

# Drogas y género



Consumo de hipnosedantes.

Análisis histórico desde la perspectiva de  
género

Estudio realizado por **Fundación Atenea**

Departamento de Investigación, Innovación y  
Desarrollo

Con la financiación de la **Delegación del  
Gobierno para el Plan Nacional sobre  
Drogas**

Investigación principal: **Carlos Molina-  
Sánchez y Raquel Cantos-Vicent**

Equipo colaborador: **Victoria Rivero**

Junio 2018

Nuestros más sinceros agradecimientos a todas las personas que han participado, especialmente a las y los profesionales que han compartido su experiencia y su saber, tan necesario en la realización de esta investigación.

# Índice

Índice de Tablas y Figuras.....	8
Introducción .....	7
Metodología .....	13
Hipótesis principal .....	14
Objetivos.....	14
Las preguntas que guían la investigación.....	14
La teoría feminista .....	15
Análisis de las encuestas: 20 años de recogida de datos sobre consumo de sustancias.....	19
La encuesta ESTUDES .....	21
El consumo de hipnosedantes: datos desagregados.....	26
Encuesta ESTUDES, los consumos según el sexo .....	28
Las preguntas específicas sobre hipnosedantes de EDADES 2017 .....	31
El perfil de las personas consumidoras.....	34
Consumo de drogas y género .....	35
Estereotipos, mandatos y roles de género .....	38
1. Estereotipos de género.....	39
2. Roles de género .....	40
3. Mandatos.....	42
La salud y la enfermedad mental.....	44
Medicalización de la vida .....	49

Expansión del sector farmacéutico .....	51
El deterioro de la sanidad .....	54
Factores sociales como la pobreza y la desigualdad .....	55
Conclusiones .....	60
Recomendaciones.....	66
Bibliografía.....	68
Anexo.....	71

## Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases .....	9
Tabla 2. Edad de inicio (años) en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España. 1995-2015 .....	11
Tabla 3. Perfiles personas profesionales entrevistadas .....	13
Tabla 4. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (porcentajes).....	20
Tabla 5. Prevalencia de Consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (porcentajes). 1995-2005.....	21
Figura 1. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio entre los estudiantes de 14 a 18 años. España, 1994-2016 .....	22
Tabla 6. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016. ....	25

Tabla 7. Evolución de la Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016. ....	26
Tabla 8. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1995-2003 (primera etapa).....	27
Tabla 9. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 2005-2015 (segunda etapa) .....	28
Tabla 10. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, primera etapa 1994-2004.....	29
Tabla 11. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, segunda etapa 2004-2016.....	30
Imagen 1. Principales mandatos de género.....	42
Tabla 12. Visitas a otros profesionales sanitarios: Psicólogos/as. En los últimos 12 meses según tipo de profesional sanitario por sexo y grupo de edad.....	48
Grafico 1. Uso de servicios sanitarios 1987-2017. Últimos 12 meses en población de 15 y más años.....	50
Grafico 2. Consumo de medicamentos en las últimas dos semanas. Porcentaje según sexo, 1987-2011.....	52
Figura 2. El ciclo del consumo de psicofármacos en las mujeres.....	62
Figura 3. El ciclo del consumo de psicofármaco en los hombres .....	64
Figura 4. Foto de una campaña de Madrid Salud para concienciar sobre el consumo de tranquilizantes.....	65
Figura 5. Cartel de campaña prevención consumo de tranquilizantes, Madrid Salud.....	71

# INTRODUCCIÓN

La Fundación Atenea y su historia están estrechamente ligadas al desarrollo y la comprensión de la problemática social de las drogas. La Fundación, antes GRUPO GID, lleva más de 30 años realizando investigación, formación e intervención social sobre los problemas asociados al consumo de sustancias.

Desde hace años, la Fundación Atenea viene desarrollando e implementando una línea de investigación sobre género y drogas. Esta investigación da continuidad y se enmarca dentro de esta línea. El propósito es el de incluir la perspectiva de género o el análisis feminista en la investigación sobre consumo de sustancias y drogodependencias. Al hablar de consumo de sustancias según el sexo/género es habitual escuchar el “ejemplo” las personas que buscan ayuda en los recursos de atención a las drogodependencias son hombres en un 80% y el 20% restante son mujeres”. Esto ligado al *androcentrismo* imperante en la sociedad, es decir, la visión de que el hombre es la medida estándar de la humanidad, se ha traducido en que las mujeres quedan invisibilizadas de los procesos sociales. Entre las consecuencias que tiene el androcentrismo en el consumo de sustancias, encontramos que los recursos y las formas de intervenir han sido desarrollados a partir de las experiencias y las formas de consumir de los hombres. Esto ha tenido como resultado que la puesta en marcha de recursos y programas de atención no se adaptan adecuadamente a las especificidades de las mujeres y de sus problemas de consumo, haciendo estos recursos menos eficaces e incluso abocados al fracaso terapéutico con las mujeres que acuden a ellos.

La línea de investigación sobre el género y el consumo de sustancias se inició con la investigación: *Hermanas caídas. Roles de género y el consumo de alcohol y drogas en mujeres presas*<sup>1</sup>. Para seguir, analizando la inclusión de la perspectiva de género en los planes de adicciones. Y continuar, con el análisis de las barreras a la inclusión social de las personas drogodependientes, la imagen social de las personas drogodependientes en función del género, etc.

---

<sup>1</sup> [http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2013/09/MujeresPresasDrogodep\\_Fund-AteneaENTREGA.pdf](http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2013/09/MujeresPresasDrogodep_Fund-AteneaENTREGA.pdf)



A lo largo de la realización de las investigaciones mencionadas nos fuimos encontrando con que, gran parte de las mujeres que participaban en entrevistas o en grupos de discusión y talleres, consumían hipnosedantes, mientras que los hombres, o no consumían, o bien no lo querían reconocer, cuestión que no tiene mucho sustento en este caso concreto, dado que por lo general son personas con muchos años de experiencia en los recursos que tienden a comentar sus su historial de consumo con todo lujo de detalles por su habituación a las entrevistas con los distintos profesionales que conforman la red de atención a las personas drogodependientes). Ante esta situación nos choca el hecho de que con los hipnosedantes ocurre al contrario que con el resto de sustancias, en las que los hombres consumen mucho más que las mujeres.

Se produce una toma de conciencia sobre esta anomalía que despierta un interés en investigar para dar respuesta a la pregunta ¿Por qué las mujeres consumen más hipnosedantes que los hombres?

En España, según Vega et Al. (2004) las benzodiazepinas constituyen uno de los fármacos más prescritos. En concreto, se encuentran en el decimonoveno lugar de los fármacos más consumidos. La prescripción y consumo de antidepresivos, hipnóticos y sedantes mantiene una elevada escalada a lo largo de las dos últimas décadas. Ya en 1999, entre los 15 fármacos de mayor consumo figuraban tres ansiolíticos benzodiazepínicos". Además, según los informes anuales del Sistema Nacional de Salud que realiza el Ministerio de Sanidad, concretamente entre el año 2008 y 2010, era el segundo subgrupo más consumido. Y entre 2013 y 2015 pasa a ser el tercero. De forma que las benzodiazepinas son uno de los subgrupos de fármacos más consumidos.

Tabla 1. Subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases

	2008	2009	2010	2013	2015
1	A02BC (Inhibidores de la bomba de protones)	A02BC (Inhibidores de la bomba de protones)	A02BC (Inhibidores de la bomba de protones)	A02BC (Inhibidores de la bomba de protones)	A02BC (Inhibidores de la bomba de protones)
2	N05BA (Derivados de la benzodiazepina)	N05BA (Derivados de la benzodiazepina)	N05BA (Derivados de la benzodiazepina)	C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa)	C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa)
3	C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa)	C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa)	C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa)	N05BA (Derivados de la benzodiazepina)	N05BA (Derivados de la benzodiazepina)

Fuente: realización propia a partir de los datos de los Informes anuales del Sistema Nacional de Salud. 2008, 2009, 2010, 2013 y 2015

Una definición de los sedantes hipnóticos y ansiolíticos es que son un grupo de fármacos que tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central y deprimen su actividad de modo que provocan sedación somnolencia y sueño dependiendo de la dosis administrada. Su forma de presentación es en tabletas o capsulas de diferentes tamaños y colores y su uso más común es la vía oral, también se presenta en compuestos para ser aplicados por vía intravenosa.

Las Benzodiazepinas tienen más de 50 años de presencia y suelen prescribirse de forma habitual a personas que presentan síntomas de estrés, tristeza o enfermedades físicas leves, son indicadas para el alivio de la ansiedad intensa. No se aconseja su administración de forma prolongada porque puede aumentar la probabilidad de dependencia, sobre todo en personas con antecedentes que presenten un perfil de abuso de alcohol, de drogas y de fármacos, así como en personas con trastornos de la personalidad. Madrid Salud en su página web realiza la siguiente advertencia sobre las benzodiazepinas: "Las benzodiazepinas (diazepam, lorazepam, alprazolam, bromazepam, zolpidem, etc.) tienen

una acción rápida en los trastornos de ansiedad e insomnio y son eficaces en tratamientos a corto plazo, las primeras semanas”<sup>2</sup>.

En esta investigación utilizaremos indistintamente las siguientes denominaciones para designar: *psicofármacos*, *hipnosedantes*, *benzos*. Estos medicamentos tienen tres características diferenciales de otras sustancias de consumo. La primera de ellas es que son de uso frecuente, incluidos habitualmente en las recetas prescritas por facultativos y facultativas. Si bien es cierto que otras drogas, como la cocaína, la heroína etc., en sus inicios fueron utilizadas como medicamentos, posteriormente fueron proscritas de la medicina y prohibidas pasando a ser sustancias de consumo ilegal. Por el contrario, las *benzos* nacieron en los años 60 del siglo XX como medicamentos y su uso como tal no ha variado. Una segunda característica es que la principal vía de inicio al consumo de psicofármacos es por prescripción médica. Y la tercera característica peculiar es que el consumo de heroína se inicia de media entre 15 y 20 años después que todas las demás drogas. Es decir, se empiezan a consumir cuando las personas son plenamente adultas. Si bien es cierto que la mayoría de las personas lo consumen bajo control médico, es muy complicado cuantificar cuanta gente abusa y/o tiene problemas con el consumo de *benzos*.

Los datos de la última encuesta EDADES disponible (2015) muestran que el 19% (tabla 4) de la población española ha consumido hipnosedantes en alguna ocasión. Lo que equivale a una quinta de la población total, porcentaje considerable por su magnitud. A esto hay que sumar que es la sustancia de inicio de consumo más tardía. La edad de inicio en el consumo de hipnosedantes se sitúa de media en los 35,6 años. Un vistazo a los datos sobre el inicio de otras sustancias nos permite observar que la heroína en 2015 era la sustancia de inicio de consumo más tardía. Su consumo se iniciaba de media a los 22,2 años. Sin embargo, el consumo de hipnosedantes en el mismo año (2015) se iniciaba a los 35,6 años con y sin receta y a los 32,5 años su consumo exclusivamente sin receta. Lo que supone una diferencia de más de 10 años el inicio entre una sustancia y otra.

---

<sup>2</sup> Recuperado de: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/dejar-pastillas-dormir#benzodiacepinas>

Tabla 2. Edad de inicio (años) en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España. 1995-2015

1.1.10. Numeración en el Informe EDADES 2015												
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4	16,6
Alcohol	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3	18,4
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3	20,9	21,1
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5	22,2	22,7
Anfetaminas/speed	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2	20,8	20,2	20,4
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7	20,5	20,9	20,3	20,9
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4	20,5	20,1
Cocaína Base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4	23,2	20,7	23,2
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	20,9	21,0	21,3	20,8	21,1
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8	21,1	20,7	21,1
Hipnosedantes con y sin receta	-	-	-	-	-	32,4	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4
Hipnosedantes sin receta	-	28,7	29,2	29,5	30,0	28,5	29,1	29,5	27,8	31,3	32,5	31,6

Fuente: Edades 2015 y 2017, PNsD.

Según las encuestas sobre consumo de sustancias y la literatura científica revisada, las mujeres consumen hipnosedantes en mayor medida que los hombres. Estas doblan las cifras de los hombres en todas las edades y en todas las formas de consumo (alguna vez, en el último año, en el último mes y a diario). Esto es una anomalía en lo que se refiere al consumo de sustancias. Los hombres suelen ser los "grandes protagonistas", son los que más consumen. Por este motivo el consumo de hipnosedantes y su prevalencia en función del género es extremadamente interesante y necesita de un análisis riguroso que incluya la perspectiva de género. También es especialmente relevante la edad como factor de consumo. En total el 23% de las personas de entre 35 y 64 años han consumido alguna vez, un 16% de hombres frente a un 29% de mujeres. Tendencia que se repite en la gente que consume a diario, un 8% en ambos sexos, el 5% de hombres frente al 11% de mujeres.

Como es sabido, los hipnosedantes son sustancias cuyo principal uso es el tratamiento de diferentes desórdenes mentales como el estrés y la ansiedad. Que las mujeres consuman más puede llevar a pensar que estas sufren en mayor medida este tipo de enfermedades o situaciones. Según diferentes investigaciones realizadas en el estado español se dan

porcentajes de prevalencia, siempre superiores en las mujeres que en los varones. Una prevalencia de morbilidad psiquiátrica en las mujeres con valores que oscilan entre 20 y 34%, mientras que en los varones oscilan entre 8 y 22%. (Vega, Romo, Márquez, Póo, Meneses, Gil, 2004). ¿Sufren más enfermedad mental las mujeres que los hombres? Este podría ser un factor que podría explicar ese mayor consumo de hipnosedantes.

En consecuencia, el objetivo de esta investigación es analizar desde la perspectiva de género y con una mirada histórica el devenir del consumo de hipnosedantes. Una sustancia cuyo consumo parece estar influido por múltiples factores, la literatura científica destaca ampliamente los estereotipos, los mandatos y los roles de género, así como otras razones como la ampliación del sector farmacéutico, el retroceso de la sanidad pública, la falta de tiempo de los profesionales sanitarios, factores sociales como la pobreza y la desigualdad, etc.

El hilo histórico de esta investigación son las encuestas, principalmente aquellas relativas al consumo de sustancias, aunque también se analizan otras provenientes del Sistema Sanitario, como la Encuesta Nacional de Salud o de consumo de fármacos. Además, y como apoyo al análisis, se han realizado entrevistas a personas del ámbito de las drogodependencias o del ámbito sanitario.

## Metodología

La propuesta metodológica de esta investigación es la realización de una revisión bibliográfica exhaustiva. Además de una revisión completa de las fuentes de datos estadísticas para hacer una descripción cuantitativa del fenómeno, con una mirada histórica y longitudinal. Y todo ello apoyado con entrevistas en profundidad a profesionales expertas en drogas y a profesionales de la rama sanitaria.

Por un lado, se ha desarrollado una búsqueda, identificación y explotación de datos de fuentes secundarias que den cuenta de datos desagregados por sexos en relación al consumo de hipnosedantes.

Por otro lado, se ha llevado a cabo una revisión y análisis documental que ha permitido estudiar el consumo de hipnosedantes desde la perspectiva de género. Revisando las principales publicaciones en castellano de los últimos años en torno al tema del consumo de hipnosedantes.

Por último, también se han realizado entrevistas a profesionales de la medicina o investigadores de reputación de las principales universidades y entidades del tercer sector con una amplia trayectoria en el estudio o la intervención en drogodependencias.

**Tabla 3. Perfiles personas profesionales entrevistadas.**

Características	Ámbito de localización	Criterios de selección	Nº
Informantes clave: profesionales expertos en drogas y género	Estatal	Profesionales especializados en drogas y género	2
Profesionales del ámbito sanitario	Estatal	Profesionales del ámbito sanitario	2

## Hipótesis principal

En el consumo de drogas, el género es una variable que influye de forma muy relevante. La desigualdad de género, expresada a través de estereotipos, roles y mandatos (cuyas consecuencias son la sobrecarga e insatisfacción, el estrés y la ansiedad) están detrás del mayor consumo de hipnosedantes por parte de las mujeres.

## Objetivos

- Analizar las razones por las que hay un mayor número de consumidoras de hipnosedantes mujeres que hombres
- Revisar la bibliografía existente sobre el consumo de hipnosedantes analizado desde la perspectiva de género
- Examinar los datos de fuentes secundarias sobre el consumo de hipnosedantes, desagregados por sexo siempre que estén disponibles
- Describir la problemática del consumo de hipnosedantes
- Facilitar propuestas y recomendaciones que mejoren la atención y prevención de esta problemática.
- Visibilizar esta problemática social

## Las preguntas que guían la investigación

Las principales preguntas que aparecieron ante el reto de esta investigación fueron múltiples y variadas. Se han seleccionado aquellas más relevantes para esta investigación, pudiéndolas concretar en las siguientes:

- ¿Por qué las mujeres consumen más hipnosedantes que los hombres?
- ¿Qué diferencias hay entre los hipnosedantes y otras drogas?
- ¿Hay diferencias en el consumo de hipnosedantes entre hombres y mujeres?
- ¿Qué problemas da el consumo abusivo de hipnosedantes?
- ¿Qué relación se puede observar con las características género? ¿Influyen los roles de género?

## La teoría feminista

La sociedad en la que vivimos se organiza de una forma jerárquica. En ella se establece que unas personas están por encima de otras en la escala organizativa, utilizando como criterios de clasificación características como la clase social, la etnia, la edad, el sexo/género o la orientación del deseo.

De esta forma y en base a esos criterios de nacimiento (que no son controlables por las personas) las personas están en posiciones desiguales en función de características como su color de piel, la edad, su lugar de procedencia o la adscripción de clase al nacer. La conjunción de todas estas características hace que cada persona esté en un punto concreto de la escala social, es lo que se ha denominado desde el movimiento feminista como la interseccionalidad. Desde esta perspectiva cada persona tiene un punto de partida en función de esas características. Por ejemplo, no es lo mismo nacer siendo un hombre blanco en una familia de clase media, sin problemas económicos en la que ambos progenitores tienen estudios superiores; que nacer mujer y negra, ser emigrante y de una familia de campesina con bajo nivel formativo. Este punto en las condiciones de partida que tiene una persona u otra influirán en las condiciones de acceso a los recursos, las oportunidades o los derechos.

En el sistema de organización basado en el género (representación social del sexo), se sitúa a las mujeres y todas las características que tengan relación con lo femenino sistemáticamente por debajo, subordinado de los hombres y lo masculino. Lo que genera desigualdades estructurales que dificultan enormemente la igualdad entre hombres y mujeres.

Este sistema social organizado jerárquicamente atraviesa y condiciona a las personas influyendo en sus valores, sus emociones o sus acciones, así como en sus motivaciones y expectativas. Al fin y al cabo, influye en la identidad de cada persona, es decir, en la idea que cada persona tiene sobre quién es, qué debe y no debe hacer o hasta dónde puede llegar. Aunque no sea algo que determine de una manera cerrada completamente, sí que es una circunstancia que condiciona fuertemente el devenir de cada persona.



En este estudio se ha incorporado la perspectiva feminista o de género. En primer lugar, porque tenemos un compromiso, como entidad social, de contribuir a la lucha por la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres. En segundo lugar, porque, ante el hecho irrefutable de que las características de género influyen tanto en la imagen social como en los efectos de la misma en cada persona, emerge la responsabilidad profesional de incorporar la mirada feminista en todo el proceso de investigación.

“Aplicar la perspectiva de género al ámbito de los estudios sobre los usos de drogas supone cuestionar los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo y atender a la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias psicoactivas. Aquí el género es una perspectiva metodológica, un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender la diferencia”. (Romo, 2005).

# ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS

20 años de datos

La encuesta EDADES es realizada cada dos años por el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) y es, sin duda, la fuente que proporciona los datos más completos sobre consumo de sustancias en España. El objeto de esta encuesta es la población general de 15 a 64 años de edad residentes en España.

La Encuesta EDADES tiene una historia de 20 años, dado que la primera se realizó en 1995 y la última ha sido realizada en el año 2015.

Un primer análisis de las encuestas EDADES permite observar la existencia de dos etapas históricas diferenciadas en lo que respecta a la generación y recogida de los datos referentes al consumo de hipnosedantes en España. Una primera que podemos definir como el “caos” o el desorden, y otra segunda etapa con más sentido y organización de la información. La primera etapa que abarca desde la encuesta EDADES primigenia en 1995 hasta el año 2005. Esta etapa se caracteriza porque cada encuesta pregunta de una manera sobre los hipnosedantes, haciendo los datos no comparables entre sí. En concreto en 1995 se recogían los datos de consumo de hipnosedantes con y sin receta. Mientras que en los años 1997 al 2003 se recogen únicamente los datos de consumo sin receta médica, por ser considerada esta forma de consumo de esta sustancia como droga (ilegal). La segunda es la etapa que abarca desde el año 2005 hasta el 2015. En esta, al contrario que en la primera, la forma y el contenido se estructura armonizando las preguntas sobre el consumo de hipnosedantes, De forma que los datos son comparables entre sí. En la siguiente tabla se pueden observar las dos etapas del consumo de psicofármacos/hipnosedantes mencionadas anteriormente.

Tabla 4. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (porcentajes)

1.1.4. Numeración en el Informe EDADES											
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5
Éxtasis	2	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6	4,3	3,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9
Cocaína Base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9	1	0,8
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5
Hipnosedantes con y sin receta	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7
Tranquilizantes con y sin receta	-	-	-	-	-	7,0	13,0	11	17,1	20,1	-
Somníferos con y sin receta	-	-	-	-	-	4,6	6,0	6,3	7,9	9,6	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	2,7	4,1
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	2,2	-
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	1,5	-

Fuente: EDADES 2015, PNsD.

En cuanto a su prevalencia, es decir el porcentaje de personas que dicen haber consumido alguna vez en la vida algún tipo de tranquilizante o hipnosedante llama la atención el incremento que se ha producido en los últimos diez años. El consumo de hipnosedantes con y sin receta ha crecido en diez puntos porcentuales, pasando del 8,7% que afirmada haber consumido alguna vez en 2005, al 18,7% que lo hacía en el año 2015. Pero conviene resaltar que en 2013 el 22,2% de las personas, entre 15 y 64 años, había consumido alguna vez hipnosedantes el valor máximo de toda la serie. Esto significa que 1 de cada 4 personas había consumido alguna vez en la vida algún tipo de hipnosedante.

Con respecto a la prevalencia de consumo a diario los hipnosedantes con y sin receta son la tercera sustancia más consumida en España para la población estudiada. Esto sitúa a los hipnosedantes como una sustancia de consumo por encima del cannabis incluso, solo por detrás del alcohol y el tabaco.

Un aspecto positivo que conviene resaltar del análisis de los datos ofrecidos por la última encuesta EDADES es que hay un pequeño descenso entre la encuesta realizada en 2013 y la de 2015. Habrá que observar la evolución en las próximas encuestas. Este dato nos permite huir un poco del alarmismo que suele envolver todo aquello relacionado con el consumo de sustancias.

**Tabla 5. Prevalencia de Consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (porcentajes). 1995-2005.**

1.1.7. Numeración en el Informe EDADES										
	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0	1,7	1,9	2,1
Hipnosedantes con y sin receta	-	-	-	-	2,1	3,1	2,7	5,6	6,8	6,0
Tranquilizantes con y sin receta	-	-	-	-	1,7	2,6	2,3	4,0	5,9	-
Somníferos con y sin receta	-	-	-	-	1,1	1,1	1,4	1,7	3,1	-

Fuente: Edades 2015, PNsD.

## La encuesta ESTUDES

En la Encuesta ESTUDES, realizada también por el Plan Nacional sobre Drogas, tiene características similares y alguna diferente a su hermana la encuesta EDADES. Lo primero es que se realiza con la misma periodicidad, cada dos años. La segunda es que también se pueden observar dos etapas. En la primera (1994-2006) solo se pregunta por el consumo alguna vez en la vida. Y una segunda etapa (2006-2016) en la que se comienza a preguntar por el resto de frecuencias, último año y últimos 30 días. Lo que añade una información más completa sobre los tipos de consumo de hipnosedantes. La principal diferencia con su "hermana mayor" es que tienen diferente población objeto de investigación. La encuesta ESTUDES está dirigida a la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años.

Además de las dos etapas comentadas en el párrafo anterior en el siguiente gráfico se puede observar claramente una tendencia creciente en el consumo de psicofármacos.

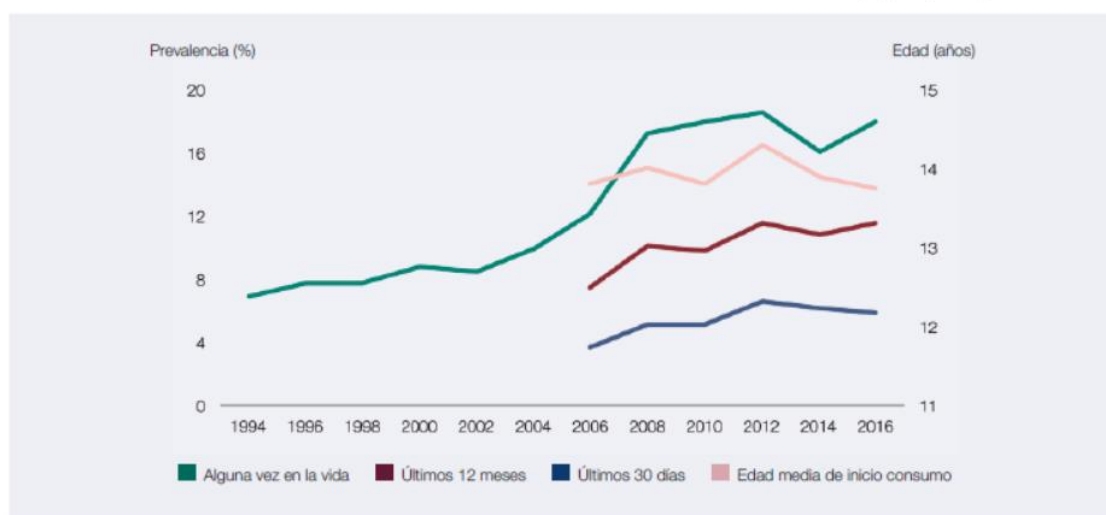
Llegando incluso a más del doble en los últimos 20 años. Estos van desde el 7% en 1994 hasta el 18% en 2012, año de máximos.

La edad media en el inicio del consumo de hipnosedantes entre los 14 y los 15 años, a lo largo del periodo 1994-2016. Sin embargo, las personas que lo han consumido sin receta, inician el consumo antes, en concreto lo hacen entre los 13 y los 14 años (Tabla 1.2.6, ESTUDES 2016: 15).

**Figura 1. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio entre los estudiantes de 14 a 18 años. España, 1994-2016**

**Figura 1.2.12.**

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2016.



Fuente: Encuesta ESTUDES, 2016.

En la población de entre 14 y 18 años que estudia en la Enseñanza Secundaria en España, encontramos una tendencia creciente en el consumo de hipnosedantes. Tendencia similar a la observada para la población general. En 2016, el consumo de hipnosedantes con y sin receta alguna vez en la vida, aumentó del 7% en 1994 al 18% el consumo. El año de mayor consumo es el 2012, alcanzando la cifra de 18,5%. El consumo de hipnosedantes sin receta pasó de un 6% en 1994 a un 8% en 2016, aumento que, aunque no es algo desorbitado sí que conviene reseñar y recomendar el seguimiento en próximas encuestas. Teniendo el pico de consumo en el año 2010, llegando a la cifra de un 10,4%.

Los años en los que más creció el consumo son el 2008, 2010 y 2012. Estos son sin duda los años más duros de la crisis económica, una de las más graves de la historia reciente de España. ¿Por qué conviene resaltar esta información? Pues principalmente porque estos años coinciden con los años de mayor consumo a su vez para la población general, analizada en la encuesta EDADES. Esto nos permite lanzar varias hipótesis que podrían explicar el aumento de consumo en las personas más jóvenes, siendo los hipnosedantes una sustancia de consumo tardío.

*“La crisis lo que ha hecho ha sido aumentar muchísimo todos los problemas socioeconómicos, todos... Entonces claro, si tú no tienes para comer y te van a desahuciar y tal y cual, pues bastante probable que duermas mal y que estés angustiado, ¿pero es una enfermedad?” (Entrevista profesional).*

Aunque sobre el aumento del consumo en la crisis de hipnosedantes hay discusión y no está del todo claro. Autores y autoras como María Luisa Nicieza-García, Julio C. Alonso-Lorenzo, Patricio Suárez-Gil, Natalia Rilla-Villar (2016), que podríamos inscribir en esta corriente crítica con el aumento de consumo durante la crisis, reconocen que: “La tendencia creciente del consumo de ansiolíticos e hipnóticos ya venía siendo observada en estudios similares realizados en los periodos 1987-1995 y 1995-2008, y entre otros factores puede deberse al posible incremento en la prevalencia de trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y el insomnio, la «medicalización» tanto del sufrimiento humano como de los problemas sociales, la capacidad de producir dependencia de las benzodiazepinas, que hace que pueda prolongarse el consumo incluso durante décadas, o la promoción comercial por parte de la industria farmacéutica”.

*“La crisis va a hacer que haya más preocupaciones, más malestares, más problemas que evidentemente te van a generar ansiedad y alteración del sueño y angustia, y que lo patológico sería que no te pasase, que no te lo produjese, y que eso se medicalice, se medicaliza y se entiende que eso es un trastorno y que necesita un tratamiento y se da esa medicación, y la persona que lo está viviendo te exige esa medicación porque entiende que esa medicación le ayuda a pasar esos malestares, que están ahí y que siguen ahí, pero digamos que está con menos ansiedad, o está durmiendo un poquito mejor. Ahí no tengo yo tan claro que no haya que darlo, lo*

*que sí tengo muy claro es que eso no es una enfermedad, no es un trastorno, es una situación concreta en la que evidentemente hay un sufrimiento, unas causas reales, concretas, y que a veces son muy crónicas" (Entrevista profesional)*

Otros textos sí relacionan más directamente la crisis con aumento de la enfermedad mental: "Los trastornos psiquiátricos (adaptativo, ansiedad y depresión) (...) Son enfermedades tratadas en muchos casos con fármacos hipnosedantes y que según el informe SESPAS de 2014 podrían estar en relación con el escenario de crisis socio-económico de este país en el período de la recogida de los datos 2009-2013" (Rubio, Redondo, Ruíz, Muñoz, y Velázquez, 2016).

Las crisis sociales son periodos complicados, en los que los problemas económicos y sociales pueden producir aumentos de los niveles de estrés y de ansiedad, dificultando el bienestar psicosocial de las personas y de las familias. Esto podría explicar el aumento del consumo tanto de las personas adultas como de las personas jóvenes. En las chicas y chicos este aumento del consumo puede deberse a lo que podríamos conceptualizar como "consumo por proximidad". Es decir, o bien el hecho de que las personas adultas consuman más, hace que la sustancia esté más accesible al estar más presente en los botiquines de los hogares. O bien las personas adultas están bajo tratamiento y ven a sus hijos e hijas sufriendo ansiedad por algún motivo y deciden facilitar alguna tableta de forma puntual o no tan puntual, auto-medicando de esta forma a la juventud. "Y es aquí donde las mujeres tienen un papel muy especial, al ser ellas no sólo las principales consumidoras de muchos productos farmacéuticos, como muestran investigaciones de diferentes países, sino también son los *agentes* de salud en las propias familias. Este consumo, sin embargo, no aporta los beneficios que promete, sino que, al contrario, provoca nuevos problemas que conviene analizar en profundidad" (Vega et al, 2004). Con esto no se pretende culpabilizar a las mujeres del consumo de otras personas en las familias, y menos teniendo en cuenta que lo hacen cumpliendo con uno de los principales roles que tienen asignados, el de cuidadora.

*"Se han conjugado dos circunstancias: al haber una prescripción mayor están más presentes en los botiquines familiares, y por eso podemos tener un problema de que se haga un uso irracional. Se sobre prescribe, se está empezando a acumular en los botiquines, porque tú en la farmacia no lo consigues si no hay prescripción, pero*



*sí que a veces se prescribe más prevalentemente de lo adecuado y eso puede hacer que haya acumulación en los botiquines y al estar en el hogar puede hacerse un uso no adecuado, es decir: hoy no duermo bien y lo tomo". (Entrevista profesional)*

Tabla 6. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.

Tabla 1.2.5. Numeración en el Informe ESTUDES												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5
Alcohol	84,1	84,2	86	78	76,6	82	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9
Hipnosedantes con y sin receta	<b>6,9</b>	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>	<b>8,8</b>	<b>8,5</b>	<b>10</b>	<b>12,1</b>	<b>17,3</b>	<b>18</b>	<b>18,5</b>	<b>16,1</b>	<b>17,9</b>
Hipnosedantes sin receta	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>	<b>6,4</b>	<b>6,9</b>	<b>6,5</b>	<b>7</b>	<b>7,6</b>	<b>9,4</b>	<b>10,4</b>	<b>8,9</b>	<b>7,8</b>	<b>8</b>
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33	33,6	29,1	31,1
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5	3,3	2,7	2,5	3	1,2	2,3
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4	1,4	1,7
Cocaína polvo y/o base	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9	5,7	5,1	3,9	3,6	3,5	3,2
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1	0,9	1	1	0,6	0,8
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3	2,7	2,3	1,9	0,9	1
GHB	–	–	–	–	–	–	1,2	1,1	1,2	1,3	1	0,6
Metanfetaminas	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8	0,9	0,8	1,4
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	2,1	2,2	1,3	1,4
Esteroides anabolizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,7	0,6	0,5

Fuente: Encuesta ESTUDES, 2016.

En lo referente al consumo diario de hipnosedantes por parte de las personas jóvenes, se puede observar que sin receta es prácticamente inexistente hasta la segunda etapa. En ambas categorías de hipnosedantes el consumo comienza a crecer en la segunda etapa (2006-2016). En el caso de los hipnosedantes con y sin receta el consumo se multiplica por 7 entre el 2006 (0,4%) y el 2016 (2,7%). En los hipnosedantes sin receta el porcentaje de consumo se multiplica por 10, pasando de 0,1% en 2006 a 1,1 en 2016.

Tabla 7. Evolución de la Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.

Tabla 1.2.5. Numeración en el Informe ESTUDES												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Tabaco	21,6	23,7	23,1	23	21	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5	8,9	8,8
Alcohol	–	–	–	–	–	–	1,9	2,9	6	2,7	1,7	1,6
Hipnosedantes con y sin receta	–	–	–	–	–	–	0,4	0,6	0,7	0,9	0,8	2,7
Hipnosedantes sin receta	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	1,1
Cannabis	1	1,4	1,8	3,7	3,8	5	3,1	3,1	3	2,7	1,8	2

Fuente: Encuesta ESTUDES, 2016.

## El consumo de hipnosedantes: datos desagregados

El análisis de los datos desagregados por sexo muestra la misma tendencia creciente, tanto en los hombres como en las mujeres. La particularidad, y lo que hace a los hipnosedantes diferentes de otras sustancias, es que las mujeres tienen cifras de consumo mucho mayores que los hombres. Esto se observa para todos los años y tanto para hipnosedantes que se consumen con y sin receta como para los que se consumen sin receta.

Esta primera etapa solo se registraron datos de consumo de hipnosedantes sin receta. La encuesta EDADES de 1995 decía lo siguiente sobre los hipnosedantes: Los psicofármacos también son sustancias de consumo bastante extendido; en los últimos doce meses un 12,5% de la población estudiada había consumido tranquilizantes y el 8% había tomado hipnóticos. En ambos productos la principal consumidora es la mujer con un 16,8% y el 10,6%, respectivamente (por un 7,9% y el 5,3% los hombres). La edad media de inicio en el uso de tranquilizantes es los 43,4 años y para los hipnóticos los 47,88 (Edades, 1995)<sup>3</sup>. En esta etapa se puede observar una tendencia similar en hombres y mujeres. A pesar de que el consumo de las mujeres es mayor que el de los hombres, las

<sup>3</sup> Encuesta Edades 1995. Recuperado de:

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/domiciliaria/resultados/home.htm>

diferencias son pequeñas, se puede asumir que los consumos son similares, ya que las diferencias podrían deberse simplemente al margen de error.

**Tabla 8. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1995-2003 (primera etapa)**

1.1.12. Numeración en el Informe EDADES										
	1995		1997		1999		2001		2003	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Hipnosedantes con y sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tranquilizantes con y sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somníferos con y sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3
Tranquilizantes sin receta	-	-	2,0	2,1	1,9	2,2	2,2	2,8	2,5	2,5
Somníferos sin receta	-	-	1,2	1,2	1,4	1,2	1,4	1,8	1,5	1,9

Fuente: Edades 2015, PNsD.

En esta segunda etapa se registraron datos tanto de consumo con y sin receta como de consumo sin receta.

El consumo de hipnosedantes con y sin receta enseña esa particularidad que tiene el consumo de esta sustancia. Hay una importante diferencia en el consumo de hombres y mujeres. Siendo las mujeres las que muestran mayores tasas de consumo, doblan los porcentajes de consumo en cada año. El año de menor consumo en esta segunda etapa es el 2005, las mujeres con un 6,7% y los hombres con un 3,5%. Y el año de mayor consumo es el 2013, en el que el 16% de las mujeres han consumido alguna vez en los últimos doce meses, frente al 8,5% de los hombres. Datos que muestran una tendencia creciente para ambos sexos.

Sin embargo, los datos de consumo sin receta evidencian la tendencia similar, en hombres y en mujeres, observada en todos los años de la serie, menos para el último año, el 2015.

Ese año el consumo de hipnosedantes sin receta en las mujeres (2,9%) prácticamente dobla el de los hombres (1,6%). Esto podría indicar un cambio de tendencia en el consumo de hipnosedantes sin receta, adquiriendo la misma tendencia que los hipnosedantes con y sin receta, en el que las mujeres doblan los porcentajes de los hombres.

Tabla 9. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 2005-2015 (segunda etapa)

1.1.12. Numeración en el Informe EDADES												
	2005		2007		2009		2011		2013		2015	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Hipnosedantes con y sin receta	3,5	6,7	6,8	11,5	4,6	9,3	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8
<i>Últimos 30 días</i>	<b>2,3</b>	<b>5,1</b>	<b>4,3</b>	<b>7,6</b>	<b>3,2</b>	<b>7,0</b>	<b>5,2</b>	<b>11,4</b>	<b>5,8</b>	<b>12,1</b>	<b>5,4</b>	<b>10,8</b>
Tranquilizantes con y sin receta	2,6	5,2	4,7	9,1	3,4	7,6	6,4	13,2	7,3	14,0	-	-
Somníferos con y sin receta	2,0	3,5	2,8	4,3	2,6	4,6	3,1	5,9	3,7	7,3	-	-
Hipnosedantes sin receta	1,1	1,3	1,2	1,4	1,9	1,9	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9
<i>Últimos 30 días</i>	-	-	-	-	-	-	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,1</b>
Tranquilizantes sin receta	0,8	1,0	0,9	0,9	1,5	1,7	0,9	1,0	0,8	1,0	-	-
Somníferos sin receta	0,7	0,9	0,6	0,8	1,1	1,0	0,5	0,7	0,6	0,7	-	-

Fuente: Edades 2015, PNsD.

## Encuesta ESTUDES, los consumos según el sexo

Considerando la extensión del consumo de drogas en función del género se observa que, las prevalencias obtenidas entre las mujeres, superan los registros masculinos en el caso del alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, tanto si se considera el consumo alguna vez en la vida como en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días (tabla 9). Por el contrario, las sustancias ilegales registran mayores prevalencias entre los chicos. (ESTUDES, 2016. pp: 16).

En la encuesta ESTUDES en la primera etapa solo se pueden analizar los datos de consumo de hipnosedantes sin receta. El consumo de los hombres y de las mujeres se mantiene más o menos estable en todo el periodo. Sí que es reseñable que las chicas tienen unos porcentajes de consumo que doblan el de los chicos. El año de mayor consumo para las chicas es el año 2000, con un 6,6% de personas que han consumido en los últimos 12 meses. Mientras que en los chicos el mayor porcentaje (4,0%) tiene lugar en el año 2004.

**Tabla 10. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, primera etapa 1994-2004**

Tabla 1.2.8. Numeración en el Informe ESTUDES												
	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Hipnosedantes con y sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Hipnosedantes (30 días)</b>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Hipnosedantes sin recite	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5
<b>Hipnosedantes (30 días)</b>	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0

Fuente: Encuesta ESTUDES, 2016.

En la segunda etapa los datos desagregados según sexo, ya se comienzan a registrar los datos sobre el consumo de hipnosedantes con y sin receta. En esta categoría se puede observar una tendencia creciente. Y que las chicas consumen en mayor medida que los hombres casi doblando los datos de estos. Sirva de ejemplo el año de mayor consumo, el 2012, las chicas consumieron un 14.9% mientras que los chicos lo hicieron un 8,4%. Sin embargo, el año de mayor consumo para los chicos en el 2016 con 8,8%. En cuanto al consumo sin receta también hay una tendencia creciente hasta el año 2012, año en el que desciende ligeramente, tanto para chicos como para chicas.

“En lo publicado dice que existe un incremento desde 2004 al 2014, pero cuando lo hemos separado por sexo el incremento donde realmente es, es en las chicas” (Entrevista profesional).

Tabla 11. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, segunda etapa 2004-2016.

Tabla 1.2.8. Numeración en el informe ESTUDES												
	2006		2008		2010		2012		2014		2016	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Hiposedantes con y sin receta	7,3	11,1	8,1	12,1	7,7	12,5	8,4	14,9	7,7	13,8	8,8	14,4
Hiposedantes (30 días)	3,5	5,5	4,0	6,1	4,0	6,6	4,7	8,5	4,2	8,1	4,4	7,3
Hiposedantes sin receta	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7	4,4	7,3	3,8	6,8	4,1	6,7
Hiposedantes (30 días)	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6	2,6	4,3	2,0	3,9	2,0	3,3

Fuente: Encuesta ESTUDES, 2016.

Los datos anteriores, de las encuestas EDADES, muestran que las mujeres tienen un mayor consumo de psicofármacos. Datos que al ser contrastados con otras encuestas, como la Encuesta Nacional de Salud (ENS) arrojan conclusiones muy similares. En la siguiente figura, los datos son muy similares a los observados anteriormente. Hay una tendencia creciente entre el consumo de ansiolíticos tanto en hombres como en mujeres, siendo el aumento de estas mucho mayor que el de los hombres. Las mujeres consumen el doble de ansiolíticos tanto en 2006 como en 2012 que los hombres. Y prácticamente el triple de antidepresivos.

Table 1. Anxiolytics and antidepressant drug used in Spanish adult population. Spanish National Health Surveys (SNHS) 2006 and 2012 (Percentage and 95% Confidence Intervals).

Psychotropic Drugs	Female †	Male ‡
Anxiolytics SNHS 2006	15.69 (14.98–16.42)	7.32 (6.71–7.98)
Anxiolytics SNHS 2012	16.79 (15.97–17.63)	7.51 (6.87–8.19)
Antidepressant SNHS 2006	8.89 (8.34–9.47)	3.58 (3.14–4.07)
Antidepressant SNHS 2012	7.47 (6.92–8.05)	1.82 (1.55–2.20)

† Statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) in women SNHS 2006–SNHS 2012; ‡ Statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) in men SNHS 2006–SNHS 2012.

Fuente: Carrasco et Al. (2016)

## Las preguntas específicas sobre hipnosedantes de EDADES 2017<sup>4</sup>

En la encuesta EDADES del año 2017, publicada por el Plan Nacional sobre Drogas en marzo de 2019 se pueden encontrar una serie de preguntas específicas sobre el consumo de hipnosedantes sin receta que son muy interesantes.

El interés de estas preguntas resulta en que los datos se presentan desagregados por sexo, lo cual permite analizar las motivaciones y patrones de consumo diferenciados según el género. A su vez, son interesantes porque los tipos de preguntas que realizan permiten profundizar en distintos aspectos, por ejemplo, sobre los motivos para consumir, la forma de obtener los hipnosedantes, etc.

Razones por las que se ha consumido hipnosedantes sin receta o para uso no médico la última vez que los tomó entre la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida, según sexo y edad (%). España, 2017.

	Total			15-34			35-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Para sobrellevar las situaciones habituales del día a día	55,1	55,9	54,3	56,8	49,5	63,6	54,4	58,4	50,9
Para afrontar algunos problemas vitales (divorcio, muerte de un familiar, despidos...)	39,5	33,8	44,7	36,1	28,6	43,1	40,8	35,9	45,2
Para incrementar o disminuir los efectos de drogas que había tomado	9,8	15,6	4,6	13,0	24,8	1,9	8,6	12,1	5,6
Para colocarme	9,0	15,3	3,3	10,9	18,5	3,8	8,3	14,1	3,1
Para experimentar o probar lo que se sentía tomando ese medicamento	5,5	7,7	3,5	7,0	11,0	3,3	4,9	6,4	3,6

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Las razones para el consumo, por las que se pregunta, se pueden agrupar en dos grandes categorías. La primera, hace referencia al consumo para sobrellevar ciertas situaciones, problemas del día a día o eventos vitales estresantes, como por ejemplo la muerte de alguna persona allegada. Las mujeres justifican el consumo de hipnosedantes en base a

<sup>4</sup> La investigación se realizó a lo largo del 2018, pero en el momento de su publicación se había presentado los datos de la encuesta EDADES 2017 (marzo de 2019). En esta encuesta hay una batería de preguntas específicas sobre el consumo de hipnosedantes. Los datos de esta encuesta son de elevado interés y relevancia, motivo por el que se ha decidido incluirlos en este epígrafe. Todas estas preguntas han sido extraídas del informe del 2017, salvo explicitado en la fuente.

estas motivaciones en mayor medida que los hombres, a excepción de los hombres de 35 a 64 años, en el caso concreto del motivo para sobrellevar el día a día.

La segunda categoría guarda mayor relación con el consumo de drogas, “clásico”, entendiendo este como el consumo para “colocarse” o para experimentar, así como para contrarrestar los efectos de otras sustancias. En esta categoría los hombres superan ampliamente a las mujeres, tanto en general como en todas las edades.

En la pregunta anterior se hacían patentes las diferencias en las motivaciones para el consumo de hipnosedantes. Las mujeres consumen para aguantar ciertas situaciones. Mientras que los hombres consumen hipnosedantes como si otra droga más se tratara.

**Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta o para uso no médico mezclados con alcohol y/o drogas ilegales entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017.**

	T	H	M
Consumo de hipnosedantes sin receta y alcohol en los últimos 12 meses	20,2	32,0	9,5
Consumo de hipnosedantes sin receta y drogas ilegales en los últimos 12 meses	14,5	22,4	7,4
Consumo de hipnosedantes sin receta y alcohol y drogas ilegales en los últimos 12 meses	14,9	23,5	7,2

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

En este sentido, se preguntaba por el consumo de hipnosedantes mezclados con otras sustancias, como el alcohol y otras drogas ilegales, tanto consumidas con una sustancia o con ambas en los últimos 12 meses. En todas las preguntas los hombres mezclan más que las mujeres. Llegando a proporciones de 3 hombres por cada mujer.

Otra pregunta relacionada con esta visión del consumo de hipnosedantes como otra droga más es en la que se pregunta si la persona estaría dispuesta a conseguir los hipnosedantes de manera ilegal. Otra vez más los hombres muestran una mayor predisposición a conseguir las pastillas por otras vías a las estipuladas (receta médica) que las mujeres.



Porcentaje de consumidores de hipnosedantes con o sin receta de 15-64 años que estarían dispuestos a conseguir hipnosedantes de manera ilegal, en caso de no poder obtenerlos a través de receta médica, según sexo y edad (%). España, 2017.

	Total			15-34			35-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Estaría dispuesto a conseguirlos de manera ilegal	36,7	48,4	26,4	49,0	58,5	39,2	31,5	43,6	21,5
No estaría dispuesto a conseguirlos de manera ilegal	63,3	51,6	73,6	51,0	41,5	60,8	68,5	56,4	78,5

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

En apartados anteriores se lanzaba una posible hipótesis para el consumo de las personas jóvenes que denominamos como de *consumo por proximidad*. La mitad de las personas consiguen lo hipnosedantes a través de personas cercanas, ya sea de un amigo o familiar. Estos datos no nos permiten confirmar esta hipótesis para la totalidad de las personas, pero sí que confirman que dicha hipótesis no anda muy desencaminada y es pertinente. Hay menos diferencias entre hombres y mujeres entre las personas de entre 15 y 34 años.

Otro elemento interesante en esta pregunta es que las mujeres practican en mayor medida la automedicación con hipnosedantes, dado que tienen mayores porcentajes que los hombres en el consumo a través de una receta que les hicieron a ellas, y que consumieron los excedentes de esa receta en otro momento.

El 6% de los hombres lo han conseguido en el mercado negro, frente al 0,5% de mujeres. Esto confirma el consumo de los hipnosedantes por los hombres por vías ilícitas, como si fuera otra droga más.

Medios por los que consiguió, la última vez que los tomó, hipnosedantes sin receta entre la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida, según sexo y edad (%). España, 2017.

	Total			15-34			35-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
A través de un amigo o familiar	48,8	53,6	44,3	54,7	56,3	53,1	46,6	52,6	41,0
A través de una receta médica que me recetaron a mi	35,8	28,1	42,9	32,4	29,4	35,2	37,0	27,7	45,8
Lo compré en una farmacia sin receta	8,3	7,6	8,9	6,3	4,5	8,0	9,0	8,8	9,2
Lo conseguí de otra manera	3,9	4,4	3,4	3,5	3,3	3,6	4,0	4,8	3,3
A través de un traficante o a una persona desconocida	3,1	6,0	0,5	3,2	6,5	0,0	3,1	5,8	0,7
A través de internet	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0
A través de una receta médica falsa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

## El perfil de las personas consumidoras

Según la encuesta EDADES podemos resaltar un perfil de persona con consumo hipnosedantes que sería el de una mujer de mediana edad que consume hipnosedantes con y sin receta. Otras investigaciones permiten profundizar y completar este perfil. Investigaciones como la de Pilar Carrasco et Al. (2016) confirman que son las mujeres de mediana edad (45 o más años) las principales consumidoras. Además, añaden otras características socio-demográficas como que tienen bajo nivel formativo, están desempleadas y/o inactivas. Asimismo, añaden otros factores como las numerosas visitas a la consulta médica, tener alguna enfermedad crónica y tener una percepción negativa sobre la propia salud.

Los hombres que tienen una mayor probabilidad de consumir coinciden con las mujeres en los siguientes aspectos: una percepción negativa sobre su salud, tienen una enfermedad crónica y realizan varias visitas a la consulta médica. Además, los hombres inactivos también tienen una mayor probabilidad de consumir hipnosedantes.

Otro estudio realizado por Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols (2010) permite observar el perfil de las personas con mayor tendencia a la enfermedad mental. Que es un perfil de mujer, sin estudios o con estudios primarios, separada o divorciada, con poca o ninguna actividad laboral (baja por enfermedad o desempleada o jubilada).

Ambos perfiles, los de consumidora de hipnosedantes y las personas con mayor tendencia a padecer algún tipo de enfermedad mental tienen muchas cosas en común. Por un lado, es lógico dado que los hipnosedantes son uno de los fármacos principales en el tratamiento de muchas enfermedades mentales. Por otro lado, el hecho de que el perfil principal de enfermedad mental sea también el de una mujer puede indicar que algo está pasando. O bien las mujeres tienen mayor tendencia genética a la enfermedad mental o hay otras causas que influyen. Y se tratará de dilucidar en el apartado sobre la salud y la enfermedad mental.

# EL CONSUMO DE HIPNOSEDANTES:

Análisis desde la perspectiva de  
género

## Consumo de drogas y género

El consumo de drogas es una conducta que tradicionalmente ha sido conceptualizada como algo que era cosa de hombres. Los datos que recogen las encuestas sobre consumo de sustancias abalan esta concepción. Aunque en parte puede deberse a la invisibilidad de las mujeres, lo que ha sido la piedra angular de que estas no hayan sido contempladas en la realización de estudios e investigaciones. De esta forma las mujeres y sus especificidades han quedado fuera de los análisis, del desarrollo y la puesta en marcha de los programas de atención a las drogodependencias.

Generalmente el consumo de drogas ha encajado mejor con la prescripción sobre cómo deben ser los hombres en nuestra sociedad. Estos tienen que ser fuertes, capaces de mantener el control, agresivos, valientes y asumir riesgos. Esta última característica es la que mejor puede encajar con el hecho de consumir drogas, dado que un hombre que consume está siendo valiente y atrevido al realizar una conducta de riesgo. Y si además no desarrolla una adicción es que está manteniendo el control. Sí que hay mayor juicio y estigmatización cuando ya tiene problemas con el consumo, pero todo esto matizado en función del tipo de droga que consume. Esto tiene como consecuencia que el consumo de los hombres es visto como algo no tan negativo como el de las mujeres.

Según concluyen Cantos-Vicent, Molina-Sánchez y García (2017) en la investigación sobre *la Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género*<sup>5</sup>, la imagen de las mujeres tanto que consumen como con problemas de adicción es siempre más estigmatizada y rechazada que la de los hombres en la misma situación. Ese mayor estigma se comprende porque las mujeres que consumen, están transgrediendo los roles y las tareas asignadas socialmente, el de cuidadora, persona emocional y dulce, que siempre tiene que estar bonita para gustar a los demás. Algo similar defiende Ochoa (s.f.) "Las consecuencias del consumo son distintas según géneros. Así, la tolerancia social de la dependencia en la mujer es menor, padeciendo mayor rechazo social y discriminación.

---

<sup>5</sup> <http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2018/06/Cantos-R-y-Molina-C-2017-Frente-al-espejo.pdf>

Presenta más daño de su propia imagen con pérdida de autoestima mayor pérdida o daño de vínculos familiares, mayor daño en su imagen social como mujer y madre”.

En la mayoría de sustancias ellos tienen porcentajes de consumo muy superiores, sobre todo en la edad adulta. En las personas jóvenes se ha producido cierta igualación en ciertas sustancias como el alcohol, el cannabis y el tabaco. Pero en lo referente a los hipnosedantes y como venimos observando tanto las mujeres como las chicas son quienes más consumen esta sustancia. Esto en sí en una “anomalía” histórica en lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas.

*“En los psicofármacos tranquilizantes ahí se nos visualiza, pero si hablamos de otras drogas hemos pasado invisibles. Para las drogas legales no, pero para otras drogas hemos pasado desapercibidas” (Entrevista Profesional)*

El hecho de que los hipnosedantes sean un medicamento cuyo uso es recetado por médicos y médicas en la atención primaria o en la atención especializada, o que se pueden consumir de forma auto-indicada, e incluso como una droga de uso lúdica le confiere un estatus diferente con respecto al resto de drogas. Si bien es cierto que a lo largo de la historia la mayoría de las drogas han tenido tanto usos místicos, mágico-religiosos como usos médicos, siendo en su mayoría usados como fármacos.

“El surgimiento de lo que conocemos como Estados Nacionales Modernos, que supone una pérdida de autoridad de la Fe como valor moral frente a la Razón, significa un importante cambio en la consideración de las sustancias psicoactivas, que pasan de estar perseguidas a volver a usarse en el contexto de la medicina, que aparece como ciencia moderna” (Nieves-Martin, Molina-Sánchez, 2014).

Debido a esa doble vertiente que tienen los psicofármacos e hipnosedantes, ya que son a la vez sustancia de consumo legal e ilegal. La convierte en una sustancia atípica en la actualidad al compararlas con el resto de drogas de consumo. Que sea legal tiene como posible consecuencia que las mujeres opten más por este tipo de sustancia. Según Romo *“Usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por su uso de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe ser el comportamiento femenino” (2005: 80).*

A su vez los hipnosedantes, desde un punto de vista médico, son extremadamente necesarios y útiles, con un amplio espectro de dolencias y enfermedades sobre las que resultan eficaces. Esto hace que sean recetados en muchos casos y en diferentes circunstancias, convirtiéndolo en un fármaco muy recetado, en concreto en los últimos años ocupa el tercer lugar en el ranking de grupo de medicamentos más consumidos. Aunque eso si tenga un efecto en el cómo lo conciben las personas el que sea un medicamento y sea recetado por médicos y medicas no implica que estén exentos de riesgos. Para Danza, Cristiani y Timosiunas (2009) los principales riesgos asociados al consumo de benzodiazepinas son la aparición de trastornos cognitivos, la aparición del riesgo de caídas, los riesgos para tercera edad, uno de los grupos sociales con mayores tasas de consumo de hipnosedantes (Carrasco, 2007). Y Por último una de las consecuencias más graves, es la adicción y la dependencia.

Madrid Salud en su página web alerta sobre los riesgos que tiene el consumo de benzodiazepinas y tranquilizantes. Dice que, son extremadamente beneficiosas pero que "Sin embargo, cuando se toman durante demasiado tiempo, pierden su efecto beneficioso. Además, Cuando se toman durante demasiado tiempo no resulta fácil dejarlos. Son fármacos adictivos que, cuando se retiran de forma brusca, pueden producir síntomas de dependencia como ansiedad, temblor, insomnio, irritabilidad, malestar, etc." Y recomienda consultar con el personal facultativo para hacer la deshabitación y retirada.

*"La OMS nos dice que la auto medicación es una de las vías más importante de los auto cuidados que tenemos los humanos, o sea, lo identifica como algo muy importante, pero sí que la línea entre auto medicación responsable y la que no lo es, es muy fina. Y esa línea en los psicofármacos hay que tener mucho cuidado, yo no veo auto medicación responsable con los psicofármacos, creo que hay que usarlos bien, hacer un uso racional y siempre bajo supervisión de un facultativo, por lo importante que son, vuelvo a decir que son muy importantes y son una herramienta fantástica, pero hacer uso inadecuado puede ser muy peligroso, y ya no te cuento si lo hacen como uso lúdico los adolescentes, que es lo último que estamos intentando trabajar" (Entrevista profesional)*

Los factores que inciden sobre el consumo de hipnosedantes y cuyo análisis se va a desarrollar en los siguientes epígrafes son:

- Estereotipos, mandatos y los roles de género

- La salud y la enfermedad mental
- El estilo de vida y la medicalización de la vida
- Expansión de sector farmacéutico
- El deterioro de la sanidad
- Factores sociales como la pobreza y la desigualdad

## Estereotipos, mandatos y roles de género

Las mujeres presentan una serie de malestares psicológicos objeto de tratamiento y sus síntomas se manifiestan como parte de la vida cotidiana, del desempeño de sus roles de género. Entre médicos y médicas se reconoce que las mujeres consultan más y somatizan más que los varones (Vega et Al 2004).

El género, o la construcción social de lo que es un hombre y una mujer, atraviesa a cada persona de una determinada sociedad influyendo en sus pensamientos, emociones, actuaciones, deseos o en la identidad e imagen de sí mismas y sus circunstancias. En este sentido, el consumo de drogas en general y el consumo de benzodiazepinas e hipnosedantes, en particular, se ven indiscutiblemente influidos por el género. La construcción del género está compuesta por estereotipos, como la gente piensa y percibe que son las mujeres y los hombres; los roles de género, las funciones que deben desempeñar cada uno de los géneros; los mandatos, preceptos sobre cómo se deben de comportar tanto los hombres como las mujeres.

Otro concepto proveniente de la teoría feminista, que tiene una gran importancia es el del *androcentrismo*. Este concepto según su propia etimología es que, el "hombre es el centro", o "centrado en el hombre", *andro* es hombre en griego y *centrismo*. Según la Real Academia de la Lengua, androcentrismo significa: "Visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino" (RAE, actualización 2017)<sup>6</sup>. Para Mercedes Bengoechea androcentrismo "significa literalmente 'centrarse en el varón', supone la

---

<sup>6</sup> Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=2aQCw98>

consideración, probablemente a nivel inconsciente, de que el varón es el patrón, el modelo, la norma de todo comportamiento humano" (2018. pp: 7)

El androcentrismo en el caso del consumo de hipnosedantes influye de la siguiente manera. Como el hombre es la medida de todo, marca lo que es normal y lo que no, lo que es patológico y lo que no. Y como la visión sobre los hombres es que son indolentes, fuertes, autónomos, mantienen el control y no necesitan ayuda, etc. todo lo que se sale de este patrón es desviado, e incluso patológico. En consecuencia, si las mujeres acuden a la consulta y expresan su malestar, o sus sentimientos, aun cumpliendo con su rol y con los mandatos sobre cómo debe comportarse una mujer, esta es patologizada. Se sale de lo que es normal, que ha sido "previamente definido por lo masculino". De esta forma se les diagnostica y se les prescribe en mayor medida hipnosedantes.

*"Porque las mujeres en general consumimos más medicamentos que vosotros. En los psicofármacos hay hipótesis: verbalizamos más, tenemos menos problemas para verbalizar que tenemos un problema de salud, tenemos menos reticencia a reconocer a un facultativo que tenemos un problema de ansiedad, de depresión que el hombre. (...) Y quizá por esa mayor pre-disponibilidad a contar nuestros problemas se nos prescribe más. Esto no quiere decir que se nos prescribe adecuadamente, a veces se nos prescribe porque decimos que tenemos una ansiedad o un episodio depresivo"*  
(Entrevista profesional)

## 1. Estereotipos de género

Los estereotipos de género se adquieren en un proceso de aprendizaje en el que, además de los factores culturales comunes a la sociedad, es importante el contexto social más inmediato, sobre todo la familia y la escuela (González, 1999).

Los estereotipos y creencias sobre el género tienen una influencia directa en el comportamiento de las personas. Los estereotipos sociales de género aluden a un conjunto estructurado de creencias y expectativas compartidas, dentro de una sociedad, acerca de las características que poseen (componente descriptivo) y deben poseer (componente prescriptivo) las mujeres y los hombres como grupos, sexual y genéricamente, diferentes. De esta forma, la feminidad se identifica con subordinación, entrega, pasividad y seducción, mientras que la masculinidad presupone poder, control, propiedad y potencia.



En base a estos estereotipos se construye la visión sobre la mujer en la que son vistas como personas débiles que necesitan ser cuidadas y de los hombres como fuertes y que tienen que cuidar de las mujeres, pues son de alguna forma su propiedad. Esto en lo que se refiere al consumo de hipnosedantes supone que las mujeres necesitan de apoyo y una sustancia (hipnosedantes) para sobrellevar las cosas de la vida diaria. Mientras que los hombres no necesitan o de hacerlo lo hacen de una forma más amagada o soterrada. Y en caso de necesitar alguna sustancia los hombres recurren al alcohol y otras drogas ilegales.

Las mujeres buscan las drogas legales para consumir por su menor juicio y castigo. Los psicofármacos además de ser legales, son un medicamento y normalmente son prescritas por personal médico. El hecho de ser un medicamento le otorga un estatus especial como sustancia de consumo. Que puede justificar el decir: *Yo no me drogo, tomo un medicamento prescrito por mi médico/a*. En los discursos de los profesionales se ve cómo los estereotipos de género influyen la forma de identificación y diagnóstico de patologías, como la ansiedad o depresión asociadas a los malestares (Vega et Al. 2004)

## 2. Roles de género

A pesar de que el movimiento feminista ha conseguido centrar y dar relevancia al sistema patriarcal de organización y a través de su lucha ha conseguido importantes avances en materia de igualdad social en función del género, las mujeres siguen siendo socializadas en el rol tradicional de cuidadora-reproductora y los hombres en el rol de proveedor. La prevalencia de estos roles tradicionales hace que persista en la actualidad una desigualdad social estructural entre los hombres y las mujeres, otorgando a los hombres una situación de privilegio frente a las mujeres. Las mujeres son las responsables de la reproducción y de los cuidados, sobre ellas recae la responsabilidad de que la vida (cotidiana) continúe. De modo que en este contexto la presión social recae principalmente sobre las mujeres. Esto no quiere decir que los hombres no sufrán o no tengan presión. Pero sí que la responsabilidad última en la gran mayoría de aspectos de la vida, como la crianza, los cuidados a las personas mayores, etc. recaen casi en su totalidad sobre las mujeres.

Como consecuencia de esto todo lo relacionado con la feminidad tiene peor valoración social. Motivo que explica que tengan trabajos peor pagados. El trabajo doméstico no ha sido considerado como trabajo hasta hace muy poco tiempo y todavía hay mucha gente que piensa que no es lo mismo que el trabajo remunerado, que este es diferente. La crianza de los hijos es "natural" que la realicen las mujeres, dado que son las que paren. El mundo de los sentimientos es cosa de las mujeres, mientras que los hombres son los racionales y por tanto los que saben de las cosas, los que tienen que ser escuchados cuando hablan.

"El cuidado a parientes enfermos, que suele recaer en mayor medida sobre las mujeres, es otro aspecto que es necesario contemplar dentro de aquellos que explican la mayor presencia de depresión en las mujeres, según la visión de Valls y Llobet et Al (2005)" (citado en Villamil, 2010).

Entre las circunstancias que se relacionan con el consumo de hipnosedantes se suele hablar de estrés laboral, mantener el control, la sobrecarga de trabajo, la insatisfacción etc. Todas estas circunstancias que guardan mucha relación con la desigualdad entre los roles femeninos y masculinos, especialmente con lo que se ha denominado como la doble jornada. Esto es la jornada laboral fuera de casa, remunerada y la jornada extra dedicada al trabajo doméstico al salir de la primera. Lo cual no hay duda en que recae más en las mujeres de edad más avanzada y no tanto a las más jóvenes, quienes todavía no son cuidadoras en general. Según Vega et Al. "Entre las más maduras ya se valora la sobrecarga física y afectiva que las separa de los varones. Aparecen en el discurso los roles de género clásicos y una particular forma de las mujeres para enfrentar los conflictos en el ámbito público o privado. Todo esto asociado a una falta de reconocimiento externo una vez que se han cumplido los roles tradicionales" (2004).

Los hombres con su rol tradicional de proveedor principal de la familia, antiguamente considerado incluso en las encuestas como "el cabeza de familia" no tienen esa sobrecarga. Aunque la pérdida de su principal rol pueda traer consigo esos mismos estados de depresión, ansiedad y angustia tienen mayores reticencias a expresarlos, y menos a terceros. La expresión de los sentimientos en los hombres conlleva castigo, ejercido por otros hombres.

*“Y mi padre me dijo: los hombres no se deprimen, eso es cosa vuestra. Y esa barbaridad que dijo mi padre la tienen algunos facultativos. Los hombres no se deprimen y las mujeres sí y vamos al médico a contar cualquier cosa. La mujer tendrá el bajón, y antes se decía la frase peyorativa: estará con el periodo” (Entrevista profesional).*

### 3. Mandatos

Dentro de la línea de investigaciones sobre drogas y género que viene haciendo la Fundación Atenea, Raquel Cantos-Vicent realizó una investigación en la que relacionaba los mandatos de género con el consumo sustancias y la forma en que estos afectaban a hombres y a mujeres. Según Cantos-Vicent, “Los mandatos de género, en concreto, son mensajes sociales que transmiten cómo tiene que ser un hombre y cómo tiene que ser una mujer. Ligan el cumplimiento de los mismos a la masculinidad y la feminidad. Podemos imaginarlo como una especie de check-list cuyo cumplimiento demuestra que eres un hombre o que eres una mujer. Describen la forma correcta e incorrecta de estar en el mundo en función del sexo asignado al nacer, por tanto, tienen carácter de obligatoriedad y no se eligen” (2016: 16).

#### Imagen 1. Principales mandatos de género

Si eres una mujer...	Si eres un hombre...
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidas a otras personas por encima de ti misma.</li> <li>2. Buscas agradar/gustar, sobre todo a hombres y a través de tu cuerpo</li> <li>3. Amas, ERES en relación a otras personas. Necesidad de conexión y pertenencia.</li> <li>4. Eres principalmente emocional</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tienes poder y ejerces control</li> <li>2. Utilizas la violencia y la agresividad para regular y resolver conflictos</li> <li>3. Asumes riesgos</li> <li>4. Eres principalmente racional. Lo emocional no va contigo.</li> </ol>

Fuente: Cantos-Vicent, 2016 (pp: 30).

Las mujeres que consumen tienen peor imagen social que los hombres. Esto ocurre sin importar la sustancia ni la cantidad. Al ver a una mujer que consume se suele pensar si tendrá hijos o no. Si bien es cierto que a las mujeres jóvenes y sobre todo entre sus pares, se les está tolerando cada vez más ciertos tipos de consumo. Esto se debe más a la etapa

en la que lo están haciendo, la juventud y es visto como un rito de paso, pero si este comportamiento persiste conforme crecen serán sometidos y sometidas a juicio.

Esto para las mujeres adultas, quienes son las principales cuidadoras. En la primera adultez, son cuidadoras de hijos e hijas, son madres. Mientras que en la adultez avanzada son cuidadoras de sus mayores. El consumo de sustancias y más el abuso de las mismas no es compatible con estos roles y con el mandato principal el de ser cuidadora, por lo que conlleva el castigo y la sentencia de ser vistas como *malas mujeres*. Con las consecuencias negativas que ello tiene para su autoestima, su imagen y su identidad. Mientras que a los hombres se tiende a pensar en pobrecitos ellos, habrán tenido mala suerte, se les ha ido de las manos.

Los psicofármacos por el contrario no conllevan las mismas consecuencias negativas en el entorno que otras sustancias. De hecho, estos te permiten seguir adelante con tu vida, de alguna forma te dulcifican el carácter, "amargado" por la sobrecarga y la insatisfacción que provocan las desigualdades de género. En definitiva, te facilitan aguantar y tirar para adelante y seguir cumpliendo con tus roles asignados.

Para los hombres, al contrario, que para las mujeres los estereotipos, los mandatos y roles de género "les protegen" (en que consuman y abusen menos) del consumo de psicofármacos. Como decimos, los hombres tienen que ser fuertes, indolentes y racionales, por este motivo la expresión de sus sentimientos a terceras personas va en contra de los estereotipos, roles y mandatos masculinos. De hecho, transgredir estos conlleva el castigo, *es un marica, un débil, un flojo, un calzonazos*, y todos los improperios que a uno se le puedan ocurrir. Sólo hay un caso en el que los hombres tienen permitido venirse abajo, con menos juicio por parte de sus pares, el desempleo. Un hombre desempleado en contra de su voluntad puede permitirse estar deprimido o angustiado, porque no estaría cumpliendo con su rol de proveedor principal de la familia y por tanto no se le juzgaría con tanta dureza. Al menos durante un tiempo prudencial.

Por el contrario, esos mismos mandatos en el caso de los hombres no les protegen, es más facilitan, incluso animan el consumo de otras sustancias. Dado que al hacerlo estaría asumiendo riesgos, siendo osados y esto sí que encaja mejor con los mandatos sociales masculinos.

## La salud y la enfermedad mental

“La salud, tanto en términos de acceso a los servicios básicos universales, como en el estado de la misma y sus relaciones con las condiciones de vida y trabajo, es otro de los ámbitos donde las desigualdades sociales se manifiestan con mayor fuerza” (Subirats et Al., 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (2009) en el informe *Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* se destaca que las mujeres tienen peor calidad de vida que los hombres. También explicita que las mujeres tienen una vida más prolongada, pero no por ello más sana. En otras palabras, viven más, pero tienen peor salud. Y lo atribuye a las desigualdades de género en cuestiones como la educación, el empleo, los ingresos, limitan la capacidad de las mujeres para protegerse y cuidarse.

La salud está vinculada directamente con el consumo de psicofármacos e hipnosedantes. Puesto que la mayor parte del consumo de estas sustancias se inicia o se hace por la vía de la prescripción médica. En concreto estas prescripciones vienen principalmente de la atención primaria y/o de la atención especializada, en concreto de la atención psiquiátrica.

It is worth mentioning that, the fact that women are invisible in health care for the diagnosis and treatment of many diseases, or their symptoms are commonly mistaken, minimized, or incorrectly diagnosed, and their complaints are frequently attributed to psychological or psychosomatic causes, makes it necessary to reconsider the basis upon which science has been built in order to detect health problems in both men and women (Carrasco et Al., 2010)<sup>7</sup>

La incidencia de la enfermedad mental en las mujeres es mayor según diferentes estudios realizados en España. Pasa algo similar a lo que ocurre en los datos disponibles sobre

---

<sup>7</sup> Traducción: “Conviene mencionar que el hecho de que las mujeres sean invisibles para el sistema de salud en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades, o que sus síntomas son a menudo confundidos, minimizados o diagnosticados incorrectamente, y sus quejas son frecuentemente atribuidas a causas psicológicas o psicósomáticas. Esto hace necesario reconsiderar las bases sobre las cuales la ciencia ha construido la forma de detectar problemas de salud tanto en hombres como en mujeres”.

consumo de psicofármacos. En la mayoría de estudios las mujeres son diagnosticadas de enfermedad mental en un porcentaje que dobla al de los hombres.

En el consumo de hipnosedantes es central la cuestión de la salud. Estos son recetados principalmente tanto desde la atención primaria (medicina de familia) como desde la atención en salud mental (psiquiatría). La enfermedad mental, los problemas de estrés y los trastornos de ansiedad son los principales problemas por los que las personas acuden y son recetadas hipnosedantes.

*“Attempts have been made to explain this greater prescription and consumption of psychoactives drugs among women, with the answer being variously sought in the higher frequency of affective disorders to which they are prone, or in their greater vulnerability in our society”. (Carrasco-Garrido et Al. 2007)<sup>8</sup>*

Al revisar los datos se puede observar que las mujeres tienen mayores tasas de prevalencia de enfermedad mental. Estas son diagnosticadas en mayor número que los hombres. Según una comparativa realizada por Montero (2004) y extraída de Julián, Donat y Díaz (2013) en la que se revisaron diferentes investigaciones realizadas en España sobre prevalencia psiquiátrica superan ampliamente a los hombres en las tasas de enfermedad mental. En algunos casos llegan incluso a doblar los porcentajes de los hombres.

Tabla 2: Prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios realizados en España					
Autor (año)	Área	Muestra	Instrumento <sup>9</sup>	Prevalencia psiquiátrica (%)	
				Hombres	Mujeres
Muñoz et al. (1979)	Navarra	NC	PSE	11.6	23.6
Vázquez-Baquero et al (1982,1982)	Navarra	1156	CIS	19.2	28.3
Seva-Díaz et al (1982)	Soria	404	GHQ 30	-	34.2
Vázquez-Baquero et al (1987)	Cantabria	1232	PSE	8.1	20.6
Herrera et al (1987)	Barcelona	811	GHQ 60	15.9	30.8
Mateos et al (1989)	Galicia	2510	GHQ 60	20.8	33.6
Canals et al (1997)	Cataluña	290 (18 años)	SCAN	21.7	36.1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	12.415	GHQ 12	15.8	18.7
Roca et al (1999)	Formentera	697	GHQ 28	15.0	23.6

Fuente: Montero, I. (2004). Extraído de Julián, Donat y Díaz. (2013)

<sup>8</sup> Traducción: ha habido intentos de explicar la mayor prescripción y consumo de drogas psicoactivas entre las mujeres. Encontrando la respuesta en la mayor frecuencia de desórdenes afectivos, a cuáles que son más propensas, o en su gran vulnerabilidad en nuestra sociedad.

Otros estudios más recientes confirman esa continuidad histórica recopilada por Montero. Las mujeres tienen una mayor morbilidad psiquiátrica que los hombres. Un ejemplo es el estudio de Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols (2010) el que las mujeres tienen un porcentaje de prevalencia de enfermedad mental del 24,6%, mientras que los hombres tienen un 14,7%.

En su estudio Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal Luque, y Alonso (2006), afirmaban que el 22,93% de las mujeres había sufrido algún tipo de trastorno mental lo largo de su vida, por el contrario, solo el 15,67% de los hombres lo había sufrido. Además, estos autores (ibídem) profundizan en los tipos de trastornos. El 14,47% de las mujeres había sufrido un episodio de depresión mayor mientras que en los hombres el porcentaje era del 6,29%. Y en los trastornos de ansiedad el 2,57% de las mujeres frente al 1,15% de los hombres.

Para Julián et al. (2013) la salud mental tiene un perfil dicotómico y socialmente diferenciado. Las mujeres padecen más depresión, ansiedad y trastornos por somatización, mientras que los hombres padecen más trastornos por abuso de sustancias. Perfil que ellos consideran que está basado en las diferentes formas de enfermar, los factores de vulnerabilidad psicosocial y de género. A la vez que el modo en que se manifiesta la enfermedad y buscar ayuda, y los sesgos de atención recibida por mujeres y hombres. Esa misma dicotomía encuentran Haro et Al. (2016) siendo el trastorno por consumo de alcohol el único en el que los hombres (6,47%) superan claramente los porcentajes de las mujeres (0,96%). "En general, constatamos que las mujeres tienen mayor riesgo de mala salud mental acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios y se les prescriben más psicofármacos" (ibídem).

*"De forma clásica se decía que los hombres bebían y las mujeres tomaban psicofármacos, y eran dos formas de evadirse de la realidad, o de intoxicarse, o de disminuir la ansiedad o el malestar clásico, yo creo que de una forma clásica así ha sido, y de hecho el consumo de benzodiacepinas principalmente es en mujeres de edad media, de todos los niveles socio culturales" (Entrevista profesional).*

Según la literatura médica consultada, ha quedado patente el hecho de que las mujeres tienen una mayor prevalencia de enfermedad mental que los hombres. Pero surgen las

preguntas ¿Cómo es que las mujeres tienen mayores porcentajes de enfermedad mental? ¿Tienen factores genéticos que las predisponen? ¿O hay otro tipo de factores implicados y que estamos pasando por alto? Acaso ¿están más locas?

Según Grela y Lopez (2000) el campo de la salud mental es un campo sometido a revisión y en proceso de reconfiguración en base e nuevos modelos conceptuales. La ciencia y los cambios sociales como la incorporación de las mujeres a la esfera pública, al trabajo remunerado en conjunción con el movimiento feminista han cambiado la mirada pública, situándola en las condiciones de desigualdad en las cuales se ha construido su lugar social.

El feminismo ha reaccionado a lo que se ha conocido como la “feminización de la locura” creando nuevas epistemologías, nuevas metodologías y nuevas categorías de análisis a partir de las décadas de los años setenta y ochenta (Somavilla y Jiménez Lucena, 2003).

Para Villamil (2010) el sistema médico dominante, basado en el conocimiento científico occidental, “ha sido criticado, entre otras cosas por centrarse en los aspectos biológicos teniendo poco en cuenta los sociales, especializándose en un solo órgano o parte del cuerpo, olvidándose de la persona afectada. Otro análisis propuesto por Tovar (2004: 255) desde la antropología médica, la crítica de la ciencia, evidencia los sesgos de género en la literatura científica, que se asume como objetiva y con validez universal. Por ejemplo, según lo afirma Tovar, existe una tendencia a ver a la mujer como “más frágil”, a estar más afectada por tensiones emocionales, a percibir el dolor de diferente manera, e incluso a sufrir de inferioridades, no comprobadas, de orden biológico, asumiendo una distinta composición genética de las mujeres y los hombres.

Todo lo anterior tiene implicaciones claras en términos de salud mental cuando se constata, por ejemplo, que la depresión tiene mayor prevalencia en mujeres que en hombres, y que lo es aún más en mujeres de mediana edad con una adscripción de clase más desfavorecida. Una conclusión parecida a la que llegan Julián et al. (2013) y narran de la siguiente manera: “Los TMC (Trastornos Mentales Crónicos) están determinados por procesos psicosociales debidos a formas de vida relacionadas con el género. Todos ellos empeoran en las clases sociales más desfavorecidas y se relacionan con un bajo nivel de estudios, la precariedad laboral y el trabajo de ama de casa”. Por ello” constatamos que las



mujeres tienen mayor riesgo de mala salud mental acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios y se les prescriben más psicofármacos" (ibídem).

**Tabla 12. Visitas a otros profesionales sanitarios: Psicólogos/as. En los últimos 12 meses según tipo de profesional sanitario por sexo y grupo de edad.**

Visitas a psicólogos/as en función del sexo y la edad		
	HOMBRES	MUJERES
De 15 a 24 años	2,78	3,28
De 25 a 34 años	2,43	4,01
De 35 a 44 años	3,39	4,13
De 45 a 54 años	2,65	4,06
De 55 a 64 años	3,31	6,48
De 65 a 74 años	1,93	3,72
De 75 a 84 años	2,19	3,50
De 85 y más años	2,66	2,12
<b>Total</b>	<b>3,35</b>	<b>4,10</b>
<b>Total ambos sexos</b>	<b>3,73</b>	

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género determina de manera fundamental la salud mental y también las enfermedades mentales.

Otra explicación desde la perspectiva de género al hecho de que haya más mujeres con diagnóstico de enfermedad mental es que ante similar valoración médica y número de consultas, la mujer es prescrita con una mayor cantidad de psicofármacos que los varones, (Mateo et Al., 1997; Pingus et Al., 1998. Citado en Romo, Vega, Meneses, Gil, Markez y Poo, 2003: 375).

Los estereotipos pueden observarse en todos los ámbitos y actividades de la sociedad e influyen en las expectativas que mantienen los profesionales de la salud, dando lugar a los sesgos de género en la atención sanitaria. De forma que no se puede negar que el sexo/género marca diferencias, tanto en la práctica clínica que depende de si el paciente es hombre o mujer, como también puede variar dependiendo de si la persona que atiende es médico y médica (Sánchez, (2003), citado en Vega et al 2004).

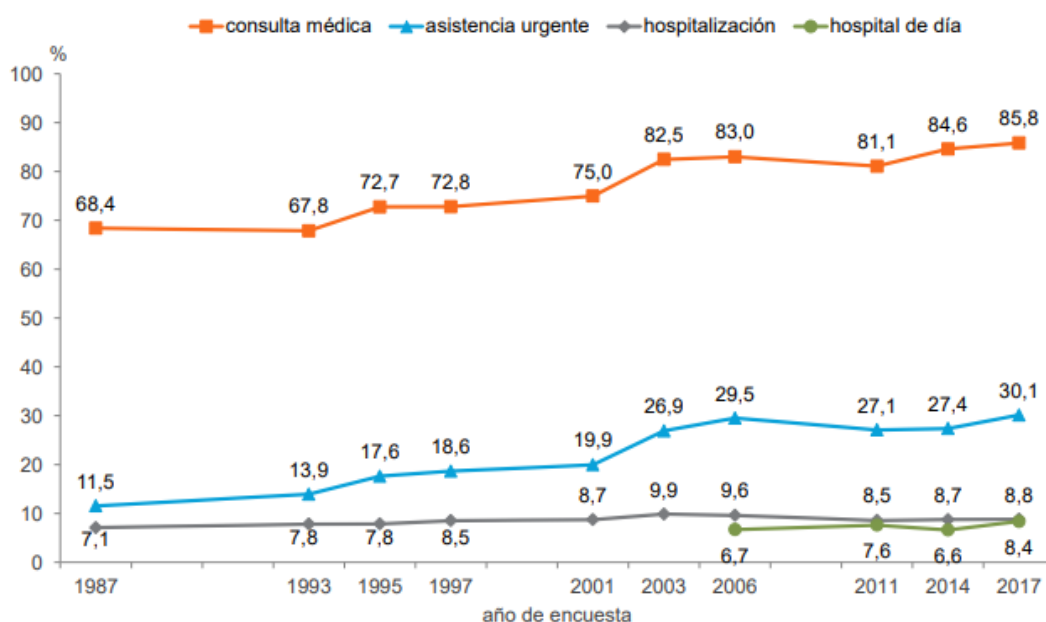
Esto soporta la idea de que las mujeres efectivamente son más débiles. El hecho de que, a igual enfermedad e iguales síntomas, a las mujeres se las medica más, que a los hombres puede ser indicativo de que son sometidas a un mayor control, que son más débiles y consideradas como menos capaces de soportar las adversidades. Lo cual entronca con el

pensamiento machista de que las mujeres son personas que tienen que ser cuidadas, infantilizándolas. Es lo que puede denominar como paternalismo clásico. Vega et al dicen al respecto que "(...) los médicos y médicas que estudian la literatura de su especialidad las ven como más necesitadas o como grupo de riesgo, situación que se une a los estereotipos de género que, como personas, llevan incorporados en su vida" (2004: 13).

## Medicalización de la vida

Al analizar los datos, se puede observar que se ha incrementado notablemente el uso de los servicios sanitarios en los últimos 30 años, especialmente la consulta médica y la asistencia a urgencias. Las consultas médicas han crecido desde el 68% en 1987 hasta el 85% en 2007. La asistencia urgente también ha crecido desde el 11% hasta el 30%. Este aumento puede deberse a múltiples causas, como una mejor prevención por parte del sector sanitario, una mejor educación sobre salud de las personas, etc.

Gráfico 1. Uso de servicios sanitarios 1987-2017. Últimos 12 meses en población de 15 y más años.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Recuperado de:

[http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17\\_p\\_res\\_web.pdf](http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_p_res_web.pdf)

Aunque, también podría ser un síntoma del proceso de medicalización del que hablan autores como Vega et Al (2004): "En el discurso de los profesionales se reconoce una respuesta de medicalización ante estos procesos asociados al ciclo vital de las mujeres.

Los cambios sociales y la aceleración de la vida en los últimos años han traído consigo el fenómeno que se conoce la medicalización de la vida cotidiana. La abundancia en occidente, generada por el consumismo extremo. El desarrollo tecnológico y comunicacional que ha generado una sensación de disponibilidad inmediata haciendo que lo queramos todo aquí y ahora.

*"Esos sufrimientos han existido siempre, lo que sí ocurre que estamos en una sociedad en la que se tolera mal el malestar, y además te venden de que tienes que tener tratamiento para ese malestar, muchos trastornos adaptativos, muchos duelos, muchas situaciones de pérdida, muchas situaciones negativas por problemas socioeconómicos, uno se preocupaba y no buscaba algo sanitario para que se le diese, ahora "duermo mal porque estoy disgustado porque me van a embargar, voy al médico para que me dé una pastilla", "tengo este problema, voy al médico a que me dé una pastilla", porque además se está potenciando, se está potenciando a todos los niveles" (Entrevista profesional)*

Todos estos cambios sociales unidos al desarrollo médico y a la expansión y la ganancia de poder del sector farmacéutico ha generado que busquemos soluciones médicas a todo tipo de problemas. El consumo de psicofármacos es de los ejemplos más patentes en lo que respecta a este fenómeno de la medicalización. Las mujeres son las que están siendo más medicalizadas. "Se ha estado patologizando el malestar femenino, presentándolo como desviación de la norma cuando es la adhesión a esas normas, lo que genera malestar en estas mujeres" (Markez, Póo, Romo, Meneses, Gil y Vega. 2004).

La medicalización es causa y a la vez consecuencia, es un proceso que se retroalimenta y mediante el cual la gente busca soluciones médicas a todo tipo de problemas. Cuando la mayoría de estos vienen provocados por situaciones sociales como la exclusión, y que por tanto requeriría de soluciones sociales.

El aumento del estrés y la ansiedad que han generado en las personas, los estilos de vida, frenéticos, agudizados en los entornos urbanos. También la dificultad de conciliar la vida familiar y social. Conciliación que antes de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo remunerado no era necesaria. Además, ésta incorporación no ha ido acompañada

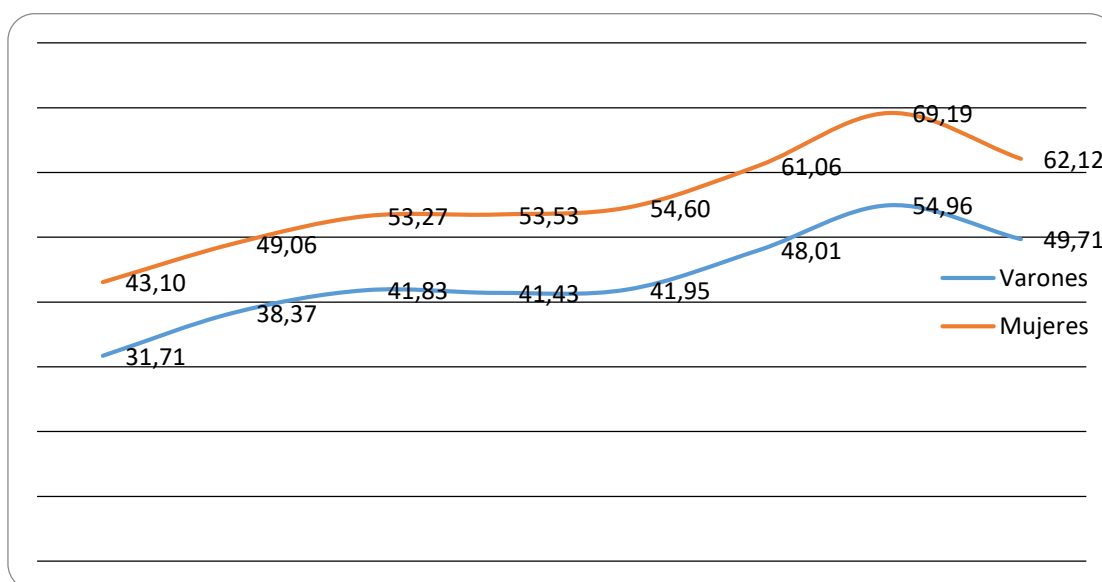
de la igualación en el reparto de tareas. Sobrecargando aun más a las mujeres, que ya no son solo esposas y madres, como en la sociedad moderna, sino que ahora son eso y son también trabajadoras fuera de casa. Con esto no se pretende positivizar o legitimar que las mujeres fueran amas de casa como algo bueno o deseable, ni mucho menos, pero sí que no se puede negar que esto haya ocurrido y que su cambio ha transformado la sociedad trayendo consecuencias consigo. Consecuencias como la sobrecarga sobre las mujeres. Sobrecarga que se acaba transformando en malestares. O según Romo (2005) en ««lesiones de la vida» (que) adoptan diferentes formas en la vida de las mujeres; una de ellas es la medicalización continua de problemas de salud/enfermedad relacionados con su situación de inferioridad de género y que, como veremos a continuación, tanto peso tiene para poder comprender los usos que de las sustancias psicoactivas hacen las mujeres» (Romo, 2005). La medicalización es una prolongación del poder que se ejerce socialmente sobre las mujeres. Poder que es ejecutado, en principio, involuntariamente por el personal facultativo. Controlando los malestares derivados de la sobrecarga que sufren las mujeres con medicación, como son los hipnosedantes. A pesar de que las causas de esos malestares son sociales. Y en consecuencia las soluciones deberían ser políticas y sociales. Es decir que se crea un problema de cronicidad y en muchos casos de dependencia. Dado que, aunque retiremos esa medicación el malestar persistirá, y por tanto probablemente las mujeres demanden dicha medicación para poder continuar sobrellevando la situación, es decir para poder seguir cumpliendo con sus roles y mandatos. Para Arizaga el aumento del consumo de hipnosedantes y psicofármacos está permitiendo el logro de una performance social adecuada (2007). Performance que adquiere mayor relevancia en el caso de las mujeres.

### **Expansión del sector farmacéutico**

El histórico que se recoge en las Encuestas Nacionales de Salud es una herramienta interesante para observar los cambios en las costumbres y en las formas de utilización del sistema de salud en España. Según estos datos se puede observar que entre 1987 y el año 2006 hay una tendencia creciente en el uso de medicamentos, que las personas reconocen haber consumido en las últimas dos semanas.

La tendencia es similar tanto en hombres como en mujeres. Aunque conviene señalar que las mujeres son más consumidoras de fármacos que los hombres. En concreto el 43% reconocía haber consumido algún fármaco en las últimas dos semanas en 1987, cifra que ha aumentado hasta el 70% en 2006. Y entre este año y el 2011 se ha producido un ligero descenso hasta el 63%. Este descenso puede tener su razón de ser en España con la crisis económica y la menor disponibilidad de dinero en esos años, reduciendo el gasto en medicamentos a lo estrictamente necesario. Además de la presión ejercida sobre el personal facultativo para limitar el gasto en farmacia y facilitar así el ahorro presupuestario.

**Grafico 2. Consumo de medicamentos en las últimas dos semanas. Porcentaje según sexo, 1987-2011.**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Historico 1987-2014.

La implantación de la industria farmacéutica y su desarrollo en tecnología ejercen presión sobre el sector sanitario, los legisladores y sobre las personas consumidoras. Según Vega et Al. (2004) "esta tecnología de producción industrial de medicamentos presenta, de manera creciente, graves problemas tanto respecto de la seguridad y la eficacia de los fármacos, como respecto de la efectiva necesidad de consumo. La transformación de los medicamentos en bienes de consumo, promovida por las empresas productoras, y muchas veces con poco o ningún control por parte de las autoridades sanitarias, ha terminado por engendrar una sociedad medicalizada (Vega et al, 2004).

La industria farmacéutica es especialmente competitiva y con un alto nivel de inversión en I+D. Está formado por multinacionales y conglomerados de empresas con potentes lobbies que presionan a las instituciones supranacionales como la Unión Europea o los estados y al sector sanitario para que favorezcan su desarrollo y expansión. Expansión que se está haciendo a costa de los niños y de las mujeres. La "presión del mercado está provocando, por ejemplo, que el número de niños que toma psicofármacos para el tratamiento de problemas de comportamiento y emocionales haya aumentado en más del doble en una década, según un estudio de la Universidad de Maryland (EU)" (ibídem).

Otros autores como Tizón (2010) coinciden en considerar que a los niños del primer mundo se les está medicalizando y psicofarmacologizando en exceso.

Los profesionales consultados reconocen la relevancia del sector farmacéutico en el consumo de hipnosedantes, pero restan importancia a las presiones que ejerce para aumentar el consumo de estas. Sobre todo, por su escaso precio. Aunque reconocen que tienen alguna herramienta de presión.

*"Yo me atrevería a decir que hay muchos laboratorio de benzodiazepinas que salen lo comido por lo servido, porque es que valen 1-2€, y de hecho están retirando benzodiazepinas que están muy utilizadas y que estás encontrando con desabastecimiento, la forma de retirarlas es desabastecer el mercado, no la encuentras, yo te la cambio, y luego como nadie la pide la quito, por ejemplo ahora acaban de quitar (...) una benzodiazepina antigua utilizada y que la han dejado de reponer, porque económicamente no les sale en absoluto rentable, y están quitando las benzodiazepinas, porque a los laboratorios no les debe compensar o les debe salir lo comido por lo servido" (Entrevista profesional)*

A su vez consideran que el aumento del consumo de los últimos años es una responsabilidad compartida entre todos los actores implicados, el sector farmacéutico, los y las facultativas, los responsables políticos y en última instancia las personas consumidoras.

*"La industria farmacéutica es la cuarta pata, es muy grande, es la que nos pone el arsenal terapéutico, la administración la regula, y los profesionales saben cuál usar mejor, y la otra pata somos el consumidor que tenemos que hacer un uso racional de los fármacos. Los 4 actores cada uno con su rol y papel" (Entrevista profesional)*

A lo que queremos matizar es que, si es compartida, pero no todos los actores tienen el mismo grado de responsabilidad.

## El deterioro de la sanidad

La evolución del sistema sanitario, con el aumento de la demanda por parte de las personas, el aumento de las visitas (grafico 1). A lo que hay que sumar los recortes presupuestarios de los últimos años como consecuencia de la crisis económica. El aumento de las listas de espera, etc. Ha producido que los médicos y las médicas tengan cada vez menos tiempo para dedicar a cada paciente, la ratio andaba entorno a los 10 minutos por paciente, en atención primaria. Esto dificulta, el diagnóstico en primer lugar y una adecuada aproximación terapéutica adecuada a cada persona, en segundo lugar.

Todo esto conjugado con la aceleración de la vida, que se traduce en la demanda de soluciones rápidas por parte de los y las pacientes, junto con la medicalización de problemáticas no sanitarias, desemboca en la “pastillización” de la vida. Es decir, todo se soluciona con pastillas.

El consumo tanto de benzodiacepinas como de ansiolíticos es muy elevado. La identificación de términos como «tensión» o «estrés» y su implicación no siempre justificada en la patogenia o en la expresión de enfermedades orgánicas han estimulado su empleo a menudo excesivo. La propia estructura sanitaria, que volatiliza la relación médico-enfermo, incita a sustituir la cálida y pausada aproximación personal por la fría prescripción de una pastilla. (Florez, 1997: 463)

*“Yo creo que nos falta mucho por recorrer en ese sentido. Hay que romper eso y hay que formar a los profesionales, pero ellos te dicen: me encantaría tener media hora por paciente para hablar y para no usar un recurso farmacológico cuando no hace falta, y cuando hace falta pues ponerlo y monitorizarlo y seguirlo”  
(Entrevista Profesional)*

Son las mujeres quienes acuden a las consultas bien sea como pacientes, bien sea como acompañantes/cuidadoras, tanto de los hijos e hijas como de las personas mayores de la familia. Como pacientes, según Vega et Al “Las mujeres suelen enfrentarse al malestar y una vez lo que han hecho, acuden al profesional para demandar más fármacos de los que ya han consumido. Una vez que han sido prescritas regulan sus dosis y, en escasas ocasiones, rechazan el uso de estos fármacos” (2004). Y como acompañantes cuidadoras

son agentes de salud que administran las medicaciones tanto propias como de terceras personas.

En el proceso de medicalización son responsables tanto el personal facultativo como las personas que acuden en búsqueda de remedios. Markez et Al. aluden al efecto mágico que produce el fármaco o la receta en el paciente. El medicamento llega a ser percibido como un derecho adquirido, que se exige por las personas que acuden al médico (2004). Esta visión del tratamiento o la pastilla como derecho adquirido sumado al poco tiempo que tiene el personal facultativo, convierte a los hipnosédantes en una solución que contenta a ambas partes y les facilita sus funciones.

### **Factores sociales como la pobreza y la desigualdad**

Este sistema binario y desigual, sustentado sobre la división sexual del trabajo tiene consecuencias para las mujeres, consecuencias como que reciben menores salarios (la brecha salarial se sitúa en un 14,68% menos a la hora que los hombres), tienen menores tasas de empleo (43% frente al 54,5% de los hombres) y mayores de desempleo (19% frente al 15,5% de los hombres), son quienes se emplean mayoritariamente en los trabajos precarios (ejemplo de ello es que representan un 97% del empleo doméstico y un 85% en el sector de la limpieza<sup>10</sup>). Las mujeres dedican muchas más horas al trabajo de cuidados y de reproducción (4,7 horas al día frente a 1,54 horas de los hombres<sup>11</sup>). Sufren ciertos tipos de violencia como la sexual, o de género, que no se dan en el caso de los hombres. Esa vulnerabilidad produce un riesgo que es permanente de caer en la exclusión social. Ese riesgo se incrementa notablemente cuando intervienen variables como la clase social, si tienen progenie, el nivel de estudios alcanzado, el tipo de relación laboral que mantienen, si son madres solteras, divorciadas, separadas o si pertenecen a minorías como inmigrantes o etnias minoritarias. El cruce de entre estas variables en la conocida como perspectiva interseccional.

---

<sup>10</sup> Todos los datos anteriores de este párrafo son datos recogidos de las estadísticas que realiza el Instituto de la Mujer actualizados a 1 de septiembre de 2018:

<http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Home.htm>

<sup>11</sup> Datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo, INE.



Autoras como Valls-Llobet *et al.* (2005) señalan “que los últimos estudios sobre las causas de las diferencias de género en cuanto a la depresión apuntan a la necesidad de estudiar el efecto conjunto de las características biológicas y de las experiencias vividas por razón de género. Cada vez se conocen más los efectos de la doble jornada laboral y doméstica sobre la vida emocional. Las mujeres con una posición baja en las escalas de ocupación, que tienen un bajo control sobre el trabajo doméstico y bajo control en el trabajo asalariado se encuentran, según estas investigadoras, en mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad” (citado en Villamil, 2010).

La conjunción de todos estos factores sociales incide en el consumo de psicofármacos tanto en hombres como en mujeres. En los hombres también tiene consecuencias, por ejemplo, el desempleo tiene un impacto más negativo sobre los hombres que sobre las mujeres. Esto puede deberse a que no trabajar conlleva no ser el proveedor principal de la familia. Para Carrasco et Al (2016) tanto en la Encuesta Nacional de Salud del 2006 como en la del 2012 la inactividad era un factor facilitador del consumo de psicofármacos. Es más, llegan a decir que, según los datos de 2012, los hombres inactivos eran tres veces más propensos a consumir psicofármacos que los que estaban trabajando.

Según diferentes autores (2004) “Los profesionales han identificado una serie de factores de riesgo asociada al uso y prescripción de psicofármacos. Junto a situaciones económicas y sociales precarias, los antecedentes familiares o características de personalidad, se identifican otros factores que, fundamentalmente, tienen que ver con el cumplimiento de los roles femeninos tradicionales: estar casada, tener hijos o hijas, maternización del rol clave de cuidadora y otros factores que podríamos considerar más externos: soledad, menopausia, muerte de la madre. Trabajar fuera de casa es reseñado por médicos y médicas como factor de riesgo, especialmente cuando se trata de trabajos de baja cualificación y la mujer no obtiene recursos para mantener la ayuda en casa.

Los desequilibrios en función del género en los usos del tiempo en Europa y la división sexual del trabajo doméstico entre mujeres y hombres, sigue siendo una de las principales barreras para la igualdad de género y que tiene un fuerte impacto sobre la salud y el bienestar femenino (EIGE, 2017).

# CONCLUSIONES

Resulta complicado conceptualizar el problema del consumo de benzodiazepinas e hipnosedantes como un problema social y de salud pública, pero es tarea casi imposible transmitir como un problema de drogas. El hecho de ser un medicamento ampliamente utilizado para diferentes problemas de salud y que legalmente solo se pueden adquirir mediante prescripción médica complica su conceptualización como un problema de drogas.

*“Son unos fármacos muy muy prescritos, porque son unos fármacos muy muy buenos, y tan malo demonizar a estos psicofármacos como pensar como que no tienen ningún problema, bien utilizados y a dosis utilizadas son fármacos muy muy efectivos para deprimir la ansiedad y para el control, como inductor del sueño, el problema es que hay algunas personas que van aumentando dosis y van utilizando estos psicofármacos fuera de prescripción como forma de ansiolítico que se auto administran ellos, y luego otras cosas es que son fármacos que pueden producir tolerancia, y producen tolerancia, y algunas personas desarrolla una tolerancia importante y van aumentando la dosis fuera también de prescripción”*

*(Entrevista Profesional)*

Es un problema cuyo alcance real es muy complicado de conocer. Es difícil de cuantificar, sobre todo desde una perspectiva longitudinal e histórica. Las dos etapas con sus diferencias en la forma de recogida de los datos, dificultan dicha tarea. Sobre todo, en las principales encuestas sobre consumo de sustancias (ESTUDES y EDADES). Sí que podemos concluir que hay más personas de las que aparecen en los datos que abusan de hipnosedantes y psicofármacos. Hay muchas personas que a pesar de ser recetadas sobrepasan lo que les está indicado. A esto hay que añadir el auto-diagnóstico y la automedicación. Aunque también es cierto que muchas de estas personas hacen ese sobreconsumo supervisado o tolerado por el personal médico que les prescribe. Personal médico que muchas veces es presionado por los y las propias pacientes para ser recetadas. Sin perder de vista el consumo lúdico, sobre todo en chicas jóvenes.

La principal conclusión a la que podemos llegar a la vista de los datos es que son las mujeres las principales consumidoras de hipnosedantes, en todas las formas de consumo, legal o

ilegal y en todas las edades. La proporción de consumo entre hombres y mujeres suele ser, de dos mujeres por cada hombre.

El perfil principal de persona consumidora de hipnosedantes es el de una mujer adulta de mediana y avanzada edad, con un nivel de estudios bajo, divorciada o separada y dedicada exclusivamente al trabajo doméstico (no remunerado) o sin trabajo. Si bien es cierto que hay matices en función de la edad. Las jóvenes por ejemplo consumen más sin receta, y las adultas lo hacen con receta.

A raíz del análisis conducido ha surgido la hipótesis que hemos denominado como la "medicación por proximidad". Esta hipótesis se ha conceptualizado como la automedicación en el consumo de hipnosedantes por parte de las personas más jóvenes, por dos vías. La primera porque este tipo de medicamento esté presente en los botiquines de los hogares y por tanto accesible. Y la segunda porque sea alguna persona adulta, normalmente la madre quien ante una situación de angustia o ansiedad de sus hijos e hijas les facilite la pastilla. Autoras como Arizaga (2007) dicen al respecto que es la madre "la que aconseja o incluso suministra el psicotrópico a partir de un saber primario que fue construyendo en su historia como paciente y al que se le agregan fuentes informales como conversaciones o medios de comunicación". Nosotros consideramos además que esto no es más que la continuación del rol principal, asignado socialmente, de cuidadora que tienen las mujeres.

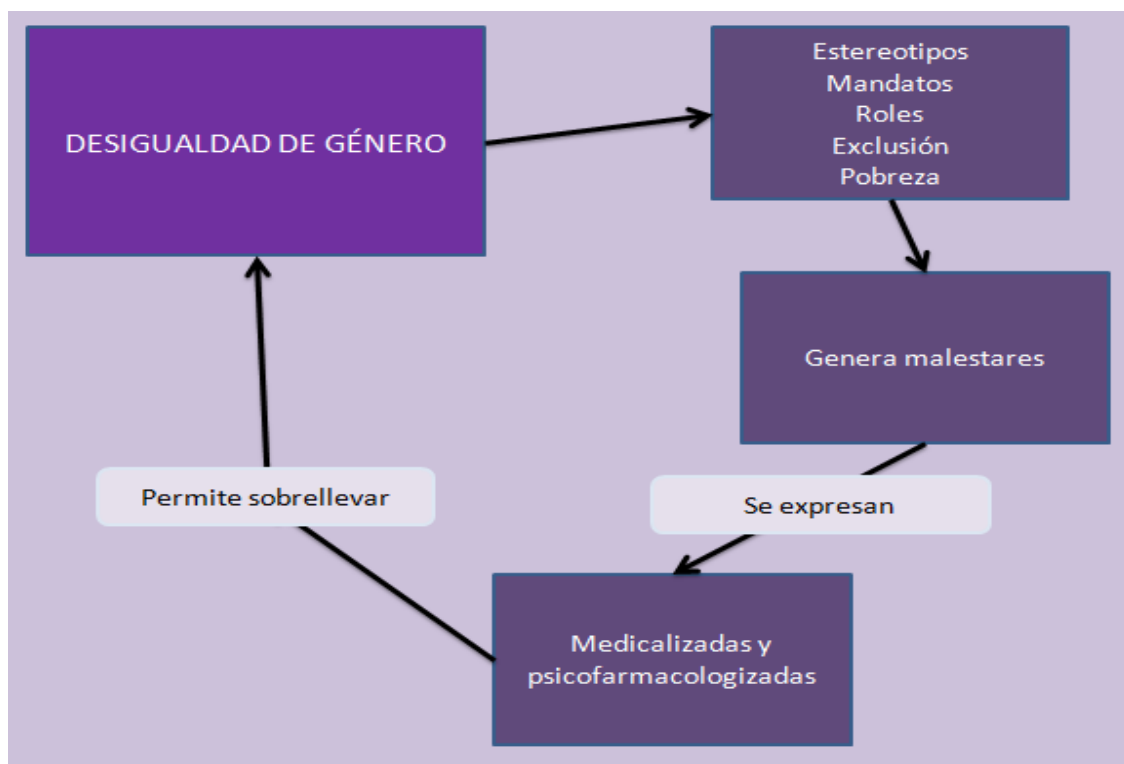
*"Normalmente si hay algo de trapicheo es del recetado. Que no las has gastado, la totalidad, que has ido dejándolas, porque ya no las necesitas. Una amiga de pronto las necesita. Eso es el ilícito" (Entrevista Profesional).*

Desde que se tienen datos, las mujeres han sido las mayores consumidoras de hipnosedantes y psicofármacos. Esto se debe a varios factores, la mayoría están directamente relacionados con el género. Los principales son los estereotipos de género, o el cómo son percibidas y pensadas las mujeres. Ideas compartidas por todos los miembros de la sociedad incluidas ellas mismas. Los estereotipos sobre las mujeres lanzan una imagen sobre su debilidad, su sentimentalismo, su sensibilidad y su dulzura. Además de los estereotipos están los roles, es decir las funciones que deben desempeñar las mujeres. Estos roles son los de madre, esposa, hija, cuidadora y reproductora. Tanto los estereotipos como los roles van acompañados y apoyados por los mandatos de género. Los mandatos son los

mensajes cuyo objetivo es transmitir esa imagen estereotipada y tratar de asegurar el desempeño esos roles. Los mandatos se pueden resumir en que las mujeres, deben cuidar, deben estar bonitas, deben ser amorosas y han de ser sensibles y delicadas sentimentalmente.

Tanto los mandatos, como los roles y los estereotipos conjugados con el androcentrismo en la ciencia y la medicina, provoca que las mujeres tengan más consumo de hipnosedantes. Esto implica que el hombre y sus malestares han sido los que han marcado lo que es patológico y lo que no. De forma que cuando una mujer acude al médico y expresa sus malestares, los cuales suelen tener que ver más con lo emocional, y por tanto no están dentro de lo que es "normal", predefinido por la experiencia masculina, es patologizada, diagnosticada y prescrita de psicofármacos. Es decir, a las mujeres se les prescribe más psicofármacos porque se comportan como mujeres. Y que además estos fármacos les permiten cumplir con dichos roles. Es lo que se ha denominado como la circularidad del consumo de psicofármacos. El malestar por las desigualdades implica que se consulte con el médico/a, quien receta psicofármacos, lo que a su vez permiten a las mujeres soportar esos malestares y seguir cumpliendo con sus roles y mandatos.

Figura 2. El ciclo del consumo de psicofármacos en las mujeres.



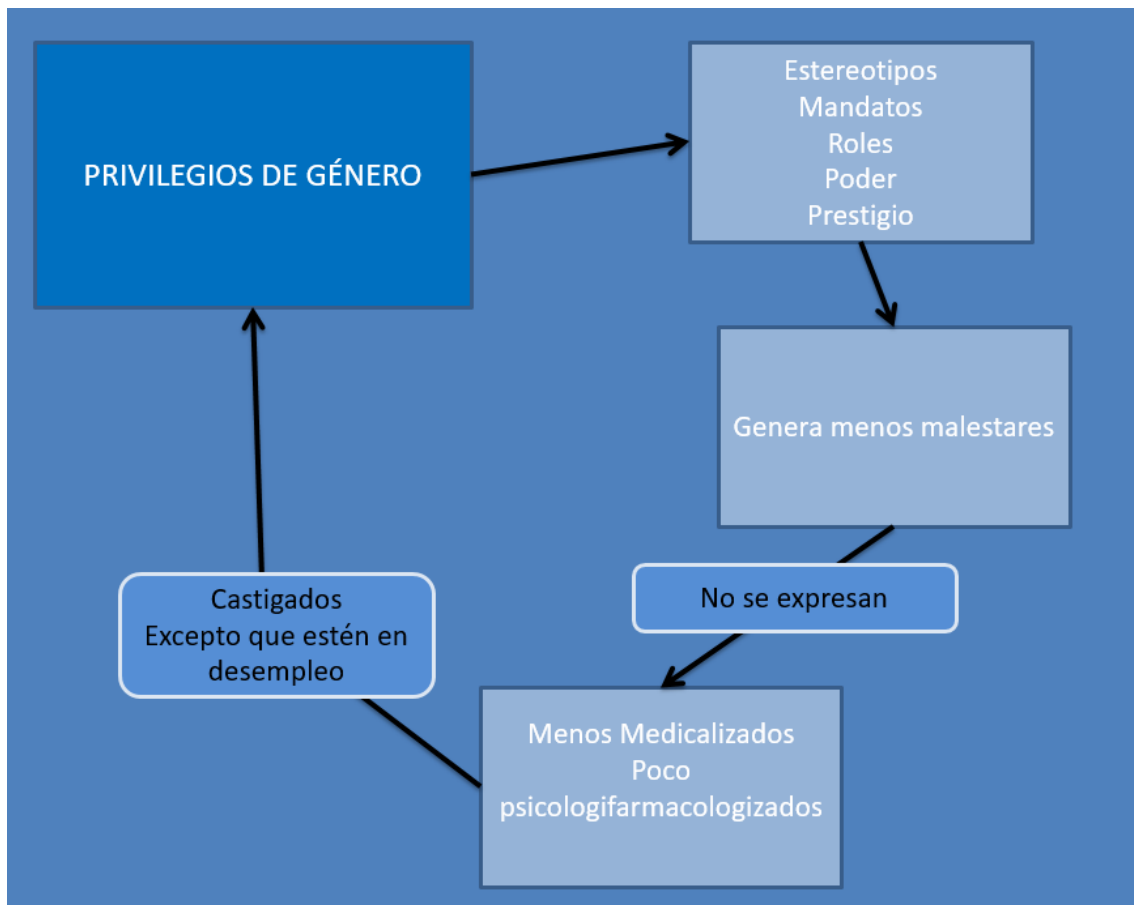
Fuente: realización propia a partir del análisis realizado.

En muchos casos los malestares (el malestar que no tiene nombre de Betty Friedan) tienen su origen en la desigualdad de género. Principalmente en la doble jornada, esto se denomina a las mujeres que trabajan fuera de casa y además cuando acaban su jornada laboral también desempeñan los trabajos domésticos. Esto produce una sobrecarga y una insatisfacción que provoca ansiedad, insomnio, nerviosismo, depresión. Lo que redundaría en que las mujeres sean diagnosticadas en mayor medida de enfermedad mental. Una de las principales causas de los tratamientos con hipnosedantes y psicofármacos.

En las últimas décadas estamos asistiendo a la medicalización de la vida. En otras palabras, la búsqueda de soluciones médicas a problemas no médicos. Lo que, unido a la sobrecarga del personal médico, cada vez tienen menos tiempo para cada paciente. Y también sumado al desarrollo de la industria farmacéutica presionando para que se consuman sus productos crea un cóctel que ha derivado en el aumento del consumo de psicofármacos e hipnosedantes en toda la población, pero particularmente en las mujeres. Por los motivos ya expuestos.

Para los hombres, al contrario, que para las mujeres los estereotipos, los mandatos y roles de género masculinos protegen del consumo "excesivo" de hipnosedantes. Es decir, según los estereotipos masculinos, los hombres tienen que ser fuertes, indolentes y racionales, por este motivo la expresión de sus sentimientos, o temas relacionados con estos, a terceras personas va en contra de los estereotipos, roles y mandatos masculinos. Solo pueden permitirse deprimirse en el caso de estar en desempleo. Hecho que entre sus pares es considerado como suficiente castigo la pérdida del rol de proveedor principal. Es decir, la pérdida de su principal función social asignada. Esta licencia para deprimirse es cierto que es temporal, es decir no se otorga de forma indefinida en el tiempo. Solo se permite la "depresión" o el malestar por estar en desempleo bajo ciertas circunstancias. La primera es que se debe estar buscando empleo de forma más o menos activa. Y la segunda se puede estar sin encontrar trabajo un tiempo "prudencial", determinado en base al momento histórico y a la duración de las circunstancias macrosociales (crisis económica) determinada.

Figura 3. El ciclo del consumo de psicofármaco en los hombres



Fuente: realización propia a partir del análisis realizado.

También conviene resaltar que no todo es negativo en lo que respecta al consumo de psicofármacos e hipnosedantes. Un apunte positivo es que en los últimos tiempos estamos asistiendo desde el sector sanitario a la toma de conciencia sobre esta problemática del consumo de hipnosedantes. Un ejemplo de ello es que desde Madrid Salud se han realizado campañas para concienciar sobre abuso de tranquilizantes y otros hipnosedantes. Uno de los responsables de esta investigación tomó una foto en una visita médica rutinaria a finales del año 2017 en un centro de atención primaria de Madrid.

Figura 4. Foto de una campaña de Madrid Salud para concienciar sobre el consumo de tranquilizantes.

SaludMadrid

## ¿Por qué debería dejar de tomar los tranquilizantes?

Le explicamos...

- Está tomando desde hace tiempo el medicamento \_\_\_\_\_ que tiene efectos tranquilizantes, mejora los síntomas de ansiedad o insomnio pero no cura el problema.
- Este medicamento es útil cuando se utiliza durante un tiempo corto, de pocas semanas.
  - Si se toma demasiado tiempo, puede producir dependencia, pérdida de eficacia y efectos adversos como pérdida de memoria y de reflejos (afectando a la conducción de vehículos), confusión y mayor riesgo de caídas con posibles fracturas de algún hueso.
  - Por estos motivos, una vez que ha conseguido controlar su estado de ansiedad o sueño, debe ir retirándose poco a poco siempre con ayuda de un profesional sanitario.
  - NUNCA debe dejar de tomarlo de forma brusca porque sufrirá síntomas desagradables: ansiedad, irritabilidad, insomnio...
  - Si sigue las instrucciones de su médico, su enfermera o su farmacéutico conseguirá reducir la dosis poco a poco para que su organismo se vaya deshabitando al medicamento sin padecer problemas durante su retirada.
  - Dejar este medicamento es posible y quienes lo consiguen logran sentirse mejor.
- Existen otras medidas no farmacológicas para ayudarle en el tratamiento del insomnio y ansiedad.

Recuerde...

- ✓ Este medicamento se debe utilizar durante un corto periodo de tiempo.
- ✓ Si se toma durante mucho tiempo genera dependencia y posibles riesgos para su salud
- ✓ La retirada debe ser gradual, nunca de golpe. Nunca lo haga por su cuenta
- ✓ Con ayuda de un profesional puede abandonar un fármaco que ha dejado de ser útil y puede ser dañino

**Merece la pena.**  
Dejarlo es posible y le ayudará a sentirse mejor

Para obtener más información:  
<http://www.madrid.org/salud/dejarlaspastillasparadormir>

Sección Medicina de Salud • C.I. M-14448-2016 • Edición: Enero de 2017

Fuente: Realización propia en un Centro de Atención primaria en Madrid<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> En anexo hay adjunta una copia ampliada a toda página y con mejor calidad.



## Recomendaciones

Sería muy conveniente la realización de una investigación que complete y amplíe la presente desde una perspectiva cualitativa. Realizando entrevistas a personas que consumen hipnosedantes, tanto a hombres como a mujeres. Entre los factores para determinar la muestra a entrevistar, el factor edad resulta clave y convendría incluir a personas jóvenes tanto con consumo lúdico como con consumo por prescripción médica. Además de profundizar en los tipos de consumo de las personas adultas y mayores.

También merecería la pena realizar una investigación cuantitativa con profesionales de la medicina, con especial interés en aquellas personas que trabajan en atención primaria y en atención psiquiátrica. Además, y tras observar los resultados de las encuestas, convendría completarlos con entrevistas cualitativas en profundidad a una selección de profesionales con los mismos perfiles.

Sería muy necesario el ofrecer formación sobre los factores sociales y de género que intervienen en los procesos de salud específicos de mujeres y hombres dirigidos a personal sanitario, especialmente médicos y médicas. Debido a que son estos profesionales quienes tienen potestad para prescribir fármacos en nuestro país.

Hay que concienciar a la población en general para eliminar el tabú de la enfermedad mental. Esta está muy extendida, de hecho, gran parte de las personas que componen la sociedad van a tener a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental. Ya sea depresión, ansiedad, etc.

Debido a la gran prevalencia de enfermedad en la población en general sería conveniente la puesta en marcha de un programa público de atención psicológica. O bien la inclusión de la psicología en la sanidad pública. Además de la puesta en marcha de acciones que permitan al personal facultativo disponer del tiempo necesario para dedicarle a cada paciente el tiempo que necesite. Con la vista puesta en la calidad de la atención sanitaria y no tanto en criterios espurios de eficiencia cuantitativa.

Es necesario seguir profundizando en acciones que generen igualdad de género. En todas sus vertientes. Una de las principales es el de la lucha contra la socialización de género. Y

la concienciación en las escuelas. Sería especialmente productiva la inclusión de asignaturas en las escuelas e institutos sobre igualdad social y de género.

Otra necesidad detectada es que conviene realizar campañas indicadas de prevención del consumo de psicofármacos, sobre todo dirigidas a las chicas jóvenes y las mujeres adultas de mediana y avanzada edad. Dado que son ambos grupos las principales consumidoras de psicofármacos.

## Bibliografía

Arizaga, C., Quiña, G., Pistani, M. R., & Ruiz, V. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos. *Observatorio Argentino de Drogas: Buenos Aires*.

Bengoechea, M. (2018). *Sexismo y androcentrismo en los textos administrativo-normativos*. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/242219639\\_Sexismo\\_y\\_androcentrismo\\_en\\_los\\_textos\\_administrativo-normativos](https://www.researchgate.net/publication/242219639_Sexismo_y_androcentrismo_en_los_textos_administrativo-normativos)

Cantos-Vicent, R. Molina-Sánchez, C. y García, E. (2017). Frente al espejo. La imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género. Fundación Atenea-Grupo GID. Financiada por el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2018/06/Cantos-R-y-Molina-C-2017-Frente-al-espejo.pdf>

Cantos-Vicent, R. (2016) Hombres mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea-Grupo GID. Financiada por el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de:  
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>

Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Astasio-Arbiza, P., Ortega-Molina, P., & de Miguel, A. G. (2007). Psychotropics use in the Spanish elderly: predictors and evolution between years 1993 and 2003. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 16(4), 449-457.

Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., López de Andrés, A., Jiménez-Trujillo, I., & Jiménez-García, R. (2010). Sex-Differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 19(12), 1293-1299.

Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Jiménez-Trujillo, I., Esteban-Hernández, J., Álvaro-Meca, A., López-de Andrés, A., Y Jiménez-García, R. (2016). Time trend in psychotropic medication use in Spain: a nationwide population-based study. *International journal of environmental research and public health*, 13(12), 1177.

Danza, Á., Cristiani, F., & Tamosiunas, G. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas: Benzodiazepine-related risks. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 103-108.

EIGE (2017). Gender Equality Index 2017: Measuring gender equality in the European Union 2005-2015 Report. Oficina de publicaciones de la UE. Disponible. Recuperado de:  
<http://eige.europa.eu/rdc/eigepublications/gender-equality-index-2017-measuring-gender-equality-european-union-2005-2015-report>

- Gili, M., Campayo, J. G., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S021391114X0004X/>
- Grela, C. y López, A. (2000): *Mujeres, Salud Mental y Género*. Montevideo: Comisión de la Mujer, Intendencia Municipal de Montevideo.
- González Gabaldón, B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar* nº12, Marzo. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15801212>
- Florez, J., Armijo, J. A., & Mediavilla, A. (1997). *Farmacología humana*. Tercera ed, Masson.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Ruiz Somavilla, M. J. y Jiménez Lucena, I. (2003): "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica". En *Frenia*, vol. III-1-2003.
- Julián, I. P., Donat, A. A., y Díaz, I. B. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, (46), 20-28.
- Nicieza-García, M. L., Alonso-Lorenzo, J. C., Suárez-Gil, P., & Rilla-Villar, N. (2016). Efecto de la crisis económica sobre el consumo de psicofármacos en Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 30, 464-467. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112016000600464](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000600464)
- Nieves-Martin, Y. y Molina-Sánchez, C. (2014). ¿Qué significa ser drogodependiente hoy? Claves para la reflexión. Fundación Atenea-Grupo GID. Financiada por el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2016/06/Drogodependiente-hoy.pdf>
- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., & Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37-61.
- Márquez-Calderón, S., Villegas-Portero, R., Soler, V. G., & Martínez-Pecino, F. (2014). Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 116-123. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S021391114X0004X/>

Ochoa, E. (s.f.). Psicosis y trastornos esquizofrénicos. Consumo de sustancias. Diferencias de género. Recuperado de:

<http://www.institutospiral.com/iiisymposium/resumenes/EOchoa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2009): Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda de mañana.

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.

Romo Avilés, N., Vega, A., Meneses Falcón, C., Markez, I., y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de drogodependencias* 28 (4) pp: 372-379.

Romo Avilés, Nuria. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Recuperado el 27/03/2018 de:

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://digibug.ugr.es/handle/10481/22315&gws\\_rd=cr&dcr=0&ei=avm5WuWtG4LXUaTkvvAK#.Wrn5blhuayl](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://digibug.ugr.es/handle/10481/22315&gws_rd=cr&dcr=0&ei=avm5WuWtG4LXUaTkvvAK#.Wrn5blhuayl)

Rubio González, V., Redondo Martín, S., Ruíz López del Prado, G., Muñoz Moreno, M., & Velázquez Miranda, A. (2016). Urgencias hospitalarias asociadas al consumo de hipnóticos y sedantes, Castilla y León, 2009-2013. *Revista española de salud pública*, 90.

Subirats, Joan (dir.) y otros/as (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Barcelona: Fundación "La Caixa".

Tizón, J. L. (2010). Funciones psicosociales de la familia y cuidados tempranos en la infancia. *Crisis económica y políticas sociales*. Recuperado de:

[http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon\\_2011\\_funciones-de-la-familia.pdf](http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon_2011_funciones-de-la-familia.pdf)

Tovar, P. (2004): "Una Reflexión Crítica sobre el Género y la Antropología Médica desde la Perspectiva de la Salud y el Cuerpo de la Mujer". En *Revista Colombiana de Antropología*, nº. 40, pp.253-282.

Vega, A., Romo, N., Márquez, I., Poo, M., Meneses, C., y Gil, E. (2004). Mujeres y psicofármacos: las voces y los ecos. *Liberaddictus*, 78, 4-11.

Villamil, M. M. L. (2010). Las mujeres y la depresión: una reflexión crítica. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, (5), 315-340.

## Anexo

Figura 5. Cartel de campaña prevención consumo de tranquilizantes, Madrid Salud.



# ¿Por qué debería dejar de tomar los tranquilizantes?

## Le explicamos...

- Está tomando desde hace tiempo el medicamento \_\_\_\_\_ que tiene efectos tranquilizantes, mejora los síntomas de **ansiedad o insomnio** pero no cura el problema.
- Este medicamento es útil cuando se **utiliza durante un tiempo corto**, de pocas semanas.



- Si se toma demasiado tiempo, puede producir dependencia, pérdida de eficacia y efectos adversos como **pérdida de memoria** y de reflejos (afectando a la conducción de vehículos), **confusión** y mayor riesgo de **caídas** con posibles fracturas de algún hueso.
- Por estos motivos, una vez que ha conseguido controlar su estado de ansiedad o sueño, debe ir **retrándose poco a poco** siempre **con ayuda de un profesional sanitario**.
- **NUNCA** debe dejar de tomarlo de forma brusca porque sufriría síntomas desagradables: ansiedad, irritabilidad, insomnio...
- Si sigue las instrucciones de su médico, su enfermera o su farmacéutico conseguirá **reducir la dosis poco a poco** para que su organismo se vaya deshabituyendo al medicamento sin padecer problemas durante su retirada.
- Dejar este medicamento **es posible** y quienes lo consiguen logran sentirse mejor.
- Existen otras **medidas no farmacológicas** para ayudarle en el tratamiento del insomnio y ansiedad.

## Recuerde...

- ✓ Este medicamento se debe utilizar durante un **corto periodo de tiempo**.
- ✓ Si se toma durante **mucho tiempo** genera **dependencia** y posibles **riesgos** para su salud.
- ✓ La **retirada debe ser gradual**, nunca de golpe. **Nunca lo haga por su cuenta**.
- ✓ Con ayuda de un profesional puede abandonar un fármaco que ha dejado de ser útil y puede ser dañino.

**Merece la pena.  
Dejarlo es posible y le ayudará a sentirse mejor**

Para obtener más información:

<http://www.madrid.org/salud/dejarlaspastillasparadormir>

