

Jóvenes y consumo no médico de psicofármacos:

Un análisis desde el enfoque de
género



Fundación Atenea



Financiado por:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Agradecer a Pilar Carrasco, Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos, su apoyo en este proceso y su trabajo en esta área de investigación que nos ha permitido tener una base sólida desde la que partir.

Por su puesto, a mi coordinadora Raquel Cantos, por dibujar la línea a seguir para que este proyecto haya podido continuar como lo ha hecho en un año tan difícil para todas y todos.

Agradecer a las profesionales que han participado en este estudio, compartiendo experiencias de trabajo y conocimiento sobre esta realidad:

- Mireia Ventura, responsable del Área de Análisis e Internacional en Energy Control-ABD
- A Paula Collantes, María Jesús Justo y Judit Moreno, profesionales del Programa Lazarillo en Cáritas Diocesana de Salamanca y de Ciudad Rodrigo.
- A nuestras compañeras y compañeros de Fundación Atenea, Rebeca García, educadora social del Proyecto “Antena de Riesgos” en Albacete y Ricardo M. González psicólogo del proyecto “Tú Controlas”.

Y por supuesto, a todas las personas jóvenes que han participado en este estudio compartiendo sus experiencias y puntos de vista.

Contenido

Introducción.....	6
<i>Alcances del estudio.....</i>	<i>10</i>
Objetivos del estudio.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	10
Marco teórico.....	11
<i>Marco teórico de género</i>	<i>13</i>
Género, patriarcado y valoración de lo femenino y lo masculino	14
Proceso de socialización y mandatos de género como elementos de análisis	15
<i>Representaciones sociales sobre el fenómeno de las adicciones</i>	<i>20</i>
<i>Enfoque multidimensional.....</i>	<i>21</i>
Metodología.....	23
<i>Instrumentos de recogida de información.....</i>	<i>25</i>
Revisión de fuentes secundarias.....	25
Entrevistas en profundidad a personas jóvenes	28
Entrevistas a persona expertas	29
Resultados	30
<i>Algunos datos sobre consumo no médico de psicofármacos desde la perspectiva de género.....</i>	<i>32</i>
Prevalencias y patrones de consumo de la población joven con consumo no médico de psicofármacos.....	32
¿Quiénes son? Características sociodemográficas	32
¿Por qué y para qué consumen? Motivaciones de las/os jóvenes.	35
¿De qué forma consumen? Patrones y circunstancias del consumo no médico de psicofármacos	37
Percepción del riesgo y consecuencias del consumo	42
Información sobre los psicofármacos.....	46
Salud mental, prescripción de psicofármacos y su relación con el consumo no médico.....	48
Enfermedades o problemáticas de las personas jóvenes que consumen habitualmente psicofármacos	48
Salud mental y prescripción de psicofármacos	50
<i>Jóvenes y su relación con los psicofármacos</i>	<i>53</i>
Patrones de consumo: Discursos de la población joven, motivaciones, circunstancias y percepción del riesgo.	53
Motivaciones para el consumo.....	53
Patrones y circunstancias del consumo	58
Percepción del riesgo y consecuencias del uso indebido de psicofármacos.....	67
Conocimiento e información disponible sobre psicofármacos.....	70
Problemáticas de salud mental, tratamientos y su relación con el uso indebido de psicofármacos....	72
<i>La visión de los profesionales</i>	<i>76</i>
¿Los psicofármacos comienzan a suponer un riesgo en la población joven?	76
Impacto en el consumo de las consecuencias sociales entorno a la pandemia por COVID-19.....	78
Opinión sobre la prescripción de psicofármacos y su relación con el acceso y la información en el consumo no médico de jóvenes.....	79
Recomendaciones.....	83
Conclusiones	86

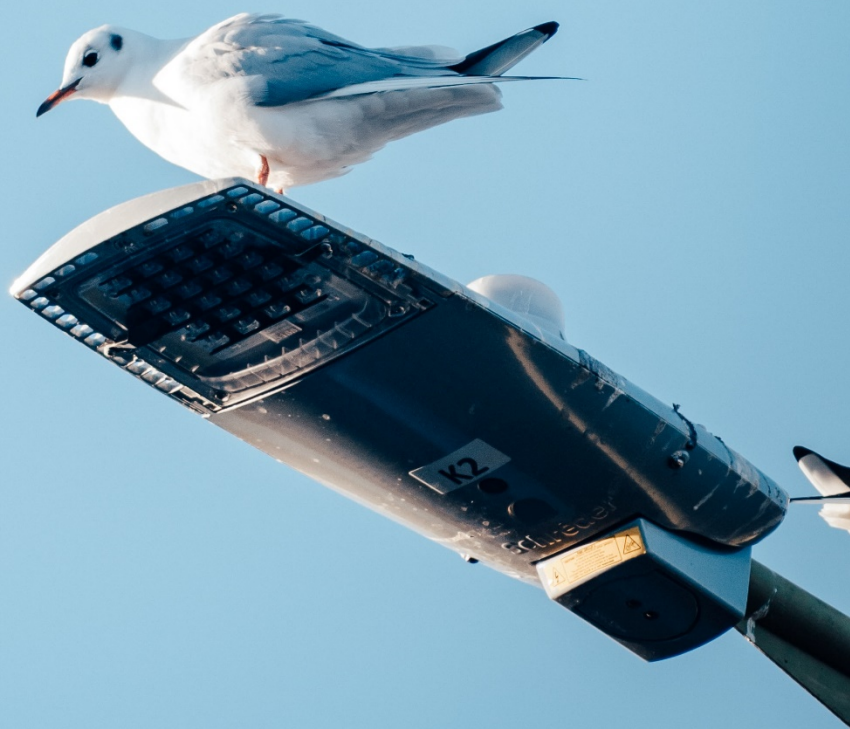
Bibliografía	92
Anexos	97
<i>ANEXO I. Variables seleccionadas para el estudio de las bases de datos utilizadas.</i>	<i>99</i>
<i>ANEXO II. Tablas completas para resultados.</i>	<i>103</i>
<i>ANEXO III. Guion entrevista a personas jóvenes.</i>	<i>110</i>

Índice de ilustraciones, tablas y gráficos

Ilustración 1. Mandatos de género femeninos	17
Ilustración 2. Mandatos de género masculinos	17
Ilustración 3. Diferencias en el consumo problemático de drogas entre mujeres y hombres	19
Ilustración 4. Hombres y motivaciones para el consumo	54
Ilustración 5. Mujeres y motivaciones para el consumo	56
Ilustración 6. Diferencias en los discursos de hombres y mujeres respecto a las formas de obtención de.....	61
Ilustración 7. Diferencias en los discursos de hombres y mujeres respecto a la percepción del riesgo	68
Tabla 1. Matriz de búsqueda bibliográfica.....	27
Tabla 2. Perfiles de personas jóvenes entrevistadas.....	29
Tabla 3. Perfiles de personas expertas entrevistadas.	29
Tabla 4. Consumo no médico por sexo y tiempo de socialización en España (%)	34
Tabla 5. Percepción del riesgo por consumo sin receta habitual de psicofármacos una vez por semana o más por sexo (%)	43
Tabla 6. Problemas de salud percibidos por consumidores/as habituales en el último mes y los que no por sexo (%).....	44
Tabla 7. Enfermedades o problemáticas que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida en función o no del consumo no médicos habitual de psicofármacos (%)	48
Tabla 8. Consumo no médico respecto al consumo alguno vez en la vida por sexo (%).....	51
Tabla 9. Consumo no médico respecto al consumo alguna vez en la vida por sexo (%).....	52
Tabla 10. Motivaciones diferenciadas entre mujeres y hombres y su relación con los mandatos de género	57
Tabla 11. Patrones y circunstancias del consumo diferenciadas entre mujeres y hombres	65
Gráfico 1. Consumo no médico por sexo y edad (%)	33
Gráfico 2. Consumo no médico diario por sexo y situación laboral	35
Gráfico 3. Motivos del consumo habitual por sexo	36
Gráfico 4. Motivos del consumo no médico habitual por sexo y edad (%)	37
Gráfico 5. Edad de inicio del consumo de personas con consumo habitual por sexo y edad (%)	38
Gráfico 6. Dificultad para la obtención de psicofármacos sin receta por consumidores/as habituales	39
Gráfico 7. Formas de obtención de psicofármacos para uso no médico por personas con consumo habitual por sexo (%).....	39
Gráfico 8. Consumo no médico habitual juntos con otras drogas por sexo y edad.....	40
Gráfico 9. Veces que indican salir por la noche consumidores/as habituales sin receta por sexo (%)41	41

Gráfico 10. Consumo de amistades de consumidores/as no médicos habituales por sexo (%)	42
Gráfico 11. Percepción del riesgo de consumidores/as habituales sin receta por consumo una vez por semana o más y por sexo (%)	43
Gráfico 12. Enfermedades o problemáticas que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida consumidores/as no médicos habituales por sexo (%).....	45
Gráfico 13. Información percibida en consumidores/as no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%).....	46
Gráfico 14. Información percibida desde el centro educativo en consumidoras/es no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%).....	47
Gráfico 15. Enfermedades que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida consumidores/as no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%).....	49
Gráfico 16. Consumo de psicofármacos por sexo (%).....	51

Introducción



Fundación Atenea, lleva más de 35 años investigando, formando y realizando intervención en el ámbito del consumo de sustancias. Desde hace una década la Fundación inicia una línea de investigación sobre la relación entre el género y el consumo de drogas.

Estas investigaciones comienzan a detectar hace unos años un alto consumo de hipnosedantes por parte de las mujeres. De esta manera, siguiendo la estrategia metodológica de la perspectiva de género, en el año 2018 se publica el estudio “*Consumo de hipnosedantes: Análisis histórico desde la perspectiva de género*” (Molina-Sánchez, C. y Cantos-Vicent, R, 2018). Los resultados del estudio muestran que los hipnosedantes son la única sustancia más consumida por las mujeres en todas las etapas de su vida, respecto a los hombres. Además, tanto las motivaciones como las formas de consumo están atravesadas por roles, estereotipos y mandatos de género.

El estudio se presentó públicamente a principios del año 2019, donde intervino Pilar Carrasco, Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. En la ponencia señaló, además de las diferencias de género en el consumo de hipnosedantes, que en la explotación de las últimas bases de datos ESTUDES y EDADES del Plan Nacional Sobre Drogas, comenzaba a percibirse un aumento del consumo de estas sustancias en población joven, incluido el consumo sin receta. En estos datos cuantitativos, también podían encontrarse diferencias en las formas de consumo y las motivaciones entre hombres y mujeres. Pilar Carrasco señaló la necesidad de que se realizaran estudios cualitativos para poder aproximarse a la realidad social que hay detrás de esos datos.

Por tanto, desde Fundación Atenea se diseñó un proyecto de investigación con la intención de aproximarse a la realidad del consumo de psicofármacos por parte de la población joven; proyecto que ha contado con la financiación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a través de la Resolución del 23 de abril de 2019, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, con cargo a la asignación tributaria del IRPF.

En primer lugar, hemos querido ampliar el concepto a “psicofármacos”, ya que ello nos permitía emplear distintas bases de datos y fuentes secundarias que recogen de manera diferenciada los distintos tipos de este grupo de fármacos. Los psicofármacos, son fármacos que se emplean para el tratamiento de trastornos psiquiátricos. En el campo de la psiquiatría, éstos significaron una revolución convirtiéndose en imprescindibles para el tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad. Dentro de la psiquiatría se emplean tres grupos farmacológicos, los antiparkinsonianos, antiepilépticos y psicotrópicos. Nos centraremos fundamentalmente en este último grupo, que, a su vez, se divide según su efecto principal en:

Ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del humor (Bravo, M. F, Saiz, J. & Bobes, J., 2010). Uno de los conceptos que aparecerá de manera habitual en la bibliografía consultada son las benzodiacepinas, las cuales están dentro de los fármacos psicotrópicos y tienen efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos o anticonvulsivos.

En segundo lugar, nos hemos centrado en el grupo de población joven, hasta 30 años, desde la perspectiva de género. Se ha considerado importante ya que, la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), marca como uno de los retos la incorporación de la perspectiva de género como herramienta de análisis, poniendo el foco en las diferencias o especificidades del consumo por parte de hombres y por parte de mujeres. En los últimos años, se han llevado a cabo diversos estudios centrados en el consumo de sustancias psicoactivas hipnosedantes por parte de las mujeres mayores de 35 años, pero los estudios, sobre todo de corte cualitativo sobre el consumo de estas sustancias por parte de las personas más jóvenes son aún escasos.

En tercer lugar, se ha considerado investigar la realidad del consumo no médico, frente al consumo con receta, ya que, aunque el consumo de hipnosedantes por parte de los más jóvenes ha aumentado sistemáticamente desde el 2002 hasta llegar a un 18,4% alguna vez en la vida (PNSD, 2020), el consumo sin receta también lo ha hecho llegando a aumentar hasta un 8,6% en 2018. Esta última forma de consumo está más invisibilizada que el consumo con receta, por lo que, se ha considerado importante aproximarnos a esta realidad.

Así, los resultados obtenidos de este estudio servirán para conocer el contexto del consumo no médico de psicofármacos en la población juvenil, complementando los datos cuantitativos que nos aportan las bases de datos sobre el fenómeno y otros estudios realizados, con una explicación social desde una mirada de género.

El informe además de exponer el marco teórico utilizado y la metodología empleada presenta un apartado de resultados que mostrará la información obtenida desde las diferentes fuentes de información. En un primer capítulo se describirá la información encontrada en la revisión de fuentes secundarias. El segundo capítulo servirá para explicar la visión y las experiencias de las personas jóvenes y por último, el tercer capítulo expondrá la perspectiva de las personas expertas. Posteriormente expondremos las conclusiones poniendo en conjunto la información de las distintas fuentes.

Alcances del estudio

Objetivos del estudio

Objetivo general

OG: Conocer la realidad del consumo no médico de psicofármacos por parte de la población juvenil desde el enfoque de género

Objetivos específicos

- OE1: Identificar los patrones de consumo no médico de psicofármacos de chicos y chicas.
- OE2: Analizar la percepción del riesgo acerca del consumo no médico de psicofármacos por parte de los y las jóvenes
- OE3: Describir los usos y motivaciones del consumo no médico de psicofármacos por parte de los chicos y chicas jóvenes
- OE4: Identificar diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres con relación al consumo no médico de psicofármacos por parte de la población juvenil
- OE5: Elaborar propuestas de prevención y atención del consumo no médico de psicofármacos por parte de la población juvenil
- OE6: Contribuir a la lucha por la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres

Marco teórico



Marco teórico de género

Resulta necesario fundamentar un proyecto de investigación sobre la realidad del consumo no médico de psicofármacos en jóvenes desde la perspectiva de género, no sólo para poder identificar patrones, motivaciones o percepciones diferenciadas entre hombres y mujeres, sino para poder entender cuáles son los condicionantes de género que influyen en esas diferencias encontradas. Analizar estas diferencias y condicionantes sociales nos permitirá mejorar la respuesta y las estrategias de prevención en el ámbito de la intervención en el consumo no médico de psicofármacos en población joven.

En primer lugar, es importante aclarar dos de los conceptos básicos que articulan esta investigación. Por un lado, el consumo no médico, según La National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) americana, se define como el uso de un medicamento sin la receta médica correspondiente, de una manera distinta a la prescrita o para lograr la experiencia o las sensaciones que provocan. Por otro lado, debemos entender el género como un sistema de organización social donde existen unas determinadas relaciones de poder que derivan en una situación de desigualdad social entre hombres y mujeres (Rubin, G., 1975), colocando a las mujeres y lo femenino por debajo de los hombres y lo masculino, en la escala de valoración social.

Desde Fundación Atenea llevamos años señalando que podemos encontrar estudios y programas de intervención en adicciones, que tienen intencionalidad de integrar la perspectiva de género, pero continúan manteniendo una mirada androcéntrica y patriarcal en sus planteamientos. En algunos casos, explican las diferencias con ideas que refuerzan estereotipos y prejuicios de género. En otros casos, identificando adecuadamente diferencias entre hombres y mujeres, no tienen en cuenta la distinta valoración social de las características asociadas a lo femenino y a lo masculino. Igualmente, algunos estudios no identifican claramente los mensajes sociales de género que condicionan las diferencias y desigualdades entre unos y otras. (Cantos-Vicent, R. y Molina-Sánchez, C., 2017). Cuestión necesaria para entender la realidad del consumo de psicofármacos, al ser la única sustancia donde existe más consumo a lo largo de la vida en mujeres que en hombres.

Para realizar un estudio desde la perspectiva de género y comprender las posibles diferencias encontradas entre mujeres y hombres, es necesario fijarnos en los mensajes que se construyen a nivel social sobre lo que implica ser mujer y ser hombre. Para ello, en este momento realizaremos

una aproximación a los conceptos más necesarios de la teoría feminista en los que se va a sustentar la perspectiva de análisis.

Género, patriarcado y valoración de lo femenino y lo masculino

En primer lugar, debemos tener claro qué entendemos por género, ya que este concepto es la base de la perspectiva desde la que se va a investigar. Cuando hablamos de género nos estamos refiriendo a grupos biosocioculturales, contruidos históricamente a partir de la identificación de características sexuales que clasifican a los seres humanos corporalmente. Ya clasificados se les asigna de manera diferencial un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales, formas de comportamiento y normas (Lagarde, M. 1993:32 citado en Alfaro, C. 1999). Por tanto, analizar un fenómeno social con perspectiva de género, nos permite identificar las características específicas que definen a mujeres y hombres dentro de un fenómeno social concreto, pudiendo analizar semejanzas y diferencias, comprendiendo así los motivos de estas últimas.

De esta definición de género que se deduce de lo expuesto anteriormente, desde la sociología del género y la filosofía feminista, se ha desarrollado la teoría del sistema sexo-género. Esta teoría explicita una diferenciación entre sexo y género. El sexo serían aquellas características ligadas a los aspectos físicos, biológicos o anatómicos, y el género, cómo hemos definido anteriormente, serían todas aquellas características culturales, psicológicas y sociales que se atribuyen a hombres y mujeres, es decir, lo que se entiende como femenino o masculino. Por tanto, las características pertenecientes al género no serían innatas, sino una construcción social derivada del proceso de socialización. Estas características asociadas al género sufren variaciones dependiendo de la cultura y el tiempo histórico que analicemos. El hecho de que podamos encontrar diferencias en la construcción del género en diferentes culturas, actualmente y a lo largo de la historia, se muestra como una prueba del género como sustrato sociocultural y no innato al ser humano.

Estas semejanzas y diferencias vienen adscritas a los roles de género, que son las funciones, actividades y responsabilidades que se atribuyen como “propias” y de manera diferenciada a hombres y mujeres. Tales roles de género se aprenden mediante la socialización de género, que consiste en el proceso por medio del cual los hombres y las mujeres van aprendiendo las normas, valores, costumbres, estereotipos y roles asignados por cada cultura en particular a hombres y mujeres. Este proceso comienza en la primera infancia y se va consolidando a lo largo de los años (Comisión Europea, 1998).

Esta diferenciación ha generado una desigualdad de género que ha tenido reflejo en múltiples ámbitos y niveles. El ámbito del consumo de drogas es sin duda uno en el que podemos encontrar

diferencias bien marcadas en cuanto al uso, las motivaciones y percepciones entre mujeres y hombres como iremos viendo a lo largo de este estudio.

Pero el problema principal no reside en las diferencias de género, como hemos mencionado anteriormente, se encuentra en la diferente valoración social que se ha atribuido a la masculinidad frente a la feminidad, que incurre en una desigualdad de género.

Estas concepciones se enmarcan en lo que se ha denominado el sistema patriarcal. Lagarde, M. (1994), define Patriarcado como *“un orden de poder, un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre y está basado en la supremacía de los hombres y lo masculino, sobre la inferiorización de las mujeres y lo femenino”*. Por tanto, como decíamos anteriormente, existe una desigualdad de género porque el valor social que se da a las características entendidas como masculinas es mayor que a las características femeninas dentro de este sistema. Además, podemos añadir que la masculinidad se construye a partir del rechazo a la feminidad.

Dentro del concepto de patriarcado, Alicia Puleo (1995:25) lo diferencia en dos formas, ya que pueden observarse diferencias entre unas sociedades patriarcales y otras. Así, diferencia entre “patriarcados de coerción” y “patriarcados de consentimiento”. El *“patriarcado de coerción”* queda definido como aquel donde lo prohibido o permitido para las mujeres queda legislado o normativizado, y su incumplimiento tiene establecido toda una serie de sanciones, que en algunos casos incluyen la violencia física. El *“patriarcado de consentimiento”* suele darse en sociedades donde ya existe una igualdad formal o legal, pero no real. Es decir, siguen prevaleciendo imágenes, discursos, estereotipos o mitos que se transmiten en los medios de comunicación, y otros agentes de socialización. Por tanto, el *“patriarcado de consentimiento”* es *“producto de la aparente elección individual, una desigualdad en la identidad y el rol de mujeres y hombres en apariencia <<consentida>>”* (Fernández, E.A, 2001:10-11). El contexto cultural en el cual se va a enmarcar este estudio se encuentra dentro de un “patriarcado de consentimiento” al existir igualdad legal, por ello resulta adecuado estudiar desde una metodología que nos permita analizar la influencia de los mandatos de género y su relación en el consumo no médico de psicofármacos en población juvenil.

Proceso de socialización y mandatos de género como elementos de análisis

La socialización, en palabras de García Galera (2000:74 citado en Espinar-Ruiz, E., 2006), trata del *“proceso de adquisición por parte del individuo, de un conocimiento sobre las normas y valores básicos para la convivencia dentro del grupo de pertenencia”*. Es decir, mediante el proceso de socialización aprendemos a vivir en nuestro entorno social. Este proceso no acaba nunca a lo largo de nuestra vida, pero es esencial en la etapa infantil.

Como estamos señalando, el proceso de socialización primario es fundamental en la adquisición de las normas básicas, tiene lugar en el entorno familiar y social más próximo, produciéndose a través de la imitación y la identificación. Así, comienza a desarrollar su identidad de género imitando comportamientos e identificándose con las personas que los realizan. Estas normas, valores e identificaciones se verán reforzadas o rechazadas dentro del proceso de socialización secundaria, donde se comienza a interactuar con otros ámbitos como la escuela, los medios de comunicación, grupo de iguales, etc. (Ruiz, E.E, 2007). Además, dentro del proceso de socialización, es importante añadir cuáles son los grandes agentes de socialización que intervienen en diferente grado dependiendo de las circunstancias específicas de cada persona: la familia, los medios de comunicación, el grupo de iguales, instituciones políticas, culturales y económicas, la escuela y la religión.

Partiendo de esta definición del proceso de socialización, la socialización de género sería el proceso mediante el cual el ser humano aprende las normas básicas aceptadas socialmente en cuanto al desarrollo de su identidad de género. Es decir, de manera diferenciada, dependiendo de su sexo, aprende cómo ser mujer y cómo ser hombre dentro de su entorno sociocultural específico. Podríamos decir que la socialización de género empieza incluso antes del nacimiento, pues en función de si el sexo del bebé es varón o hembra, los/as familiares comienzan a crearse diferentes expectativas que influirán posteriormente tras el nacimiento del bebé, quedando preestablecidas características que influirán en el desarrollo de la propia identidad de género. Este proceso se ve retroalimentado por los mensajes sociales que recibimos, como decimos, de lo que implica ser mujer o ser hombre. A este concepto lo llamamos, **“mandatos de género”**. En la investigación, *“Hombres, Mujeres y Drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas”* (2016) realizada por Raquel Cantos desde Fundación Atenea, se desarrollan los mandatos de género como herramienta de análisis. Metodología que va a ser utilizada en esta investigación.

Los **mandatos de género** son mensajes sociales que transmiten las características que indican socialmente cómo tiene que ser un hombre y cómo tiene que ser una mujer. Estos mensajes se asocian al sexo asignado al nacer, tienen carácter de obligatoriedad y no se eligen. Los mandatos de género masculinos y femeninos se describen a través de la investigación *“Como dios manda: modelos ideales de hombre y mujer”* (2018) realizada por Raquel Cantos en Fundación Atenea. En este caso, se indican a través de las siguientes imágenes:

Ser mujer



Mecanismo de control: LA CULPA

CUIDAR a otras personas por encima de ti misma



Papel central en la **familia**.
Maternidad es un elemento fundamental de autorrealización
Pendiente del bienestar de las personas de su entorno
Profesión y formación enfocadas hacia el cuidado
Tu valor en función de tu capacidad de cuidar

GUSTAR, AGRADAR O ATRAER a otras personas



Agradar fundamentalmente a los hombres
La "belleza física" ocupa un lugar central
Cuerpo femenino (poder y cosificación a la vez)
Competitividad con otras mujeres
Objeto sexual. Uso del cuerpo y la sexualidad
Tu valor en función del canon de belleza imperante

AMAR Y SER AMADA



Pendiente de la conexión profunda con otras personas
Pareja, hombre, centro de la vida de las mujeres
Mito del amor romántico. Incompleta si no es amada
¿Dependencia emocional? También los hombres

SER EMOCIONAL Y COMUNICATIVA



Captar e interpretar sentimiento propios y ajenos
Obstáculo para el éxito en el mundo público
Incompatible con la razón y la lógica

Fuente: Raquel Cantos "Como Dios manda: Modelos ideales de mujer y hombre. Análisis, por décadas, a través del cine, los juguetes, la publicidad y la música españoles" (Fundación Atenea, 2018), con imágenes de Freepik (<https://www.freepik.es/>).

Ilustración 1. Mandatos de género femeninos

Ser hombre



Mecanismo de control: LA VERGÜENZA

Tener **PODER** y ejercer **CONTROL**



Mito del ganador. Tus logros y posesiones son tu poder (mujeres incluidas)
Poder y fuerza física van de la mano. Culto al cuerpo
Importancia del deseo sexual desatado e incontrolado
Responsabilidad: proteger al mundo, salvarlo
Consecuencias: dolor, aislamiento y carencia afectiva

Conocer y manejar la **VIOLENCIA**



Herramienta para regular conflictos
Herramienta para mantener el orden social. Violencia de género
Dirigido fundamentalmente hacia otras persona
Dirigida hacia sí mismos (pone peligro su integridad)

Asumir **RIESGOS**



Necesidad de realizar **demonstraciones continuas de masculinidad**
Falta de interés por el cuidado (es femenino)
Ejemplo claro: consumo y abuso de drogas

Eres principalmente **RACIONAL**



Dificultad de gestión emocional
¿Dependencia emocional?. **Mito mujer salvadora**
Tendencia a ocultar sentimientos
Desconexión del mundo emocional y sexual

Fuente: Raquel Cantos "Como Dios manda: Modelos ideales de mujer y hombre. Análisis, por décadas, a través del cine, los juguetes, la publicidad y la música españoles" (Fundación Atenea, 2018), con imágenes de Freepik (<https://www.freepik.es/>).

Ilustración 2. Mandatos de género masculinos

Vemos que existen mensajes diferenciados entre mujeres y hombres, dirigidos para unos y para otras. ¿Significa ello que todas las mujeres cumplen los mandatos de género femeninos? ¿O que todos los hombres cumplen los mandatos de género masculinos? No. Pero sí significa que todos los hombres y todas las mujeres reciben estos mensajes. Estos mensajes son gestionados de forma diferenciada tanto por cada persona, como en cada sociedad, como indica Raquel Cantos (2018:19) ***“varía notablemente en función de factores sociales, históricos, políticos o económicos, dando lugar a muy diversas formas de expresión de estos mandatos tanto en un mismo lugar y momento histórico como en diferentes contextos espacio-temporales”***. Por ello, resulta fundamental identificar las principales diferencias y especificidades entre hombres y mujeres dentro del consumo no médico de psicofármacos.

Cantos, R (2016) en “Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas”, se analizó cuáles eran las diferencias sociales entre mujeres y hombres y su relación con los mensajes comunes y compartidos socialmente mencionados anteriormente. De esta manera se identificaron varios ámbitos donde podemos encontrar diferencias de género y que podemos ver gráficamente en la ilustración número 3: patrones de consumo, inicio del consumo, efectos del consumo y percepción del riesgo. Esta categorización nos ha servido como base para la identificación de las diferencias en el consumo no médico de psicofármacos por parte de la población joven adecuándose a las circunstancias concretas de la sustancia analizada. Las diferencias que muestra la ilustración 3, aportan información relevante complementaria a los resultados que vamos a mostrar en el estudio, con la diferencia de que los psicofármacos son la única sustancia más consumida por las mujeres a lo largo de su vida, respecto a los hombres. En el consumo problemático general de drogas, encontramos una mayor tendencia de los hombres al consumo de drogas ilegales, siendo las motivaciones y las circunstancias del inicio diferentes. También, cómo perciben el riesgo y las implicaciones sociales que se derivan del consumo problemático son diferentes. La articulación entre los mandatos de género predominantes y las diferencias de consumo problemático de drogas, detectándose ya en este estudio un consumo mayor de hipnosedantes por parte de las mujeres, siendo un tipo de consumo que no confronta directamente con lo que se espera de ellas, resulta importante como base para la comprensión del porqué del consumo no médico de psicofármacos y sus diferencias entre mujeres y hombres.

Ilustración 3. Diferencias en el consumo problemático de drogas entre mujeres y hombres

Patrón de consumo



El consumo de drogas es patrimonio de lo masculino (excepto los hipnosedantes)

Consumo problemático

Afecta en mayor proporción a los hombres



Tendencia al consumo de sustancias legalizadas o socialmente aceptadas

Jóvenes tienen consumos parecidos a los de los hombres jóvenes

- Hipótesis de la convergencia y de la feminización de la droga
- Hipótesis de la excepción por la adolescencia

Consumo problemático

Con drogas legalizadas (Alcohol e hipnosedantes)

Espacios privados

Elaborado a partir de Raquel Cantos "Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas" (Fundación Atenea, 2016), y con imágenes de Freepik (<https://www.freepik.es/>)

Inicio del consumo



Circunstancias del inicio

En compañía de amistades (mixtos y masculinos). La pareja no influye mucho
Casi siempre en presencia de hombres

Motivaciones para el inicio

Relacionadas con el placer, el riesgo, lo público y las situaciones violentas y agresivas (conflictos familiares). En entrevistas, la desinhibición y pérdida de control.



Circunstancias del inicio

En compañía de parejas y amistades (grupos mixtos) Lugar protagonista de la pareja

Motivaciones para el inicio

Relacionadas con mundo emocional/privado (familia, problemas personales,...), con la aprobación y valoración de l@s demás

Elaborado a partir de Raquel Cantos "Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas" (Fundación Atenea, 2016), y con imágenes de Freepik (<https://www.freepik.es/>)

Efectos del consumo



Efectos psico-sociales

Mayores actitudes violentas.



Más vulnerables a los **efectos físicos** de las drogas

Efectos psico-sociales

Mayor posibilidad de sufrir **abuso sexual** y violencia
Mayor culpa y vergüenza. Castigo y rechazo social. Soportan más estigma y exclusión

Elaborado a partir de Raquel Cantos "Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas" (Fundación Atenea, 2016), y con imágenes de Freepik (<https://www.freepik.es/>)

Percepción riesgo



Los hombres perciben menos el riesgo para todas las drogas



En general se perciben mayores riesgos para la salud y la integridad de las mujeres (al ir a pillar, al consumir demasiado o más fuerte,...)

Elaborado a partir de Raquel Cantos "Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas" (Fundación Atenea, 2016), y con imágenes de Freepik (<https://www.freepik.es/>)



Fundación Atenea

Elaborado a partir de Raquel Cantos "Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas" (Fundación Atenea, 2016), y con imágenes de Freepik (<https://www.freepik.es/>)

Representaciones sociales sobre el fenómeno de las adicciones

Antes de introducirnos en el modelo o enfoque sobre adicciones desde el que se estructura este proyecto de investigación es importante realizar una aproximación a la evolución del concepto de adicciones, su percepción y representaciones sociales, ya que tiene un alto impacto en cómo se concibe el consumo de sustancias en nuestro contexto social.

La investigación realizada desde Fundación Atenea *¿Qué es ser drogodependiente hoy?* (2014), señala que la percepción sobre la droga como problema social ha ido variando en las últimas décadas. Fue en los años 80 cuando el barómetro del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) lo registraba entre los tres principales problemas destacados por la población, relacionado con la etapa de consumo de heroína en los años 80. En estos momentos el problema del consumo de drogas se convirtió en un problema público, donde la sociedad en general y las instituciones en particular, tomaron partido. Cuestión que fue circunstancial, asociada a un momento histórico concreto, ya que a partir de los años 90 fue volviendo de nuevo al ámbito privado. La investigación nos revela que la sustancia tiene importancia en la percepción social que se tiene sobre el fenómeno de las adicciones, ya que sustancias legales como el alcohol, los psicofármacos o el tabaco, no son percibidas fácilmente como un hecho problemático. El problema con el consumo de heroína de los años 80 tuvo un alto impacto en el imaginario social sobre el consumo de drogas y aunque existe una amplia variedad de perfiles de personas con consumo problemático, se sigue asociando a ese perfil concreto.

Atendiendo al estudio realizado desde Fundación Atenea por Cantos-Vicent, R. y Molina-Sánchez C. *“Frente al espejo. Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género”* (2018) sabemos que la imagen social de las personas con consumo problemático de drogas está relacionada con un hombre adulto, deteriorado físicamente, de entre 35 a 55 años, que vive en una situación de exclusión y marginalidad extrema. Esto implica varias cuestiones:

- El consumo de las mujeres está invisibilizado.
- Se ha normalizado el consumo en personas jóvenes como parte de su proceso vital.
- El consumo es visible y se detecta a través del aspecto físico de la persona.

- El consumo problemático está únicamente relacionado con situaciones de exclusión social.

Esta percepción tiene una alta incidencia en el asunto que nos ocupa, el consumo no médico de psicofármacos por parte de personas jóvenes. El hecho de que la sociedad, sólo identifique visiblemente un tipo de perfil de consumo, invisibiliza las realidades de los demás y puede influir en la autopercepción de una persona con consumo problemático de psicofármacos al no identificarse como una persona que tiene una adicción. En el estudio mencionado, en el caso concreto de la imagen social del consumo problemático de psicofármacos o hipnosedantes, se detectó que no existe una imagen nítida de las personas con adicción a los hipnosedantes, sólo que es consumido por mujeres y que el papel de los hombres en este caso es como proveedores de la sustancia, ya sea de forma ilícita o lícita (médico que las receta). El estudio, explicita que el hecho de que las mujeres estén invisibilizadas en el consumo problemático de drogas en general, unido a que esta sustancia está asociada principalmente a ellas, puede estar dando lugar a esta imagen social borrosa o desdibujada de los hipnosedantes o psicofármacos.

Por último, unido a la imagen social de las drogas desde la población general, a nivel profesional, tradicionalmente, ha tenido mucha incidencia el estudio de las adicciones desde una perspectiva biomédica. El análisis desde esta perspectiva oculta otros factores de vulnerabilidad como la pobreza y la exclusión, los problemas familiares, la falta de perspectivas y de opciones de futuro para la juventud. Es decir, *“la concepción de los drogodependientes exclusivamente como enfermos, dejando de lado la coyuntura y la estructura social, puede suponer una ocultación de otros factores condicionantes de estas personas”* (Nieves, Y. y Molina-Sánchez, C. 2014:42).

Enfoque multidimensional

Las adicciones con o sin sustancia, dentro de su recorrido histórico, han sido abordadas desde diferentes enfoques. Dentro de este ámbito, interactúan tres elementos clave: la sustancia, el individuo y el contexto social.

Entre los diferentes enfoques, y teniendo en cuenta que todos aportan elementos útiles para la comprensión del fenómeno, ya que cada uno analiza uno de los elementos o las interrelaciones entre varios de ellos, consideramos que es el enfoque multidimensional el que mayores

posibilidades nos ofrece para **vincular el sexo/género con el análisis de las adicciones**, ya que tiene en cuenta el contexto social. Sería este último el que interviene a la hora de diferenciar por qué una persona consume y otra no, desde un enfoque social de uso y abuso de drogas. Para indagar en las interrelaciones entre la sustancia, el individuo y el contexto, necesitaremos recurrir al sistema **sexo/género** de forma constante, de tal modo que podamos complementar estas interacciones con las diferencias y similitudes que encontremos en el consumo de hombres y mujeres.

Una de las cuestiones fundamentales de este enfoque, en palabras de Martínez, P. (2009:29) *“...es que comprende que en función de la interacción de los diferentes elementos se produce una problemática distinta y específica en cada caso, llegando incluso a no ser siempre “problemática”*. Por tanto, este enfoque nos permite tener en cuenta distintas dimensiones que habitualmente otros enfoques no contemplan y que permiten describir factores específicos del consumo de hombres y mujeres de forma diferenciada. Si pensamos en los mandatos de género explicitados en el apartado anterior, abordar las adicciones desde un modelo multidimensional nos permite analizar la influencia de los procesos de socialización de género en los usos y motivaciones del consumo de sustancias entre hombres y mujeres. Por ejemplo, si el mandato de género masculino “mayor asunción de riesgos” tiene relación con el mayor consumo de drogas ilegales por parte de los hombres. Este análisis debe estar contextualizado y fundamentado en datos objetivos. Retomando a Martínez, P. (2009: 32 citado en Nieves-Martín, Y. y Molina-Sánchez, C., 2014), el enfoque multidimensional, *“Se nutre de la contemplación de diversas disciplinas y favorece un acercamiento que intenta despojarse de todos los estereotipos y discursos sociales generados todos estos años acerca de las drogas, de los cuales los denominados “profesionales” de las drogodependencias tampoco estamos “libres”*.

Por último, retomando las tres dimensiones indicadas anteriormente dentro el enfoque multidimensional: sustancia, persona y contexto social, además de la integración de la perspectiva de género a través del abordaje del contexto social, este proyecto se fundamenta en dos ideas principales (GID, 1995 citado en Nieves-Martín, Y. y Molina-Sánchez, C., 2014):

- La persona no es sujeto pasivo, sino un agente activo de su proceso y con responsabilidad en ello.
- Para cada sujeto, cada sustancia tiene una función específica que le da sentido, y determina su uso y el significado que se le atribuye.

A continuación, expondremos las herramientas empleadas para la realización del estudio y sus consecuentes resultados.

Metodología



Instrumentos de recogida de información

La propuesta metodológica de esta investigación radica en la combinación de una revisión de fuentes secundarias, tanto cuantitativas como cualitativas, junto con el apoyo de entrevistas en profundidad a personas jóvenes y personas expertas en psicofármacos.

En concreto:

- Revisión de fuentes secundarias, publicaciones y bases de datos disponibles del consumo no médico de psicofármacos por parte de la población joven y estudios relacionados.
- Entrevistas telefónicas en profundidad a jóvenes entre 18 y 30 años.
- Entrevistas a personas expertas en consumo de psicofármacos por población juvenil o intervención social con jóvenes.

Revisión de fuentes secundarias

La revisión de fuentes secundarias se ha realizado teniendo en cuenta tanto bases de datos cuantitativas, como la revisión bibliográfica de estudios nacionales e internacionales sobre jóvenes y consumo no médico de psicofármacos. En este apartado vamos a detallar los procedimientos para la selección y explotación de las diferentes fuentes utilizadas.

Explotación de datos de las bases del PNSD: EDADES y ESTUDES

Dentro de las fuentes de datos cuantitativas que nos sirvieran para obtener información sobre el consumo no médico de psicofármacos por parte de población joven, se han seleccionado las bases elaboradas por el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD): EDADES y ESTUDES. Siendo escogidas las bases de los años 2017 y 2016, respectivamente, por ser las últimas consolidadas y accesibles en el año de realización de este estudio.

Dentro de la explotación de los datos en SPSS según las necesidades de este estudio, es importante especificar varias cuestiones:

- En EDADES (2017) únicamente se emplearon los datos correspondientes a edades comprendidas entre los 15 y 30 años.

- Cuando hablamos de consumidores habituales de psicofármacos nos referimos a aquellos que señalan haber tenido consumo al menos en el último mes. Utilizamos ocasionales para referirnos a las personas que han consumido en el último año. Para la categoría alguna vez en la vida mantenemos el concepto.
- Por último, se ha calculado la variable “años de socialización en España”. Esta variable viene generada a partir de la edad y el tiempo de residencia en España, ya que entendemos que un menor que llega a España con poca edad, su proceso de socialización se ha producido fundamentalmente aquí. Esta variable se ha utilizado para el análisis de las características socioculturales que influyen en el consumo.

Además, se realizó una selección de las variables dependientes e independientes necesarias para obtener información en relación con los objetivos propuestos. En el apartado anexos de este documento se adjuntan las tablas con el listado de variables seleccionadas, así como las tablas completas empleadas para la realización de los gráficos en el apartado resultados.

Revisión bibliográfica de estudios sobre jóvenes y consumo no médico de psicofármacos

Para la selección de estudios relacionados con el objeto de la investigación, se recurrió Al motor de búsqueda PUBMED¹ y se estableció el siguiente procedimiento:

- Para la búsqueda, se utilizaron los conceptos que se especifican en las matrices que se muestran a continuación, filtrando por año, a partir del año 2000.
- Se descargaron las referencias de aquellos artículos o estudios que en su título resaltaron conceptos relacionados con jóvenes, psicofármacos y género. Debían al menos incluir dos de estos conceptos.
- Se detectaron los artículos duplicados.
 - o Archivos totales descargados: 242
 - o Archivos finales no duplicados: 67
- Se distribuyeron los estudios entre los que tratan la realidad en España y los que hacen referencia a otros países:

¹ Motor de búsqueda que da acceso a artículos científicos de la base de datos MEDLINE y relacionados. Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

o España: 3

o Otros países: 64

- Se realizó una revisión exhaustiva para seleccionar aquellos que puedan tener relevancia para nuestro objeto de estudio:

o España: 3

o Otros países: 13

A continuación, mostramos las tablas que indican los conceptos utilizados, la fecha de búsqueda, los resultados mostrados y los artículos descargados:

Tabla 1. Matriz de búsqueda bibliográfica

Adolescence							
	Benzodiazepines	Sleep aids pharmaceutical	Tranquilizers	Sedative	Anxiolytic	psychotropic drugs	Psychotherapeutics
Misuse prescription drugs	1/04/20 141(14)	1/04/20 4 (4)	1/04/20 137(5)	1/04/20 153(9)	1/04/20 53 (5)	1/04/20 147 (4)	1/04/20 257 (5)
nonmedical prescription use	2/04/20 27(5)	2/04/20 1 (0)	2/04/20 75(8)	2/04/20 98 (7)	2/04/20 32 (5)	2/04/20 79 (1)	2/04/20 83 (5)
recreational use	3/04/20 55 (0)	3/04/20 0 (0)	3/04/20 73 (1)	2/04/20 38 (1)	2/04/20 35 (0)	2/04/20 344 (1)	2/04/20 357 (0)
Substance abuse	8-04-20 751 (2)	8-04-20 6 (0)	8-04-20 799 (10)	8-04-20 551 (1)	8-04-20 295 (0)	8-04-20 2079 (7)	8-04-20 2147 (9)
Self-regulation	13-04-20 3 (0)	13-04-20 0 (0)	13-04-20 12 (0)	13-04-20 3 (1)	13-04-20 3 (0)	13-04-20 45 (0)	13-04-20 67 (0)
Substance Use Disorders	23-04-20 731 (5)	23-04-20 6 (0)	23-04-20 802 (2)	23-04-20 532 (1)	23-04-20 290 (0)	23-04-20 2055 (1)	23-04-20 2127 (2)
Young Adult							
	Benzodiazepines	Sleep aids pharmaceutical	Tranquilizers	Sedative	Anxiolytic	psychotropic drugs	Psychotherapeutics
Misuse prescription drugs	3-04-20 124 (3)	3-04-20 2 (0)	3-04-20 104 (5)	3-04-20 139 (7)	3-04-20 48 (0)	3-04-20 188 (3)	3-04-20 191 (2)
nonmedical prescription use	6-04-20 36 (2)	6-04-20 2 (1)	6-04-20 55 (4)	6-04-20 79 (1)	6-04-20 23 (0)	6-04-20 64 (0)	6-04-20 66 (0)
recreational use	6-04-20 57 (2)	6-04-20 1 (0)	6-04-20 58 (2)	6-04-20 54 (1)	6-04-20 40 (0)	6-04-20 341 (3)	6-04-20 351 (7)
Substance abuse	23-04-20 731 (5)	23-04-20 6 (0)	23-04-20 802 (2)	23-04-20 532 (1)	23-04-20 290 (0)	23-04-20 2055 (1)	23-04-20 1676 (2)
Self-regulation	23-04-20 6 (0)	23-04-20 0 (0)	23-04-20 11 (0)	23-04-20 8 (0)	23-04-20 5 (0)	23-04-20 33 (0)	23-04-20 55 (0)
Substance Use Disorders	24-04-20 667 (5)	24-04-20 0 (0)	24-04-20 11 (0)	24-04-20 8 (0)	24-04-20 5 (0)	24-04-20 33 (0)	24-04-20 55 (0)

High-school Students							
	Benzodiazepines	Sleep aids pharmaceutical	Tranquilizers	Sedative	Anxiolytic	psychotropic drugs	Psychotherapeutics
Misuse prescription drugs	6-04-20 0 (0)	6-04-20 1 (1)	6-04-20 10 (1)	6-04-20 9 (4)	6-04-20 1 (0)	6-04-20 11 (1)	6-04-20 11 (3)
nonmedical prescription use	6-04-20 1 (0)	6-04-20 0 (0)	6-04-20 10 (0)	6-04-20 7 (1)	6-04-20 1 (0)	6-04-20 6 (0)	6-04-20 8 (1)
recreational use	6-04-20 0 (0)	6-04-20 0 (0)	6-04-20 3 (3)	6-04-20 0 (1)	6-04-20 0 (0)	6-04-20 9 (0)	6-04-20 11 (1)
Substance abuse	27-04-20 0 (0)	27-04-20 0 (0)	27-04-20 0 (0)	27-04-20 1 (1)	27-04-20 0 (0)	27-04-20 0 (0)	27-04-20 1 (0)
Self-regulation	28-04-20 2 (0)	28-04-20 1 (1)	28-04-20 20 (2)	28-04-20 12 (1)	28-04-20 43 (0)	28-04-20 43 (0)	28-04-20 46 (2)
Substance Use Disorders	28-04-20 2 (0)	28-04-20 1 (1)	28-04-20 19 (1)	28-04-20 11 (1)	28-04-20 2 (0)	28-04-20 42 (0)	28-04-20 44 (0)
Young drug users							
	Benzodiazepines	Sleep aids pharmaceutical	Tranquilizers	Sedative	Anxiolytic	psychotropic drugs	Psychotherapeutics
Misuse prescription drugs	7-04-2020 29 (1)	7-04-2020 0 (0)	7-04-2020 28 (0)	7-04-2020 30 (1)	7-04-2020 9 (1)	7-04-2020 54 (1)	6-04-2020 56 (3)
nonmedical prescription use	7-04-2020 16 (2)	7-04-2020 0 (0)	7-04-2020 21 (1)	7-04-2020 22 (1)	7-04-2020 6 (1)	7-04-2020 24 (3)	6-04-2020 25 (0)
recreational use	7-04-2020 15 (1)	7-04-2020 0 (0)	7-04-2020 10 (0)	7-04-2020 19 (1)	7-04-2020 6 (0)	7-04-2020 145 (1)	6-04-2020 145 (1)
Substance abuse	29-04-20 2 (0)	29-04-20 0 (0)	29-04-20 2 (0)	29-04-20 2 (0)	29-04-20 1 (0)	29-04-20 7 (0)	29-04-20 7 (0)
Self-regulation	30-04-20 149 (5)	30-04-20 2 (0)	30-04-20 97 (1)	30-04-20 101 (4)	30-04-20 39 (0)	30-04-20 374 (0)	30-04-20 375 (2)
Substance Use Disorders	30-04-20 149 (3)	30-04-20 2 (0)	30-04-20 94 (0)	30-04-20 99 (1)	30-04-20 38 (0)	30-04-20 346 (0)	30-04-20 347 (0)

Por último, los estudios o artículos seleccionados nos permitieron acceder, a través de su bibliografía, a otros 7 documentos relevantes para la temática objeto de estudio.

Entrevistas en profundidad a personas jóvenes

Además de la revisión de fuentes secundarias, se han realizado entrevistas telefónicas en profundidad a jóvenes entre 18 y 30 años, en el periodo comprendido entre el 17 de septiembre y el 27 de octubre de 2020.

Se ha entrevistado a 10 personas mediante muestreo probabilístico bola de nieve, debido a la dificultad de hablar de esta temática mediante selección aleatoria, siendo la invitación mediante redes de cercanía la que ha sido determinante para obtener información generando un entorno de mayor confianza. Con el fin de que la muestra fuera lo más diversa posible, las personas entrevistadas pertenecen a las Comunidades Autónomas de Madrid, Cantabria, Andalucía y Castilla La Mancha.

Tabla 2. Perfiles de personas jóvenes entrevistadas.

<i>Código</i>	<i>Ámbito de localización</i>	<i>Consumo no médico</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>
01	Castilla La Mancha	Si	H	18
02	Madrid	No	H	29
03	Madrid	No	H	20
04	Madrid	No	M	19
05	Andalucía	No	H	27
06	Madrid	No	H	26
07	Madrid	No	M	25
08	Madrid	Si	M	28
09	Cantabria	No	M	27
10	Cantabria	Si	M	30

Como muestra la tabla, se entrevistó a 5 mujeres y 5 hombres. De las personas entrevistadas, 3 declararon haber consumido psicofármacos de forma no médica.

Entrevistas a persona expertas

Por último, se han realizado entrevistas en profundidad a profesionales del ámbito del consumo no médico de psicofármacos por parte de población joven y en el ámbito de la intervención con jóvenes.

Tabla 3. Perfiles de personas expertas entrevistadas.

<i>Código</i>	<i>Ámbito de localización</i>	<i>Tipo de profesional</i>	<i>Sexo</i>
01	Madrid	Experta ámbito salud	M
02	Barcelona	Experta ámbito salud	M
03	Salamanca	Experta intervención	M
04	Albacete	Experto intervención	H
05	Albacete	Experta intervención	M

Estas entrevistas han sido realizadas a través de videollamada o telefónicamente a dos personas expertas del ámbito de la salud y a tres personas profesionales de intervención con jóvenes con consumo o en riesgo de ello. Las fechas de la realización de las entrevistas están comprendidas entre el 23 y 27 de noviembre de 2020.

El informe que se presenta expondrá los resultados de las distintas fuentes de información empleadas en el trabajo de campo.

Resultados



Algunos datos sobre consumo no médico de psicofármacos desde la perspectiva de género

El presente capítulo pretende realizar una aproximación a los principales resultados de la revisión de fuentes secundarias realizada, consultando bibliografía de estudios o artículos internacionales o nacionales, así como la explotación de las bases de datos EDADES (2017) y ESTUDES (2016) del Plan Nacional sobre Drogas, atendiendo a las variables de interés para el estudio mostradas en el anexo I de este documento.

De esta forma, el capítulo presentará las prevalencias y los patrones de consumo en primer lugar. En segundo lugar, trataremos la información que tienen respecto a los psicofármacos, para finalizar aproximándonos a su relación con el ámbito de la salud percibida y la salud pública².

Prevalencias y patrones de consumo de la población joven con consumo no médico de psicofármacos

¿Quiénes son? Características sociodemográficas

Los estudios internacionales consultados señalan que el perfil general de la persona que consume psicofármacos se asocia con ser blanco, mujer y mayor de 15 años (Boyd, C. J., et al., 2015). En muchos casos las cifras de las mujeres duplican a las de los hombres, siendo necesario poner el foco en esta especificidad de género (Correa-Alfaro y García-Hernández, 2019).

Sin embargo, cuando hablamos de uso no médico, las diferencias se reducen para ciertos tipos de consumo. Por ejemplo, en un estudio realizado en Estados Unidos (Hall, M. T., et al., 2010), se indica que el mal uso de sedantes y ansiolíticos está aumentando en la adolescencia, en concreto el 9,5 % de los estudiantes de 12ª grado reportaron uso indebido de sedantes y

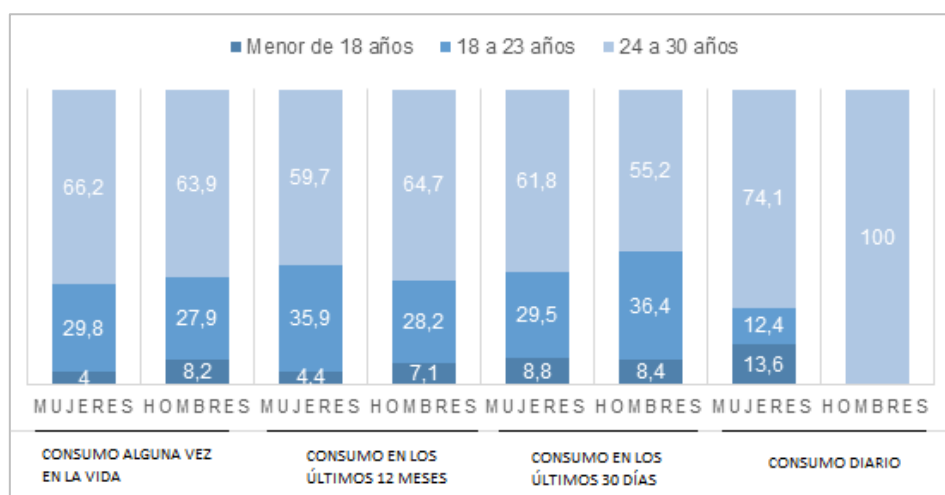
² La tablas completas para construir los gráficos pueden encontrarse en el Anexo II de este documento.

ansiolíticos alguna vez en la vida, este perfil concreto pertenece más al de un hombre, blanco y joven. En general, en EEUU existe entre un 9% y un 13% de personas jóvenes que tienen prescritos sedantes o ansiolíticos (McCabe, S. E. & West, B. T., 2014). Siguiendo a McCabe & West (2014) los resultados de su estudio exponen que las mujeres están mucho más expuestas a lo largo de su vida a las benzodiacepinas ya sean con receta o sin receta. La tasa de prevalencia de consumo alguna vez en la vida con receta fue de 5,6% en las mujeres y un 3,9% en los hombres, sin receta de un 8,1% en las mujeres y de un 6,4% en los hombres.

Respecto a los datos europeos, según los datos de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2011), Europa tenía uno de los niveles más altos de consumo de ansiolíticos y sedantes/hipnóticos entre los años 2007 y 2009 (Murphy K. D., et al., 2018). En concreto, sobre consumo no médico de psicofármacos el estudio europeo “*ESPAD Report 2019*” apunta que el uso indebido de fármacos entre las personas adolescentes es un motivo de preocupación. El 6,6% de las personas encuestadas informaron haber usado tranquilizantes o sedantes, y el 4% había usado analgésicos "para drogarse" alguna vez en su vida (ESPAD, 2019).

En España, la encuesta EDADES (2017), nos permite analizar los porcentajes de consumo no médico de psicofármacos de la población joven por sexo y edad, como podemos ver en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Consumo no médico por sexo y edad (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

En todas las frecuencias mostradas, el consumo es mayor a partir de los 24 años, tanto en mujeres como en hombres. Siendo, en el caso de los hombres que indican tener un consumo diario, del 100% a partir de esa edad. Si analizamos las diferencias entre hombres y mujeres, vemos que a mayor frecuencia de consumo existen más mujeres que indican consumir por debajo de los 18

años. Las diferencias aumentan en el caso del consumo diario, donde todos los casos detectados de consumo por debajo de los 23 años corresponden a mujeres.

Si analizamos la relación entre el consumo no médico de psicofármacos en jóvenes hasta 30 años, en función de los años de socialización en España, detectamos que son muy pocos los casos de personas nacidas fuera de España que tienen consumo no médico de psicofármacos, independientemente de la frecuencia de consumo. Las mujeres nacidas en España consumen en mayor proporción que los hombres que han nacido en España y respecto a las mujeres no nacidas en España. En los hombres, hecho que no encontramos en las mujeres, se detecta que a mayor frecuencia de consumo se dan más casos entre hombres con menos de 10 años de socialización en España.

Tabla 4. Consumo no médico por sexo y tiempo de socialización en España (%)

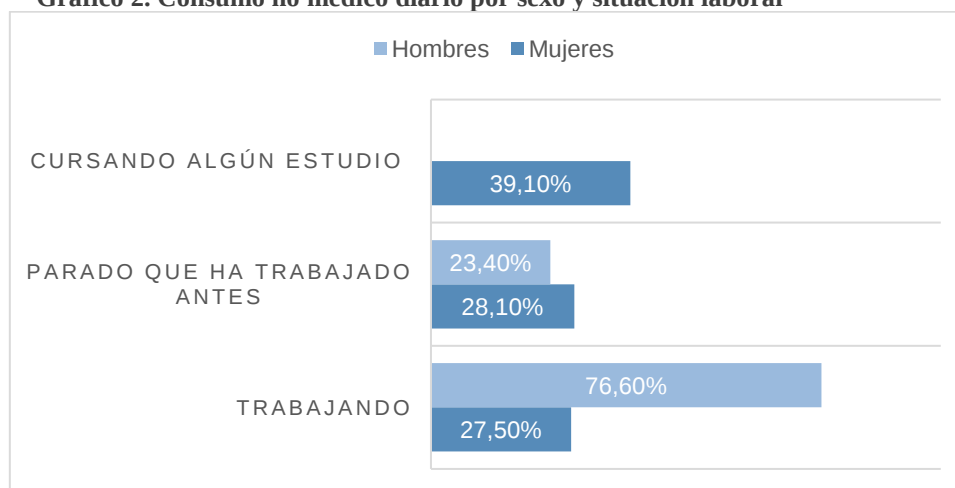
	Residencia en España	Mujeres		Hombres	
		SI	NO	SI	NO
Consumo alguna vez en la vida	Nacido/a en España	2,5	97,3	2,2	97,2
	Más de 10 años de socialización	1,2	98,8	3	96,7
	Menos de 10 años de socialización	1,4	98,6	1,7	98
Consumo en los últimos 12 meses	Nacido/a en España	1,3	98,5	0,9	98,4
	Más de 10 años de socialización	0,3	99,7	1,5	98,2
	Menos de 10 años de socialización	1,1	98,9	1,7	98
Consumo en los últimos 30 días	Nacido/a en España	0,6	99,1	0,2	99
	Más de 10 años de socialización	0,3	99,7	0,4	99,3
	Menos de 10 años de socialización	-	100	1,5	98,1
Consumo diario	Nacido/a en España	0,4	99,3	0,1	99,1
	Más de 10 años de socialización	-	100	-	99,7
	Menos de 10 años de socialización	-	100	0,7	98,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Cuando analizamos el consumo de psicofármacos de forma no médica en función de la situación laboral de las personas que consumen observamos que los hombres, independientemente de la frecuencia de consumo no médico de psicofármacos, su situación laboral principal es estar trabajando. Estar en paro habiendo trabajado antes, resalta como segunda opción elegida.

Respecto a los resultados de las mujeres, se introduce una nueva situación con bastante fuerza, encontrándose como segunda situación en casi todos los casos estar estudiando. De hecho, para las mujeres que indican consumir de forma diaria, es la primera situación laboral detectada.

Gráfico 2. Consumo no médico diario por sexo y situación laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

De esta manera, para los hombres el perfil mayoritario es un joven que trabaja o se encuentra en paro, pero ha trabajado anteriormente. El perfil mayoritario de las mujeres es una mujer que trabaja o está estudiando. Para las mujeres que consumen de forma diaria el perfil es una mujer que está estudiando. El estudio de Lucena. V., et al. (2013; citado en Correa-Alfaro & García-Hernández, 2019) destaca el consumo en personas universitarias y especifica que el estudiantado universitario tiende a tener un mayor consumo combinado de riesgo con otras drogas que los no universitarios. No obstante, la co-ingesta con otras drogas lo desarrollaremos más adelante.

Por tanto, el consumo sin receta de psicofármacos tiene mayor incidencia en las mujeres respecto a los hombres. Atendiendo a la edad, hay más mujeres más jóvenes con un consumo habitual que hombres. Respecto al tiempo de socialización en España no existen diferencias significativas, pero si podemos ver un pequeño repunte en los hombres con menos de 10 años de socialización en España. Por último, el consumo habitual de psicofármacos sin receta destaca en las mujeres estudiantes. Estar trabajando es la situación principal laboral para consumo ocasional, tanto para hombres como para mujeres.

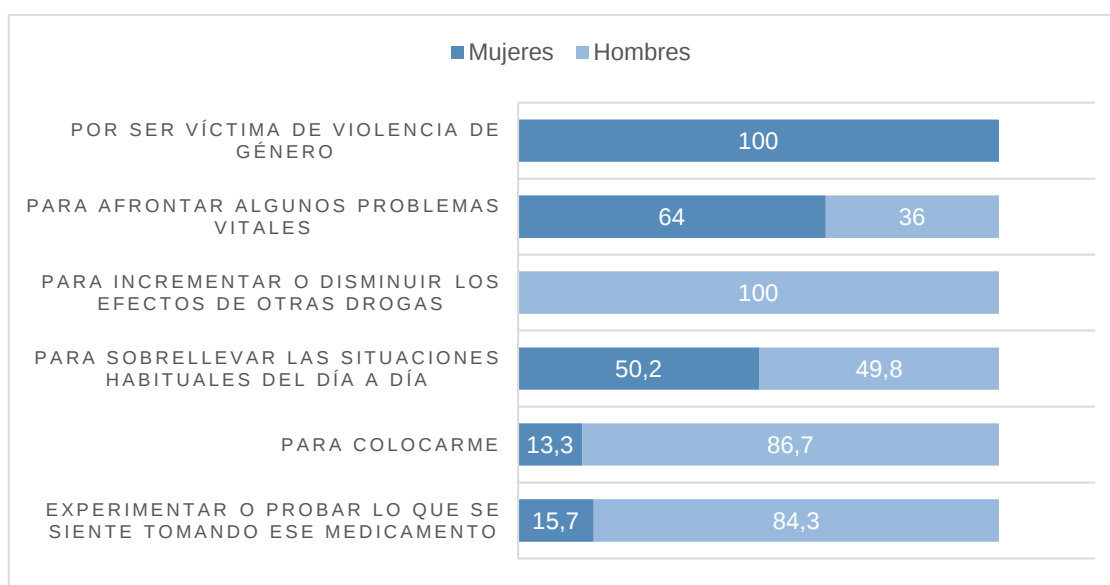
¿Por qué y para qué consumen? Motivaciones de las/os jóvenes.

De forma general, los estudios internacionales, advierten de que el uso indebido de psicofármacos se relaciona con la capacidad que tienen los jóvenes de regular sus emociones y hacer frente a situaciones de estrés en su vida cotidiana, además de encontrarse en una fase de experimentación donde se producen normalmente las primeras experiencias con el consumo de drogas (Wong. C. F, et al., 2013). Los estudios nacionales e internacionales y las bases de datos consultadas nos muestran que los motivos para el consumo no médico de psicofármacos por parte

de hombres y mujeres son diferentes. Los motivos de las mujeres suelen estar relacionados con la automedicación y los motivos de los hombres con la experimentación (Cotto. J. H., et al., 2010).

En concreto en España, la encuesta EDADES recoge los motivos que refieren las personas con consumo sin receta de manera habitual.. El gráfico 3 nos permite ver los resultados atendiendo al sexo y a la edad de las personas encuestadas.

Gráfico 3. Motivos del consumo habitual por sexo

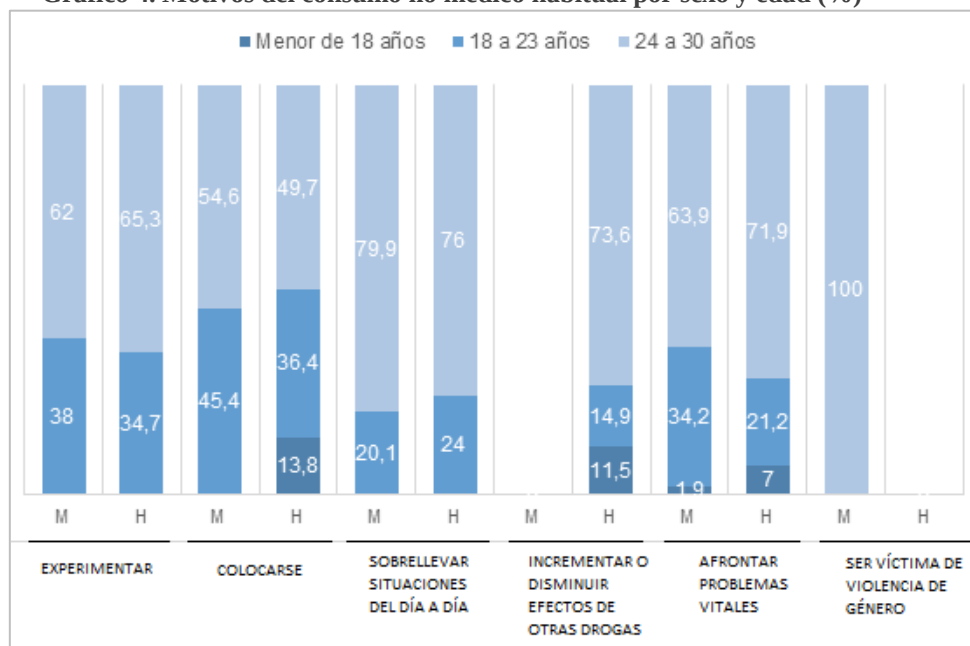


Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Como podemos ver, los motivos señalados principalmente por los hombres se relacionan con: experimentar o probar, colocarse y disminuir o incrementar los efectos de otras drogas. Para las mujeres los motivos principales son poder afrontar problemas vitales y por violencia de género. El único motivo donde no hay diferencias significativas entre mujeres y hombres es para sobrellevar las situaciones habituales del día a día.

Si atendemos a los datos desagregados por edad que mostramos en el gráfico 4, los hombres tienen mayor consumo a partir de los 24 años por todos los motivos indicados. Para colocarse es el motivo donde menos diferencias encontramos, existiendo consumo en los menores de 18 años. En las mujeres encontramos la misma tendencia, aunque en edades más tardías. El consumo por todos los motivos aumenta a partir de los 18 años y el único motivo donde se detectan casos en las mujeres por debajo de los 18 años es para afrontar problemas vitales.

Gráfico 4. Motivos del consumo no médico habitual por sexo y edad (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Así, los datos nos muestran diferencias en los motivos que mujeres y hombres refieren para consumir sin receta. Los motivos de ellas están vinculados a problemas vitales y los de ellos están más relacionados con el ocio. Será interesante analizar en los discursos de los jóvenes si esta tendencia se mantiene y de ser así, cómo se relaciona con los mandatos y roles de género.

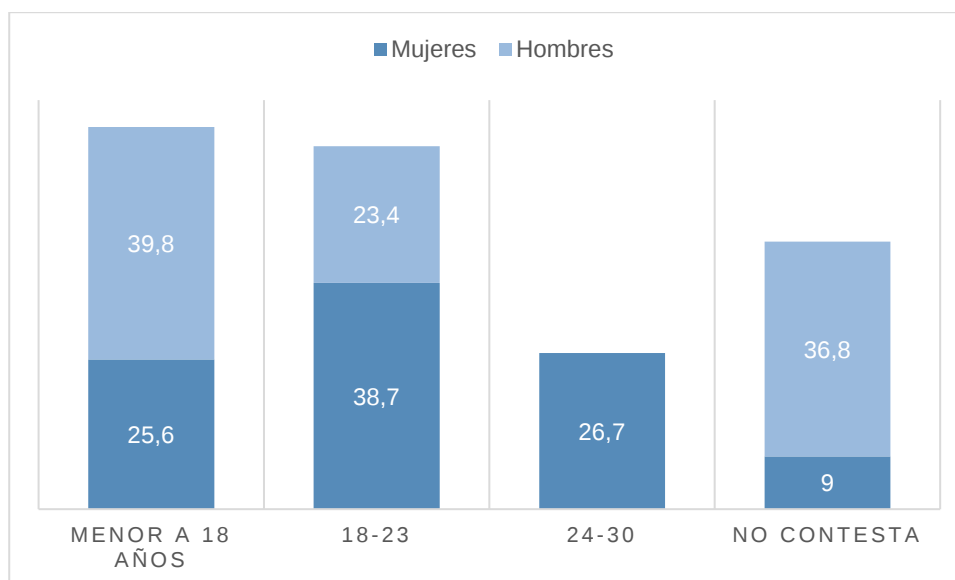
¿De qué forma consumen? Patrones y circunstancias del consumo no médico de psicofármacos

En este apartado vamos a analizar los patrones y las circunstancias del consumo no médico de psicofármacos en jóvenes. Estos patrones y circunstancias comprenden la edad de inicio en el consumo no médico, las formas de obtención de los fármacos, las formas de consumo y las cantidades y frecuencias.

En primer lugar, si atendemos al análisis de los datos de EDADES (2017) sobre **la edad de inicio** de las personas que consumen o han consumido psicofármacos de forma no médica vemos una tendencia que se reproduce igual entre mujeres y hombres y es que, a mayor frecuencia de consumo, menor es la edad a la que indican haber comenzado a consumir. Es llamativo que el 39,8% de los hombres que consumen de forma diaria, comenzaron a consumir psicofármacos con menos de 18 años. Los datos de las mujeres, en todas las frecuencias de consumo, muestran más incidencia del inicio del consumo entre los 18 y los 23 años. La diferencia, por tanto, que

encontramos entre mujeres y hombres es que hay más hombres que comienzan a consumir antes de los 18 años que mujeres, y así mismo, encontramos más mujeres que comienzan a consumir a partir de los 23 años que hombres.

Gráfico 5. Edad de inicio del consumo de personas con consumo habitual por sexo y edad (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Estudios realizados en otros países de la Unión Europea, confirman esta tendencia. La edad media de inicio de consumo no médico de benzodiazepinas se redujo de 20 a 18 años en la última década en Irlanda (Murphy, K. D., et al., 2018).

Pero **¿Cómo obtienen las personas jóvenes estos fármacos sin tener una receta** facilitada por personal médico? ¿Es fácil o difícil para ellas y ellos?

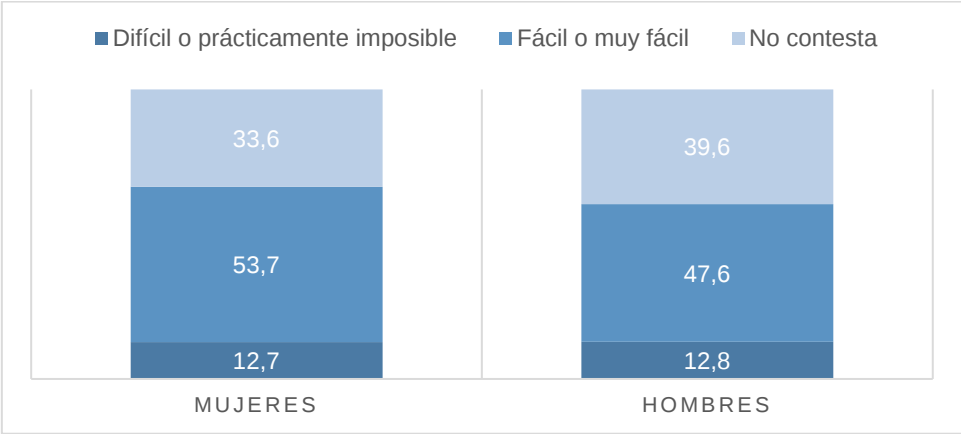
Los estudios consultados, tanto europeos como estadounidenses, señalan una misma tendencia en los datos aportados. Los jóvenes acceden principalmente a los psicofármacos a través de su entorno más próximo (amistades o familiares) siendo otra vía importante la realización de un consumo indebido después de haber obtenido una receta a través de prescripción médica. McCabe, S. E., et al, (2018) señalan que, en una revisión de diferentes estudios, las amistades y compañeros y compañeras de estudios son fuente principal de acceso a psicofármacos. Además, en otro artículo señalan que de las personas que indicaron un consumo médico, el 64,5% informó uso no médico posterior (McCabe, S. E., & West, B. T., 2014).

El estudio realizado en España **“Uso recreativo de benzodiazepinas en jóvenes”** (Correa-Alfaro & García-Hernández, 2019), continúa en esa dirección, señalando que las personas que adquieren psicofármacos para uso no médico lo adquieren principalmente de forma gratuita a

través de amistades o familiares que lo tuvieran prescrito, ya sea de forma consciente o inconsciente. También señalan como importante, los datos que apuntan otros estudios (Boyd, C. J., et al., 2015) donde se indica que, a mayor tiempo de duración de la prescripción del fármaco, mayor posibilidad de uso no médico del mismo.

Los datos sobre España, que nos facilita las encuestas ESTUDES (2016) y EDADES (2017), ratifican los datos mostrados por los anteriores estudios que se han señalado. En concreto, la encuesta ESTUDES (2016) pregunta por la dificultad en la obtención de psicofármacos por parte de jóvenes consumidores. En este sentido, los jóvenes hasta 18 años indican que consideran mayoritariamente fácil o muy fácil el acceso a los mismos. Entre mujeres y hombres, encontramos una diferencia de 4 puntos, siendo ellas las que indican mayor facilidad de acceso.

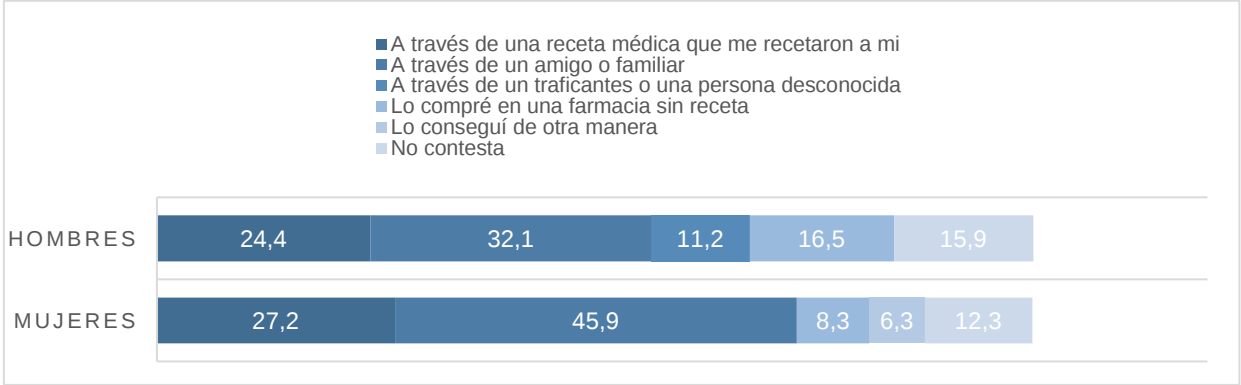
Gráfico 6. Dificultad para la obtención de psicofármacos sin receta por consumidores/as habituales



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

La encuesta EDADES (2017) pregunta específicamente por las formas de obtención de psicofármacos. El gráfico 7 muestra los medios de acceso por parte de hombres y mujeres con consumo habitual.

Gráfico 7. Formas de obtención de psicofármacos para uso no médico por personas con consumo habitual por sexo (%)

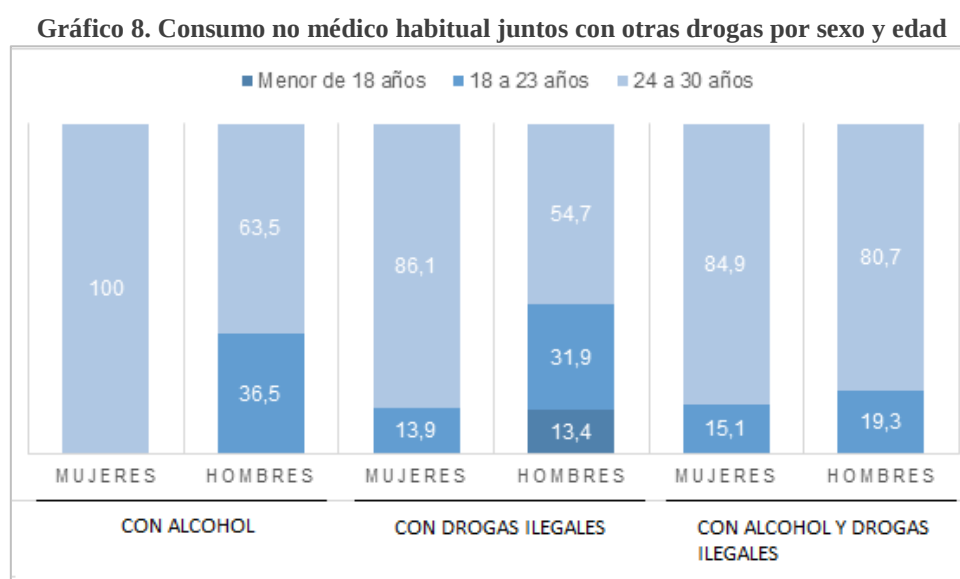


Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

En este caso vemos que, tanto para hombres como para mujeres, la principal forma de acceso es a través de un amigo o un familiar, seguido de una receta previa que posteriormente ha tenido un uso no médico. Es importante contrastar a través del discurso de las personas jóvenes qué está sucediendo con esto. Las principales diferencias entre mujeres y hombres radican en que entre los hombres encontramos la adquisición a través de un traficante o persona desconocida, modo que no encontramos en las mujeres. También encontramos más casos de hombres que obtienen los psicofármacos comprándolos en farmacias sin receta que mujeres. El acceso a través de un amigo o familiar y a través de una receta previa es superior para las mujeres. Por tanto, sabemos que el entorno cercano tiene una incidencia mayor en las mujeres.

Ya sabemos cuál es la edad media de inicio, cómo obtienen estos fármacos, pero **¿de qué modo y en qué circunstancias consumen de forma no médica las personas jóvenes?**

Uno de los datos que nos facilita la encuesta EDADES (2017) es el porcentaje de mujeres y hombres que consumen psicofármacos de forma habitual en combinación con otras drogas. Alcohol, drogas ilegales y ambas en combinación con el consumo no médico de psicofármacos. En el gráfico 8 podemos ver los resultados:



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Los datos para los hombres son superiores en la mezcla de psicofármacos para uso no médico con otras drogas respecto a las mujeres, siempre con más incidencia a partir de los 18 años, aunque en la mezcla con drogas ilegales encontramos casos que refieren combinar con drogas ilegales antes de los 18 años. En las mujeres no se detecta mezcla con alcohol y/o otras drogas por debajo de los 18 años.

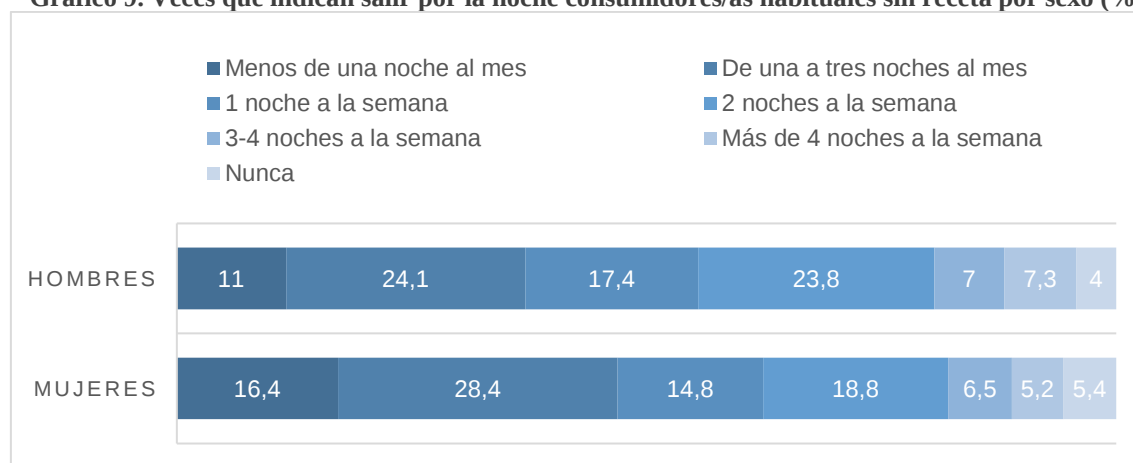
Por tanto, la mezcla con otras drogas es una cuestión detectada en los hombres para todas las edades y en las mujeres, a mayor edad. Si bien sabemos que hay más mujeres que hombres menores de 18 años que hacen un uso indebido, aunque su edad media de inicio es más tardía a los hombres, las formas de uso, como mezcla con otras drogas, corresponden en mayor medida a los hombres. Tiene un sentido lógico teniendo en cuenta que las drogas ilegales son consumidas mayoritariamente por ellos.

Correa-Alfaro & García-Hernández, (2019) realizan una recopilación en su estudio “*Uso recreativo de benzodiacepinas en jóvenes*” de diferentes fuentes que recogen datos específicos de co-ingesta, así señalan que McCabe, S. E y West, B. T. (2014), indican que la principal opción de co-ingesta es el consumo combinado con sustancias depresoras mayoritariamente combinadas con cannabis o alcohol. En otra revisión, Bennett. T., et al. (2017) tienen en cuenta el uso de otras drogas ilegales, como éxtasis, LSD o cocaína, donde observamos un empleo combinado de entre el 10 y 20% de las personas que consumen indebidamente psicofármacos. Por otro lado, en otro estudio Opaleye. E., et al. (2014) establecen una relación entre las personas jóvenes que consumen drogas ilegales y la probabilidad de que consuman psicofármacos de forma indebida. Este dato es apoyado por los resultados obtenidos por Schepis. T. S., et al. (2013), donde se señala que aumenta la probabilidad del consumo recreativo de psicofármacos si se consumen drogas ilegales.

Entendiendo que existe una relación entre el consumo no médico y el consumo de otras drogas ilegales, hemos querido ver cuál es la frecuencia de ocio nocturno de las personas jóvenes que hacen un uso indebido de psicofármacos.

En la encuesta ESTUDES (2016) en hombres y mujeres la opción mayoritaria es la de 1 a 3 noches al mes, pero a medida que aumenta la frecuencia encontramos más incidencia en los hombres.

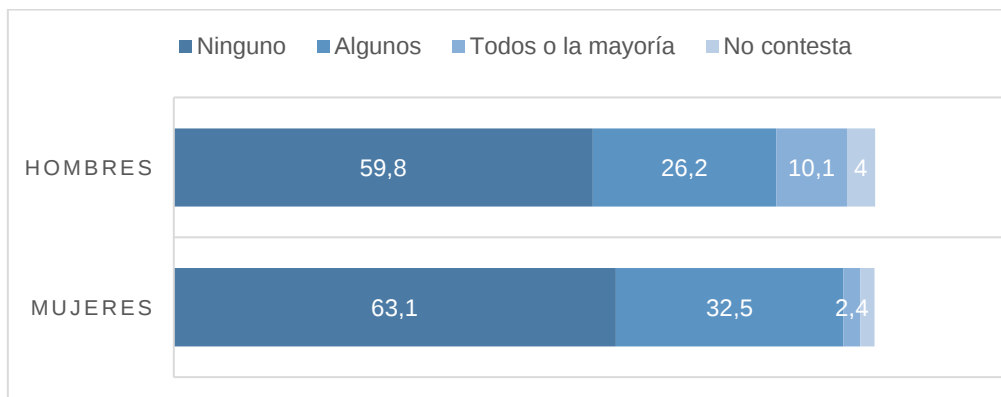
Gráfico 9. Veces que indican salir por la noche consumidores/as habituales sin receta por sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

Por otro lado, dentro de estos entornos de ocio y redes de amistad de las personas jóvenes que consumen psicofármacos de forma habitual, queremos saber qué consumo tiene su grupo de pares. La siguiente tabla de ESTUDES (2016) nos da la siguiente información:

Gráfico 10. Consumo de amistades de consumidores/as no médicos habituales por sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

Las mujeres que tienen un consumo más habitual de psicofármacos de forma no médica, refieren que sus amistades consumen en menor medida que los hombres. Esto se reafirma en otros estudios consultados (Kuhn, C., 2015) donde se indica que para las mujeres es menor el impacto del consumo de sus amistades en el inicio del uso de estas sustancias, respecto a los hombres.

Percepción del riesgo y consecuencias del consumo

En este apartado hemos explotado las fuentes secundarias para ver qué información podemos extraer sobre la percepción del riesgo que tienen las personas jóvenes sobre el uso indebido de psicofármacos y si el consumo está teniendo consecuencias en las personas.

Algunos estudios internacionales señalan que los principales riesgos que indican las personas consumidoras de psicofármacos son la dependencia, lo complicado que es para las personas dejar de consumirlo, en concreto, las benzodiacepinas y las sobredosis cuando se combina el consumo con el uso de otras drogas (Mateu-gelabert, P., et al., 2018).

ESTUDES (2016) no pregunta específicamente por la percepción de riesgos asociados al consumo no médico de psicofármacos, pero sí lo hace la encuesta EDADES (2017). Por ello hemos querido realizar dos comparaciones, una, la percepción del riesgo por sexo y dos, la comparación de la percepción de la salud propia entre personas que indican consumir psicofármacos de forma habitual con quienes indican que no. En la siguiente tabla podemos ver los primeros resultados:

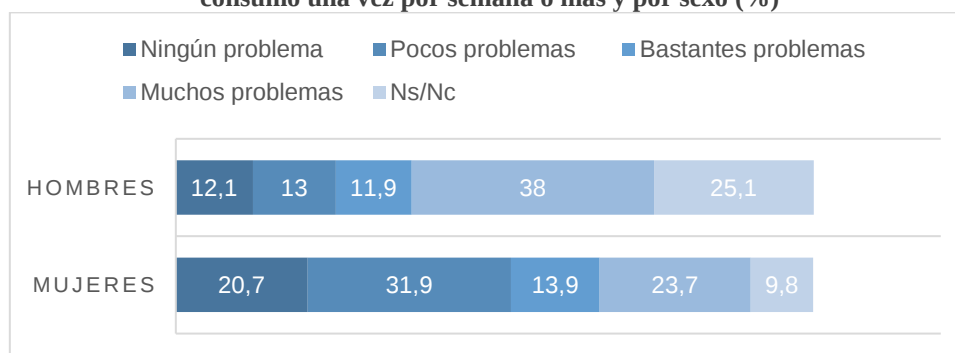
Tabla 5. Percepción del riesgo por consumo sin receta habitual de psicofármacos una vez por semana o más por sexo (%)

	Consumo de psicofármacos sin receta alguna vez en la vida			
	Mujeres		Hombres	
	SI	NO	SI	NO
Ningún problema	8,4	3,4	14,8	4,0
Pocos problemas	26,5	12,7	16,8	13,2
Bastantes problemas	30,8	29,7	24,2	29,7
Muchos problemas	29,6	46,6	33,1	43,5
Ns/Nc	4,7%	7,7	10,9	9,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Los datos expuestos en la tabla muestran que para las personas que han realizado un consumo sin receta al menos alguna vez en la vida, tienen menor percepción del riesgo respecto a quienes no han realizado ningún consumo. Entre hombres y mujeres que han consumido, vemos que un 14,8% de los hombres indican que no supone ningún problema respecto a un 8,4% de las mujeres. Por tanto, teniendo en cuenta estas características concretas, son los hombres los que tienen menor percepción del riesgo para un consumo ocasional. Pero, si miramos los resultados para las personas que indican tener un consumo habitual sin receta de psicofármacos, la tendencia cambia entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que indican un mayor porcentaje de no suponer ningún problema, (20,7% de mujeres respecto a un 12,1% de hombres). Es importante señalar que existe un mayor porcentaje de hombres que indica no tener respuesta ante esta pregunta.

Gráfico 11. Percepción del riesgo de consumidores/as habituales sin receta por consumo una vez por semana o más y por sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

Por tanto, la explotación de estos datos nos permite saber que el consumo reduce la percepción del riesgo respecto a las personas que no indican tener experiencia en el consumo de estas sustancias. Por ello, se hace necesario saber cómo perciben su salud las personas que realizan un uso no médico de psicofármacos, para ver si se confirma esta tendencia. En la siguiente tabla podemos ver los resultados respecto a quienes realizan un consumo habitual.

Tabla 6. Problemas de salud percibidos por consumidores/as habituales en el último mes y los que no por sexo (%)

	Consumo de psicofármacos sin receta en los últimos 30 días			
	Mujeres		Hombres	
	SI	NO	SI	NO
Pocos problemas o ninguno	19,4	7,8	18,6	8,4
Bastantes o muchos problemas	56,5	65,7	49,7	59,5
No sabes	19,7	22,6	24,1	27,1
No contesta	4,4	4,0	7,6	5,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

Cuando analizamos cuál es la percepción respecto a posibles problemas de salud por parte de personas que consumen habitualmente, comparativamente con las que indican no consumir, vemos que la personas que consumen tienen menor percepción de problemas de salud que las personas que no consumen habitualmente psicofármacos, sin diferencias de género.

Las diferencias entre hombres y mujeres radican en que ellas son las que muestran mayor percepción de problemas de salud. Si comparamos entre consumidoras y no consumidoras las diferencias son más altas respecto a los hombres. Por tanto, esto puede reflejar que para las mujeres los psicofármacos aun sin receta contribuyen a una mejor percepción de su salud, relacionándose esto también con la percepción del riesgo.

Es también significativo indicar que los hombres que consumen habitualmente y los que no, en mayor proporción que las mujeres, indican no saber responder a cuál es su percepción sobre sus problemas de salud, cuestión que sigue en la línea también de la percepción del riesgo respecto al consumo de psicofármacos.

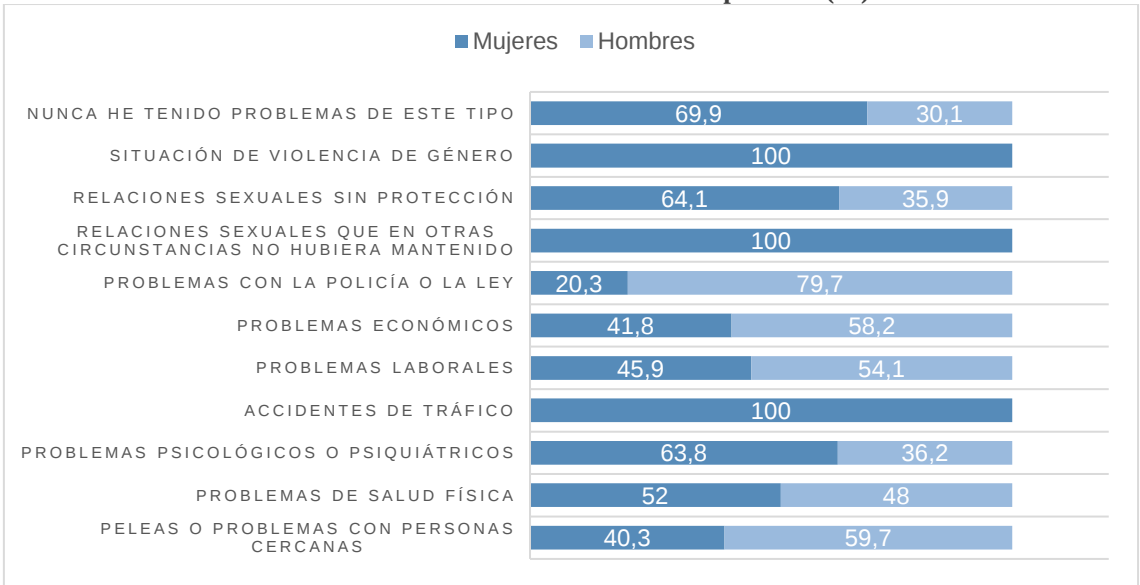
Por otro lado, **las consecuencias derivadas del consumo de psicofármacos** pueden englobar cuestiones físicas, cognitivas o sociales. Por ejemplo, los efectos directos del consumo de benzodiacepinas pueden generar desorientación, falta de concentración, pérdida de memoria o falta de coordinación motora, independientemente de si el uso es prescrito o indebido. A nivel social, el consumo de psicofármacos puede generar un cambio en el comportamiento y cómo el resto puede percibir a la persona, influyendo en las interacciones con amistades o familiares (Murphy, K. D., et al., 2018).

EDADES (2017) recoge enfermedades o problemáticas que alguna vez han tenido las personas encuestadas. En este caso, lo hemos cruzado con personas con consumo habitual de psicofármacos, pero por las variables que utiliza EDADES no podemos saber consecuencias

concretas que estas personas indiquen por consumir psicofármacos. Según el análisis de estos datos, sabemos que las problemáticas que hombres y mujeres han tenido a lo largo de su vida son diferentes en algunos aspectos. Los problemas que más indican haber tenido los hombres son: Peleas o problemas con familiares, amigos, compañeros o vecinos, problemas con la policía y la ley, problemas económicos y problemas físicos. Para las mujeres las problemáticas principales son: Problemas psicológicos, Peleas o problemas con familiares, amigos, compañeros y problemas de salud física.

El gráfico 12 nos permite comparar las diferentes problemáticas entre hombres y mujeres, para quienes indican haberlas sufrido.

Gráfico 12. Enfermedades o problemáticas que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida consumidores/as no médicos habituales por sexo (%)



Fuente: *Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)*

Así podemos saber que mujeres y hombres que consumen habitualmente psicofármacos han tenido o tienen problemas laborales, económicos o de salud física sin diferencias significativas. Es importante también destacar, que de las personas que indican no haber tenido nunca problemas que coincidan con las situaciones planteadas, casi el 70% son mujeres.

En las problemáticas donde más diferencias encontramos, destacan en los hombres respecto a las mujeres en las peleas o problemas familiares, con amigos, compañeros o vecinos y problemas con la policía y la ley. Para las mujeres tienen mayor incidencia los problemas psicológicos o psiquiátricos, accidentes de tráfico, relaciones sexuales que en otras circunstancias no habrían tenido, relaciones sexuales sin protección y violencia de género.

Es significativo señalar que las problemáticas de los hombres tienen más que ver con cuestiones del ámbito público y las de las mujeres con el ámbito privado, así como la exposición de las mujeres ante la violencia de género y la violencia sexual.

Los resultados mostrados en las prevalencias y patrones de consumo de la población joven nos muestran claras diferencias entre mujeres y hombres y algunas cuestiones importantes que es necesario continuar investigando a través de los discursos de las personas jóvenes, como lo expuesto en el apartado sobre formas de obtención de los psicofármacos.

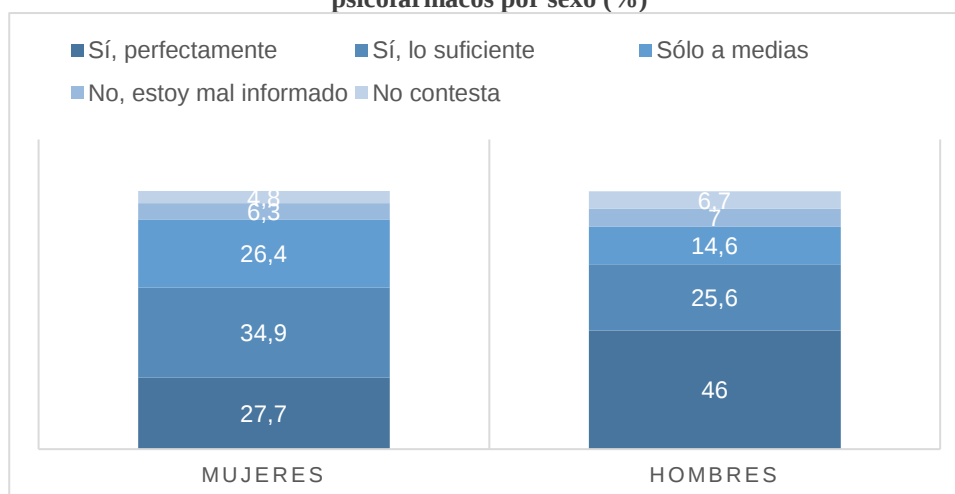
Información sobre los psicofármacos

Hasta el momento conocemos cuáles son las características de la población joven que consume, cuáles son las motivaciones para consumir, de qué forma consumen y cómo lo obtienen. Sabemos que la percepción de la propia salud es buena por parte de las personas consumidoras de psicofármacos, por tanto, resulta necesario revisar en fuentes secundarias datos con relación a la información de la que disponen las personas jóvenes.

La encuesta ESTUDES (2016) no recoge información específica sobre la información que poseen las personas jóvenes acerca de los psicofármacos, pero sí podemos saber qué percepción de la información tienen sobre las drogas las personas que consumen psicofármacos de manera habitual. Tampoco encontramos datos relativos a esta temática en la bibliografía consultada.

El gráfico 13 nos muestra si se sienten suficientemente informados o informadas y el siguiente gráfico, si en el centro educativo han recibido información.

Gráfico 13. Información percibida en consumidores/as no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%)

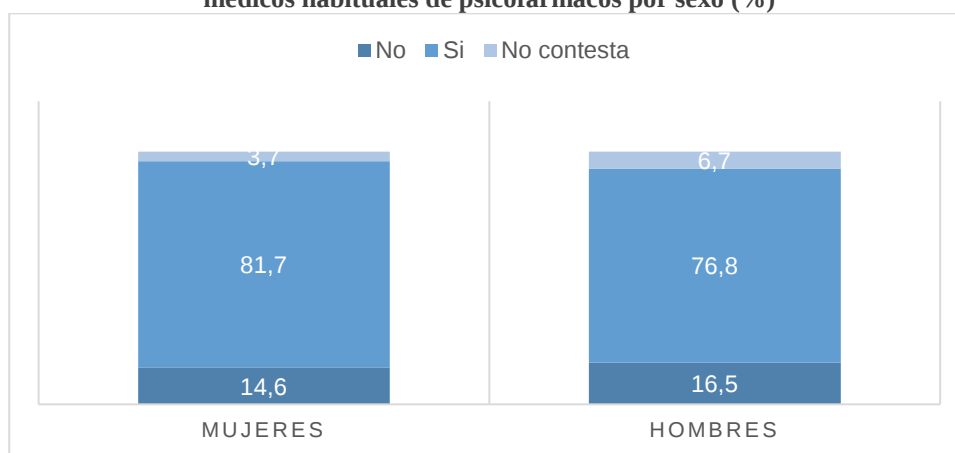


Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

En general, los jóvenes que consumen psicofármacos de forma no médica indican al menos estar lo suficientemente informados sobre las drogas. Si miramos las diferencias entre hombres y mujeres, ellos se sienten mucho más informados que ellas. El 46% de los hombres declaran estar perfectamente informados frente a un 27,7% de las mujeres.

Como no podemos saber cuáles son los medios por los cuáles las personas jóvenes acceden a la información, ya que la encuesta ESTUDES no lo recoge, hemos querido consultar cómo de informadas e informados se sienten por parte de su centro educativo.

Gráfico 14. Información percibida desde el centro educativo en consumidoras/es no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%)



Fuente: *Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)*

La mayoría de las personas jóvenes se sienten informadas, en este caso, con un ligero mayor porcentaje por parte de las mujeres respecto a los hombres.

No parece existir una relación entre el consumo y la información tal y como podemos consultarla en la encuesta ESTUDES (2016). Las personas que indican no consumir psicofármacos sin receta tienen datos similares, también quienes lo hacen de forma ocasional.

Salud mental, prescripción de psicofármacos y su relación con el consumo no médico

En este último epígrafe hemos querido saber cuáles son las enfermedades o problemáticas que tienen mayor prevalencia en personas que indican consumir psicofármacos sin receta de manera habitual. Y si, como en otras categorías, encontramos diferencias entre hombres y mujeres.

Por otro lado, la información sobre las formas de obtención de psicofármacos sin receta nos indicaba como importante haber tenido una receta médica anteriormente. Por tanto, es relevante saber si existen enfermedades que tienen relación con la pauta de determinados fármacos y qué información nos ofrece esto sobre el consumo no médico.

Enfermedades o problemáticas de las personas jóvenes que consumen habitualmente psicofármacos

La encuesta EDADES (2017) nos permite analizar los datos de las personas que consumen habitualmente psicofármacos respecto a las enfermedades que refieren tener o haber tenido.

La siguiente tabla, por tanto, realiza una comparación entre las enfermedades más destacadas en población joven consumidora de forma no médica habitual de psicofármacos y jóvenes que indican no consumir, en relación con enfermedades o problemáticas que han tenido o tienen a lo largo de su vida.

Tabla 7. Enfermedades o problemáticas que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida en función o no del consumo no médicos habitual de psicofármacos (%)

		No	Sí	No contesta
Ludopatía (problemas con el juego)	No	99,00%	0,40%	0,60%
	Si	76,60%	13,30%	10,10%
Ansiedad	No	99,20%	0,30%	0,50%
	Si	94,50%	4,40%	1,10%
Depresión	No	99,20%	0,30%	0,60%
	Si	91,00%	7,70%	1,30%
Insomnio (problemas para dormir)	No	99,20%	0,30%	0,50%
	Si	89,00%	8,60%	2,40%

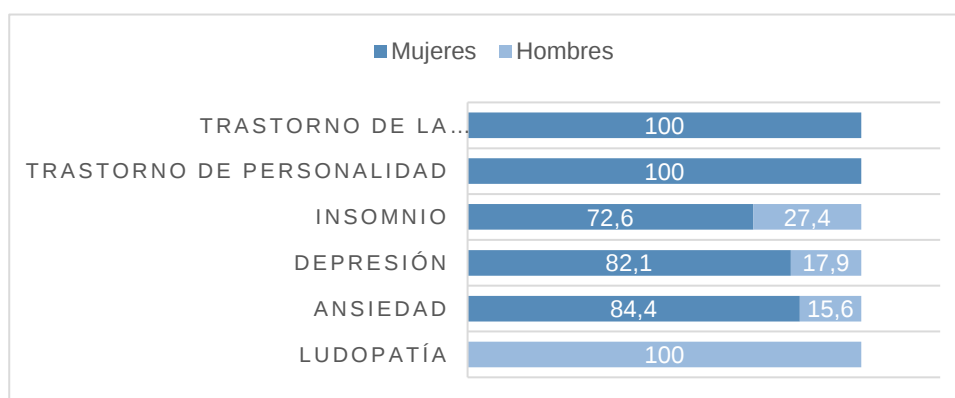
Trastorno de personalidad	No	99,00%	0,40%	0,60%
	Si	84,30%	15,70%	0,00%
Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)	No	99,00%	0,40%	0,60%
	Si	88,00%	12,00%	0,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

De esta manera podemos ver, que existe una mayor incidencia de la ludopatía, la ansiedad, depresión, insomnio, trastorno de personalidad y de alimentación en personas que dicen consumir que en las que indican que no consumen psicofármacos.

Si atendemos a las diferencias entre mujeres y hombres, en el siguiente gráfico, podemos observar la distribución de las enfermedades con más incidencia en las personas consumidoras habituales por sexo.

Gráfico 15. Enfermedades que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida consumidores/as no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Para los hombres la problemática más señalada que han sufrido en algún momento de su vida es la ludopatía, categoría en la cual el 100% de los casos son hombres. En las mujeres destacan el resto de las problemáticas señaladas: ansiedad, depresión, trastorno de personalidad y trastorno de alimentación. La problemática donde disminuye la diferencia entre mujeres y hombres, aun siendo mayoritaria en mujeres, es el insomnio.

Los estudios internacionales y europeos consultados apuntan la existencia de una relación entre determinadas problemáticas de salud mental y el consumo no médico de psicofármacos

En este sentido, Mateu-gelabert, P., et al. (2018) señala que las personas tratadas por ansiedad y que alguna vez habían recibido un tratamiento farmacológico tenían más del doble de probabilidades de hacer un uso no médico de los psicofármacos. En enfermedades mentales como la ansiedad, el pánico, la agorafobia y la depresión se encontró correlación con el uso indebido de

sedantes/ansiolíticos en un análisis de los datos de la Encuesta sobre el consumo de drogas y la salud (Becker, J. B., et al., 2007 citado en Hall, M. T., et al., 2010).

Teniendo en cuenta esta correlación, es importante señalar dos cuestiones que ya reflejan los datos en España, pero reafirman los estudios consultados. Por un lado, las tasas de prevalencia de la ansiedad y la depresión son superiores en mujeres que hombres fuera de España (Cotto, J. H., et al., 2010). Por otro lado, aunque los trastornos por ansiedad y depresión comienzan a aparecer en la infancia, es en la adolescencia cuando empiezan a aumentar (Becker, J. B., et al., 2017).

Salud mental y prescripción de psicofármacos

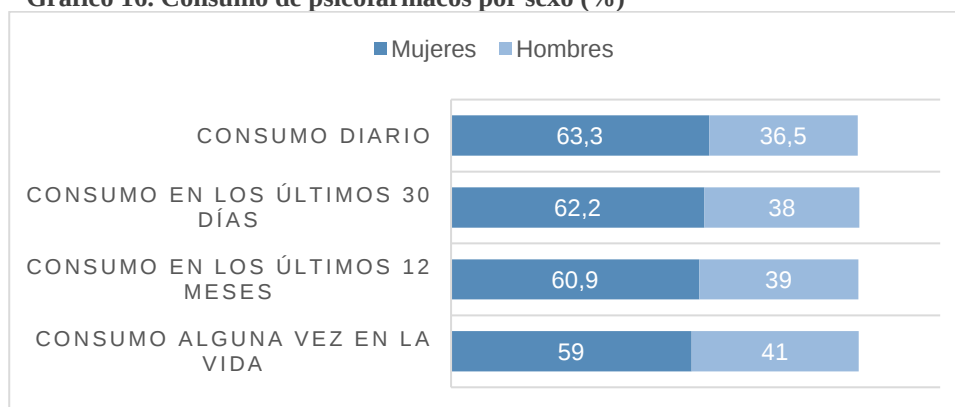
Con los datos presentados en el apartado anterior sabemos que las enfermedades de salud mental tienen una alta incidencia en las personas jóvenes con consumo de psicofármacos de forma habitual. Para seguir indagando en esta cuestión, hemos consultado la bibliográfica nacional e internacional señalada en el apartado de metodología.

Correa-Alfaro & García-Hernández (2019), indican que, aunque los datos accesibles muestran que la población que consume benzodiacepinas de forma recreativa no es muy elevada respecto a otras drogas, el consumo no médico está en aumento y esto puede deberse al aumento del diagnóstico de enfermedades de salud mental como la ansiedad y de la prescripción de este tipo de fármacos que hace que se puedan hallar con más frecuencia en los hogares.

La adolescencia y la juventud es una etapa de experimentación. Por ejemplo, Boyd, C. J., et al. (2015), en su estudio “*A Prospective Study of Adolescents’ Nonmedical Use of Anxiolytic and Sleep Medication*” señala que los jóvenes que tenían recetados ansiolíticos o medicamentos para el sueño durante el estudio, tuvieron mayores probabilidades de utilizarlos de forma no médica con el objetivo de experimentar frente a motivaciones de autotratamiento.

Con los datos que nos aporta EDADES (2017), sabemos que de las personas de 15 a 30 años que indican haber consumido psicofármacos con receta, son mayoritariamente mujeres, aumentando la diferencia a medida que el consumo es más habitual. Hablamos de una diferencia aproximada de 20 puntos entre mujeres y hombres.

Gráfico 16. Consumo de psicofármacos por sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Para comprobar si en España existe la misma tendencia que en los estudios consultados, hemos analizado qué personas de 15 a 30 años, que indican haber consumido psicofármacos alguna vez en la vida, señalan haber realizado consumo no médico. Los resultados podemos verlos en la siguiente tabla:

Tabla 8. Consumo no médico respecto al consumo alguno vez en la vida por sexo (%)

		Consumo no médico alguna vez en la vida			Consumo no médico los últimos 12 meses			Consumo no médico los últimos 30 días		
		No	Si	Nc	No	Si	Nc	No	Si	Nc
Consumo alguna vez en la vida	No									
	H	100,0	-	-	100,0	-		-	-	
	M	100,0	-	-	100,0	-		-	-	
	Si									
	H	74,5	25,4	-	87,8	11,0		95,2	3,3	
	M	82,5	17,5	-	90,5	8,8		94,8	4,4	

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

De las personas entrevistadas que indican tener consumo no médico, ninguna de ellas indica que previamente hubiera consumido psicofármacos de forma médica. Por tanto, las personas que indican consumo no médico han tenido consumo alguna vez en su vida.

Cuando comparamos consumo no médico alguna vez en la vida con consumo de psicofármacos en la misma frecuencia, vemos que los datos entre hombres y mujeres difieren en 8 puntos. En este caso, más hombres declaran haber tenido un uso indebido después de tener receta. A medida que la frecuencia de consumo no médico aumenta, aumenta el porcentaje de mujeres que han consumido psicofármacos y ahora tienen un consumo no médico habitual.

Si miramos los datos que nos ofrece ESTUDES (2016) sobre personas jóvenes entre 14 y 18 años, vemos que las diferencias entre quienes han tenido un consumo no médico y médico se acortan, no llegando a los 9 puntos en los hombres y a 6 en las mujeres

Los datos que nos aporta ESTUDES (2016) también nos permiten ver que a menor edad son las mujeres las que realizan mayor uso indebido si han tenido pauta antes o actualmente medicación.

Tabla 9. Consumo no médico respecto al consumo alguna vez en la vida por sexo (%)				
		Consumo no médico alguna vez en la vida		
		No	Si	Nc
No	H	100,0	-	-
	M	100,0	-	-
Si	H	54,0	43,9	-
	M	52,9	46,1	-
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)				

En este caso, los datos tienen una tendencia opuesta al grupo entre los 15 y 30 años, por lo que entendemos que a menor edad mayor riesgo de un uso indebido si se ha tenido un uso médico. En el siguiente capítulo, mostraremos los resultados de las entrevistas en profundidad a jóvenes que nos van a permitir continuar analizando qué está pasando en cada uno de los ámbitos que ya hemos ido tratando en este capítulo.

Jóvenes y su relación con los psicofármacos

En este capítulo se van a presentar los resultados del análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a personas jóvenes entre 18 y 30 años. Continuaremos con el mismo esquema temático que en el capítulo anterior. En un primer momento analizaremos los patrones de consumo desde el discurso de las personas jóvenes, incluyendo las motivaciones, las circunstancias y la percepción del riesgo. Después, expondremos la información y el conocimiento con el que cuentan las personas jóvenes sobre los psicofármacos, para finalizar ampliando la información sobre salud mental y prescripción médica de psicofármacos con relación al consumo no médico o indebido.

Patrones de consumo: Discursos de la población joven, motivaciones, circunstancias y percepción del riesgo.

Motivaciones para el consumo

En esta ocasión, consideramos relevante comenzar por los motivos que las personas jóvenes indican que son relevantes para realizar un consumo no médico de psicofármacos. En primer lugar, hemos podido ver que aun realizando una pregunta abierta las motivaciones surgidas coinciden en su mayoría con las categorías empleadas en EDADES y ESTUDES.

Las motivaciones son las siguientes:

- Para experimentar o pasárselo bien.
- Para reducir los efectos de otras drogas.
- Para evadirse de la realidad.
- Para sobrellevar situaciones que generan estrés.
- Para poder conciliar el sueño.

Estas motivaciones no han sido señaladas de igual forma por parte de hombres y mujeres. Las motivaciones “para reducir los efectos de otras drogas” y “para experimentar o pasárselo bien” han sido mencionadas únicamente por hombres y en referencia a otros hombres.

“Yo lo que sí veo es que los motivos son muy diversos, pero luego al final acaba siendo todo lo mismo, desinhibirse, diversión y reducir síntomas de otras drogas. Todos tienen su excusa.”

(Hombre, 29 años, sin consumo)

En las mujeres entrevistadas, destaca fundamentalmente la motivación para sobrellevar situaciones que generan estrés.

“Quién no se ha tomado un relajante de estos, que son recetados y alguien te dice... que tienes un examen y necesitas estar relajado y alguien te dice: tómame esto”

(Mujer, 30 años, consumo)

Las motivaciones “para evadirse de la realidad” y “para poder conciliar el sueño” han sido mencionadas en la misma medida por hombres y mujeres.

“He consumido porque una persona de mi familia las toma y son pastillas que te bajan la tensión, te relajan mucho y te ayudan mucho a dormir”

(Hombre, 18, consumo)

A continuación, hemos recurrido a generar nubes de palabras que nos permitan ver gráficamente las palabras asociadas a los discursos de las personas jóvenes diferenciadas por sexo.

Como podemos ver en la Ilustración 3, la nube de palabras resultante del análisis de las respuestas dadas por los hombres respecto a las motivaciones para el consumo ya sea propio o de los casos que indican conocer en otros hombres de su entorno cercano, destaca los términos colegas, dormir, relajan, incitación y fiesta.

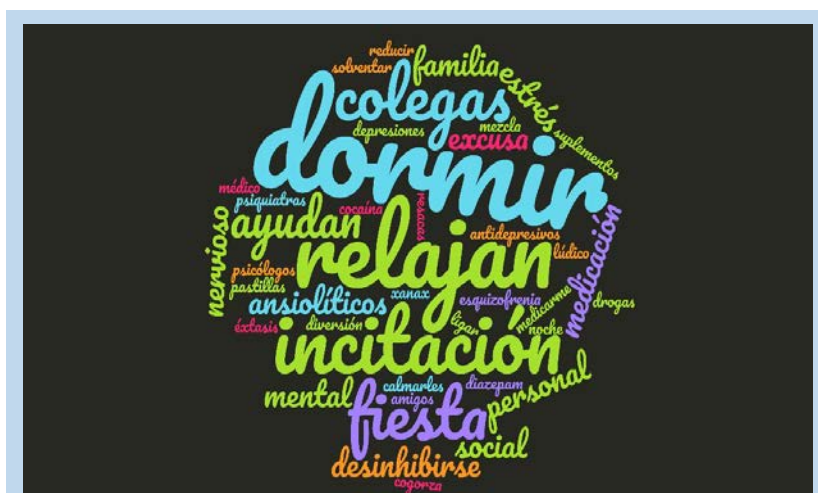


Ilustración 4. Hombres y motivaciones para el consumo

En este caso las palabras “dormir” y “relajan” se asocia mayoritariamente a situaciones posteriores al consumo de otras drogas en ambientes de fiesta y ocio junto con círculos de amistades.

“La verdad que sin receta conozco a un montón, que ya se lo comenté que no era lo mejor, utilizarlas para irse a dormir después de haberse puesto hasta arriba de otras drogas”

(Hombre, 29, sin consumo)

“Sí, bueno, pues gente que en una noche larga de fiesta o de un par de días de fiesta ehh...tiene acceso a ansiolíticos, que suelen ir con receta, pero esta gente no. Por alguna vía los consiguen y suelen ser, pues lo intentan hacer para conseguir dormir o para relajarse sin llegar a dormirse. No sé hay gran variedad. Pero el consumo que más he visto y conozco es para dormir. Más que nada por el trabajo que tengo, que te imaginarás que se pasan mucho y luego no pueden dormir”

(Hombre, 26, sin consumo)

En este caso, hecho que no encontramos en las mujeres, nombran otras drogas como el éxtasis o la cocaína, ya que el uso se relaciona con reducir el efecto de estas drogas al llegar a casa.

“Eso es lo que te iba a comentar, yo solo conozco casos de compañeros que han consumido cocaína o éxtasis y me han comentado: pues como no se me pase la cogorza, me tomo un diazepam y fuera”

(Hombre, 20, sin consumo)

También hemos encontrado, aunque con menor incidencia que en las mujeres, otras motivaciones como la necesidad de conciliar el sueño en determinadas circunstancias, evadirse de la realidad y también superar situaciones de estrés.

“También conozco un amigo que se toma Xanax, que a lo mejor aquí en España...Le he visto un consumo prácticamente diario sin receta, ni recetado ni aconsejado, básicamente por decisión propia, pues para...con la excusa de que te relaja, de que te deja relajado todo el día. No es tanto motivo lúdico, sino es como para solventar el estrés del día a día, tiene épocas de estrés y bueno...”

(Hombre, 26, sin consumo)

Por otro lado, la ilustración 4, nos permite ver los conceptos asociados a los discursos de las mujeres. En este caso, no encontramos referencia a otras drogas, el concepto fiesta tiene mucha menor incidencia y destacan términos que tienen que ver con el ámbito de la salud mental como ansiedad, depresión, algunos tipos de psicofármacos o profesionales de salud mental.



Ilustración 5. Mujeres y motivaciones para el consumo

De esta manera, las mujeres mencionan en mayor medida procesos de ansiedad o depresión, algunas de las mujeres entrevistadas en la actualidad tienen prescrito antidepresivos y ansiolíticos para el tratamiento de los síntomas de estas enfermedades.

“No tenía muy claro lo que era, pero alguna vez te dicen mira esto sirve para relajarte, y pues alguna vez me tomé alguno. Un par antes de ir al médico. Y luego, por ejemplo, cuando me dijeron de tomar Lorazepam, yo he seguido teniendo blíster en casa, entonces alguna vez cuando he tenido picos altos de ansiedad o he llegado de fiesta y no me podía dormir, me he tomado alguno y eso estaba fuera de la receta”

(Mujer, 28 años, consumo)

El concepto fiesta también aparece, pero en el caso de las mujeres no es el elemento principal del motivo del inicio del consumo como podemos ver en el discurso anterior. Si ya tienen un consumo no médico por otro motivo, pueden emplearlo para poder dormir después de llegar de fiesta, pero el consumo no comenzó de esta forma.

Como decíamos, no solo está relacionado con enfermedades de salud mental como la ansiedad o la depresión, aunque se realice en torno a ello un uso indebido, sino que en el caso de las mujeres se relaciona con la superación de momentos de estrés debido a diversas situaciones.

“Si, si es que yo también lo he hecho. Alguna vez que tenía un examen, tener a alguien que sí que lo toma de manera médica, decir estoy estresada, tengo un examen, tengo esto muy importante, pues nada tómame esto para dormir”

(Mujer, 30 años, consumo)

Por último, continuando con el análisis de los discursos de las mujeres, es importante señalar que al destacar motivaciones relacionadas con enfermedades de salud mental y superación de las situaciones del día a día que pueden generar estrés, es importante añadir que esto se relaciona con

el inicio de la asunción de responsabilidades en determinadas etapas vitales. Esto es importante para entender la relación de las mujeres con el consumo no médico y médico de psicofármacos.

“Yo creo que la etapa en la que empieza a consumir esto, es cuando empiezas a tener responsabilidades, en mi experiencia personal, la gente joven que yo puedo conocer fue a raíz de empezar a tener que buscar trabajo, independizarse...”

(Mujer, 27 años, sin consumo)

Como hemos podido ver hasta el momento, los discursos entre mujeres y hombres mayoritariamente son diferentes y se centran en motivaciones diferentes, aunque todas las motivaciones puedan darse entre mujeres y hombres.

Si analizamos estas diferencias desde la perspectiva de género es importante tener en cuenta cómo se relacionan con los mandatos de género, debemos comprender que estos mandatos de género, son mensajes que todas y todos recibimos de igual forma dentro de nuestro contexto social, y aunque cada persona procesa los mensajes mayoritarios de diferente forma, no debemos obviar que las representaciones sociales y los estereotipos de género ayudan a simplificar lo que dentro de nuestro contexto entendemos dentro de lo que implica ser mujer o ser hombre.

Para ello, hemos realizado una comparación entre las motivaciones principales que son diferentes entre mujeres y hombres para el consumo, con los mandatos de género que se relacionan, así como los diferentes discursos que las explican. Para ello, nos apoyaremos en el marco teórico de este documento y en la investigación realizada por Cantos-Vicent, R. (2018) *“Como Dios Manda: Modelos ideales de mujer y hombre. Análisis por décadas a través del cine, los juguetes, la publicidad y la música española”*

Tabla 10. Motivaciones diferenciadas entre mujeres y hombres y su relación con los mandatos de género

	HOMBRES	MUJERES
Motivación principal para el consumo	Experimentar y reducir los efectos de otras drogas	Sobrellevar situaciones que generan estrés.
Mandatos de género	Asumir riesgos	Ser emocional y comunicativa

Cuando los hombres señalan que el uso no médico de psicofármacos se relaciona con la necesidad de reducir los efectos de otras drogas, se relaciona también con el mayor uso de drogas ilegales por parte de los hombres que ya veremos con mayor profundidad en las formas de consumo de psicofármacos. Una de las principales explicaciones desde la perspectiva social que influye en un mayor consumo de drogas por parte de los hombres, se relaciona con el mandato

masculino de la necesidad de asumir riesgos. Se asumen más riesgos como forma de reafirmación de la masculinidad, en este caso, se asume el riesgo del consumo de drogas ilegales y se vuelve asumir otro riesgo al consumir un psicofármaco para anular los efectos y que permita dormir. La experimentación sigue el mismo patrón. Uno de los discursos de los jóvenes entrevistados nos lo explica de la siguiente manera:

“El motivo pues es un poco entre la gente que les incita a tomar suplementos, es decir, drogas que les van a ayudar a pasárselo mejor, a desinhibirse, a ligar, a ser más fuertes, más cachas y todas esas cosas y también es la ignorancia, la ignorancia de no saber qué se están metiendo”.

(Hombre, 29 años, sin consumo)

Uno de los conceptos asociados en la nube de palabras de los discursos de los hombres que no aparece en el caso de las mujeres, es “ligar”. Asumir riesgos, dentro de la concepción de lo masculino, se valora socialmente y se considera como una acción que da ventajas sociales a los hombres.

En el caso de las mujeres, la motivación más importante es sobrellevar las situaciones de estrés del día a día y está muy relacionado, como decíamos antes, con las enfermedades de salud mental. En este sentido, dentro de lo que implica la feminidad tiene mucho peso el mundo emocional, la capacidad de ser emocional y comunicar esas emociones. En este caso vemos que las mujeres explican abiertamente la necesidad de comprender sus emociones y gestionarlas. Para ello encontramos dos situaciones distintas, el uso indebido de psicofármacos para afrontarlas, por recomendación de otras mujeres de su entorno que ya las toman (lo desarrollaremos en las formas de obtención) de forma médica o uso indebido de psicofármacos antes o después de recibir un tratamiento por ansiedad o depresión.

En el capítulo anterior, los datos del PNSD ya nos indicaban que existe una alta incidencia de enfermedades como la depresión y la ansiedad en las mujeres. Es importante continuar desarrollando la implicación con el consumo médico y si el género es un factor explicativo de esta alta incidencia.

Patrones y circunstancias del consumo

En este epígrafe se ha considerado relevante indagar en cuáles son los patrones y circunstancias de consumo que refieren las personas jóvenes respecto a los psicofármacos, cuándo inician el consumo, las formas en que obtienen los psicofármacos, cómo consumen y en qué cantidades y frecuencias desde sus propios discursos.

Inicio del consumo

Respecto al inicio del consumo, éste viene marcado por las motivaciones del consumo, también veremos que las motivaciones tienen estrecha relación con el resto de los patrones de consumo. Por tanto, las características del inicio son diferentes entre hombres y mujeres.

Los hombres, sitúan el inicio principalmente en edades más tempranas, entre los 16 y 22 años, unido a situaciones de experimentación.

“A ver, mis amigos empezaron sobre los 22 años, pero yo conozco a gente que lo hacía desde los 16.”

(Hombre, 29 años, sin consumo)

“Sí, es un grupo de... suelen ser casi todo chicos, jóvenes, de entre a lo mejor 15 y 18 años, puede que haya alguno de 19 y 20. Y suele ser entre un grupito de chicos de entre 10 personas o 20 y se juntan todos y sé que lo consumen”.

(Hombres, 18 años, consumo)

El caso entre los hombres que encontramos que indica haber iniciado un consumo sin receta para poder conciliar el sueño, también indica una edad temprana, 16 años.

“A ver... no sabría decirte, supongo que, por ejemplo, cuando empecé bachillerato (16 años), como en verano no hago nada y no estaba cansado físicamente mi cuerpo, pues me quedaba hasta las 5 o 6 de la mañana despierto y claro, yo tenía que empezar a hacer una rutina para empezar a ir a estudiar y claro no puedo acostarme a las 6 de la mañana”.

(Hombre, 18 años, consumo)

Respecto a las mujeres, ellas no hablan únicamente de consumo no médico, también hablan del consumo por prescripción médica. Recordemos que, en el caso de las mujeres entrevistadas, tenemos casos que tienen pauta de medicación a la vez que han realizado un uso indebido alguna vez dentro de su proceso.

De esta forma, las mujeres señalan edades más tardías de consumo no médico, entre los 24-27 años, unido al inicio de las responsabilidades y la necesidad de gestionar situaciones que les generan estrés.

“Igual hace 3 años, con 27 o con 26... Fue puntual eh, a lo mejor, lo tomé una vez. [...] Yo creo que la etapa en la que se empieza a consumir esto, es cuando empiezas a tener responsabilidades, en mi experiencia personal, la gente joven que yo puedo conocer fue a raíz de empezar a tener que buscar trabajo, independizarse...”

(Mujer, 30 años, consumo)

“Empecé a tomar hace como cuatro años (con 24 años), fue porque tenía ansiedad, fui al médico de cabecera [...] Pero un poco antes había tomado sin receta por la ansiedad”.

(Mujer, 28 años, consumo)

Cuando hablan de consumo médico en otras mujeres que tienen en su entorno no destaca una edad en concreto. Mencionan incidencia desde la adolescencia.

Formas de obtención de los psicofármacos

Sabiendo ya cuándo inician y por qué lo hacen, es importante saber cómo acceden a esta sustancia. El capítulo anterior ya nos introducía que el grupo de iguales y la familia eran las primeras vías de acceso para esta sustancia, vamos a ver qué información nos aporta los discursos de las personas jóvenes.

En general, todas las personas entrevistadas consideran que el acceso es muy sencillo, porque un alto número de la población lo toma, es fácil encontrarlo en casa. Es muy importante destacar que todas las personas entrevistadas conocen a alguien en su entorno próximo que tiene pautado un tratamiento mediante psicofármacos por distintos tipos de enfermedades mentales, mayoritariamente ansiedad y depresión. En este sentido es reseñable también que muchas veces se utiliza menos de lo que se receta, sobre todo en el caso de ansiolíticos y siempre quedan pastillas sobrantes en los botiquines de casa.

“Sí, si tienes a alguien cercano, es fácil sí. Otra cosa es ir a un sitio y quererlo ¿no?, en una farmacia no te lo van a vender. Pero si tienes a alguien cerca que por desgracia esté tomando esto, puedes acceder bien a ello”.

(Mujer, 30 años, consumo)

Como decimos la familia es muy importante en el acceso, tanto para hombres como para mujeres, no se trata únicamente de que la persona lo coja sin permiso del botiquín de casa, si no, que en ocasiones es ofrecido como forma de cuidados.

“Le dije a mi madre que si podía tomármelo y me dejó. Y bueno, parece ser que me funcionó (para conciliar el sueño) y a partir de ahí, no todos los días, pero iba habitualmente a tomármelas”.

(Hombre, 18, consumo)

“Pues eso, tener a algún familiar o alguna amistad que los tenga y pues eso, comentar “jo” estoy un poco tal y que te digan pues <<oye mira tengo yo aquí esto que tomo para relajarme, tómame un cuarto o tómame la mitad>> y te lo tomas. Al final confías en ellos”.

(Mujer, 30 años, consumo)

Estos discursos nos plantean varias cuestiones, por un lado, qué está pasando para que las personas del entorno cercano que tienen prescrito psicofármacos estén recomendando a personas jóvenes su consumo para superar situaciones de estrés del día a día o problemas de sueño. Sabemos que las mujeres están más medicadas que los hombres, por tanto, es probable que ese familiar sea una mujer. En el primer caso el joven entrevistado señala que lo consultó

“Vale, pues, por ejemplo, en una fiesta en casa, un conocido de una amiga vino y me preguntó que si tenía Diazepam en casa. Pues supongo que así lo obtienen, alguien consume de tu entorno cercano y pues se lo pides”.

(Hombre, 20 años, sin consumo)

Entre hombres y mujeres existen diferencias que tienen que ver con las motivaciones para el consumo. Aunque hombres y mujeres coinciden en que las familias son las principales proveedoras de esta sustancia o las amistades, se introducen elementos en las mujeres que no aparecen en los hombres y viceversa. Para ellos, hemos generado una nube de palabras que nos permite de nuevo verlo de forma más gráfica.



La nube de palabras nos muestra que las mujeres principalmente señalan al entorno cercano, familia y amistades, así como vías de obtención a través de profesionales de la salud. El mercado negro no es una vía habitual para ellas.

“En mi entorno, por la familia, siempre ha habido acceso o conozco a una chica que su marido lo toma para el dolor muscular y ella cuando está nerviosa se lo toma. Una vez que está ahí en casa no lo veo complicado”.

(Mujer, 30 años, consumo)

También la importancia de la relación entre la salud mental y el uso indebido en las mujeres, así como el papel de las madres en la obtención.

“Uno me lo dio la psicóloga, pero legalmente una psicóloga no te puede dar, una psicóloga que tuve hace mil años y esos fueron mis primeros y cuando tenía 15 años o así y tenía que ir a hacer una movida que me producía mucho estrés y recuerdo que mi madre me dio uno”.

(Mujer, 28 años, consumo)

También nos comentan que es muy fácil conseguir una receta para obtener estos fármacos.

“En esa primera consulta salí con las recetas”.
(Mujer, 28 años, consumo)

Por otro lado, en los hombres entrevistados, aunque seguimos viendo que la familia es la principal vía de acceso, comenzamos a ver otros discursos que tienen que ver con el mercado negro, con la adquisición a través de desconocidos u otras vías de compraventa.

“Pues por camellos de calle, y alguno que otro pues que le robe a su abuela y luego pues siempre hay gente que se dedica a estas cosas, que tienen recetas, tal no sé qué, entonces pues ellos las venden y tú las compras. Pero, no hay un punto específico sabes, de compraventa, tal no sé qué. Esto es más clandestino por así decirlo”.

(Hombre, 29, no consumo)

También aparece, aunque con menos incidencia, personas que se dedican a la obtención de estas sustancias por medio de recetas falsas o prescritas dentro de un mercado negro dedicado a ello.

“Si, sobre todo, alguno que tiene algún amigo médico, alguno que se ha hecho médico o farmacéutico y tiene acceso a un tipo de recetas y las falsifican con el nombre de otra persona o con su firma... Hay muchos métodos y tienen a gente que hacen un barrido por barrios, entran en varias farmacias con personas distintas que vayan a recoger esos medicamentos”.

(Hombre, 29, no consumo)

Por otro lado, varios hombres nos comentan los precios a los que han escuchado alguna vez que se han adquirido psicofármacos dentro de un consumo lúdico o para reducir los efectos de otras drogas.

“Si sí, alguna vez he escuchado a alguien decir que había alguien que vendía por 10€ un Xanax o un Tranquimazin de estos”.

(Hombre, 26, no consumo)

“Pero a mí me dijeron que la pastilla que se habían tomado (Diazepam), costaba alrededor de 20 euros, por lo que debe ser que había un intercambio con alguien, tipo camello o iban a comprarlo a alguien que lo consumía o no lo sé, pero no era legal como la conseguían”.

(Hombre, 18, consumo)

Por tanto, vemos que estas diferencias en las formas de obtención en vías secundarias de acceso a los psicofármacos tienen que ver con una diferenciación en el motivo de uso lúdico vs automedicación.

Formas y circunstancias del consumo

Las formas y circunstancias del consumo de la población joven vienen determinadas igualmente por las motivaciones para consumirla. Cuando el uso no médico de psicofármacos tiene que ver con la superación de eventos del día a día que generan estrés o problemas para conciliar el sueño, que tiene mayor incidencia en las mujeres, no encontramos discursos que indiquen mezclarlo con el consumo de otras drogas, igualmente es un consumo en solitario. Las mujeres lo han podido ver en entornos de ocio, pero no es un hecho que nos haya salido en las entrevistas con ellas:

“Lo he visto solo y en combinación con otras drogas. Yo no he consumido nunca y lo he visto pero no sé con qué en concreto, no sé, con alcohol, marihuana...”
(Mujer, 19, sin consumo)

En el caso de los hombres, tanto por consumo propio o por consumo que han visto en otros hombres, sí detectamos co-ingesta con otras drogas, alcohol y drogas ilegales, como forma de contrarrestar los efectos de otras sustancias.

“Normalmente, este tipo de drogas no son de las que se empiezan a consumir por sí solas. Este tipo de drogas, normalmente después de haber empezado, lo típico, pues que si los porros, el alcohol, no sé qué... ya empiezan que si con la coca, las pastillas, un poco el MDMA, la ketamina, pero es que esto ya son como suplementos para terminar bien la noche, para relajarse... Porque cuando ya estás muy yonqui, si se ponen un montón, cantidades bárbaras, pues necesitan cosas para relajarse. Tu imagínate, que se meten en la cama y se quieren morir, se les sale el corazón del pecho y claro estas cositas te relajan”.
(Hombre, 29, sin consumo)

También expresan situaciones en las que los psicofármacos se mezclan con otras drogas para experimentar sensaciones o ampliar los efectos de otras drogas en vez de reducir.

“Si, a ver, yo por lo que me han contado se supone que, a ver, bueno el psicofármacos que ellos consumen es diazepam, por lo que es una pastilla dura, la cual machacan y los trocitos pues como si te hicieras un cigarro de liar, pones el tabaco y esparces la pastilla por encima y ya está, lo lías y al fumarlo y ahí es cuando te hace efecto la medicación”.
(Hombre, 18 años, consume)

“Hay uno que estoy totalmente seguro, vamos que sí, que lo estuvimos hablando, que un par de días se tomó la pastilla, después de haberlo dejado y tal, con unos chorretazos de whisky, para pasárselo bien, ¿sabes?”
(Hombre, 29 años, sin consumo)

Respecto a las **circunstancias** del consumo, es decir, dónde y con quién consumen. Cuando hablan de consumo no médico recreativo, ocurre principalmente en contextos de ocio. Cuando es para experimentar, suele darse en grupos de amistad más pequeños, grupos de más confianza.

“Si, sobre todo, además cuando se empieza... la mayoría han empezado estando dos o tres coleguitas juntos cuando hay 15 o hay 10, cuando se juntan muchos tampoco, pero cuando se juntan dos o tres, puf, ahí siempre se lía”
(Hombre, 29 años, sin consumo)

En concreto, esto es un aspecto importante para las mujeres. A entornos más grandes más sensación de sentirse expuestas.

“Luego tengo alguna amiga que juega en un equipo de rugby, fútbol, pero conozco más en rugby, que me dice: “Buah, pues cuando salimos, ninguna se mete nada porque nos da palo, pero cuando estamos nosotras aprovechamos”.
(Hombre, 20 años, sin consumo)

Cuando se emplea para reducir el efecto de otras drogas, es un consumo en solitario, asociado a la finalización de la noche y a que la persona que realiza ese uso pueda dormir. Cuando hace referencia al consumo no médico por otros motivos, se describe como un consumo en solitario, normalmente en casa para sobrellevar una situación que genera ansiedad o estrés y poder dormir. Muchas veces esto viene aconsejado por el entorno familiar cercano o amistades muy cercanas que lo tienen recetado y se lo facilitan como forma de cuidado.

Por último, respecto a las **cantidades y frecuencias** de consumo o uso indebido de psicofármacos, los discursos de las personas jóvenes nos indican que cuando tratamos el consumo no médico recreativo al vincularse con reducir los efectos de otras drogas, la frecuencia está asociada con la frecuencia de consumo de drogas ilegales por parte de esa persona. Se emplea una pastilla como forma de terminar la noche y poder dormir. Cuando nos referimos al consumo no médico por otros motivos no lúdicos, encontramos variedad de cantidades y frecuencias:

- Consumo diario para afrontar ansiedad y épocas de situaciones que generan estrés.

“Pues también le he visto un consumo prácticamente diario sin receta ni recetado ni aconsejado, básicamente por decisión propia, pues para..., pues con la excusa de que te relaja, de que te deja relajado todo el día”.
(Hombre, 26 años, sin consumo)

- Consumo varias veces al mes para poder dormir.

“Varias veces al mes y supongo que intercaladas también. No eran todos los meses lo mismo, pero que, a lo mejor, un mes me encontraba más cansado y no me lo tomaba porque dormía bien. Y a lo mejor otro mes no estaba para nada

cansado y me lo tomaba para dormir bien”.

(Hombre, 18, consumo)

- Consumo puntual alguna vez en la vida ante un hecho que genera estrés.

“Igual hace 3 años, con 27 o con 26... Fue puntual eh, a lo mejor, lo tomé una vez”

(Mujer, 30, consumo)

Las diferencias entre mujeres y hombres respecto a las cantidades y las frecuencias las marca las motivaciones de consumo por género, ya que las cantidades y frecuencias están relacionadas, como hemos señalado anteriormente, con el motivo.

Diferencias entre hombres y mujeres y su relación con los mandatos de género

A lo largo de este apartado, sobre patrones y circunstancias del consumo, hemos ido viendo que existen diferencias significativas entre mujeres y hombres y que están estrechamente relacionadas con las motivaciones del consumo que hemos visto anteriormente. En la tabla 11 hemos realizado un resumen comparativo de las principales características que representan los patrones y las circunstancias del consumo de mujeres y de hombres.

Si para las mujeres la motivación principal del consumo sin receta es la superación de situaciones del día a día que generan estrés, el inicio del consumo está vinculado a las responsabilidades en el comienzo de la vida adulta, siendo esta sustancia la principal, pudiendo llegar a ser un consumo habitual y en solitario, obtenido a partir del entorno social más próximo o partiendo de un uso indebido de una prescripción médica.

En los hombres, destaca como motivación la experimentación y la reducción del consumo de otras drogas. De esta manera, el inicio sucede en edades más tempranas unido a contextos sociales de ocio con consumo, destacando la co-ingesta con otras drogas, por ello tiende a ser un consumo ocasional.

Tabla 11. Patrones y circunstancias del consumo diferenciadas entre mujeres y hombres

Patrones y circunstancias del consumo	HOMBRES	MUJERES
Inicio del consumo	Inicio más temprano, unido a la experimentación.	Inicio más tardío, unido al inicio de responsabilidades.
Formas de obtención	Se introduce el acceso a través de la compra a personas desconocidas.	Fundamentalmente gratuito a través de familiares y amistades o una receta anterior.
Formas y circunstancias del consumo	Destaca la co-ingesta con otras drogas.	Sustancia principal. Consumo en solitario.

<i>Cantidades y frecuencias</i>	Consumo en ámbitos de ocio.	
	Consumo ocasional, relacionado con el ocio.	Consumo más habitual, relacionado con la automedicación.

Retomando nuestro marco teórico y teniendo en cuenta los mandatos de género y el análisis desde la perspectiva de género ya realizado en el apartado sobre las motivaciones de consumo, continuamos viendo la influencia del mandato masculino de asunción de riesgos, que tiene que ver con el consumo y la experimentación con drogas y una falta de interés por el cuidado. Para las mujeres las formas de consumo son opuestas, se relaciona con la automedicación para poder superar situaciones de estrés en el día a día o de procesos vitales, relacionado con el mandato de ser emocional. En este caso los psicofármacos servirían como herramienta para la anulación de esas emociones que pueden resultar un obstáculo en el ámbito público. De la misma manera, tradicionalmente lo femenino se ha relacionado con el ámbito privado y lo masculino con el ámbito público, así vemos este patrón en las circunstancias del consumo. En las mujeres destaca un consumo en solitario que no rompe con los roles de género que se entienden para ellas. Este puede ser uno de los factores explicativos de la mayor prevalencia de consumo de psicofármacos en las mujeres, ya que no supone confrontación con lo que se espera socialmente, es más, supone una herramienta para continuar realizando lo que espera de ellas, soterrando esa expresión de lo que se ha llamado “el malestar de las mujeres” (Valls-Llobet, C., et al., 2014). Dentro de las atribuciones sociales a lo femenino, ellas son las encargadas de cuidar a otras personas y de sostener la vida, la utilización de estas sustancias para la gestión de la salud mental permite que sigan desarrollando su papel gestionando las emociones de los demás. Este mandato de género es muy importante en la explicación de los patrones de consumo de las mujeres, porque también puede servirnos de explicación para comprender por qué las mujeres son una de las principales vías de acceso a los psicofármacos sin receta. Como hemos visto en este apartado, hombres y mujeres jóvenes señalan a mujeres que tienen en su entorno próximo como facilitadoras. Debemos seguir analizando qué incidencia tiene en esto la percepción del riesgo y el conocimiento que se tiene a nivel social sobre los psicofármacos, si esta percepción del riesgo es baja y no existe un conocimiento informado sobre la sustancia, podemos comprender que pueden existir mujeres que tienen prescrita esta medicación, que les está ayudando y que entienden que puede ser una forma de cuidar a las personas que tienen bajo su responsabilidad cuándo ven que se encuentran en procesos emocionales complejos. Como decimos, la percepción del riesgo de las personas jóvenes, su conocimiento y los discursos de las personas expertas nos permitirán completar esta hipótesis y construir una reflexión sobre ello.

Percepción del riesgo y consecuencias del uso indebido de psicofármacos

Para finalizar este apartado, hemos querido saber cuál es la percepción del riesgo de las personas jóvenes y las consecuencias que les ha provocado su consumo o que han visto en su entorno más próximo. Como decíamos anteriormente, esta información es importante para continuar analizando los resultados en relación con los discursos sobre las formas de obtención, donde sabemos que la familia y las amistades son la vía de mayor acceso.

Respecto a las **consecuencias** del uso indebido de psicofármacos debemos señalar que los discursos de las personas jóvenes, tanto los hombres como las mujeres, no identifican consecuencias claras, más bien indican percepciones del riesgo, lo que creen que puede pasar. Las personas que reconocen un uso indebido no señalan haber sufrido ninguna consecuencia. Las personas que han visto este uso indebido en otras personas tampoco saben señalar algo concreto, solo saben hacer referencia a casos de personas famosas que saben que tuvieron una sobredosis al combinar otras drogas con psicofármacos. Sí son capaces en algunos casos de identificar que genera dependencia cuando lo han visto en otras personas que sí tenían pautada la medicación.

“Me estoy acordando del caso de otra chica que tampoco es amiga, pero sí que la conozco y tenía ansiedad en la adolescencia y me llegaron a decir que tenía dependencia y que cuando no la tomaba sufría bastante”.

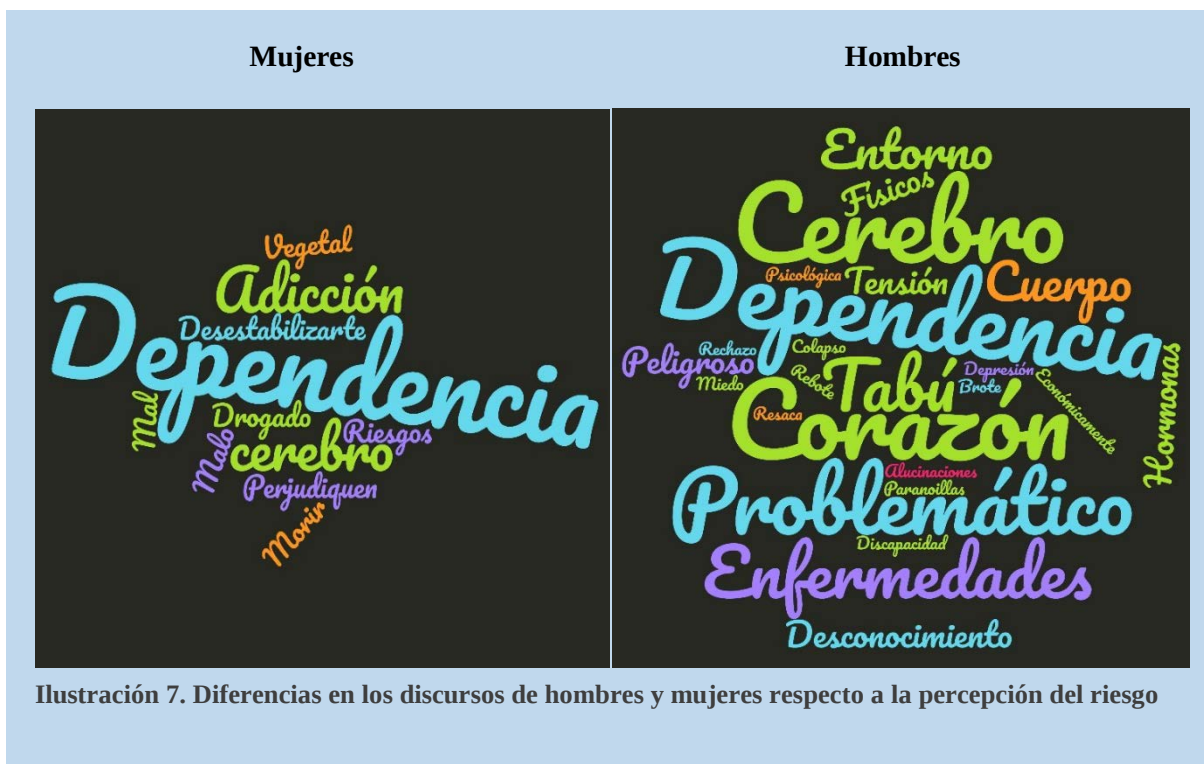
(Mujer, 25, sin consumo)

Únicamente en los casos, fundamentalmente mujeres, que nos indican haber tenido uso indebido y también haber tenido pautada la medicación, mencionan como consecuencias importantes la dependencia que les ha generado y consecuencias a nivel físico cuando el tratamiento no ha sido acertado en un primer momento.

“Consecuencia positiva es que tengo bastante menos ansiedad y negativa es que cuando fui al médico y me recetó Lorazepam, es que me estaba quedando gilipollas, estaba como muy de bajón todo el rato, entonces fue cuando fui y le dije por favor, cámbiame la medicación que esto es una puta bomba. Lo intenté dejar una vez y no pude. Yo es que la medicación que tomo no actúa ahora, es como que va a dos semanas. Entonces yo lo dejé de tomar y la primera semana muy bien, pero a las dos semanas me dio una movida, empecé a tener mucha ansiedad, agobio, el estómago como que se me aprieta, una mierda, no pude”.

(Mujer, 28 años, consumo)

Sobre la percepción del riesgo, sí hemos encontramos más discursos, pero es importante señalar a priori que esos discursos han sido dubitativos, en general no encontramos respuestas claras y con pleno conocimiento de lo que puede suponer. Para ver las diferencias entre mujeres y hombres también hemos desarrollado en este caso una nube de palabras que nos permita observar de forma gráfica.



En los discursos de las mujeres, como su uso está relacionado con la automedicación mayoritariamente, la percepción del riesgo que tienen es la **dependencia** que pueden generar, si no es a ellas mismas, lo han podido ver en su entorno.

“Supongo que pueden desestabilizarte aún más sin receta, que en vez de ayudarte te perjudiquen, que puedan crear una dependencia al sentirse bien y que decidas continuar con su consumo”.

(Mujer, 25 años, sin consumo)

Mujeres que lo han consumido o lo están consumiendo por prescripción médica mencionan la capacidad de anularte y posibles riesgos en el cerebro a largo plazo.

“Yo creo que te quedas gilipollas. Tengo intención de empezar a reducir por eso voy a la psiquiatra, porque yo creo que tomar medicación desde ahora luego a los 60 años debes ser como un vegetal. Puede tener riesgos en el cerebro”.

(Mujer, 28 años, consumo)

También tienen esa percepción las mujeres que no han realizado ningún consumo.

“Me imagino que a largo plazo tendrán efectos o que luego dejarlos sea complicado, no sé, imagino que depende de cada caso. Pero bueno si es el caso de una persona que lo necesita no me parece mal que lo use durante un tiempo, pero creo que sí que sería malo si lo prolongas durante mucho tiempo”.

(Mujer, 27 años, no consumo)

En la nube de palabras de los discursos masculinos vemos que aparecen muchos más conceptos además de la dependencia, riesgo que también señalan al igual que las mujeres. Palabras como corazón aparecen con fuerza, ya que ellos mencionan en mayor medida el consumo

no médico recreativo, para experimentar y bajar los efectos de otras drogas, por tanto, piensan en riesgos que se derivan de ese tipo de consumos.

“Aparte de estar tomándote ya un montón de drogas, al corazón ya lo tienes que si con vasodilatadores, vasoconstrictores, que si activándolo, que si dándole más potencia, quitándosela... Cuando tienes el corazón a mil, intentar reducirlo.... La gente lo suele utilizar para dormir porque te relaja un poco la cabeza y lo que sí sé, es mucha gente que se ha acostado, se ha tomado la pastilla y no se ha vuelto a levantar. No sé exactamente todos los peligros, pero creo que puedes ver paranoillas, alucinaciones, manías, psicomanías de estas persecutorias. Como que... es que no me sale la palabra, que te sientes que te están persiguiendo, que todo el mundo te vigila, que todos van a por ti, no me acuerdo como se llama eso y luego aparte de eso, pues problemas del corazón y luego pues algunas enfermedades”.

(Hombres, 29 años, sin consumo)

Así, además de la dependencia, señalan **problemas cardiovasculares**, derivación en otras **enfermedades mentales** e incluso la **muerte**.

“Por lo que yo sé y la experiencia que tengo con mi entorno, los psicofármacos son tremendamente adictivos y además, como están compuestos por químicos que adulteran tu equilibrio químico corporal, tus hormonas... Pues genera un dependencia física importante, así que como alguien en un proceso de depresión tiene que dejar los antidepresivos paulatinamente como te diga el médico, si no te lo recomienda un médico, igual dejarlo de golpe te pega un efecto rebote de la hostia o yo que sé, puede derivar en enfermedades mentales latentes que no se van de tu cuerpo y de repente te dé un brote de cualquier cosa”.

(Hombre, 20 años. Sin consumo)

Por último, al igual que en los discursos de las mujeres también los hombres hacen hincapié en que los psicofármacos pueden convertirte en una persona no funcional por el efecto de somnolencia y anulación de emociones que provocan.

“Generará una dependencia física, psicológica seguramente y bueno eso, que al final hay gente que se queda... La gente que está tomando tranquilizantes todo el día, está como ida, ¿sabes? No es una persona funcional 100% ni mucho menos”.

(Hombre, 26 años, sin consumo)

Es importante señalar que todas las consecuencias y percepciones del riesgo que son capaces de señalar las personas jóvenes tienen que ver con cuestiones físicas, hemos intentado indagar si pueden percibir consecuencias a nivel social, familiar o económico y no encontramos discursos claros o que salgan por sí solos al mencionar el concepto riesgos o consecuencias.

Por último, la percepción del riesgo no es mayor en las personas que han realizado consumo no médico, al no señalar o no identificar en su mayoría consecuencias, su percepción del riesgo no varía en relación con quienes no han realizado un uso indebido de estas sustancias.

Conocimiento e información disponible sobre psicofármacos

En los capítulos anteriores hemos analizado las motivaciones y los patrones de consumo, así como la percepción del riesgo dentro del discurso de las personas jóvenes entrevistadas. En este capítulo queremos saber qué nivel de conocimiento tienen sobre los psicofármacos y de qué forma obtienen la información.

Respecto al **conocimiento** que tiene la población joven sobre qué son los psicofármacos es importante indicar que en general no suelen identificar a qué nos referimos por el nombre del grupo farmacológico. Una de las primeras preguntas en las entrevistas pretendía recoger qué asociaban al concepto psicofármaco. Lo más común era indicar saber poco o nada, o indicar la descripción a través de lo que permite saber la palabra “psicofármacos”.

*“Saber, saber... podría decir que no sé nada. Porque nunca tuve la necesidad de recurrir a psicofármacos, sí que me pude tocar de manera colateral por familia y demás, pero... por definición de la palabra “psico” tiene que ver con psicológico, más fármaco... entonces entiendo que es un fármaco que se utiliza para tratar temas psicológicos serios.
(Mujer, 30, consumo)*

Este caso concreto expone no saber nada cuando comenzamos hablando de psicofármacos, incluso indica que no ha tenido que recurrir a ello, pero posteriormente al continuar hablando acabamos detectando uso no médico. El hecho significativo que encontramos es que conocen el nombre comercial del fármaco, pero no el grupo farmacológico.

*“Una pregunta... ¿El diazepam es un psicofármaco?”
(Hombre, 20 años, sin consumo)*

En varias de las entrevistas pensaron conocer poco o nada sobre psicofármacos, realizaban definiciones muy genéricas indicando que sirven para tratar enfermedades mentales, pero hasta no identificar fármacos concretos como el Diazepam, el Valium, el Lexatin, no han sido conscientes de que podían reconocer usos indebidos tanto en sí mismos como en su entorno.

También ha llamado la atención que no existe una gran diferencia en el nivel de conocimiento entre las personas que han hecho un uso indebido de quienes han tenido o tienen pauta de medicación.

*“Yo tomo psicofármacos. Es...no sé... es un medicamento que sirve para... no sé... que sirve para enfermedades mentales... bueno, enfermedades mentales no, no sé, enfermedades que se pueden controlar con la mente... “
(Mujer, 28 años, consumo)*

En el análisis de los discursos percibimos una diferencia entre mujeres y hombres y se debe al lenguaje empleado para expresarse respecto a los psicofármacos y las enfermedades de salud

mental. En el caso de las mujeres suelen saber mencionar correctamente la ansiedad, la depresión como enfermedades mentales y percibimos mayor conocimiento que los hombres.

“No estoy segura, pero creo que son medicamentos que sirven para tratar enfermedades de tipo psicológico. Tipo antidepresivo, y ansiolíticos creo que se llaman, aunque es verdad que no me lo he planteado mucho”.

(Mujer, 25 años, sin consumo)

En el caso de los hombres, a diferencia de las mujeres, hemos encontrado casos es lo que nos responden a través de otra pregunta o tienen más dudas para concretar el fin del uso del psicofármaco.

“Lo primero que quería preguntarte es ¿qué entiendes por psicofármacos?, ¿droga recreativa o algo más concreto?”

(Hombre, 20, sin consumo)

“Pues que son unos compuestos químicos, en forma de pastillas, supongo o la fórmula que sea. Eh... para consumir o tratar alguna diversidad psicológica o lo que sea”.

(Hombre, 26, sin consumo)

Cuando queremos saber las fuentes de información y los motivos por el bajo conocimiento, en general, hombres y mujeres indican una falta de acceso a la información por parte de los medios de comunicación u otros medios disponibles a su alcance, principalmente sobre los riesgos.

“Yo creo que no, que no hay nada. No hay información sobre los riesgos”.
(Mujer, 25 años, sin consumo)

Normalmente, la forma más señalada para hombres y mujeres es a través de personas de su entorno próximo que toman o han tomado psicofármacos por prescripción médica. Después, algunas personas comentan que algo han oído en televisión, en algún noticia o artículo. Se trata de un compendio de informaciones que van escuchando poco a poco a medida que van creciendo.

“De todos los medios, un poco de cada cosa, gente, internet, etc. Yo por ejemplo he estado más enterada de lo que son las drogas a medida que he ido creciendo”.

(Mujer, 19 años, sin consumo)

Por otro lado, sabemos que en los centros educativos siempre se ha realizado sensibilización respecto al consumo de drogas legales e ilegales y queríamos saber si a lo largo de su etapa educativa en el colegio, instituto y educación superior, han recibido algún tipo de información sobre ello. En todos los casos señalan que han recibido algún taller sobre drogas, solamente en un caso un joven entrevistado es capaz de recordar que trataron por encima los psicofármacos, aunque se centraron fundamentalmente en otras drogas de uso más común en la adolescencia.

“En el colegio no, recuerdo que en sexto de primaria me llegaron a dar una charla sobre sexualidad, pero muy de pinta y colorea. Luego en el instituto, muy pocas situaciones y algún profesor, pero no a nivel instituto, a nivel iniciativa personal de un profesor, de

drogas y sexualidad, los temas tabú en la sociedad. Y en la universidad tampoco, en la universidad sí que hay un montón de asociaciones, hacen un poco de cruzada de hablar sobre esto, de ponerlo sobre la mesa, encuentras panfletos en las secretarías. Pero es complicado acceder a charlas, formaciones. Es mucho más sencillo poder hablar de esto en entornos universitarios, pero fuera de la institución”.

(Hombre, 20 años, sin consumo)

Por último, sabemos que, en alguno de los casos de las personas entrevistadas, fundamentalmente mujeres, el acceso a los psicofármacos ha sido a través de una receta médica, en este sentido, aunque lo trataremos con mayor profundidad en el siguiente apartado, es necesario indicar que en casos donde se ha prescrito la medicación, la persona expresa haber salido de consulta sin tener muy claro en qué consistía el tratamiento.

“A mí cuando me dieron el primer psicofármaco no tenía ni idea de lo que era. Me dijo esto es una pastilla que se te va a pasar la ansiedad y ya está. Sí que sabía algo porque la madre de un colega había sido adicta a los psicofármacos y alguna idea tenía, pero no sabía muy bien. Bueno, a ver tenía la idea de que no era muy bueno, porque ya tenía conocimiento de que creaba adicción”.

(Mujer, 28 años, consumo)

Saber el poco conocimiento que las personas jóvenes tienen sobre los psicofármacos, unido a la falta de claridad sobre el riesgo que pueden suponer, son dos elementos muy importantes que comienzan a explicarlos las raíces del uso indebido por parte de personas jóvenes y la facilidad de acceso a los mismos.

Problemáticas de salud mental, tratamientos y su relación con el uso indebido de psicofármacos

En el capítulo anterior donde recopilamos las principales conclusiones extraídas en la revisión de fuentes secundarias, ya nos aproximamos a informaciones que establecían una relación entre la prevalencia de determinadas enfermedades de salud mental y el uso indebido de psicofármacos. En este caso, no hemos preguntado específicamente a las personas jóvenes sobre ello, pero en relación con las temáticas seleccionadas han surgido discursos entorno a las problemáticas de salud relacionadas con el consumo de psicofármacos, los tratamientos y su opinión respecto a la prescripción de psicofármacos y la forma en la que la sociedad está enfrentándose a diversos problemas que tienen que ver con nuestra forma de vida actual.

En primer lugar, es importante señalar que las personas jóvenes, aunque en un primer momento les cueste situar el concepto psicofármacos y tengan mayor conocimiento si hablamos de sus tipologías como los ansiolíticos o antidepresivos o del nombre comercial de fármacos

concretos, saben especificar que son tratamientos empleados en problemáticas de salud mental como la ansiedad o la depresión. Aunque no en todos los casos consideran la ansiedad como una problemática de salud mental, igualmente no es una problemática que no conozcan.

Un hecho que hemos considerado muy significativo es que ninguna de las personas entrevistadas, mujeres y hombres, indica no conocer a nadie en su entorno que no tenga diagnosticada o haya tenido, ansiedad o depresión. Son conceptos conocidos para las personas entrevistadas y salen en el momento que se habla sobre consumo de psicofármacos y sobre si conocen personas que los consuman. Algunas de las personas entrevistadas consideran que cada vez es mayor el número de personas en su entorno que conocen con este tipo de diagnósticos.

“Yo pienso que, me da la sensación de que, cada vez más gente presenta depresión y ansiedad. Son como dos problemas que cada vez se dan más por el estilo de vida que llevamos, igual muy ajetreado, trabajando todo el día, estrés... Cada vez más gente que le pasa esto”.

(Mujer, 27 años, sin consumo)

Esta situación de mayor prevalencia de estas problemáticas de salud mental en la población, fundamentalmente en mujeres como hemos visto tanto en los discursos de las personas jóvenes y en los datos presentados en el apartado anterior, está atravesada por una todavía potente corriente de invisibilización de las enfermedades de salud mental y sus implicaciones sociales. Las personas jóvenes piensan que, aunque en algunos entornos comienza a normalizarse y hablarse más de ello, todavía generan rechazo y en este contexto, existen muchas personas que prefieren no hablar de ello por miedo a ser juzgadas.

“Yo creo que tenemos como una visión súper demonizada de todas las enfermedades mentales como si fueran personas que están totalmente locas y cuando alguien te dice que se está medicando de una enfermedad mental es como “Wow, está fatal”, es como lo que siempre me han transmitido a lo largo de mi vida. Y ahora que soy más madura me he dado cuenta que es algo totalmente normal, pero siempre está el prejuicio que la sociedad te ha inculcado. Es un poco tabú a día de hoy todavía”.

(Mujer, 25 años, sin consumo)

De hecho, piensan que puede ser menos tabú comentar que lo usas como forma de experimentación a que el uso se deba a un diagnóstico médico.

“Yo creo que aquí hay dos caras de la moneda, por un lado, el consumo recreativo y el consumo médico. En el consumo recreativo yo creo que sí hay algo de tabú, pero es menos problemático decir, “yo me drogo”, que al final todo el mundo se lo pasa bien. Pero sí que creo que, a nivel desde mi experiencia, todo lo relacionado con la salud mental tiene un tabú muy muy grande y ya solo el hecho de decir que tienes una enfermedad mental, como el hecho de reconocer que te estás tratando o que te estás medicando, a la gente le genera mucho rechazo”.

(Hombre, 20 años, sin consumo)

Es importante tener en cuenta que mientras la prevalencia de enfermedades mentales crece exponencialmente, la normalización de estas y la comprensión acerca de sus implicaciones no está

creciendo al mismo nivel, lo cual puede acabar influyendo en un uso indebido de estos fármacos, ya que contribuye, por un lado, al desconocimiento de los efectos de estos dentro del consumo recreativo y por otro, a la falta de apoyo y herramientas de las personas que sí tienen una prescripción médica, pero acaban realizando un uso indebido o lo han hecho previamente por la falta de percepción del riesgo y la falta de información veraz a nivel social.

Dentro de estos discursos entre las personas jóvenes, sobre todo aquellas que han tenido casos de diagnóstico entre su entorno cercano o lo han vivido en primera persona, surge una crítica respecto a cómo se está diagnosticando y cómo se está medicando.

En primer lugar, tanto hombres como mujeres verbalizan que existe un aumento a nivel médico de recetar psicofármacos para diversas problemáticas de salud: dolores musculares, dificultad para dormir, ansiedad...

“Yo creo que también aquí influyen mucho los médicos, que a lo mejor lo recetan con cierta libertad, que a lo mejor les dices “oye mira que no puedo dormir mucho” y te dicen pues tómame esto y a lo mejor si un psicofármaco es agresivo para el cuerpo humano a la hora de dejarlo, de la dependencia que puede generar y luego encima te deja todos esos síntomas físicos [...] Yo te puedo decir con los dedos de una mano, pero no es la única persona que yo he visto consumir o Diazepam o Valium así, una noche y otra noche. Hoy me lo tomo, como normalizando la situación. Entonces a lo mejor si los médicos saben que es un psicofármaco, no deberían hacer tan fácil ese uso, deberían buscar otro tipo de medicamentos, yo que sé...”

(Hombre, 27 años, sin consumo)

Como decíamos, es común recetarlos para los problemas respecto al sueño y también se señala para problemas musculares o lesiones. Sólo en una única de las entrevistas realizadas sabe identificarlo y por los riesgos que percibe decide no tomarlo.

“A mí cuando me he lesionado me suelen recetar psicofármacos (Diazepam) y no me los tomo nunca. Decido no consumirlo, porque como he visto cómo actúan en forma de ocio, no me gustan porque anulan”.

(Mujer, 19 años, sin consumo)

Señalan que es muy sencillo acceder a una receta en el caso de querer conseguirla con este tipo de problemáticas, principalmente ansiolíticos para poder conciliar el sueño. A su vez, las personas que han sido medicadas cuentan malas experiencias en un inicio, falta de seguimiento e información.

“Recetan a lo loco. Porque a mí lo que me recetaron era una dosis super alta. Y tampoco eres muy consciente, entonces yo que sé. ¿Me puedo tomar tres? Pues yo que sé. Siendo un médico de cabecera, una psiquiatra te lo deja más claro. En mi caso, porque a los tres meses me dio por ir al médico a decirle, “oye que a mí esta medicación no me viene bien”. Si no voy, yo ahora mismo sería un vegetal. Entonces la psiquiatra me ha venido bien, pero que, si no hubiera tenido un poco de luces, seguiría con lo otro”.

(Mujer, 28 años, consumo)

También este discurso en la falta de información es reforzado por personas que, aunque no tienen una experiencia personal de prescripción médica, sí lo han visto en personas de su entorno próximo. Así consideran que la falta de información y la facilidad en el acceso a través de diversas problemáticas, genera una confianza en las personas sobre estas sustancias que impide percibir los riesgos que pueden conllevar.

“Para mí son consumos abusivos permitidos, porque como te estoy diciendo, los derivan al psiquiatra (no al psicólogo), entonces al final es algo que está permitido, no es algo que la gente acude a ello porque le da la gana, si no que la gente acude a ello porque es lo que les mandan”.

(Mujer, 30 años, consumo)

La perspectiva de los jóvenes, en este sentido, se centra en cuestiones micro, que tienen que ver con su experiencia personal y la de su entorno cercano. Este punto de vista tiene acceso a un primer nivel, que es la atención primaria. Únicamente encontramos un discurso de una mujer de 30 años, donde realiza una reflexión que va más allá de la crítica al profesional en concreto y hace una reflexión sobre el sistema de atención respecto a la salud mental.

“Creo que es la solución fácil a los problemas que muchas veces, creo, se pueden atajar por otras vías. Otras vías que para mí son más efectivas, pero son más costosas. Por ejemplo, la vía de terapia psicológica. Yo creo que la medicación es la primera medida con que se sale de consulta y no otras vías. Yo es que soy una persona que voy poco al médico y si lo puedo evitar no voy, pero toda la gente que vi que está tomando estos psicofármacos, fueron siempre derivados a un psiquiatra, nunca a un psicólogo, entonces claro esa es la diferencia. Entonces ya ahí, sabiendo eso, para mí es la solución fácil a algo que se podría atajar de otra forma, con un psicólogo, de la que soy totalmente pro, antes que acudir a un psiquiatra”.

(Mujer, 30 años, consumo)

Este discurso es importante e intentará ser ampliado con la información obtenida en las entrevistas a las personas expertas para intentar identificar si, al igual que en el discurso de las personas jóvenes, este puede ser un factor importante que explique el aumento del uso indebido de psicofármacos en la población joven.

La visión de los profesionales

Para completar la información que pretendemos aportar sobre el consumo no médico de psicofármacos, hemos querido indagar en la perspectiva de profesionales y personas expertas que están trabajando tanto en el análisis y la detección de nuevos consumos en el ámbito de las drogas, como en la intervención directa con jóvenes con consumo o en riesgo de consumo. En este capítulo trataremos de aproximarnos a las principales ideas que han surgido en las entrevistas con personas expertas compartiendo con ellas la información obtenida de las entrevistas con personas jóvenes.

¿Los psicofármacos comienzan a suponer un riesgo en la población joven?

En primer lugar, es importante señalar la existencia de una tendencia en el aumento del uso indebido de psicofármacos y que este aumento no es solo una tendencia dentro de la realidad del consumo de sustancias en España, sino que también se está dando a nivel comunitario, como también veíamos en los estudios revisados sobre la realidad de otros países europeos.

Las personas expertas señalan que el perfil de personas jóvenes con esta problemática que están detectando hoy, está comenzando a cambiar. Anteriormente se trataba, o bien de un perfil más relacionado con un alto consumo de drogas en contextos de ocio...

“Antes de la pandemia veíamos distintos perfiles de gente que abusaba. Un perfil más <<ravero>>, más intenso. Jóvenes que salían de fiesta muchas horas y que para luego poder bajar o descansar utilizaban psicofármacos. Este perfil nos preocupaba relativamente poco porque está unido a un momento determinado”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

... o bien de jóvenes que provenían de pisos tutelados o de jóvenes institucionalizados con medidas judiciales.

“A lo largo de todos estos años el consumo de tranquilizantes ha sido mínimo, hacemos controles de orina y antes lo detectábamos puntualmente, sobre todo de chicos que venían de centros de reforma con medidas judiciales o en situación de exclusión social, pero no se daba en otros perfiles de jóvenes”

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

Pero actualmente el perfil está comenzando a cambiar, se está detectando mayor prevalencia de motivaciones de experimentación a través de psicofármacos dentro de formas más habituales de ocio.

“Otra cosa es lo que estamos viendo ya por tema de ocio, esto ya es más preocupante. Estábamos viendo antes de la pandemia y esto es algo que estamos siguiendo, el uso de psicofármacos mezclados con alcohol para aumentar la embriaguez”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

También cambia respecto a la clase social y el entorno de los casos que se comienzan a detectar en recursos de intervención, tal y como pasa actualmente con el consumo de Cannabis, veremos en esto qué influencia está teniendo el impacto del confinamiento estricto debido a la pandemia actual en el próximo apartado.

Estos casos que se están detectando en recursos de intervención están empezando a generar consecuencias graves, sobre todo en aquellos jóvenes que tienen pautados psicofármacos como tratamiento médico, produciéndose un uso indebido con alta frecuencia y cantidad de consumo.

“Si esos casos sí, tenemos algunos casos que abusan bastante, ha tenido que ir varias veces a urgencias por pasarse de la medicación pautada, no tomársela a veces... Esto sí está pasando. He visto problemas de conducta por esto, por haberse pasado o por haberlo dejado y ha tenido que ser ingresado. Estamos en niveles, en algunos casos, de entre 3 tranquilizantes diarios. Está comenzando a haber consecuencias, sobre todo en jóvenes con medicación pautada que no tienen ningún control sobre ello”.

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

Las profesionales de intervención fundamentalmente señalan perfiles masculinos, debemos tener en cuenta que ya otros estudios realizados en Fundación Atenea, dentro de la línea de estudios sobre género y drogas, señalan barreras en el acceso de las mujeres al tratamiento (Cantos-Vicent, R. 2016). También es importante tener en cuenta el tipo de consumo que las mujeres jóvenes realizan mayoritariamente. Por lo que vemos, las profesionales están detectando la experimentación y el uso indebido en menores institucionalizados, ésta no es una motivación principal en las mujeres.

Por tanto, la automedicación para la superación de los eventos vitales que pueden generar estrés es una motivación más difícil de detectar porque ocurre en el ámbito privado y está muy relacionado con la prescripción médica y las enfermedades de salud mental. De esta manera al considerarse un fármaco legal, puede resultar mucho más complejo identificar dependencia y uso indebido por parte de las personas que consumen de este modo. Por tanto, es importante poner el foco en cómo esto puede suponer un riesgo para las mujeres.

Impacto en el consumo de las consecuencias sociales entorno a la pandemia por COVID-19

Este año 2020, ha estado atravesado por el impacto social, económico y sanitario de una pandemia mundial provocada por la COVID-19, que ha propiciado la toma de decisiones por parte de los diferentes Estados para contener su impacto.

El 14 de marzo de 2020, se declaró en España la fórmula constitucional del Estado de Alarma, acompañado de unas medidas de confinamiento estricto para reducir la interacción social y frenar la propagación del virus.

Esto supuso el cierre de los centros educativos y de toda actividad no esencial que no pudiera ser realizada mediante teletrabajo. Las personas menores de edad, durante semanas no pudieron salir de sus casas bajo ningún motivo. Toda actividad de ocio, tanto para personas jóvenes menores de 18 años, como para las que se encuentran entre los 18 y los 30 años, quedaron limitadas al hogar. Y esto, según las personas expertas consultadas ha tenido un impacto en el consumo de drogas por parte de la población joven.

Tanto personas expertas en salud que trabajan en la detección y el análisis de las prevalencias de consumo de diferentes sustancias, como aquellas profesionales entrevistadas que se encuentran interviniendo con población joven con consumo, señalan que se puede empezar a hacer un análisis pre-confinamiento, durante el confinamiento estricto y post-confinamiento.

“Estamos detectando que la gente ha tirado mucho de lo que es la botica de casa durante el confinamiento y gente joven que ha estado experimentando con lo que había en casa y evidentemente las benzodiacepinas las encontraron. Veo que hay mucha gente que está sufriendo mucho y la prescripción de benzodiacepinas ha aumentado mucho, pero claro cuanto ya hay prescripción la gente dice perfecto, ya tengo esto, ya no estoy nervioso y esto al final es una manera de traspasar información a los iguales”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

Parece ser que las personas jóvenes, ante la dificultad de acceso a las drogas que consumen habitualmente, tanto de forma diaria, como puntual asociada a contextos de ocio, han comenzado a emplear otro tipo de sustancias que pudieran provocarles efectos similares. Parece ser que esto no solo tiene relación con la sustitución para personas con consumo habitual, sino para la sustitución de formas de ocio y experimentación, también con otro tipo de sustancias:

“Han tendido a experimentar no sólo con psicofármacos sino con antihistamínicos y han hecho retos con medicamentos que son legales y se pueden conseguir en farmacia sin receta. Retos en Tik Tok con antigripales que te producen alucinaciones. Me contactaron desde el servicio de vigilancia farmacológica para indicarme el aumento de compra de determinados medicamentos”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

Esta percepción también ha comenzado a detectarse en recursos de intervención con menores con consumo o en riesgo de ello.

“A lo largo de todos estos años el consumo de tranquilizantes ha sido mínimo, hacemos controles de orina y antes lo detectábamos puntualmente, sobre todo los chicos que venían de centros de reforma con medidas judiciales o situaciones más de exclusión, pero no se daba en otros perfiles de jóvenes. A raíz de la salida del confinamiento, han llegado como 8 casos, donde hay una problemática de abuso de Tranquimazin, a veces Lexatín, a veces algún antipsicótico. Lo están mezclando con otras drogas: Redbull, alcohol, mezclado en los mismos porros y fumado. Luego pasan al consumo solos en casa para dormir o en cualquier momento del día”.

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

Estos cambios en las formas de consumo durante el confinamiento han sido relativamente recientes y será necesario profundizar con el paso del tiempo el impacto real de la pandemia respecto al consumo de drogas y en concreto de psicofármacos, pero nos permite ver las consecuencias del fácil acceso a los psicofármacos y la falta de percepción del riesgo, que provocan que ante una situación de dificultad de acceso a otras sustancias puedan facilitar su consumo y debido a la dependencia y tolerancia que generan, se desarrolle una problemática de adicción posterior.

Opinión sobre la prescripción de psicofármacos y su relación con el acceso y la información en el consumo no médico de jóvenes

Las personas expertas consultadas detectan también, al igual que este estudio en el discurso de las personas jóvenes, que el nivel de conocimiento sobre qué son los psicofármacos, tanto en población joven, como en la población general es escaso. Las profesionales en intervención entrevistadas señalan además que la población joven conoce el nombre comercial de la sustancia concreta que toman, pero no el grupo farmacológico y el tipo de sustancia que están consumiendo.

“La mayoría sabe que son tranquilizantes y que son tranquilizantes porque además el efecto es inmediato, ellos lo que ven es que les tranquiliza más que cuando se fuman un porro. Primero lo cambian y luego lo combinan. Cuando toman otras medicaciones ya no te saben decir, te dicen yo he tomado otra pero no sé cómo se llama, no sabe si era un tranquilizante... pero el Tranquimazin lo saben, pero si les cambias los gramos, que se toman uno de 0.5 y se llama Alprazolam ya no sabe que es un Traquimazin, piensan que es otra cosa siendo lo mismo ¿no? No tienen mucha información, alguna vez si les pones algún video informativo, te dicen que no sabían muchas cosas. Desde luego no son conscientes del efecto que tiene el síndrome de abstinencia”.

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

Esta falta de conocimiento, no solo se debe a una falta de información general en comparación con otras drogas, sino también a una falta de traslación de la información cuando los psicofármacos son recetados. Estas situaciones, las han vivido algunas de las profesionales en intervención cuándo han realizado acompañamientos a psiquiatría con los menores.

“En psiquiatría para nada les explicaban nada, pero ni a ellos ni a mi como acompañante, no daban ningún tipo de explicación”.

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

Esta falta de conocimiento tiene un alto impacto en la percepción del riesgo que tienen respecto al uso indebido de psicofármacos y está relacionado con las formas de acceso a los mismos.

Las profesionales consultadas detectan que la percepción del riesgo existente es muy baja, dado que los psicofármacos son sustancias legales que se utilizan para el tratamiento de enfermedades y que, por tanto, si son un medicamento que puede adquirirse en las farmacias y si son tratamientos prescritos por profesionales de la medicina, no deben tener demasiados riesgos.

“No lo perciben como una droga porque son sustancias psicoactivas que son legales, por eso no entran dentro de las campañas. Un medicamento no lo perciben como que les pueda dañar, ni como que pueda generar una adicción o pueda ser perjudicial para su salud consumirlo de forma recreativa”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

“Yo he percibido una percepción del riesgo baja, al igual que con el cannabis, que a mí me sorprende porque tienes idea de que debería ser más alta si tienen algún tipo de conocimiento. Pero es verdad que no tienen formación en la sustancia. No se han parado a pensar lo que están tomando, ni los efectos... Ni si quiera lo que se van a encontrar después. Entran a ello por curiosidad, algunos lo prueban y ya está, pero los que se han enganchado están pasando un momento de malestar duro porque no son capaces de dejarlo”.

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

Ello también puede tener que ver con la función que se les está dando a los psicofármacos a nivel médico.

“No, no hay percepción del riesgo, este es el gran problema, porque además se han recetado como la solución a sus problemas, no puedes dormir, pastilla, sabes, sigues sin poder dormir, más dosis. Pero no, es que a lo mejor lo que hay dentro no está saliendo”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

Esto tiene que ver con que sean las familias o amistades, fundamentalmente otras mujeres con prescripción médica, las que faciliten la medicación. Es importante como remarca una de las profesionales señalar que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la automedicación es una de las formas principales de autocuidado, pudiendo serlo, pero siempre dependiendo de los medicamentos a los que hace referencia esta declaración.

Hace poco, han aumentado las campañas de concienciación sobre el abuso de antibióticos y las implicaciones que puede tener a largo plazo y los psicofármacos puede estar siguiendo el mismo patrón, pero aún no existen campañas.

Si una mujer, ante un sentimiento de malestar, estrés, ansiedad... es medicada con psicofármacos y se siente bien, ya que los mismos alivian la sintomatología y la información que dispone como paciente radica en que es un medicamento que a ella le ha ido bien y del que no percibe riesgos ¿Cuál es el motivo para no recomendarlo?

“Eso es lo que suele pasar, madre consumidora, madre que seguramente crea que tiene una automedicación responsable y que posiblemente no la tenga. El fármaco está en el hogar y ella tiene interiorizado que es un medicamento. No percibe el riesgo que hay para los psicofármacos, es muy bajo, muy bajo, pero para todos... para la población en general. En este caso ella lo percibe así, ella es la cuidadora del hogar, la que consume, lo tiene disponible. No perciben que eso sea una práctica de riesgo, no perciben el peligro, ellas son las auto-administradoras que también en un momento dado, han dado antibióticos a sus hijos e hijas. Son las que normalmente administran la medicación en los hogares. En determinados medicamentos para mí nunca debe haber automedicación”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

En el capítulo anterior las personas jóvenes entrevistadas ponían el foco en su experiencia personal, a un nivel particular, respecto a la atención sanitaria. En este caso, las personas expertas sitúan el problema que articula el acceso, con la baja percepción del riesgo y con la facilidad de acceso y administración en tres cuestiones relevantes: La falta de recursos profesionales, la falta de educación para la salud y la “medicalización de la vida”.

En primer lugar, respecto a la falta de recursos se señala que éstos se están poniendo principalmente en los fármacos y no en los profesionales. Si pensamos en la Atención Primaria con anterioridad a la pandemia, el tiempo con los pacientes es escaso, los recursos de atención psicológica son prácticamente inexistentes y las vías de atención en psiquiatría son más accesibles, aunque no más dotadas de recursos.

“Yo soy muy crítica con esto, pero también tengo muy claro por qué soy tan crítica, para mí no se están poniendo los recursos donde hay que ponerlos, en vez de poner los recursos en un fármaco ponlos en los profesionales, la gente se agobia, está sufriendo y más con el momento en el que estamos. Pon más horas de psicología, no pongas dinero en el fármaco, pon horas en ir a solucionar el problema que está generando esta ansiedad, al final estos fármacos no curan, las benzodiacepinas, solo tapan un síntoma, son los fármacos más bien diseñados para bloquear la expresión de una emoción y dejarte sin sentir nada. Entonces esto es muy preocupante, además los psicofármacos son caros y esto se paga a las farmacéuticas.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

En la actualidad, dentro de una pandemia, los recursos sanitarios están agotados, el personal está sobrepasado. Tengamos en cuenta también el tiempo que tardarán en recuperarse.

Esta falta de recursos en el sistema sanitario respecto a la salud mental y que recae directamente sobre los profesionales de Atención Primaria, impide en muchas ocasiones una atención de calidad que afecta directamente a esa parte de educación para la salud por parte del profesional médico.

“La labor de educación para la salud está fallando, por parte del profesional médico y por parte del profesional farmacéutico. Si hay una buena explicación por parte del personal sanitario, sin tener que decir la fórmula química ni la cadena de reacciones adversas que puedes tener, sino que hay una buena comunicación unida a esa educación para que él comprenda que se está tomando un tipo de fármaco que no está sujeto a automedicación, que no hay que tener automedicación, que hay que tener una serie de precauciones... Si esa comunicación fuera buena... todos tendríamos la oportunidad de que se nos explicara bien. Hay muchas patas alrededor del consumo de este tipo de sustancias, que son legales y como son legales la percepción del riesgo es baja... Si mamá cuando no está bien toma uno y se relaja y se queda mejor y su amiga y la otra... porque forma parte de la cotidianeidad, todo el mundo conoce algún tipo o toma algún tipo. Manifiestas en un círculo de amistades cómo te encuentras y ya rápido alguien suelta la expresión de ¿Y por qué no te tomas uno? Y esto no es una valeriana, no es una infusión de hierbas... es otra cosa”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

Aunque también es importante señalar que tampoco existen campañas a nivel nacional sobre el consumo responsable de psicofármacos, no hay información accesible y no se comparte información que traslade los riesgos y aporte mayor conocimiento.

Todo ello, está enmarcado dentro de lo que se ha conceptualizado como “medicalización de la vida”, elemento que ya se introdujo en el estudio anterior realizado desde Fundación Atenea por Molina-Sánchez, C. y Cantos-Vicent, R. (2018) “Consumo de hipnosedantes: Análisis histórico desde la perspectiva de género”. La medicalización de la vida cotidiana hace referencia a un proceso mediante el cual se han venido buscando soluciones médicas a todo tipo de problemas. Esto se debe, por un lado, a cambios sociales y la aceleración de los ritmos de vida, fundamentalmente en los países occidentales, al desarrollo médico y tecnológico, que nos hace querer todo aquí y ahora, y aun aumento en el poder del sector farmacéutico (Molina-Sánchez, C. y Cantos-Vicent, R., 2018). El consumo de psicofármacos sería uno de los ejemplos de este proceso, el malestar generado por las desigualdades sociales y por la exclusión, se está tratando con psicofármacos y esto afecta principalmente a las mujeres.

Un ejemplo concreto lo podemos ver en uno de los discursos de las profesionales de intervención:

“Antes trabajaba en pisos tutelados con menores y eso era increíble. Cada vez que íbamos a psiquiatría les recetaban directamente, a la mínima era medicación, si no funciona bien en el piso le subimos la medicación. Era algo que hablábamos allí, que a la mínima les recetan y que a lo mejor necesitan otro tipo de tratamiento. Es que eran a veces menores de 12 y 13 años que es que veíamos que no era necesaria la medicación. También pasaba con los menores judicializados. Era una cosa significativa, ir a psiquiatría significaba receta. No hubo ningún caso que no recetaran o derivaran a psicología”.

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

Las prevalencias de consumo de la población joven de psicofármacos sin receta y sus discursos nos muestran la parte más manifiesta de un consumo que estamos viendo invisible. Los discursos de los profesionales nos han servido para corroborar las primeras conclusiones extraídas de los discursos de las personas jóvenes y para situar esta caracterización del consumo dentro de un contexto que, desde factores sociales, podemos llegar a comprender el porqué del aumento en el consumo.

En el siguiente apartado expondremos las recomendaciones de los profesionales para continuar trabajando en la prevención de este tipo de consumo, pero el apartado de conclusiones nos servirá para poner en conjunto las distintas fuentes de información y asentar las líneas de reflexión que servirán para continuar investigando dentro de esta realidad social.

Recomendaciones

Por último, para finalizar este capítulo, hemos querido recopilar las recomendaciones que surgen de los discursos de las personas expertas entrevistadas, junto con las conclusiones que podemos extraer del resto de temáticas tratadas en este apartado y la bibliografía consultada.

Los resultados anteriores nos han mostrado que hay gran falta de información, baja percepción del riesgo y fácil acceso a los psicofármacos. Estos son elementos importantes que forman parte de la explicación del aumento del consumo no médico de psicofármacos en personas jóvenes.

Atendiendo a estos elementos las personas expertas consultadas y la bibliografía consultada que nos aporta información sobre recomendaciones futuras nos ofrece varios aspectos importantes a resaltar:

Dentro de la **intervención social con población joven**, las profesionales, respecto al aumento de casos detectados, destacan la necesidad de contar con mayores recursos médicos y formación para tratar este tipo de problemáticas que tienen aspectos específicos respecto a otro tipo de consumos.

“Es importante tener formación y que en los programas de prevención indicada podamos tener profesionales de la medicina ya que para los menores no existen estos recursos, sólo para mayores de edad”

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

A **nivel sanitario** se incide en la necesidad del refuerzo de varias cuestiones relacionadas con la falta de recursos en salud mental, la importancia de la educación para la salud y un mayor nivel de seguimiento en la prescripción médica de psicofármacos:

- Falta de **recursos en salud mental**: Las profesionales consultadas señalan que actualmente existe más inversión en el fármaco que en el problema que origina determinadas enfermedades de salud mental como la ansiedad o la depresión. La inversión en profesionales de la psicología es necesario como forma de dar solución al problema que hay detrás del aumento del consumo de psicofármacos.

“Se debe poner dinero en salud mental, en profesionales, si vemos que está sucediendo esto, es porque la gente no está bien”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

- **Educación para la salud** a nivel médico: Es necesario establecer protocolos que aseguren una adecuada información sobre los psicofármacos cuando éstos deban ser diagnosticados. Cuestiones relativas a qué es un psicofármaco, efectos secundarios, los posibles riesgos de su consumo, la importancia de consumir la dosis indicada y nunca facilitarlo a familiares o amistades sin receta.

“Hay que plantearse qué está pasando en esta sociedad para que los propios familiares te recomienden un fármaco que, si supieran lo que están haciendo, yo creo que no lo harían. Falta información. Hay que decirle a la población desde un inicio los problemas que pueden tener con ello, cuándo es útil, cuándo no es útil, la dependencia que puede generar y que luego puede ser complicado volver a dormir sin tomar la pastilla”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

- Mayor **seguimiento en la prescripción** de psicofármacos: En este caso se señala la gran importancia de establecer un buen seguimiento del paciente que debe ser medicado con psicofármacos, para que el tratamiento se ajuste a lo necesario y poder de alguna manera reducir y evitar la desviación de estos fármacos a otras personas o un uso indebido.

“Es necesario la concienciación de los profesionales de la Atención Primaria para cuidar estas recetas en función de quien las pide y realizar un seguimiento exhaustivo del tratamiento para reducir las posibilidades de su desviación o mayor consumo del debido al existir una receta y una dosis pautada”.

(Profesional intervención social en jóvenes con consumo)

- Valoración de la necesidad de prescripción de psicofármacos y evaluación de **otras alternativas** para el tratamiento de determinadas enfermedades como los trastornos del sueño, la ansiedad, los dolores musculares, etc. Así, los profesionales del ámbito de la salud deberían considerar tratamientos con medicamentos que tengan menor

riesgo de abuso. Por ejemplo, mayor uso de analgésicos no opioides para problemas musculares, terapias psicológicas para cuadros de ansiedad o tratamientos alternativos con otros medicamentos para trastorno del sueño leves (Brian, E., Tapscott, M. A., y Schepis, P., 2017).

A **nivel institucional**, es importante la financiación de campañas que sirvan para concienciar sobre el aumento del consumo de psicofármacos y los riesgos ante el desconocimiento. Mencionan que, de igual forma que se han realizado campañas sobre el abuso de antibióticos y sus riesgos a largo plazo, es importante hacerlo sobre el consumo de psicofármacos. Debe desligarse la automedicación como forma de autocuidado de este grupo farmacológico.

“Igual que se han hecho campañas sobre los antibióticos creo que son importantes las campañas sobre el autoconsumo de los medicamentos, sobre todo de psicofármacos, pero claro, también es reconocer un problema, que existe el uso irracional de psicofármacos y que hay un mercado negro en los mismos”.

(Experta en ámbito de la salud pública y detección de uso de drogas)

Por otro lado, a **nivel educativo**, se indica la necesidad de que exista información sobre los psicofármacos al igual que sobre otras drogas legales e ilegales, en los talleres y campañas de sensibilización que se realizan en los distintos niveles educativos. También Boyd, C. J., et al., (2015) inciden en la necesidad de hacerlo a nivel universitario dado el nivel de consumo que se detecta en esta etapa.

Por último, también es importante continuar apostando por la **investigación** sobre el uso y abuso de psicofármacos por parte de la población en general y en concreto, de la población joven. Una de las expertas señala la importancia de comprender por qué las personas jóvenes tienen la opción y la necesidad de usar este tipo de sustancias y analizar si el efecto de la pandemia sobre el consumo durante el confinamiento será una situación temporal o tendrá un efecto a largo plazo.

Conclusiones



El estudio que hemos realizado tenía como objetivos principales identificar los patrones de consumo no médico de psicofármacos por parte de la población joven, así como sus usos y motivaciones diferenciando las características de hombres y mujeres. También, hemos pretendido analizar posibles factores que expliquen por qué se está produciendo este tipo de consumo y qué acciones podemos llevar a cabo para intervenir socialmente en esta problemática.

Veníamos de una línea de estudios anteriores donde ya se estaba advirtiendo del alto consumo con receta de hipnosedantes en las mujeres y del aumento del consumo sin receta en jóvenes con edades entre los 14 y 18 años, llegando a identificar prevalencias del 8,6% alguna vez en la vida (PNSD, 2020). Resultaba necesario la realización de estudios de corte cualitativo que permitieran acercarse a la realidad que se esconde detrás de los datos.

De esta manera, el estudio que presentamos nos ha permitido conocer, como eje vertebrador de los patrones y circunstancias del consumo no médico de psicofármacos, cuáles eran las **motivaciones** que pueden arrojar una explicación. Los discursos de las personas jóvenes han constatado las diferencias que ya establecía el PNSD en la encuesta EDADES en sus últimos informes y su relación con los roles y mandatos de género predominantes en nuestra sociedad. Los principales motivos que han identificado los hombres están relacionados con la experimentación y el aumento o reducción de los efectos de otras drogas, es decir, el consumo no médico de los hombres es principalmente recreativo. Los motivos de las mujeres se relacionan fundamentalmente con la automedicación, como forma de afrontar las situaciones del día a día que puedan generar estrés. Estos discursos sociales han permitido señalar una relación con el mandato de género masculino sobre la “asunción de riesgos” y en las mujeres con el mandato de género femenino relacionado con “ser emocionales y cuidar”.

Las **formas y circunstancias del consumo** vienen marcadas por las motivaciones y por ello, los patrones son diferentes entre mujeres y hombres, continuando la relación con los mandatos de género señalados anteriormente:

- En los **hombres** el inicio aparece en edades más tempranas, unido a la experimentación con las drogas. Lo obtienen a través de su entorno más próximo, pero surge como modalidad el mercado negro y la compra a personas desconocidas. Destaca en ellos la co-ingesta con otras drogas y el consumo en ámbitos de ocio. Este consumo es más puntual, relacionado con esos momentos de ocio y consumo.
- En las **mujeres** el inicio es más tardío, relacionado con el comienzo de las responsabilidades propias de la edad adulta. El acceso se produce fundamentalmente a través de la familia y las amistades más próximas de forma gratuita. Es la sustancia principal y el consumo es en solitario, por ello puede producirse de forma más

habitual al relacionarse con la automedicación o un uso indebido de medicación bajo prescripción médica.

Estos resultados reflejan que sigue existiendo la tradicional brecha de género entre el espacio público y el espacio privado, que sucede en distintos ámbitos de la vida social y se reproduce en el ámbito del consumo de drogas. Por tanto, el consumo no médico recreativo se produce en el espacio público, el consumo de las mujeres en el espacio privado y esto es importante porque tiene un impacto directo en la capacidad de detección del uso indebido y las problemáticas que de ello se pueden derivar.

El análisis de las **formas de obtención** es lo que nos ha permitido aproximarnos a los factores que podrían encontrarse detrás de la explicación del aumento de este tipo de consumo. La familia y las amistades cercanas aparecen como la principal vía de acceso, principalmente en las mujeres, de esta manera para las personas jóvenes es fácil acceder a la sustancia y en la mayoría de las ocasiones de forma gratuita.

¿Cuáles son entonces los **elementos que permiten el acceso y facilitan el consumo**?

- **La percepción del riesgo** en el consumo de psicofármacos sin receta o de manera indebida es muy baja. En las entrevistas realizadas a personas jóvenes la identificación de consecuencias concretas resultaba confusa, ya que, en la mayoría de los casos no han experimentado consecuencias concretas propias o en su entorno. La dependencia aparece como riesgo, pero los discursos resultan dubitativos. Los hombres señalan la sobredosis como riesgo de la co-ingesta con otras drogas, pero no son hechos que hayan vivenciado en su entorno cercano. El aspecto significativo es que las personas que señalan haber realizado un consumo no médico, tienen menor percepción del riesgo respecto a quienes no lo han experimentado en primera persona.
- La percepción del riesgo está íntimamente ligada al **bajo conocimiento** que poseen acerca de los psicofármacos. La información que indican disponer es escasa, desde todos los medios disponibles. Saben identificar la marca comercial, pero no al grupo farmacológico al que pertenecen. En muchos casos no identifican el Diazepam o el Valium como un psicofármaco. La percepción es la misma para las personas que tienen prescripción médica señalando una falta de información por parte de las personas del ámbito sanitario.
- Los anteriores elementos, vienen unidos a la **alta prescripción médica de psicofármacos** en los últimos años por problemas derivados de trastornos de sueño, ansiedad o depresión, e íntimamente ligado con lo que se ha denominado “medicalización de la vida”, que está afectando fundamentalmente a las mujeres. El

consumo de psicofármacos con receta en las mujeres supera ampliamente los datos que encontramos en los hombres. Los estudios, bases de datos y entrevistas realizadas nos indican que existe una relación entre la prescripción médica y un uso indebido de psicofármacos por falta de seguimiento e información sobre sus riesgos.

La baja percepción del riesgo, el bajo nivel de conocimiento y una prevalencia mayor de los tratamientos médicos con psicofármacos para diversas problemáticas de salud, se encuentran en la base de la explicación del fácil acceso y el aumento del uso indebido de psicofármacos en personas jóvenes. Además, ello tiene un impacto diferenciado en mujeres y hombres respecto a los riesgos que se están asumiendo.

Siendo las motivaciones principales para los hombres el consumo no médico recreativo, hay mayor probabilidad de realizar consumo ocasional y el riesgo principal puede venir derivado de consecuencias con la mezcla de otras drogas. Como decíamos, ellos identifican en mayor medida la sobredosis como posible consecuencia.

Para las mujeres, explicándose el consumo bajo motivaciones relacionadas con afrontar problemas del día a día, debemos resaltar que esto puede estar derivando en que este tipo de consumo este invisibilizado. Las profesionales de la intervención con jóvenes nos indican que están detectando en los recursos el consumo recreativo, siendo principalmente hombres jóvenes los casos encontrados. El riesgo aumenta en las mujeres porque el consumo de psicofármacos tiene una relación con los cuidados y la gestión de las emociones. Entienden que es un medicamento, legal y facilitado por un profesional sanitario, que les sirve para mejorar su estado de salud y no perciben los riesgos porque no los conocen. Es por ello mayor la probabilidad de que las mujeres sean facilitadoras de esta sustancia a otras personas. Este hecho viene reforzado por la alta exposición que tienen las mujeres a los psicofármacos. Señalábamos la mayor prevalencia del consumo con receta de las mujeres respecto a los hombres, explicada por lo que se ha denominado la “medicalización del malestar de las mujeres” (Valls-Llobet, C., et al., 2014).

Compartiendo nuestros resultados con las personas expertas que han sido entrevistadas se han detallado algunas recomendaciones sobre las que es importante continuar trabajando para identificar el alcance de este tipo de consumo y poder realizar una intervención con mayor adecuación a la realidad descrita. Por un lado, es importante realizar campañas de concienciación al igual que se han realizado con otro tipo de medicamentos. También es relevante poner recursos en los profesionales del ámbito de la salud mental para que existan mejores protocolos de información respecto a los tratamientos con psicofármacos y un mayor seguimiento y vigilancia para las personas que necesiten su prescripción. Es importante invertir en educación para la salud, no sólo a nivel médico, sino que pueda llegar a las diferentes etapas educativas. Al igual que informamos sobre otras drogas, el uso indebido de psicofármacos debe incorporarse.



Por último, resulta necesario continuar invirtiendo en investigaciones y formaciones que nos permitan seguir conociendo el alcance. Las entrevistas con personas jóvenes nos han acercado a una realidad que va más allá de lo que los estudios cuantitativos están siendo capaces de identificar, ya que el bajo conocimiento provoca que no identifiquen determinados medicamentos como psicofármacos al conocer únicamente el nombre comercial y su efecto directo. También será necesario conocer si los efectos del confinamiento estricto en las formas de consumo de sustancias de las personas jóvenes pueden tener efectos a largo plazo, al haber recurrido al botiquín de casa, accediendo a psicofármacos, en los momentos donde no tenían facilidad de acceso a otras sustancias.

Bibliografía



- Alfaro, C. (1999). Develando el género. Elementos conceptuales básicos para entender la equidad, Unión Mundial para la Naturaleza, Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, Costa Rica.
- Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1–2), 136–147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Boyd, C. J., Austic, E., Epstein-Ngo, Q., Veliz, P. T., & McCabe, S. E. (2015). A prospective study of adolescents' nonmedical use of anxiolytic and sleep medication. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(1), 184.
- Bravo, M. F., Saiz, J., & Bobes, J. (2009). Manual del residente en psiquiatría. In *Manual del Residente en Psiquiatría* (Vol. 45, Issue 21).
- Brian, E., Tapscott, M. A. & Schepis, P. (2017). Nonmedical Use of Prescription Medications in Young Adults. *Physiology & Behavior*, 176(10), 139–148.
- Cantos-Vicent, R. (2015). “Barreras a la inclusión social de la población drogodependiente cronificada: Un análisis desde la perspectiva de género”. Fundación Atenea.
- Cantos-Vicent, R. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea.
- Cantos-Vicent, R. y Molina-Sánchez, C. (2017) “Frente al espejo. Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género”. Fundación Atenea.
- Cantos-Vicent, R. (2018) “Como Dios Manda. Modelos ideales de hombre y mujer”. Fundación Atenea.
- Choo, E. K., Beauchamp, G., Beaudoin, F. L., Bernstein, E., Bernstein, J., Bernstein, S. L., Kerryann, B., Cannon, R. D., Onofrio, G. D., Greenberg, M. R., Lippmann, J., Rhodes, K. V, Watts, S., & Boudreaux, E. D. (2015). A Research Agenda for Gender and Substance Use Disorders in the Emergency Department. 21(12), 1438–1446. <https://doi.org/10.1111/acem.12534>
- Comisión Europea (1998). 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. http://www.muji.es/red.net/glosario_genero.html
- Correa Alfaro, F. A., & García Hernández, M. N. (2019). Uso recreativo de benzodiacepinas en la población joven. *Ene*, 13(1), 1316. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2019000100006>
- Cotto, J. H., Davis, E., Dowling, G. J., Elcano, J. C., Staton, A. B., & Weiss, S. R. B. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine*, 7(5), 402–413. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2010.09.004>
- Espinar-Ruiz, E. (2006). Imágenes y estereotipos de género en la programación y en la publicidad infantil: análisis cuantitativo.

- ESPAD. (2019). ESPAD Report 2019. <https://doi.org/10.2810/877033>
- Fernández, E. A. (2001). La socialización de género a través de la programación infantil de televisión. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, a propuesta de la Dirección General de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Pág. 10-11.
- Hall, M. T., Howard, M. O., & McCabe, S. E. (2010). Subtypes of adolescent sedative/anxiolytic misusers: A latent profile analysis. *Addictive Behaviors*, 35(10), 882–889. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.05.006>
- Kuhn, C. (2015). Emergence of sex differences in the development of substance use and abuse during adolescence. *Pharmacology and Therapeutics*, 153, 55–78. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2015.06.003>
- Lagarde, M. (1994) “La regulación social del género: El género como filtro de poder”. Consejo Nacional de la Población. México.
- Mateu-gelabert, P., Jessell, L., Goodbody, E., Kim, D., Gile, K., Teubl, J., Syckes, C., Ruggles, K., Lazar, J., Friedman, S., & Guarino, H. (2018). High enhancer, downer, withdrawal helper: Multifunctional nonmedical benzodiazepine use among young adult opioid users in New York City Pedro. 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.016>.High
- Molina-Sánchez, C. y Cantos-Vicent, R. (2018) “Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género”. Fundación Atenea.
- McCabe, S. E., et al. (2018). Medical and nonmedical use of prescription sedatives and anxiolytics: Adolescents’ use and substance use disorder symptoms in adulthood. 296–301. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.021>.Medical
- McCabe, S. E., & West, B. T. (2014). Medical and nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics among U.S. high school seniors. *Addictive Behaviors*, 39(5), 959–964. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.009>
- Murphy, K. D., Lambert, S., McCarthy, S., Sahm, L. J., & Byrne, S. (2018). “You Don’t Feel”: The Experience of Youth Benzodiazepine Misuse in Ireland. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(2), 121–128. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1371365>
- Nieves-Martín, Y. y Molina-Sánchez, C. (2014). “¿Qué es ser drogodependiente hoy?: Claves para la reflexión”. Fundación Atenea.
- PNSD (2017). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017. Recuperado de: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
- PNSD (2018). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1994-2016. Recuperado de: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf

- PNSD (2020). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1994-2018/2019. Recuperado de:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020_Informe.pdf
- Puleo, A. (1995). Patriarcado. Celia Amorós, 10.
- Rubin, G. (1975). "The traffic in women: notes on the 'political economy' of sex"
- Ruiz, E. E. (2007). Las raíces socioculturales de la violencia de género. EA, Escuela abierta: revista de investigación educativa, (10).
- Schepis, T. S., & Hakes, J. K. (2013). Dose-related effects for the precipitation of psychopathology by opioid or tranquilizer/sedative nonmedical prescription use: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Addiction Medicine*, 7(1), 39–44. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e318277e9e5>
- Wong, C. F., Silva, K., Kecojevic, A., Schrager, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E., & Lankenau, S. E. (2013). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1–2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024>
- Valls-Llobet, C., Ojuel, J., Solsona, M. L. C., & Pujol, M. F. (2014). Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. CAPs - Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Barcelona, 36. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf

Anexos



ANEXO I. Variables seleccionadas para el estudio de las bases de datos utilizadas.

EDADES (2017)

CD	Variable seleccionada
D1	D1 Sexo:
D2	D2 ¿Cuántos años tiene Vd.?
D6	D6 ¿Ha nacido usted en España?
D8	D8 ¿Y cuántos años lleva viviendo en España, aproximadamente?:
R1I	R1. Ahora, nos gustaría saber su opinión sobre los problemas, de salud o de cualquier otro tipo, que pueden significar cada una de las siguientes situaciones. Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes
R1J	R1. Ahora, nos gustaría saber su opinión sobre los problemas, de salud o de cualquier otro tipo, que pueden significar cada una de las siguientes situaciones. Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez por semana o más
R2J	R2. ¿Qué grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener cada una de las siguientes sustancias, en un plazo de unas 24 horas? Tranquilizantes, sedantes o somníferos a través de una receta
R2K	R2. ¿Qué grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener cada una de las siguientes sustancias, en un plazo de unas 24 horas? Tranquilizantes, sedantes o somníferos sin tener receta
D9	D9. ¿En qué situación/es de las siguientes se encontraba LA SEMANA PASADA? Nos referimos a la última semana completa, desde el último domingo al lunes anterior.
D11_1	D11. ¿Cuál es o era su situación o rango profesional en su último trabajo principal?
D11_2	D11. ¿Cuál es o era su situación o rango profesional en su último trabajo principal?
D12	D12. Para conocer un poco mejor su situación laboral, ¿me podría indicar en cuál de los siguientes grupos se incluye usted?
TS1_1	TS1. ¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS
TS1_2	TS1. ¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS
TS1_3	TS1. ¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS
TS1_4	TS1. ¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS
TS1_5	TS1. EDAD en que consumió por primera vez en su vida TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS
TS2	TS2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?
TS3_1	TS3. ¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO
TS3_2	TS3. ¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO
TS3_3	TS3. ¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO
TS3_4	TS3. ¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS? TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO

TS3_5	TS3. EDAD en que consumió por primera vez en su vida TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO
TS4_1	TS4. ¿CON ALCOHOL? ¿Ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) en la mismo ocasión junto con...?
TS4_2	TS4. ¿CON DROGAS ILEGALES (CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...)? ¿Ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) en la mismo ocasión junto
TS4_3	TS4. CON ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES ¿Ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) en la mismo ocasión junto con...?
TS5_1	TS5. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO: ¿Cuáles fueron las razones de su consumo?: PARA EXPERIMENTAR O PROBAR LO QUE SE SENTÍA TOMANDO ESE MEDICAMENTO
TS5_2	TS5. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO: ¿Cuáles fueron las razones de su consumo?: PARA COLOCARME
TS5_3	TS5. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO: ¿Cuáles fueron las razones de su consumo?: PARA SOBRELLEVAR LAS SITUACIONES HABITUALES DEL DÍA A DÍA
TS5_4	TS5. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO: ¿Cuáles fueron las razones de su consumo?: PARA INCREMENTAR O DISMINUIR LOS EFECTOS DE LAS DROGAS
TS5_5	TS5. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO: ¿Cuáles fueron las razones de su consumo?: PARA AFRONTAR ALGUNOS PROBLEMAS VITALES
TS5_6	TS5. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO: ¿Cuáles fueron las razones de su consumo?: POR SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO
TS5_9	TS5. TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO: ¿Cuáles fueron las razones de su consumo? No sabe / No contesta
TS6	TS6. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) y seleccione el medio por el que los consiguió.
TS7	TS7. Estaría dispuesto a intentar conseguir ILEGALMENTE TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) si no pudiera obtenerlos a través de receta médica?
S1_1	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. PELEAS O PROBLEMAS CON FAMILIARES, AMIGOS, COMPAÑEROS O VECINOS
S1_2	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA

S1_3	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS
S1_4	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. ACCIDENTES DE TRÁFICO
S1_5	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. PROBLEMAS LABORALES
S1_6	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. PROBLEMAS ECONÓMICOS
S1_7	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. PROBLEMAS CON LA POLICIA O LA LEY
S1_8	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. RELACIONES SEXUALES QUE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS NO HUBIERA MANTENIDO
S1_9	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN
S1_10	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. HE SIDO VÍCTIMA DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO
S1_11	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. NUNCA HE TENIDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO
S1_12	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS. NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL U OTRAS DROGAS
S1_99	S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS: NO CONTESTA
S2_1	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: LUDOPATÍA (PROBLEMAS CON EL JUEGO)
S2_2	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: ANSIEDAD
S2_3	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: DEPRESIÓN
S2_4	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: INSOMNIO (PROBLEMAS PARA DORMIR)
S2_5	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: TDAH (TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD)
S2_6	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: ESQUIZOFRENIA U OTRAS ENFERMEDADES SIMILARES
S2_7	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: TRASTORNO BIPOLAR
S2_8	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: TRASTORNO DE PERSONALIDAD
S2_9	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (ANOREXIA, BULIMIA)
S2_10	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: VIRUS DEL SIDA (VIH)

S2_11	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: VIRUS DE LA HEPATITIS B
S2_12	S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de: VIRUS DE LA HEPATITIS C

ESTUDES (2016)

CD	Variable seleccionada
P1	Sexo
P2_CO D	Edad calculada
P3	País de nacimiento
P11	En los últimos 30 días, ¿has faltado alguna vez a clase porque no te apetecía ir (hacer pellas)?
P12	¿Qué notas sacas habitualmente?
P13	¿Has repetido curso alguna vez?
P15	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has salido por las noches para divertirte?
P53_1	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos alguna vez en la vida?
P53_2	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos alguna vez en los últimos 12 meses?
P53_3	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos alguna vez en los últimos 30 días?
P53_4	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos diariamente o casi diariamente en los últimos 30 días?
P53_E DAD	Edad a la que consumiste por primera vez tranquilizantes, sedantes o somníferos
P54_1	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta alguna vez en tu vida?
P54_2	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta alguna vez en los últimos 12 meses?
P54_3	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta alguna vez en los últimos 30 días?
P54_4	¿Has consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta diariamente o casi diariamente en los últimos 30 días?
P54_E DAD	Edad a la que consumiste por primera vez tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta
P82_6	En los últimos 30 días cuántos amigos y compañeros con los que sales y te relacionas han tomado tranquilizantes/sedantes o somníferos
P97_3	Dificultad para conseguir tranquilizantes/sedantes o somníferos
P99	¿Te sientes suficientemente informado con respecto al tema de las drogas?
P100	¿En tu actual instituto o centro educativo, has recibido información o se ha tratado en clase el tema del consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo?

ANEXO II. Tablas completas para resultados.

Tabla 12. Consumo no médico por sexo y edad (%)

	Franja de edad	Mujeres	Hombres
<i>Consumo alguna vez en la vida</i>	Menor de 18 años	4	8,2
	18-23	29,8	27,9
	24-30	66,2	63,9
<i>Consumo en los últimos 12 meses</i>	Menor a 18 años	4,4	7,1
	18-23	35,9	28,2
	24-30	59,7	64,7
<i>Consumo en los últimos 30 días</i>	Menor a 18 años	8,8	8,4
	18-23	29,5	36,4
	24-30	61,8	55,2
<i>Consumo diario</i>	Menor a 18 años	13,6	-
	18-23	12,4	-
	24-30	74,1	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 13. Consumo no médico por sexo y situación laboral (%)

	Situación laboral	Mujeres	Hombres
<i>Consumo alguna vez en la vida</i>	Trabajando	51,9%	49,1%
	Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	,0%	,0%
	Parado que ha trabajado antes	13,6%	28,9%
	Parado que busca su primer empleo	2,9%	6,2%
	Jubilado	,0%	,0%
	Incapacitado permanente	,0%	,0%
	Cursando algún estudio	25,5%	13,7%
	Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	6,1%	,0%
	Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna, (Ej. Rentistas, recibiendo alguna ayuda pública o privada)	,0%	1,5%
<i>Consumo en los últimos 12 meses</i>	Trabajando	47,3%	45,3%
	Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	,0%	,0%
	Parado que ha trabajado antes	16,1%	35,0%
	Parado que busca su primer empleo	,0%	3,1%
	Jubilado	,0%	,0%
	Incapacitado permanente	,0%	,0%
	Cursando algún estudio	34,8%	15,6%
	Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	1,8%	,0%
	Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna, (Ej. Rentistas, recibiendo alguna ayuda pública o privada)	,0%	,0%
	Trabajando	52,8%	60,8%

<i>Consumo en los últimos 30 días</i>	Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	,0%	,0%
	Parado que ha trabajado antes	22,1%	39,2%
	Parado que busca su primer empleo	,0%	,0%
	Jubilado	,0%	,0%
	Incapacitado permanente	,0%	,0%
	Cursando algún estudio	22,4%	,0%
	Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	2,8%	,0%
	Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna, (Ej. Rentistas, recibiendo alguna ayuda pública o privada)	,0%	,0%
<i>Consumo diario</i>	Trabajando	27,5%	76,6%
	Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	,0%	,0%
	Parado que ha trabajado antes	28,1%	23,4%
	Parado que busca su primer empleo	,0%	,0%
	Jubilado	,0%	,0%
	Incapacitado permanente	,0%	,0%
	Cursando algún estudio	39,1%	,0%
	Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	5,3%	,0%
	Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna, (Ej. Rentistas, recibiendo alguna ayuda pública o privada)	,0%	,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 14. Motivos del consumo no médico por sexo (%)

	Mujeres	Hombres
<i>Experimentar o probar lo que se siente tomando ese medicamento</i>	15,7	84,3
<i>Para colocarme</i>	13,3	86,7
<i>Para sobrellevar las situaciones habituales del día a día</i>	50,2	49,8
<i>Para incrementar o disminuir los efectos de otras drogas</i>	-	100
<i>Para afrontar algunos problemas vitales</i>	64,0	36
<i>Por ser víctima de violencia de género</i>	100	-
<i>No sabe/no contesta</i>	40,8	59,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 15. Motivos del consumo no médico por sexo y edad (%)

	Franja de edad	Mujeres	Hombres
<i>Experimentar o probar lo que se siente tomando ese medicamento</i>	Menor de 18 años	-	-
	18-23	38,0	34,7
	24-30	62,0	65,3
<i>Para colocarme</i>	Menor a 18 años	-	13,8
	18-23	45,4	36,4
	24-30	54,6	49,7
	Menor a 18 años	-	-

<i>Para sobrellevar las situaciones habituales del día a día</i>	18-23	20,1	24,0
	24-30	79,9	76,0
<i>Para incrementar o disminuir los efectos de otras drogas</i>	Menor a 18 años	-	11,5
	18-23	-	14,9
	24-30	-	73,6
<i>Para afrontar algunos problemas vitales</i>	Menor a 18 años	1,9	7,0
	18-23	34,2	21,2
	24-30	63,9	71,9
<i>Por ser víctima de violencia de género</i>	Menor a 18 años	-	-
	18-23	-	-
	24-30	100	-
<i>No sabe/no contesta</i>	Menor a 18 años	8,5	5,4
	18-23	38,7	31,9
	24-30	52,8	62,8

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 16. Edad de inicio del consumo no médico de psicofármacos para personas que indican consumir o haber consumido por sexo y edad (%)			
	Franja de edad	Mujeres	Hombres
<i>Consumo alguna vez en la vida</i>	Menor de 18 años	15,40	23,30
	18-23	36,60	36,10
	24-30	21,60	15,20
	No contesta	26,40	25,30
<i>Consumo en los últimos 12 meses</i>	Menor a 18 años	23,50	22,40
	18-23	32,90	42,10
	24-30	29,70	15,80
	No contesta	13,90	19,60
<i>Consumo en los últimos 30 días</i>	Menor a 18 años	24,50	32,40
	18-23	36,10	34,00
	24-30	20,50	9,30
	No contesta	18,90	24,40
<i>Consumo diario</i>	Menor a 18 años	25,60	39,80
	18-23	38,70	23,40
	24-30	26,70	-
	No contesta	9,00	36,80

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 17. Dificultad para la obtención de psicofármacos sin receta por consumidores/as no médicos de psicofármacos por sexo (%)		
	Mujeres	Hombres
<i>Difícil o prácticamente imposible</i>	12,7	12,8
<i>Fácil o muy fácil</i>	53,7	47,6
<i>No sabes</i>	-	-
<i>No contesta</i>	33,6	39,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

Tabla 18. Formas de obtención de psicofármacos sin receta por consumidores/as no médicos de psicofármacos en los últimos 30 días por sexo (%)		
	Mujeres	Hombres
A través de una receta médica que me recetaron a mi	27,2	24,4
A través de un amigo o familiar	45,9	32,1
A través de un traficante o una persona desconocida	-	11,2
A través de Internet	-	-
A través de una receta médica falsa	-	-
Lo compré en una farmacia sin receta	8,3	16,5
Lo conseguí de otra manera	6,3	-
No contesta	12,3	15,9
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)		

Tabla 19. Consumo no médico habitual junto con otras drogas por sexo y edad (%)			
	Franja de edad	Mujeres	Hombres
Con alcohol	Menor de 18 años	-	-
	18-23	-	36,5
	24-30	100	63,5
Con drogas ilegales	Menor a 18 años	-	13,4
	18-23	13,9	31,9
	24-30	86,1	54,7
Con alcohol y drogas ilegales	Menor a 18 años	-	-
	18-23	15,1	19,3
	24-30	84,9	80,7
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)			

Tabla 20. Veces que indican salir por la noche consumidores/as no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%)		
	Mujeres	Hombres
Menos de una noche al mes	16,4	11,0
De una a tres noches al mes	28,4	24,1
1 noche a la semana	14,8	17,4
2 noches a la semana	18,8	23,8
3-4 noches a la semana	6,5	7,0
Más de 4 noches a la semana	5,2	7,3
Nunca	5,4	4,0
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)		

Tabla 21. Amistades que consumen con relación a consumidores/as no médicos habituales de psicofármacos por sexo (%)		
	Mujeres	Hombres
Ninguno	63,1	59,8
Algunos	32,5	26,2
Todos o la mayoría	2,4	10,1
No contesta	2,0	4,0
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)		

Tabla 22. Percepción del riesgo por consumo sin receta de psicofármacos una vez por semana o más por sexo (%)

	Consumo de psicofármacos sin receta alguna vez en la vida			
	Mujeres		Hombres	
	SI	NO	SI	NO
Ningún problema	8,4	3,4	14,8	4,0
Pocos problemas	26,5	12,7	16,8	13,2
Bastantes problemas	30,8	29,7	24,2	29,7
Muchos problemas	29,6	46,6	33,1	43,5
Ns/Nc	4,7%	7,7	10,9	9,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 23. Percepción del riesgo de consumidores habituales sin receta por consumo de psicofármacos una vez por semana o más por sexo

	Mujeres	Hombres
Ningún problema	20,7	12,1
Pocos problemas	31,9	13,0
Bastantes problemas	13,9	11,9
Muchos problemas	23,7	38,0
Ns/Nc	9,8	25,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

Tabla 24. Problemas de salud percibidos por consumidores/as en el último mes y los que no por sexo (%)

	Consumo de psicofármacos sin receta en los últimos 30 días			
	Mujeres		Hombres	
	SI	NO	SI	NO
Pocos problemas o ninguno	19,4	7,8	18,6	8,4
Bastantes o muchos problemas	56,5	65,7	49,7	59,5
No sabes	19,7	22,6	24,1	27,1
No contesta	4,4	4,0	7,6	5,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

Tabla 25. Enfermedades o problemáticas que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida consumidores/as no médicos de psicofármacos por sexo (%)

	Mujeres	Hombres
Peleas o problemas con familiares, amigos, compañeros o vecinos	40,3	59,7
Problemas de salud física	52,0	48,0
Problemas psicológicos o psiquiátricos	63,8	36,2
Accidentes de tráfico	100	-
Problemas laborales	45,9	54,1
Problemas económicos	41,8	58,2
Problemas con la policía o la ley	20,3	79,7
Relaciones sexuales que en otras circunstancias no hubiera mantenido	100	-

Relaciones sexuales sin protección	64,1	35,9
He sido víctima de una situación de violencia de género	100	-
Nunca he tenido problemas de este tipo	69,9	30,1
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)		

Tabla 26. Información percibida en consumidores/as no médicos de psicofármacos por sexo (%)			
		Mujeres	Hombres
¿Te sientes suficientemente informado con respecto al tema de las drogas?	Sí, perfectamente	27,7	46,0
	Sí, lo suficiente	34,9	25,6
	Sólo a medias	26,4	14,6
	No, estoy mal informado	6,3	7,0
	No contesta	4,8	6,7
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)			

Tabla 27. Información percibida desde el centro educativo en consumidores/as no médicos de psicofármacos por sexo (%)			
		Mujeres	Hombres
¿En tu actual instituto o centro educativo, has recibido información?	No	14,6	16,5
	Si	81,7	76,8
	No contesta	3,7	6,7
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)			

Tabla 28. Enfermedades o problemáticas que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida en función o no del consumo no médicos de psicofármacos en los últimos 30 días (%)				
		No	Sí	No contesta
Ludopatía (problemas con el juego)	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	76,6%	13,3%	10,1%
Ansiedad	No	99,2%	,3%	,5%
	Si	94,5%	4,4%	1,1%
Depresión	No	99,2%	,3%	,6%
	Si	91,0%	7,7%	1,3%
Insomnio (problemas para dormir)	No	99,2%	,3%	,5%
	Si	89,0%	8,6%	2,4%
TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad)	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	98,8%	1,2%	,0%
Esquizofrenia u otras enfermedades similares	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	100,0%	,0%	,0%
Trastorno bipolar	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	100,0%	,0%	,0%
Trastorno de personalidad	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	84,3%	15,7%	,0%
Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	88,0%	12,0%	,0%
Virus del sida (VIH)	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	100,0%	,0%	,0%
Virus de la hepatitis b	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	100,0%	,0%	,0%
Virus de la hepatitis c	No	99,0%	,4%	,6%
	Si	100,0%	,0%	,0%
Ninguno de los mencionados	No	96,7%	1,1%	2,2%
	Si	99,7%	,2%	,1%

No deseo contestar	No	99,4%	,5%	,1%
	Si	97,1%	,3%	2,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 29. Enfermedades o problemáticas que refieren tener o haber tenido alguna vez en su vida consumidores/as no médicos de psicofármacos por sexo (%)

	Mujeres	Hombres
Ludopatía	-	100
Ansiedad	84,4	15,6
Depresión	82,1	17,9
Insomnio	72,6	27,4
Trastorno de personalidad	100	-
Trastorno de la alimentación	100	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 30. Consumo de psicofármacos por sexo (%)

	Mujeres	Hombres
Consumo alguna vez en la vida	59,0	41,0
Consumo en los últimos 12 meses	60,9	39,0
Consumo en los últimos 30 días	62,2	38,0
Consumo diario	63,3	36,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 31. Consumo no médico respecto al consumo alguna vez en la vida por sexo (%)

		Consumo no médico alguna vez en la vida			Consumo no médico los últimos 12 meses			Consumo no médico los últimos 30 días		
		No	Si	Nc	No	Si	Nc	No	Si	Nc
Consumo alguna vez en la vida	No	H	100,0	-	-	100,0	-	-	-	-
		M	100,0	-	-	100,0	-	-	-	-
	Si	H	74,5	25,4	-	87,8	11,0	95,2	3,3	-
		M	82,5	17,5	-	90,5	8,8	94,8	4,4	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EDADES (2017)

Tabla 32. Consumo no médico respecto al consumo alguna vez en la vida por sexo (%)

		Consumo no médico alguna vez en la vida		
		No	Si	Nc
No	H	100,0	-	-
	M	100,0	-	-
Si	H	54,0	43,9	-
	M	52,9	46,1	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta ESTUDES (2016)

ANEXO III. Guion entrevista a personas jóvenes.

PRESENTACIÓN

- Mi nombre
- Donde trabajo y en qué consiste mi trabajo
- Propósito de la investigación: profundizar en la realidad del consumo no médico de psicofármacos por parte de la población juvenil.

CONFIDENCIALIDAD

La información se asociará a un número no a la persona en concreto y se analizará en conjunto con las experiencias de otras personas.

Autorización para grabar.

CLIMA DE INTIMIDAD Y COMODIDAD

Quiero señalar que en ningún caso la entrevista tiene la intencionalidad de juzgar o de valorar si algo está bien o mal, sólo queremos conocer su experiencia.

PRESENTACIÓN DE LA PERSONA. PERFIL

- Edad
- Donde vives/con quién vives
- Nivel de estudios
- Situación laboral actual

DESARROLLO

Información acerca de los psicofármacos y dónde se ha informado

- ¿Qué sabes acerca de los psicofármacos?
- ¿Dónde has obtenido esta información?

Consumo de psicofármacos

- ¿Qué sabes acerca del consumo de psicofármacos? ¿Conoces en tu entorno cercano personas que los consuman?
 - Incidir en inicio, prevalencia, patrones de consumo, usos y formas de consumo, circunstancias del consumo (combinación con otras drogas)

Motivo

- ¿Cuáles crees que pueden ser los motivos del consumo de psicofármacos?

Formas de obtención

- ¿Cómo crees que se obtienen?

Consumo propio de psicofármacos

- ¿Existe alguna experiencia personal respecto al consumo de psicofármacos que te apetezca comentar? (Valorar si preguntar, si ya ha mencionado que no ha consumido nunca o si la entrevista permite realizar esta pregunta)
 - Incidir en inicio, prevalencia, patrones de consumo, usos y formas de consumo, circunstancias del consumo (combinación con otras drogas)

Motivo

- ¿Cuáles fueron los motivos del consumo de psicofármacos?

Formas de obtención

- ¿Cómo los conseguiste?

Consecuencias del consumo

- ¿Consumir psicofármacos ha tenido alguna consecuencia para ti? (Física, social, económica, familiar, grupo de iguales...)

Riesgo percibido

- ¿En general, cuáles son los riesgos que consideras que se derivan de consumir psicofármacos? (Físico, social, económico, familiar, grupo de iguales...)

Información sobre psicofármacos en centros educativos

- ¿Alguna vez has recibido charlas o talleres sobre drogas en general?
- ¿Y sobre psicofármacos en particular?
- ¿Crees que tienen algún efecto o ponen freno al consumo?

Relación con otras enfermedades y problemáticas (Sin mencionar)

- Ver si previamente existía alguna otra enfermedad o problemática por la que se recetó psicofármacos.

CIERRE

Agradecer tiempo y dedicación a la entrevista