos de la Comunitat Valenciana. Las fuentes de información fueron el Conjunto Mínimo Básico de Datos y el Sistema de Información Poblacional. Se realizó un análisis descriptivo de variables clínicas y sociodemográficas y se analizaron diferencias por subgrupos poblacionales mediante el test t-Student para la comparación de una variable cuantitativa y el test χ^2 para la comparación de una variable cualitativa, así como el test exacto de Wilcoxon y el test de Fisher cuando no se cumplían condiciones de aplicación.

Resultados: Se estudiaron 23.869 ingresos por psicosis generados por un total de 11.265 personas. La mayoría fueron debidos a trastornos esquizofrénicos (39,44%). Se observaron diferencias en cuanto al diagnóstico al comparar por sexo, siendo más frecuente en mujeres los trastornos episódicos del humor (39,3%) y por país de nacimiento, siendo el diagnóstico principal de "Otras psicosis no orgánicas" el más frecuente en las personas extranjeras (40,5%). Se encontraron diferencias respecto a la mortalidad durante el ingreso, siendo más alta en hombres (5,1% vs. 4%) y en población extranjera (5,3% vs. 3,8%).

Conclusiones: Se han detectado desigualdades en las frecuencias de ingresos por psicosis en la Comunitat Valenciana. Estas diferencias se observan en torno a distintas dimensiones como son la edad, el género y el país de origen.

Palabras clave: Trastornos mentales, Trastornos Psicóticos, Disparidades en el Estado de Salud, Determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT

Inequities in mental health: admissions for psychosis in public hospitals of the Comunitat Valenciana (2008-2015)

Background: The prevalence of mental health problems is increasing throughout the world. Certain population groups have more probability to suffer mental disorders, which may generate inequities in health. The main of this paper is analyze the differences in the frequency of hospital admissions according to different inequities dimensions (age, sex and country of birth) of the population between 15 and 49 years old between 2008 and 2015 in the Comunitat Valenciana (Spain).

Methods: Transversal study based on all admissions for Diagnosis-related group "Psychosis" in public centers in the Comunitat Valenciana. Sources of information were Minimum Basic Data Set and Population Information System. Descriptive analysis of clinical and social variables was conducted, and differences among subgroups were analyzed by t-Student test for the comparison of a quantitative variable and χ^2 test for the comparison of a qualitative variable, as well as the exact Wilcoxon and the Fisher test when application conditions were not satisfied.

Results: There were studied 23869 admissions for psychosis generated by 11265 patients. Most of these admissions were because of schizophrenia disorders (39.44%). When comparing by sex, differences in diagnosis were observed, being more frequent psychotic mood disorders in women (39.3%). There also observed differences when comparing by country of birth, being more frequent "Other non-organic psychosis" in foreign people (40.5%). Differences were found regarding mortality during admission, being higher in men (5.1% vs. 4%) and in foreign people (5.3% vs. 3.8%).

Conclusions: There have been detected inequities in the frequency of psychosis admissions in the Comunitat Valenciana. These differences are observed around different dimensions such as age, gender and country of origin.

Key words: Mental Disorders, Psychotic Disorders, Health Status Disparities, Social Determinants of Health.

Correspondencia:
Raquel Soler-Blasco
FISABIO-Salud Pública
Avda. de Catalunya, 21
46020, Valencia
soler_raqbla@gva.es

Cita sugerida: Soler-Blasco R, Mas Pons R, Barona Vilar C, Zurriaga Lloréns O. Desigualdades en salud mental: Los ingresos por psicosis en hospitales públicos de la Comunitat Valenciana (2008-2015). 2018;92:12 de noviembre e201811081.

INTRODUCCIÓN

Los problemas graves de salud mental están aumentando de manera importante en todo el mundo⁽¹⁾. En España se observa una tendencia temporal creciente en la tasa de hospitalizaciones por patología mental, que se han incrementado desde 2014, registrándose ese año 17,36 altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes en ambos sexos⁽²⁾. El motivo de hospitalización más frecuente en hombres entre 15 y 49 años son las psicosis no orgánicas, entre las que se encuentran los trastornos esquizofrénicos o los trastornos episódicos del humor⁽²⁾.

Los trastornos graves de salud mental están asociados con consecuencias severas, como el incremento de la probabilidad de padecer mala salud física⁽³⁾, altas tasas de discapacidad⁽¹⁾, afectación de la calidad de vida⁽⁴⁾ y mortalidad prematura, tanto por causas naturales⁽⁵⁾ como por suicidio^(6,7).

El riesgo de mala salud mental no es ajeno a la influencia de los determinantes sociales. En las últimas décadas, se ha generado un interés creciente en el estudio de las desigualdades en salud en torno a distintas dimensiones o ejes, como el estatus migratorio, el contexto socioeconómico, la edad y el género⁽⁸⁾. Actualmente se ha evidenciado que ciertos grupos poblacionales tienen mayor probabilidad de padecer trastornos mentales graves, así como de tener un peor curso de la enfermedad⁽⁹⁾. Conocer estas diferencias en la distribución de la patología mental resulta imprescindible para mejorar tanto las políticas de prevención, como la efectividad de la planificación sanitaria y la gestión de recursos, enfocada a la mejora de la atención de la salud mental en colectivos vulnerables.

El principal objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en la frecuencia de ingresos hospitalarios por psicosis según diferentes dimensiones de desigualdad (edad, sexo y país de nacimiento) de la población entre 15 y 49 años en los años 2008- 2015 en la Comunitat Valenciana.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal basado en el análisis de los ingresos hospitalarios por trastornos mentales graves, agrupados en el sistema de clasificación de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) bajo la categoría de “Psicosis” (GRD 430).

La población de estudio fueron todas las personas que generaron un alta hospitalaria por este GRD, para el rango de edad entre 15-49 años en los hospitales públicos de la Comunitat Valenciana en el periodo comprendido entre 2008-2015.

La fuente de información fue el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBD-H). Además se complementó con información procedente del Sistema de Información Poblacional (SIP) para conocer el país de nacimiento. Dado que un mismo paciente pudo generar más de un alta a lo largo del periodo estudiado, se creó una segunda muestra donde sólo se incluyó un alta por paciente. Se consideró que constituían el mismo caso las altas con igual número de tarjeta sanitaria (SIP), incluyéndose en el análisis la primera alta hospitalaria generada durante el periodo estudiado. Las variables clínicas estudiadas fueron el año del alta hospitalaria, la presencia de reingresos (más de un ingreso en el periodo estudiado), la circunstancia al alta, los días de estancia hospitalaria y el grupo diagnóstico principal. Las grandes categorías diagnósticas de la Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9ª revisión (CIE-9-MC) incluidas en este GRD son Trastornos esquizofrénicos, Trastornos episódicos del humor, Trastornos delirantes, Trastornos generalizados del desarrollo y Otras psicosis no orgánicas⁽¹⁰⁾. Esta última categoría incluye estados psicóticos provocados por estrés emocional o factores ambientales como parte principal de la etiología. Los grupos poblacionales se compararon según edad, sexo y país de nacimiento (categorizada en nacidos o no en España).

El análisis de los datos se realizó mediante el programa de análisis estadístico SPSS

versión 22 (Copyright 2013, SPSS Inc. Illinois USA), a través de la licencia de la Universidad de Valencia.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se analizaron las diferencias entre subgrupos poblacionales mediante el test t-Student o el test de Wilcoxon para la comparación de una variable cuantitativa en dos grupos de población. Para la comparación de una variable cualitativa en dos grupos de población se utilizó el test χ^2 o el test exacto de Fisher. El nivel de significación estadística se estableció en un 5% bilateral.

Esta investigación cumple con los principios éticos básicos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Los

datos utilizados en el estudio fueron anonimizados.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado (2008-2015) hubo 23.869 ingresos por psicosis en la población entre 15 y 49 años en la Comunitat Valenciana. Estos ingresos fueron generados por un total de 11.265 personas. El perfil demográfico de las personas incluidas puede verse en la [tabla 1](#).

Respecto al total de ingresos, el 49,2% fueron debido a trastornos esquizofrénicos. La tendencia temporal mostró una disminución en la proporción de todos los diagnósticos, excepto en la categoría de Otras psicosis no orgánicas, donde se observó un crecimiento desde 15 al 20,9% (ver [figura 1](#)).

Tabla 1
Características sociodemográficas de los casos de psicosis (2008-2015)

Características sociodemográficas		n	%
Sexo¹	Hombre	6698	59,5
	Mujer	4566	40,5
	Razón de masculinidad	1,47	
Edad	Edad media	34,8 (9,05)*	
	15-19	671	6,0
	20-24	1141	10,1
	25-29	1534	13,6
	30-34	1920	17,0
	35-39	2027	18,0
	40-44	2026	18,0
	45-49	1946	17,3
Diagnóstico principal	Trastornos esquizofrénicos	4442	39,4
	Trastornos episódicos del humor	3437	30,8
	Trastornos delirantes	384	3,4
	Otras psicosis no orgánicas	2927	26,0
	Trastornos generalizados del desarrollo	39	0,3
País de nacimiento²	España	9241	82,0
	Extranjero	1700	15,1

¹El total de la muestra en esta categoría es inferior al señalado debido a que el 0,008% de la muestra (n= 1) es un valor perdido; ²El porcentaje no suma 100% debido a que el 2,9% de la muestra (n= 324) consta como "Desconocido"; * Media y desviación estándar.

Figura 1
Distribución temporal de los porcentajes de ingresos por categorías diagnósticas



Al estratificar por el sexo, se observaron diferencias respecto al diagnóstico principal ($p < 0,001$), siendo más frecuentes en hombres los trastornos esquizofrénicos, mientras que en las mujeres fueron los trastornos episódicos del humor (ver *tabla 2*).

Si se analiza por grupos etarios, en hombres el porcentaje de casos fue menor en edades más tempranas, aumentando progresivamente hasta llegar a un pico entre los 30-34 años, para posteriormente volver a disminuir. Esta tendencia difirió en las mujeres, donde la mayor frecuencia de casos se agrupó en edades más tardías, pasando a superar a la de los hombres a partir de los 30-35 años (ver *figura 2*).

La presencia de reingresos durante el periodo de estudio fue ligeramente superior en hombres (42,3% vs. 40,1%, $p = 0,022$), así como la mortalidad durante el ingreso (5,1% vs. 4%, $p = 0,008$).

Al comparar por subgrupos según país de nacimiento (España/ Extranjero), se observó que el 15,1% de ingresos correspondieron a población extranjera. La razón de masculinidad fue menor que en población nacida en España (1,26 vs. 1,5). Al analizar por grupos etarios, se observó que la población extranjera ingresó con mayor frecuencia en edades más tempranas. La distribución de las categorías diagnósticas difirió según grupos, siendo la más frecuente en población extranjera la de “Otras psicosis no orgánicas” (40,5% vs 23%, $p < 0,001$).

En población nacida en España, la categoría diagnóstica más frecuente fueron los trastornos esquizofrénicos (29,8% vs. 41,5%, $p < 0,001$). En población de origen extranjero el porcentaje de reingresos fue menor, sin embargo la mortalidad durante el ingreso fue mayor que en la población autóctona (5% vs. 3,8%; $p = 0,003$) (*tabla 3*).

Tabla 2
Características sociodemográficas y clínicas de los ingresos por Psicosis según sexo¹ (2008-2015)

Características		Hombre		Mujer		p-val
		n	%	n	%	
Edad	Edad media	33,8 (9,13)*		36,2 (8,75)*		<0,001
	15-19	467	7	204	4,5	<0,001
	20-24	798	11,9	343	7,5	<0,001
	25-29	1002	15	532	11,7	<0,001
	30-34	1182	17,6	737	16,1	0,04
	35-39	1151	17,2	876	19,2	0,01
	40-44	1097	16,4	929	20,3	<0,001
	45-49	1001	14,9	945	20,7	<0,001
Diagnóstico principal	Trastornos esquizofrénicos	3079	46,0	1362	29,8	<0,001
	Trastornos episódicos del humor	1679	25,1	1794	39,3	<0,001
	Trastornos delirantes	202	3,0	182	4,0	0,005
	Otras psicosis no orgánicas	1705	25,5	1222	26,8	0,120
	Trastornos generalizados del desarrollo	33	0,5	6	0,1	0,001
Características clínicas	Mortalidad en el ingreso	342	5,1	184	4	0,008
	Reingresos	2832	42,3	1832	40,1	0,022
	Días de estancia	15,44 (16,51)*		15,11 (13,95)*		0,27
	Proporción de ingresos con estancia >30 días	649	9,7	451	9,9	0,74

* Media y desviación estándar p-val: valor p obtenido a través de χ^2 ; ¹ El total de la muestra en esta categoría es inferior al señalado debido a que existe un valor perdido (0,008% de la muestra).

Figura 2
Porcentajes de casos por Psicosis según edad y sexo

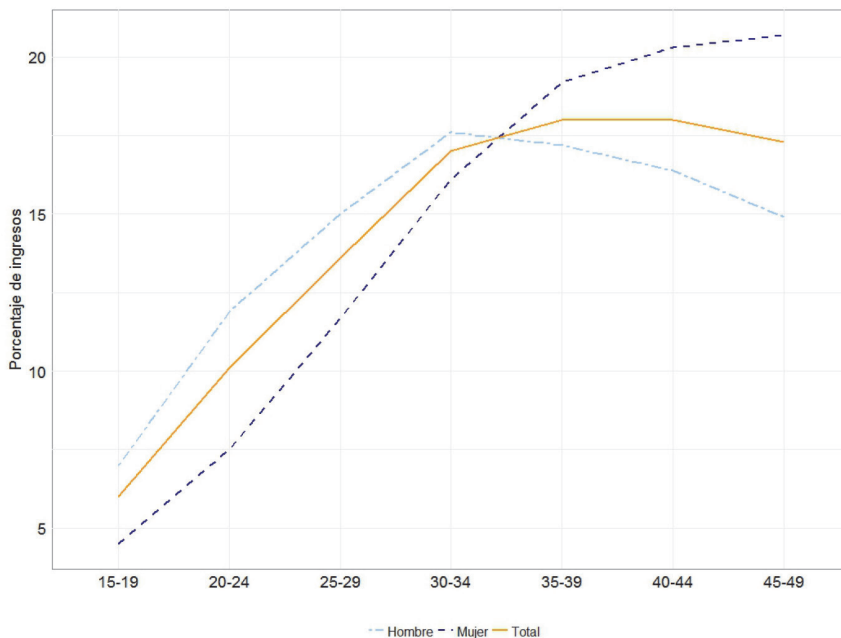


Tabla 3
Características sociodemográficas y clínicas de los ingresos por Psicosis según país de nacimiento¹ (2008-2015)

Características		Extranjero		España		p-val
		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	948	55,8	5555	60,1	<0,001
	Mujer	752	44,2	3685	39,9	
	Razón de masculinidad	1,3		1,5		
Edad	Edad media	32,6 (9,28)*		35,15 (8,97)*		<0,001
	15-19	162	9,5	497	5,4	<0,001
	20-24	226	13,3	888	9,6	<0,001
	25-29	280	16,5	1210	13,1	<0,001
	30-34	287	19,9	1570	17	0,91
	35-39	279	16,4	1681	18,2	0,08
	40-44	254	14,9	1715	18,6	<0,001
	45-49	212	12,5	1680	18,2	<0,001
Diagnóstico principal	Trastornos esquizofrénicos	506	29,8	3832	41,5	<0,001
	Trastornos episódicos del humor	445	26,2	2931	31,7	<0,001
	Trastornos delirantes	54	3,2	316	3,4	0,610
	Otras psicosis no orgánicas	689	40,5	2130	23,0	<0,001
	Trastornos generalizados del desarrollo	6	0,4	32	0,3	0,97
Características clínicas	Mortalidad en el ingreso	158	5,0	776	3,8	0,003
	Reingresos	636	37,4	3958	42,8	<0,001
	Días de estancia	14,6 (14,6)*		14,7 (17,7)*		0,08
	Proporción de ingresos con estancia >30 días	9,7		9,5		0,62

*Media y desviación estándar p-val: valor p obtenido a través de χ^2 o de t de Student; ¹ El total de la muestra en esta categoría es inferior al señalado debido a que el 2.9% de la muestra (n= 324) constan como "Desconocido".

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha detectado la presencia de diferentes ejes de desigualdad en las frecuencias de ingresos por psicosis en la Comunitat Valenciana. Estas diferencias se observan en torno a distintas dimensiones como son la edad, el sexo y el país de nacimiento.

Según los datos del CMBD, en el 2015 un 60,8% de los ingresos por psicosis en personas entre 15 y 44 años corresponden a hombres⁽²⁾. Estos datos coinciden con los obtenidos en

nuestro estudio, siendo el porcentaje de varones el 59,5% en el análisis global. Sin embargo, este hecho viene condicionado por la edad y por la categoría diagnóstica. En hombres, el principal diagnóstico de ingreso es el trastorno esquizofrénico. Esta patología suele diagnosticarse a comienzos de la edad adulta, frecuentemente antes de los treinta años, mientras que en las mujeres es más frecuente el primer diagnóstico a partir de los 45 años⁽¹¹⁾.

Algunos autores han explicado que la edad de inicio más tardía en las mujeres hace que

la enfermedad aparezca en un momento vital en el cual existe un mejor funcionamiento social, se ha alcanzado un grado educativo y profesional y existe una convivencia con pareja e hijos. Esto hace que el curso de la enfermedad sea menos grave, en comparación con los hombres^(12,13). Por el contrario, parece que la edad más temprana del diagnóstico en hombres hace que el ajuste funcional y social sea peor. Además, se ha observado una mayor prevalencia de abuso de sustancias, como alcohol o cannabis, lo que empeora el curso de la enfermedad, y parece aumentar el número de reingresos^(12,14,15,16).

En las mujeres, el diagnóstico más frecuente es el de trastornos episódicos del humor. Englobado en esta categoría se encuentra la depresión mayor. En España, la depresión diagnosticada es más frecuente en mujeres que en hombres y esta aumenta a partir de los 35 años⁽¹⁷⁾. Este aumento de casos de depresión mayor en mujeres a partir de esta edad, así como la edad de inicio de trastornos esquizofrénicos, podría explicar la mayor proporción de mujeres que ingresan por psicosis a partir de los 40 años, superando a la de los hombres en nuestro estudio. Estos datos coinciden con otros estudios realizados en nuestro contexto, como el realizado el realizado en Asturias por Bobes et al.⁽¹⁸⁾ o el realizado en Murcia por Navarro-Mateu et al.⁽¹⁹⁾. Sin embargo, actualmente se está evidenciando la existencia de un posible infradiagnóstico de depresión y ansiedad en hombres. Algunos autores destacan como una posible causa el rol tradicional de género, el cual parece implicar una menor propensión a divulgar sentimientos y un peor reconocimiento de los síntomas de la depresión, lo que se traduce en una menor búsqueda de ayuda profesional^(20,21).

Otro de los ejes de desigualdad analizados en este trabajo ha sido el relacionado con el país de origen. La categoría diagnóstica principal de otras psicosis no orgánicas fue la más frecuente en la población extranjera, con una proporción que casi duplicaba a la hallada en población autóctona. Esta categoría incluye estados psicóticos debidos a estrés

emocional⁽²²⁾. En otros países se ha estudiado este fenómeno, presentando resultados similares, como en Suecia⁽²³⁾, Dinamarca⁽²⁴⁾ o Inglaterra⁽²⁵⁾. La población extranjera está más expuesta y es más vulnerable a factores que pueden empeorar su estado de salud, como por ejemplo la percepción de discriminación⁽²⁶⁾, la infrarrepresentación del grupo étnico⁽²⁷⁾ o el propio proceso migratorio⁽²⁸⁾. Además, este eje de desigualdad no actúa de manera aislada, sino que existe una interrelación de factores que influye directamente sobre la salud mental, como son las mayores tasas de desempleo y de empleos precarios en población extranjera, así como un efecto conjunto con el eje de género^(29,30).

Al analizar las características clínicas, en nuestro estudio la mortalidad global durante el ingreso fue del 4,2%. Se ha observado que las personas con trastornos mentales graves tienen mayor probabilidad de morir por muerte súbita, aumentando este riesgo en hombres⁽³¹⁾. Se ha constatado un alto porcentaje de fallecimientos por causas cardiovasculares⁽³²⁾, que puede explicarse por una mayor frecuencia de riesgos cardiovasculares asociados que en la población general, incluso en población joven⁽³³⁾. También se han propuesto los fármacos antipsicóticos como factor de riesgo en la mortalidad por muerte súbita en personas con trastorno mental, sobre todo en aquellas con factores de riesgo asociados⁽³⁴⁾. Sin embargo, esta relación aún no ha quedado clara^(35,36). Llama la atención la mayor mortalidad durante el ingreso en personas nacidas en el extranjero respecto a población autóctona (5% vs. 3,8%). De forma global, en España la tasa de mortalidad en general es menor en población extranjera⁽³⁷⁾. Sin embargo, al analizar por subgrupos de edad, la mortalidad en edades jóvenes es mayor en esta población que en la autóctona, lo que podría explicar los datos del presente estudio⁽³⁸⁾. No obstante, sería necesario estudiar con más detalle las causas específicas de mortalidad.

Es preciso considerar una serie de limitaciones en el presente estudio. En primer

lugar, el diseño transversal del mismo, el cual no permite establecer relaciones de causalidad, por lo que los resultados no pueden ser usados en este sentido. Por otra parte, aunque este estudio incluye todos los pacientes que ingresaron por psicosis, no se han analizado otros diagnósticos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación o abuso de sustancias. Al estudiar los ingresos hospitalarios, sólo se ha abordado la patología más grave, sin tener en cuenta aquellos procesos que no precisan hospitalización. Además, sólo se han estudiado los ingresos en hospitales públicos, por lo que los resultados no reflejan todos los ingresos por psicosis de la Comunitat Valenciana.

Como conclusión, en este estudio se han evidenciado desigualdades en cuanto a diagnósticos, estancias, reingresos y mortalidad por psicosis según sexo, edad y origen de las personas. La información obtenida en esta investigación puede ser utilizada como punto de partida para establecer una vigilancia estrecha a grupos vulnerables, ayudando así a promover la equidad en la atención de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Burden of Disease. Global Burden of Disease Study 2015. Results. [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2015. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD. Consulta Interactiva del SNS [Internet]. 2017. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6385>
3. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, et al. Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA psychiatry*. 2016;73(2):150–8.
4. Parletta N, Aljesh Y, Baune BT. Health Behaviors, Knowledge, Life Satisfaction, and Wellbeing in People with Mental Illness across Four Countries and Comparisons with Normative Sample. *Front psychiatry*. 2016;7:145.
5. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. 2015;72(4):334–41.
6. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K, Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene TSRG of the JS for. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. 2008;13(5):243–56.
7. Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord*. 2014;163:1–9.
8. Patel V, Crick L, Sean H, Plagerson S, Corrigan J, Fung M, et al. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 116–27.
9. Priebe S. A social paradigm in psychiatry – themes and perspectives. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016; 25(6):521–7.
10. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Manual de definiciones y glosario de términos. Registro de Altas-CMBD estatal. Hospitalización CMBD-H. Portal estadístico SNS; 2016.
11. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11(6):453–60.
12. Riecher-rössler A, Butler S, Kulkarni J. Sex and gender differences in schizophrenic psychoses — a critical review. *Arch Womens Ment Health*. 2018; May 16.
13. Hanlon MC, Campbell LE, Single N, Coleman C, Morgan VA, Cotton SM, et al. Men and women with psychosis and the impact of illness-duration on sex-differences: The second Australian national survey of psychosis. *Psychiatry Res*. 2017;256(December 2016):130–43.
14. Crosas J, Cobo J, Ahuir M, Hernández C, García R, Pousa E, et al. Substance abuse and gender differences in first episode psychosis: Impact on hospital readmissions. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:27–35.
15. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophr Res Treatment*. 2012;2012:1–9.
16. Barajas A, Ochoa S, Obiols JE, Lalucat-Jo L. Gender differences in individuals at high-risk of psychosis: A comprehensive literature review. *Sci World J*. 2015;2015.
17. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/>
18. Bobes J, Iglesias García C, García-Portilla González MP, Bascarán MT, Jiménez Treviño L, Pelayo-Terán JM, et al. Evolución de la prevalencia administrativa de los trastornos mentales durante 13 años en Asturias (norte de España). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013; 6(2):60–6.

19. Navarro-Mateu F, Tormo MJ, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruiz-Merino G, et al. Prevalence of Mental Disorders in the South- East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLoS One*. 2015;10(9).
20. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2016;49:106–18.
21. Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *Am J Mens Health*. 2018; 12: 78-89.
22. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. eCIEMaps v3.1.1. Edición electrónica de la CIE-9-MC. 9ª Edición. 2017. Disponible en: http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html
23. Zolkowska K, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychol Med*. 2001;31(4):669–78. A
24. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(4):427.
25. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, Boydell J, et al. Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950-2009: A Systematic Review and Meta-Analyses. Scott JG, editor. *PLoS One*. 2012;7(3):e31660.
26. Gil-González D, Vives-Cases C, Borrell C, Agudelo-Suárez AA, Davó-Blanes MC, Miralles J, et al. Racism, other discriminations and effects on health. 2014;16(2):301–9.
27. Schofield P, Thygesen M, Das-Munshi J, Becares L, Cantor-Graae E, Pedersen C, et al. Ethnic density, urbanicity and psychosis risk for migrant groups – A population cohort study. *Schizophr Res*. 2017 Mar 15; 67(0):914–22.
28. Norredam M. Migration and health: exploring the role of migrant status through register-based studies. *Dan Med J*. 2015 Apr;62(4):B5068.
29. Morgan C, John S, Esan O, Hibben M, Patel V, Weiss H, et al. The incidence of psychoses in diverse settings, INTREPID (2): a feasibility study in India, Nigeria, and Trinidad. 2016; 46(9): 1923-33.
30. Garbarski D. Racial/Ethnic Disparities in Midlife Depressive Symptoms: The Role of Cumulative Disadvantage Across the Life Course. 2014;23:67–85.
31. Risgaard B, Waagstein K, Winkel BG, Jabbari R, Lyngé TH, Glinge C, et al. Sudden Cardiac Death in Young Adults With Previous Hospital-Based Psychiatric Inpatient and Outpatient Treatment. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(9):e1122–9.
32. Westman J, Eriksson S V., Gissler M, Hällgren J, Prieto ML, Bobo W V., et al. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;1–9.
33. Hahn LA, Mackinnon A, Foley DL, Morgan VA, Waterreus A, Watts GF, et al. The value of counting WHO-defined cardiovascular risk factors for death and disability in a national sample of adults with psychosis. *Schizophr Res*. 2017;182:13–8.
34. Timour Q, Frassati D, Descotes J, Chevalier P, Christé G, Chahine M. Sudden Death of Cardiac Origin and Psychotropic Drugs. *Front Pharmacol*. 2012;3:76.
35. Kishi T, Matsunaga S, Iwata N. Mortality Risk Associated With Long-acting Injectable Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull*. 2016; 42(6):1438–45.
36. Vermeulen J, van Rooijen G, Doedens P, Numminen E, van Tricht M, de Haan L. Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;1–12.
37. Arroyo-Pérez A, Bermúdez Parrado S, Romero Valiente JM, Hernández Rodríguez JA, Planelles Romero J. Una aproximación demográfica a la población extranjera en España . Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración, Vol. 29. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2014.
38. Ruiz-Ramos M, Juárez S. Mortalidad general y por causas en la población autóctona e inmigrante en Andalucía. *Gac Sanit*. 2013;27(2):116–22.