

# DEBATES EN ADICCIONES



## JORNADA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ADICCIONES A PSICOFÁRMACOS Y ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

València, 8 mayo 2023



UNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA





# DEBATES EN ADICCIONES

---

## JORNADA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ADICCIONES A PSICOFÁRMACOS Y ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

Valencia, 8 mayo 2023



UNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA



**Editores:**

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Laura Martínez Fernández

Lucía Hipólito Cubedo

Yolanda Cañada Pérez

Rafael Aleixandre Benavent

Juan Carlos Valderrama Zurián

Andrea Sixto Costoya

Cristina Rius Leiva

Ruth Lucas Domínguez

**Agradecimientos:**

Betlem Ortíz Campos

Celia Martínez Córdoba

**Edita:**

Servicio de Adicciones

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València)

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Salud y Consumo

Ajuntament de València.

**ISBN:** 978-84-9089-497-2

**Imprime:**

**Depósito Legal:** V-4106-2023

## Índice

<b>INAUGURACIÓN</b>	<b>3</b>
<b>Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral</b> Jefe de Servicio de Adicciones Concejalía de Salud y Consumo Ajuntament de València	
<b>Dña. Ofelia Gimeno Forner</b> Secretaria Autonómica de Salut Pública i Sistema Sanitari Public Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública Generalitat Valenciana	
<b>PONENCIAS DE LA MESA REDONDA:</b>	
<b>“Consumo de psicofármacos en la adolescencia”.</b>	<b>16</b>
<b>Dña. Laura Martínez Fernández.</b> Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Alfajar).Valencia.	
<b>“¡Anímate mujer, que no es para tanto!: la problemática de la adicción a analgésicos opioides”.</b>	<b>31</b>
<b>Dra. Lucía Hipólito Cubedo</b> Profesora Facultad de Farmacia e Investigadora Doreal Laboratorio. Universitat de València.	
<b>“Abordando la perspectiva de género de la adicción en el campo de la salud mental y en el dolor severo como en el cáncer”.</b>	<b>48</b>
<b>Dra. Yolanda Cañada Pérez</b> Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.	
<b>MODERADORAS DE LA JORNADA:</b>	
<b>Dra. Andrea Sixto Costoya</b> Unidad de Investigación Social y Sanitaria (UISYS). Universitat de València.	
<b>Dra. Cristina Rius Leiva</b> Unidad de Investigación Social y Sanitaria (UISYS). Universitat de València.	
<b>DEBATE</b>	<b>61</b>
Preguntas: <b>Los asistentes</b>	
Respuestas: <b>Las ponentes</b>	



**Dña. Ofèlia Gimeno Forner, Dra. Helena Rausell, Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

## Inauguración

### **Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Jefe de Servicio de Adicciones  
Concejalía de Salud y Consumo  
Ajuntament de València

Buenas tardes.

Bienvenidas y bienvenidos a esta Jornada **“Perspectiva de Género en las Adicciones a Psicofármacos y Analgésicos Opiáceos”**.

En primer lugar, disculpo la ausencia de D. Emiliano García Domene, Concejal de Salud y Consumo del Ajuntament de València, que por motivos de salud no puede estar esta tarde en esta Jornada como era su interés y así estaba previsto. Reciban en su nombre un afectuoso saludo.

Agradezco la presencia en esta Inauguración de la Secretaria Autonómica de Salut Pública i del Sistema Sanitari Públic, Dña. Ofelia Gimeno Forner y de la Vicerrectora de Igualdad, Diversidad y Políticas Inclusivas de la Universitat de València, Dña. Helena Rausell Guillot.

Igualmente agradezco la participación de las ponentes de la Mesa Redonda:

- Dña. Laura Martínez Fernández de la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas de Alfafar (Valencia).
- Dra. Lucía Hipólito Cubedo de la Facultad de Farmacia de la Universitat de València.
- Dra. Yolanda Cañada Pérez del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Felicito a todo el personal de la Unidad de Investigación Social y Sanitaria (UISYS) por la excelente organización de esta Jornada y muy especialmente a los doctores Juan Carlos Valderrama Zurián y Rafael Aleixandre Benavent, por esta oportuna idea de celebrar una Jornada con esta temática; así mismo felicito a las moderadoras de esta Jornada las doctoras Andrea Sixto Costoya y Cristina Rius Leiva, que seguro que harán un destacado trabajo.

También agradezco a todas y todos las personas asistentes a esta Jornada, que, dado la calidad de las Ponentes, seguro que van a ver cubiertas todas sus expectativas sobre la misma.

La pandemia de la COVID-19 significó un grave problema para la ciudadanía, nos enfrentamos a una situación completamente nueva que causó problemas de salud, pero también problemas económicos, laborales y sociales.

Pero quizá los mayores problemas vinieron por los grandes cambios de vida que tuvimos que asumir todas y todos.

El confinamiento, la limitación de movimientos, la falta de relación interpersonal directa, la convivencia intensa y forzada en nuestros hogares, pasó una grave factura a toda la ciudadanía; pero además desveló los graves problemas de nuestro sistema sanitario y la vulnerabilidad de las personas en situaciones inesperadas y graves.

Puso de manifiesto que la salud física y psíquica es el bien más preciado que tenemos las personas y que al verse alterada esta afloró problemas individuales y comunitarios del pasado y trajo nuevos problemas relacionados con la salud.

Por eso hacemos ahora tanto énfasis en la importancia de la Salud Mental, pues sin Salud Mental no hay Salud.

Como saben y según la **Encuesta EDADES del año 2022**, han aumentado los consumos de **Hipnosedantes con o sin receta** y de **Analgésicos Opioides**.

Así, vemos que continúa la tendencia creciente en el consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, registrando el año 2022 el máximo de la serie histórica (23,5%). De la misma manera, los consumos en el resto de tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) registran un aumento en torno a un punto porcentual en los niveles de prevalencia, alcanzando los máximos de la serie.

La encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la incidencia de consumo de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de personas que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla durante el último año. Así, el 2,9% de las personas de 15 a 64 años iniciaron el consumo de **hipnosedantes con o sin receta** en los últimos 12 meses. Valor superior al de años anteriores.

El consumo está mucho más extendido entre las mujeres, con independencia del tramo temporal analizado. Por edad, esta sustancia registra mayor peso entre las personas mayores de 35 años en ambos sexos.

El consumo de hipnosedantes con o sin receta para el marco temporal de los últimos 12 meses aumenta según se incrementa la edad de la población, siendo este aumento mayor entre las mujeres.

Ocho de cada diez de los que han consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida indican que, en términos generales, siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (81,7%). Por otra parte, el 8,2% declara haber consumido estos medicamentos un menor tiempo al indicado por su médico y un 8,6% un menor consumo en función de la dosis.

**Hipnosedantes sin receta** El 3,6% de la población española de entre 15-64 admite haber consumido hipnosedantes sin receta médica alguna vez en su vida, situándose la edad media del primer consumo en los 30,8 años.

El 1,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses.

Menos del 1% de la población de 15 a 64 años admite haber consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días.

A diferencia del consumo de **hipnosedantes con o sin receta**, la prevalencia de consumo de **hipnosedantes sin receta** es muy similar para todos los grupos de edad.

Respecto a los **Analgésicos Opioides**, el 15,8% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión. El consumo de estas sustancias está más extendido entre las mujeres que entre los hombres, aumentando en ambos grupos su prevalencia a medida que lo hace la edad.

Hay un aumento en la prevalencia de consumo tanto en hombres como en mujeres, para los marcos temporales de alguna vez en la vida y consumo en los últimos 30 días.

La **codeína** y el **tramadol** son los analgésicos que presentan una mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años. Si bien, en ambos casos ha disminuido su consumo en favor del **Fentanilo** y otros opioides (Oxicodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina).

Ocho de cada diez de los que han consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida indican que, en términos generales, siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (81,9%).

El 8,0% declara haber consumido estos medicamento un menor tiempo al indicado por su médico y un 7,1% un menor consumo en función de la dosis.

La razón principal para iniciar el consumo de analgésicos opioides fue para **intentar mitigar un dolor agudo** en más de la mitad de los consumidores. Hay un aumento del consumo alegando la razón **mitigar dolores crónicos** o que se lo han indicado tomarlo **después de una operación** o **por otras razones** no explicadas

**Analgésicos Opioides sin receta.** En cuanto al consumo de los analgésicos opioides sin receta, únicamente un 1,5% han consumido alguna vez en la vida estos medicamentos sin prescripción médica (1,7% entre los hombres y 1,3% entre las mujeres).

Los **medios por los que se suele conseguir este tipo de analgésicos opioides**, destaca por encima del resto el hecho de adquirirlo a través de un amigo o familiar (57,2%).

Según la **Encuesta ESTUDES del año 2022**, el **1,7% de los estudiantes de 14 a 18 años declara haber consumido analgésicos opioides para colocarse alguna vez en sus vidas.**

Atendiendo al sexo de los alumnos, se produce un consumo mayor en **chicos (2,2%)** que en **chicas (1,2%)**.

El consumo de esta droga aumenta claramente con la edad y es en los alumnos de 18 años en los que se registran las mayores prevalencias de consumo.

Teniendo en cuenta el resto de los periodos temporales contemplados en esta Encuesta, se recoge que un 0,9% de los alumnos ha consumido analgésicos opioides para colocarse en el último año y un 0,3% en el último mes.

Estos son los datos de las Encuestas, pero parece ser que, en la realidad cotidiana, han aumentado más los consumos de psicofármacos y analgésicos opiáceos, porque según los

datos europeos, tras Alemania, España es el país donde más ha aumentado el consumo de opioides.

El consumo en España está relacionado con la prescripción médica, destacando:

- Morfina, buprenorfina o fentanilo: para el dolor crónico.
- Codeína y dextrometorfano: para tos y cuadros febriles.
- Preparados con bismuto y opio: para tratar la diarrea.
- Tramadol: para dolores ocasionales erráticos, cefaleas, traumatismos, postoperatorios, etc.

Estamos por tanto ante un problema emergente, pues en muchas ocasiones el uso de estos fármacos puede acarrear una dependencia y la consecuente adicción a los mismos, que como ocurrió en épocas pasadas con el Optalidon, se conviertan estos consumos en diarios, no sólo para mitigar los problemas físicos, sino también para sobrellevar los avatares de la vida cotidiana.

Este tema y su perspectiva de género es muy importante en la actualidad y las cualificadas ponentes de esta Mesa Redonda nos ilustrarán con más conocimiento que yo sobre sus diferentes aspectos en la actualidad.

Debemos destacar que la búsqueda de la Salud Mental en nuestra sociedad tiene que ser un tema prioritario y que debe ocupar una primera línea de actuación en nuestro quehacer político.

Muchas gracias por vuestra atención.

## Inauguración

### **Dña. Ofelia Gimeno Forner**

Secretaria Autonómica de Salud Pública i Sistema Sanitari Public  
Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública  
Generalitat Valenciana

Bona vesprada a tots i totes.

Agrair l'organització d'esta jornada a totes les persones que han col·laborat i han fet possible que estiguem ací, compartint aquest fòrum, en aquesta estimada Universitat, per intercanviar coneixement i avançar en un tema tan interessant i per descomptat, molt important.

El que sí tenim clar és que el punt de partida és encertat en essència: quan parlem de salut, cal que ho fem sempre amb perspectiva de gènere.

És imprescindible conèixer quines diferències, mediades pel gènere, estan presents a l'hora d'emmalaltir, rebre cures i sanar. És a dir, en tot el procés d'atenció a la salut.

Afortunadament, estem avançant. I ara observem més eixa mirada, necessària, en l'àmbit general de la salut, i en especial en la salut mental i en les addiccions, tant en les substàncies considerades legals com en les que no ho són.

Resulta rellevant l'augment del consum de psicofàrmacs en la nostra societat i, en particular, en aquesta etapa post-covid, després de la pandèmia que hem hagut de patir.

Amb una diferència notable en quant a la prescripció mèdica d'ansiolítics i hipnosedants, sent les dones les que en més ocasions rebem tractament farmacològic (pràcticament es dobla el percentatge de prescripcions en antidepressius i ansiolítics) amb el consegüent risc de dependència.

En aquest punt, entenc que hui ací exposareu i debatreu nombrosos biaixos i factors socioeconòmics i culturals que expliquen aquesta diferència...

Des de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública treballem dia a dia per a posar en marxa i desenvolupar mesures orientades a la prevenció i la millora de la salut de les dones en totes les etapes de la vida.

Perquè estem compromeses a fer efectiu el dret de totes les persones a gaudir de vides sanes.

Som conscients de que el sistema té encara camí per recórrer per avançar en igualtat i, entre els aspectes que podríem esmentar, està eixa excessiva medicalització del malestar comú.

El V Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, que aprovarem fa només uns mesos i que ha sigut, com no podia ser d'altra forma, un procés participatiu i consensuat, liderat per la Direcció General de Salut Pública i Addiccions recull entre els objectius per guanyar salut,

abordar el malestar emocional degut a situacions vitals estressants oferint alternatives per a fer-les front que contribuïsquen a la disminució de l'excésiu consum de psicofàrmacs.

En el nostre Pla de Salut, este objectiu està emmarcat en la línia que parla de garantir l'abordatge equitatiu de les polítiques i programes de salut per cobrir les necessitats de totes les persones.

És a dir, que, quan parlem de la importància cabdal de l'equitat en salut, parlem també d'això.

Per a aconseguir l'equitat i la universalitat -tant en assistència com en prevenció- cal no perdre de vista que hem de parar especial atenció a les persones amb major vulnerabilitat.

En aquest sentit, podem referir-nos també a que, tant en l'Estratègia de Salut Mental com en el Pla d'Acció, es contemplen com a objectius l'atenció a les dones maltractades i víctimes de violència de gènere, al col·lectiu trans, a la salut mental perinatal...

És imprescindible comptar sempre amb un enfocament de Salut Pública integral: perquè la situació d'una persona està intrínsecament lligada al seu entorn.

I és important tindre en compte que actualment les addiccions són un problema sanitari però també social de primera magnitud, amb greus repercussions en la salut pública.

Segons les dades de l'enquesta EDADES de 2022, en Espanya continua la tendència creixent del consum d'hipnosedants alguna vegada en la vida, registrant en 2022 el màxim de la sèrie històrica (23,5%), de la població de 15 a 64 anys.

Els hipnosedants, amb o sense recepta, són una de les poques substàncies per a les que la prevalença de consum està més estesa entre les dones que entre els homes.

I, d'altra banda, respecte als analgèsics opioides (emprats predominantment per a tractar el dolor), en Espanya, el 15,8% de la població de 15 a 64 anys reconeix haver-los consumit en alguna ocasió.

Igual que succeeix amb els hipnosedants, el consum d'estes substàncies està més estès entre dones que en homes, augmentant en ambdós grups la seua prevalença a mesura que ho fa l'edat.

Estes dades són un senyal que ens ha de cridar d'atenció.

Les addiccions en les dones:

- Tenen menys visibilitat
- Provoquen un major estigma i culpa
- Compten amb un menor suport i comprensió

però cal que les visibilitzem, que sensibilitzem i actuem.

En això, com deia, treballeu cada dia. I prompte tindrem el nou Pla Estratègic d'Addiccions de la Comunitat Valenciana, un treball que ha comptat amb una àmplia participació per a actualitzar i donar resposta a les necessitats actuals per guanyar salut i benestar.

Eixe és l'objectiu últim.

## INAUGURACIÓN

---

Per això estem hui ací, en aquesta jornada, que de segur serà un espai de reflexió conjunta molt enriquidora en torn d'un bon treball que recolzarem sempre des de la sanitat i la salut pública.

Endavant!

Moltes gràcies

## Inauguración

### **Dra. Helena Rausell Guillot**

Vicerrectora de Igualdad, Diversidad y Políticas Inclusivas  
Universitat de València

Ilustrísima Secretaria Autonómica de Salud Pública

Estimado Dr. Francisco Jesús Bueno Cañigral, Jefe del Servicio de Adicciones del Ajuntament de València

Apreciados compañeros investigadores del grupo UISYS

Miembros de la comunidad universitaria

Amigos y Amigas

Muy buenas tardes.

Es para mí un placer estar aquí hoy aquí, en una de las sedes de la Universidad de Valencia como es el Palau de Cerveró para inaugurar estas Jornadas sobre la perspectiva de género en la prevención de adicciones a psicofármacos y analgésicos opiáceos.

Creo que es fundamental, en este sentido, poner de relieve el valor el trabajo que el grupo UISYS con estas jornadas que realiza, al menos, dos veces al año, y en las que se aplica la perspectiva de género a la cardiología, la oncología o, como es el caso hoy, a los psicofármacos y analgésicos opiáceos.

Introducir el género en la investigación amplía y modifica el saber científico. Como señala la Unión Europea en relación al Horizonte 2030, también conocido como la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible:

Integrar la dimensión de género en investigación e innovación supone un valor añadido en términos de excelencia, creatividad y rentabilidad. Ayuda a que los investigadores cuestionen las normas de género y los estereotipos, a repensar los estándares y los modelos de referencia. Conduce a una comprensión más profunda de las necesidades, comportamientos y actitudes de ambos géneros. Mejora la relevancia social del conocimiento, las tecnologías e innovaciones producidas.

Por ello es importante introducir la perspectiva de género en la investigación, lo que se traduce en:

1. Corregir el número de mujeres que participan en el desarrollo de la ciencia y la ingeniería
2. Corregir las instituciones dedicadas a la investigación
3. Corregir el conocimiento, mediante la incorporación del análisis del género y el sexo a la investigación.

Es esto precisamente lo que tratamos de hacer aquí, en estas jornadas que abordan:

- El consumo de psicofármacos en adolescentes
- La adicción a los analgésicos opiáceos

### - La perspectiva de género en el uso de psicofármacos

España es el país de la Unión Europea en el que más psicofármacos se consumen, un dato que se ha visto agravado por la pandemia y que, como veremos, posee una importante brecha de género, con un consumo muy superior en mujeres frente a los hombres.

Ello explica la necesidad, como señalábamos, de introducir la perspectiva de género en la investigación, lo que se traduce en una investigación mejor, de mayor calidad y más cercana al fenómeno que se investiga. Es por ello que son fundamentales este tipo de iniciativas, que cuentan, como no podía ser menos, con el apoyo del Vicerrectorado de Igualdad, Diversidad y Políticas Inclusivas de la Universitat de València.

Muchas gracias.



## **PONENCIAS DE LA MESA REDONDA**

**“Consumo de psicofármacos en la adolescencia”**

**Dña. Laura Martínez Fernández**

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Alfajar)

**“¡Anímate mujer, que no es para tanto!: la problemática de la adicción a analgésicos opioides”**

**Dra. Lucía Hipólito Cubedo**

Profesora Facultad de Farmacia e Investigadora Doreal Laboratorio.

Universitat de València.

**“Abordando la perspectiva de género de la adicción en el campo de la salud mental y en el dolor severo como en el cáncer”**

**Dra. Yolanda Cañada Pérez**

Servicio de Psiquiatría.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.



**Dña. Laura Martínez Fernández, Dra. Yolanda Cañada Pérez, Dra. Lucía Hipólito Cubedo, Dra. Cristina Rius Leiva**

## Ponencias de la Mesa Redonda

### **Moderadora: Dra. Andrea Sixto Costoya**

Unidad de Investigación Social y Sanitaria (UISYS)

Universitat de València

Buenas tardes a todas y a todos. Lo primero de todo, daros la bienvenida de parte del grupo UISYS de la Unidad de Investigación Social y Sanitaria que, como ya sabéis, llevamos un tiempo trabajando en este tema de género y salud. Uno de los temas que más nos gusta tratar es el tema de las adicciones. Adicciones y género son una temática que está muy de actualidad y que interesa mucho a todas y a todos, vengáis del área que vengáis.

Esta Jornada **“Perspectiva de género en las adicciones a psicofármacos y analgésicos opiáceos”** cuenta con tres ponentes que provienen de diferentes ámbitos y que nos van a presentar, desde tres perspectivas distintas pero complementarias, como se aborda una temática de este calibre que preocupa de esta manera a la sociedad.

Como nos han comentado en la Inauguración, los datos hablan por sí mismos y, evidentemente necesitamos empezar a hablar de soluciones y de propuestas de políticas.

La primera ponente es Laura Martínez Fernández que proviene de la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas del Ayuntamiento de Alfafar (Valencia).

Laura es educadora social, responsable técnica de esta unidad de prevención desde el año 2006. Además, tiene un Máster en prevención y tratamiento de conductas adictivas por la Universitat de València y un Máster en género y políticas de igualdad por la Universitat de València. Por lo tanto, tiene las dos visiones muy ricas y complementarias.

Además, compagina el trabajo de prevención en conductas adictivas con la Jefatura de Salud Pública del Ayuntamiento de Alfafar. También es Profesora Asociada en el Máster de Educación y Rehabilitación de Conductas Adictivas en la Universidad Católica de Valencia.

Por lo tanto, Laura Martínez con su ponencia nos dará la primera visión de un colectivo especialmente afectado que son las adolescentes.

## “Consumo de psicofármacos en la adolescencia”

**Dña. Laura Martínez Fernández**

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Alfajar)



Buenas tardes a todas y a todos. Gracias, Andrea.

Quería agradecer al equipo UISYS vuestra confianza para estar esta tarde aquí y contar un poquito del trabajo que realizamos desde la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas.

Muchas veces pensamos en las mujeres como personas adultas en general, y nos olvidamos de esa franja de edad que es la adolescencia. Además, venimos con algunos datos que todavía no han sido publicados porque actualmente estamos llevando a cabo una investigación en Alfajar y vamos a compartir con ustedes algunos de los de los datos que hemos recabado.

No quería empezar esta presentación sin presentarles también a mi equipo, que son Silvia y Lidia, que están aquí conmigo, son alumnas de prácticas, están en cuarto curso del grado en Educación Social y ellas han sido y son mis compañeras en esta investigación que les voy a presentar y en los resultados de la misma, así que no quería dejar de agradecerse.

Quería ponerles un poco en antecedentes de qué significa esto de una Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas por si alguien no lo tiene muy claro. Son servicios especializados de titularidad municipal o mancomunada que estamos en los ayuntamientos o

en las mancomunidades. Las Unidades de Prevención se crean en el año 1997 con el objetivo de realizar políticas de prevención de conductas adictivas.

La ley de Salud del año 2014 de la Comunidad Valenciana ya establece que los municipios de más de 20.000 habitantes obligatoriamente deben disponer de un plan municipal sobre drogas. Los planes municipales sobre drogas son los instrumentos que disponemos desde las unidades para poder articular toda la acción preventiva. Cuando empezamos a trabajar empezamos con la prevención de sustancias y ahora se nos han incorporado conductas adictivas.

Desde la Unidad de Prevención de Alfafar trabajamos en el ámbito escolar, en el ámbito familiar, en el ámbito comunitario y tiempo libre, pero desde hace unos años hemos incluido la investigación social. Creo que es necesario recoger información para poder analizar y para poder tener datos que nos ayuden a poder planificar de una manera real sobre la problemática de los municipios.

Que tengamos un plan estratégico está muy bien, pero luego cada municipio también tiene sus propias problemáticas. La investigación social es un ámbito más en el que trabajo. El recoger la información y analizarla nos permite poder trabajar la prevención inespecífica, que son las habilidades para la vida. Las Unidades de Prevención trabajamos con todas las franjas de edad, pero sobre todo con infancia y adolescencia, porque nos permite poder trabajar con niñas, niños y adolescentes en habilidades para la vida y en la prevención específica de sustancias.

¿Qué dice la normativa, la ley, sobre psicofármacos? Pues en la Ley de Salud de la Comunidad Valenciana 2014, específicamente sí que se habla de las bebidas alcohólicas y el tabaco, pero no se habla específicamente de psicofármacos y luego les contaré esto en qué se traduce en el trabajo que hacemos en el ámbito, fundamentalmente escolar, cuando trabajamos diferentes tipos de programas y de proyectos con adolescentes.

El quinto Plan de Salud de la Comunidad Valenciana que se aprobó el 29 de diciembre de 2022, sí que hay una línea estratégica, la línea estratégica número dos, el objetivo 10.5, que sí que habla ya específicamente de abordar el malestar emocional debido a situaciones vitales estresantes, ofreciendo alternativas para su afrontamiento que contribuyen a la disminución del excesivo consumo de psicofármacos.

Aquí ya viene recogido como un objetivo a trabajar muy concreto, y la verdad es que aplaudo este objetivo porque es cierto. Ahora verán los datos, los resultados que hemos recogido en un municipio que tiene 21.000 habitantes que demuestra que tenemos que empezar a preocuparnos un poquito en relación a psicofármacos.

En relación al periodo pre-pandemia, el consumo de ansiolíticos e hipnosedantes, en el año 2019 encontramos que hay consumo “alguna vez en la vida sin receta” por parte de las chicas de un 8% y de los chicos de un 5,11%, en una muestra de 15 a 16 años y en un estudio en Euskadi en el año 2017 ya se recogía también que las chicas, las mujeres, tenían unas prevalencias del 16,3% frente a los chicos, de un 11%.

## PRE-PANDEMIA

Consumo de ansiolíticos e hipnosedantes en alza

- Europa 2019: alguna vez en la vida SIN receta: chicas (8,0%) y chicos (5,1%) de 15 a 16 años. Fuente: ESPAD Group, 2020)
- Euskadi 2017: alguna vez en la vida CON/SIN receta: chicas (16,3%) y chicos (11,0%) Fuente: Instituto Deusto de Drogodependencias, 2019)



## ESTUDES 2021-22

INVESTIGACIÓN DEPENDIENTE DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS DE TODO EL PAÍS

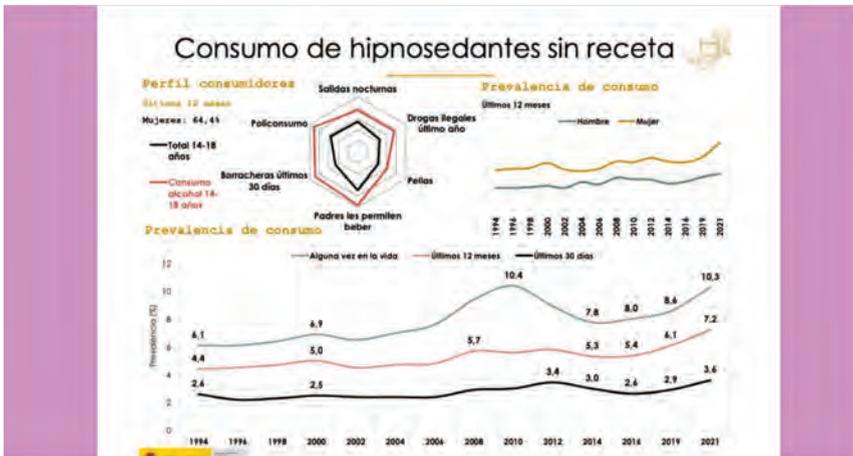
Esto en la época pre-pandemia. ¿Y qué es lo que ha pasado durante la pandemia y después de la pandemia?



Voy a hacer alusión al estudio de 2021-2022. La muestra son estudiantes de 14 a 18 años. Se recogió información del 8 de marzo del 2021 al 18 de mayo del 2021. En una época todavía donde la pandemia seguía muy presente.



En relación al consumo general de sustancias, pues como pueden ver, destaca, comparado con el año 2019, un aumento del consumo de sedantes con o sin receta: 12,5%, frente 13,6% y 6,1% frente a 7,2%.



Como podrán ver en los últimos 12 meses, nos encontramos con un 64,4% de prevalencia de consumo en mujeres.

Hay una prevalencia en alza por parte de las mujeres. Por parte de los hombres también está en alza, pero menos que en las mujeres.

## CONCLUSIONES ESTUDES 2022 PSICOFÁRMACOS

Mayor prevalencia de consumo en mujeres

Edad de inicio del consumo en 14 años

A medida que aumenta la edad del alumnado, aumentan las prevalencias de consumo



¿Cuáles son, entonces las conclusiones del ESTUDES? Que hay mayor prevalencia de consumo en mujeres de 14 a 18 años, que la edad de inicio de consumo se sitúa en 14 años y que a medida que va aumentando la edad van aumentando también las prevalencias de consumo.

## ALFAFAR ES SALUDABLE: ESTUDIO SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS, USO DE DISPOSITIVOS, Y SALUD EN LA POBLACION ADOLESCENTE DE ALFAFAR 2023

### ESTUDIANTES DE 12 A 18 AÑOS

Muestra: 596 estudiantes  
ESO, FPB, 1º Bachiller  
Mujeres 47,7%  
Varones 52,2%

Edad media: 14,2

Trabajo de campo: del 17 de febrero al 14 de marzo de 2023



Este es el estudio del que les hablaba antes, se llama “**¿Alfajar, es saludable?**” Es un estudio sobre hábitos de consumo de sustancias, uso de dispositivos y salud en población adolescente de Alfajar. La muestra ha sido conformada por 596 estudiantes de 12 a 18 años matriculadas en 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO, FP básica y 1º de Bachiller. Y, como ven, la muestra de mujeres es del 47,7 % y del 52,2 % en varones, está muy equilibrada.

La edad media de las personas que han contestado la encuesta ha sido de 14,2 años y el trabajo de recogida de información mediante la aplicación de los cuestionarios se ha realizado del 17 de febrero al 14 de marzo, por lo que los tenemos muy recientes.

En relación a la pregunta del consumo sobre psicofármacos, realizamos previamente una validación del instrumento en el IES Ramón Muntaner de Chirivella. Lo que nos encontramos ante esta pregunta era que nos preguntaban mucho sobre ella, no sabían cómo responderla ni tampoco sabían lo que les estábamos preguntando. Entonces tuvimos que darle un giro

Y dentro del mismo cuestionario, explicar muy bien a qué sustancias estábamos refiriéndonos, porque luego durante la aplicación también tuvimos algunas preguntas, pero durante la validación en los cuatro grupos que validamos las preguntas, no tenían preguntas sobre bebidas alcohólicas ni sobre nicotina.

¿Tenían preguntas sobre psicofármacos, esto qué es? ¿Qué entra aquí? Es que no sabemos de lo que nos estás preguntando. Entonces tuvimos que cerrarla y dejarla muy bien formulada y, además, tal y como hicimos en la encuesta del ESTUDES, también incluimos de qué sustancias estábamos hablando y de qué sustancias no estábamos hablando, porque existe mucha confusión por parte de los adolescentes. Ellos decían que no entendían sobre qué se les estaba preguntando porque sabían lo que es el alcohol, pero no si X medicamento que yo estoy tomando entra dentro de este grupo.



En relación a los resultados de esta cuestión, en la que les preguntábamos la frecuencia de consumo en los últimos 30 días de psicofármacos, verán que obtuvimos que tanto en

“experimentación”, “de vez en cuando”, o “a diario”, hay un 20 % de las mujeres frente a un 11 % de los varones. Estamos hablando de que una de cada dos está diciéndonos que al menos han probado alguna vez en su vida esas sustancias o las están consumiendo a diario.

**Consumo de psicofármacos**

Percepción de riesgo:  
menor percepción de riesgo  
de las mujeres

Disponibilidad:  
varones y mujeres consideran  
que adquirirlos es fácil o muy  
fácil



También les preguntábamos acerca de la percepción de riesgo y la disponibilidad de esta sustancia. Nuestra hipótesis era que la percepción de riesgo, igual que con el resto de sustancias legales, era prácticamente nula.

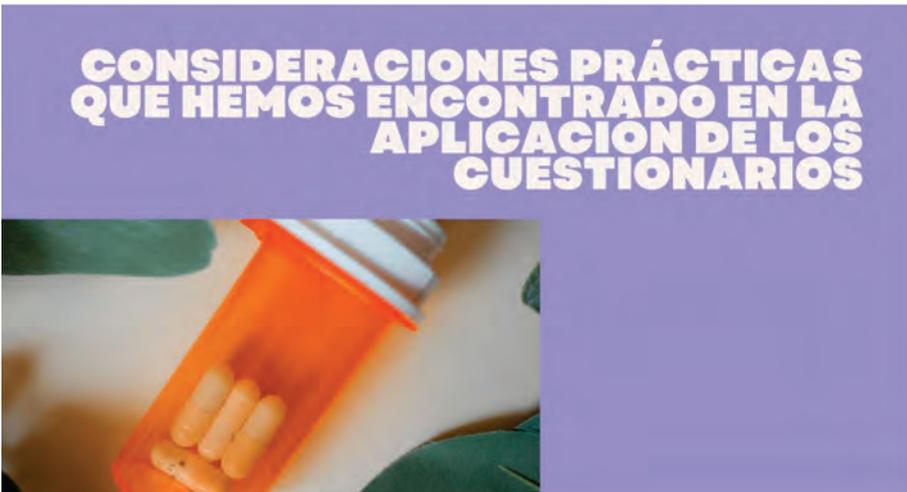


Efectivamente, se ha demostrado que no hay percepción de riesgo, y la disponibilidad la perciben muy disponible, muy accesible, frente al 22 % de los varones, viéndose unas diferencias muy evidentes.



También les preguntamos, en caso de tener o de encontrarse en una situación estresante, si pedirían ayuda. Estos ya no son datos diferenciados. Les preguntamos por si pedirían ayuda a profesionales. El 62 % nos dijo que sí.

Si han trabajado alguna vez en el aula algún tema o alguna charla o algún taller sobre salud mental, el 41 % nos dijo que sí, y sobre si se habla sobre el tema de la salud mental en la familia un 54 % nos dijo que sí.





Algunas consideraciones prácticas que nos hemos encontrado a lo largo de esta investigación y durante la aplicación de cuestionarios ha sido, como ya les decía antes, el hecho de que les costase diferenciar los psicofármacos, “Laura, yo es que tomo Dalsy, o tomo apirofeno, y eso no sé si son psicofármacos”



Eso ha sido una pregunta muy recurrente porque tienen la percepción de que estos medicamentos son también adictivos y, aunque lo pusimos muy claramente, pero ha sido una pregunta que nos han hecho muchas chicas prácticamente casi todas las aulas por las que hemos pasado. Me preguntaban por distintos medicamentos. Preguntaban mucho por uno de ellos. Lo conocía de oídas, me puse a investigarlo, y resulta que me encuentro con que es súper accesible. Lo puedes comprar en Google solo poniendo el nombre, pero no solamente este, sino que puedes encontrar unos cuantos más parecidos. Lo compras desde la web y te lo envían a casa.

## FÁCIL ADQUISICIÓN DE ESTAS SUSTANCIAS EN CASA



Otra cosa, nos hablaron mucho de los botiquines, de lo accesibles que están estas sustancias en los botiquines de su propia casa. “Laura, si necesito tomarme una pastillita, yo sé dónde encontrarla en mi casa. No tengo ningún problema en acceder a ella, es más, mi madre, que está tomando tal medicación, me aconseja que me lo tome, porque me ha dejado mi novio, porque han subido al Instagram un video que no me ha molado...”, perdonad el lenguaje, pero es así como nos lo cuentan.

## RELACIONES INTRAFAMILIARES

RELACIÓN MADRE-HIJA

PROBLEMAS “FEMENINOS”



Las madres acceden a compartir esa medicación con sus hijas, por eso hablo de las relaciones madre e hija. Ellas nos hablaban de los problemas “femeninos”, que son un problema de chicas. “Me deja el novio, son problemas de chicas, me tomo la pastillita porque estoy muy nerviosa”, apoyadas por sus madres.

Muchas veces, fuera ya de la aplicación del cuestionario y cuando trabajamos en las aulas, trabajamos de una manera muy calmada. Yo les invito a que reflexionen y a que hagan

reflexionar a sus familias sobre la importancia de que estos medicamentos o cualquier medicamento tiene que ser prescrito por un profesional.

Si a tu madre le está yendo bien, es una persona adulta. Tú eres adolescente. A lo mejor ese medicamento no es bueno para ti, pero volvemos a lo de antes, la normalización de la baja percepción de riesgo en relación a estos medicamentos hace que pasen de generación en generación y de madres a hijas y de hijas a hijas.



**CONCLUSIONES**

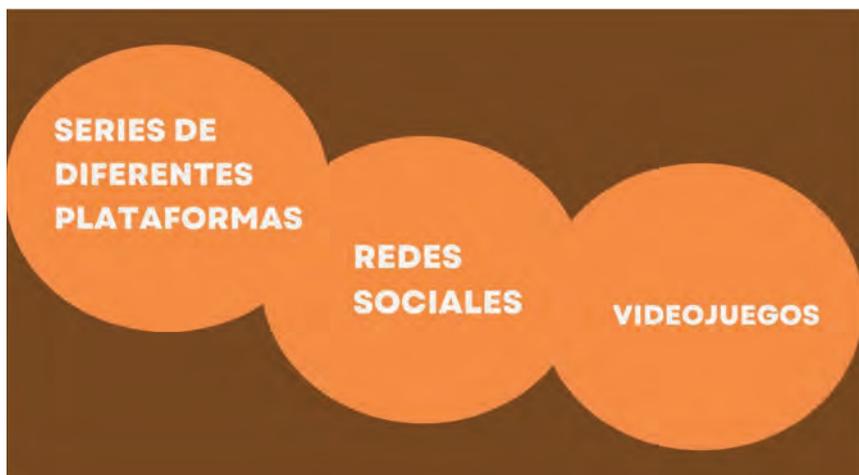
- Confusión entre los diferentes psicofármacos
- Accesibilidad de adquisición de este tipo de sustancias o similares
- Sustancias que pueden encontrarlas en el botiquín de casa
- Transmisión madre-hija de los consumos

Bueno, algunas conclusiones, confusión entre los diferentes psicofármacos, sustancias que pueden encontrarlas en el botiquín de su casa, muy accesibles, muy fáciles de saber dónde están.



**INFLUENCIAS DE CONSUMO: REFERENTES**

Luego ha habido otra cosa durante la investigación y también durante los programas y proyectos que llevamos a cabo durante todo el curso escolar; y son las influencias que ahora mismo los y las adolescentes reciben.



Influencias, motivaciones, acerca de lo que consumen de forma audiovisual o en relación a las series de las diferentes plataformas que están accesibles 24 horas al día, que pueden ver una y otra vez las redes sociales y los videojuegos. Centrándonos en las chicas, en las mujeres, encontramos que, sobre todo, lo que más consumen son series de televisión, con personajes principales que son adictas o adictos y que nos muestran las drogas como su forma de vida.



Hemos hablado largo y tendido sobre *Sky Rojo*, una serie española donde la protagonista, que es Coral, es adicta a psicofármacos, y en las tres temporadas que tiene la serie, en diferentes momentos, ella consume frecuentemente psicofármacos de una manera abusiva. Eso es lo que ellas y ellos consumen a diario, personajes que tienen idealizados. También hemos hablado mucho de *Euphoria*, una serie muy recurrente. Intentamos que tengan esa visión crítica sobre estos personajes que se nos presentan de una manera tan atractiva. Luego tenemos al actor Cillian Murphy que hace el papel de Tommy Shelby en la serie *Peaky Blinders*, que es muy atractivo, y a las chicas les gusta mucho.

## "SKYROJO" Y LA ADICCIÓN AL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS



## "LAST OF US" Y EL CONSUMO DE ALCOHOL



Entonces, por esa normalización, esa baja percepción de riesgo, si lo ven todos los días, lo están consumiendo todos los días. La serie *The Last of Us*, que es una serie basada en un videojuego, como dato, hay una escena donde se ve que se está consumiendo vino. Pues decirles que, después de la emisión de este capítulo, esa marca de vino vendió todo lo que tenía en la bodega. Es muy potente. La imagen es muy potente.

No he querido adentrarme mucho, pero tenemos algunas canciones que hablan, además específicamente, de este tipo de sustancias. Leiva es un cantante muy reconocido entre adolescentes y habla del diazepam abiertamente.

Dos conclusiones, dos ideas muy importantes que a mí todo el rato me abordan y me vienen es incorporar la perspectiva de género en todos los planes, programas y proyectos. Es fundamental, esencial, tener esa mirada de género para poder avanzar. No solamente

centrándonos en los datos globales, sino en los datos diferenciadores, porque no consumen lo mismo mujeres y varones, y el trabajo con adolescentes y con sus familias.



Porque, como les decía antes, en las familias, la percepción de riesgo sigue siendo también muy baja. Acuden a las Unidades de Prevención Comunitaria o ya van directamente a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) con ya problemas serios, con trastornos adictivos ya muy importantes. Y ese es el trabajo que tenemos que hacer con ellos para poder llegar a tener o poder trabajar en una prevención que sea de verdad eficiente.



Muchas gracias.

**Moderadora: Dra. Cristina Rius Leiva**

Unidad de Investigación Social y Sanitaria (UISYS)  
Universitat de València

Muchas gracias, Laura. A continuación, tengo el honor de presentar en esta mesa redonda a la siguiente ponente que es la doctora Lucía Hipólito Cubedo. Tenemos el honor y la suerte de que nos acompañe con su charla **“¡Anímate, mujer, que no es para tanto!”**, en la que tratará la problemática de la adicción a analgésicos opioides.

La doctora Lucía Hipólito es farmacéutica, profesora de la Facultad de Farmacia de la Universitat de València y posee una amplia experiencia en las investigaciones sobre el campo de la adicción a los opiáceos y, en concreto, en el estudio y cómo afecta al sexo a las mujeres y la comparativa con los hombres.

Además, tiene mucha importancia para nosotros que esté aquí, puesto que ella ha obtenido diversos premios debido a su talento como investigadora. Ha recibido el Premio de la Sociedad Europea de Investigaciones en el Alcoholismo de la Fundación Valenciana de Estudios del Dolor y de Talento Joven investigador otorgado por Bankia y Levante-EMV.

Ha investigado en diversos centros nacionales e internacionales en la Universidad de Cambridge, en Columbia, en Estados Unidos.

## **“¡Anímate mujer, que no es para tanto!: la problemática de la adicción a analgésicos opioides”**

**Dra. Lucía Hipólito Cubedo**

Profesora Facultad de Farmacia e Investigadora de Doreal Laboratorio.  
Universitat de València.

Muchas gracias. Muchas gracias al grupo UISYS y a todos los patrocinadores de esta Jornada. Creo que es tremendamente importante unir aspectos clínicos con aspectos de investigación básica. Yo voy a cambiar un poco el ritmo de esta Jornada, porque realmente nosotros nos dedicamos a la investigación básica, es decir, a la investigación que hace referencia a los mecanismos biológicos relacionados con el desarrollo de conductas de tipo adictiva y lo estudiamos principalmente en animales de experimentación. En el caso de los animales de experimentación, no podemos hablar de conductas adictivas como tal porque no viven en un contexto social donde convergen diferentes factores. En los estudios con animales, tenemos una serie de parámetros experimentales muy definidos pero que realmente van a ser de gran trascendencia porque nos van a permitir diseccionar diferentes apartados o factores del trastorno de consumo de sustancias y así entender mejor la enfermedad. Para que podamos acercarnos a la realidad, soy una fiel defensora de este tipo de jornadas en las que mezclamos tanto aspectos desde el punto de vista del campo de la sociología, de la psicología, psiquiatría, el trabajo con pacientes o el trabajo con animales. Creo que así es como realmente aprendemos y nos enriquecemos.

Mi charla se llama **“¡Anímate mujer, que no es para tanto!”**.

Yo creo que la mitad más o menos de las personas asistentes seremos mujeres, o incluso más. ¿Cuántas veces nos habrán dicho esto en alguna situación, y sobre todo, en alguna situación de enfermedad, de enfermedad que cursa con dolor? Tenemos la fea costumbre de aminorar las situaciones de salud, a veces con la idea de ayudar a las personas. Minorar su sufrimiento. Esta frase está elegida precisamente con el sentido de que pongamos el foco en los estados emotivos y no tratemos de reducir su importancia. Los estados emotivos van a impactar de una manera muy importante a nuestra salud, especialmente en situaciones de enfermedad a través de mecanismos neurobiológicos.

Cuando hablamos de las adicciones y de los estudios que tienen en cuenta el análisis de las diferencias de sexo, y vamos a la literatura e intentamos ver cuántos estudios analizan las diferencias de sexo en el campo de las adicciones, encontramos muy poquitos estudios. En la diapositiva se representan los estudios realizados con opioides que analizan las diferencias de sexo (figura 1). Las dos ruedas de la izquierda hacen referencia a estudios con humanos y las dos ruedas de la derecha hacen referencia a estudios con roedores.

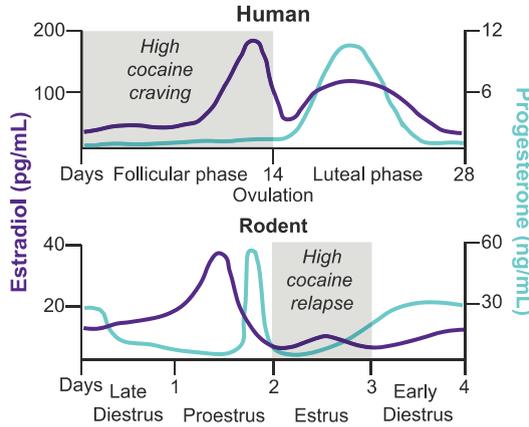


**Figura 1.** Resumen del número de estudios que han analizado diferencias de sexo en los estudios clínicos (A y B) y en los estudios preclínicos (C y D) de trastorno de consumo de opiáceos. A, representa los estudios clínicos que analizan el craving o deseo de consumo; B, representa los estudios clínicos que analizan la recaída; C, representa los estudios preclínicos que analizan reinstauración del consumo; D, representa los estudios preclínicos que estudian la abstinencia forzada y el deseo (craving). Imagen extraída de <https://doi.org/10.1124/pharmrev.121.000367>.

En el caso de humanos, para el *craving*, que es esa sensación de deseo compulsivo de consumir la sustancia, tan solo hay cinco estudios analizando la variable sexo, cuando en la literatura encontramos más de 150.000 sobre el *craving* en buscadores de literatura científica. Y cuando hablamos de recaída encontramos tan solo 18 estudios. En estos esquemas, los estudios que hallan una diferencia significativa del sexo femenino la representan en color morado y en azul, cuando hay diferencias respecto al sexo masculino. Se representa en gris cuando no se han encontrado diferencias en los aspectos estudiados. Como veis, dependiendo del estadio que estudiemos del ciclo del desarrollo del trastorno de consumo de drogas, vamos a encontrar diferencias, o no, en un sexo o en otro.

¿Y qué sucede con los roedores? Pues en el caso de los roedores vamos a tener también una realidad de pocos estudios analizando el sexo como variable. En el caso de los roedores, en los estudios de *craving*, encontraremos 19 estudios, y yo he encontrado haciendo una búsqueda rápida en literatura científica alrededor de 120.000 estudios analizando el *craving* en roedores, y un total de cinco tan solo para la recaída en la adicción a opiáceos.

Cuando pensamos, ¿por qué se pueden dar diferencias entre hombres y mujeres? Vamos a ver, en concreto, ¿entre sexo femenino y masculino?, porque si vamos a estudiar con modelos de roedores, hablar de hombres y mujeres no sería correcto. Muchos estudios hacen referencia únicamente a la cuestión hormonal, a la existencia de receptores de estrógenos (activados por hormonas sexuales como por ejemplo el estradiol) en las neuronas dopaminérgicas del sistema mesocorticolímbico, que es el sistema del cerebro que media el desarrollo del trastorno de consumo de sustancias o adicción. De hecho, sí que se ha observado que hay diferencias en el *craving* o deseo de consumo dependiendo de la fase del ciclo hormonal en la que se encuentren estas mujeres. Efecto que también se ha observado de forma parecida o similar en el caso de los roedores (figura 2)

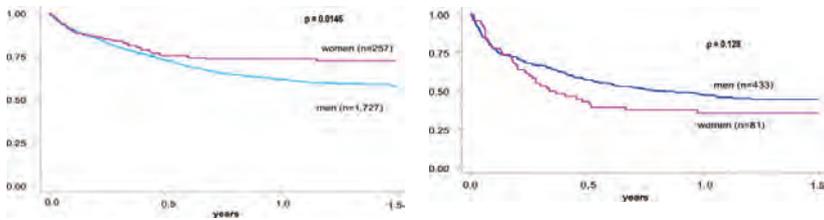


**Figura 2.** Aumento del deseo de consumo de cocaína en mujeres (recuadro gris de la gráfica superior) y aumento de la conducta de recaída en el consumo de cocaína (recuadro gris en la gráfica inferior) en roedoras dependiendo del momento del ciclo hormonal representado en el eje de las abscisas. En morado se representan las variaciones en los niveles circulantes de estradiol y en azul se representan las variaciones en los niveles circulantes de progesterona que determinan los diferentes estadios del ciclo hormonal en mujeres (gráfica superior) y en roedoras (gráfica inferior). Se observa, tanto en mujeres como en roedoras, que aumenta el deseo y las recaídas en momentos de niveles plasmáticos bajos de estradiol y progesterona con la diferencia de que se mantiene el deseo de consumo en mujeres durante la fase de aumento del estradiol en plasma. Gráficas y datos extraídos de <https://doi.org/10.1124/pharmrev.121.000367>.

Estas son algunas de las diferencias que hemos podido encontrar en relación con el ciclo hormonal, y que, en la literatura, se encuentran como posibles mediadores de esas diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de consumo de drogas. Pero también hay que estar atentos a otro aspecto importante. En este caso que mostramos en la diapositiva, estamos hablando de mujeres con el ciclo hormonal, ¿y qué pasa cuando la mujer entra en menopausia y ya no hay ciclos hormonales? Además, hay que tener en cuenta que es el momento de la vida en el que es más común que se sufra dolor crónico y, por tanto, es más común que vayan a recibir analgésicos opiáceos que pueden generar adicción. En este caso no se ha realizado mucha investigación.

Además, vamos a mencionar otro factor importante que debe quedar patente encima de la mesa, el factor social. El factor social tiene un claro impacto en la mujer adicta. Este estigma, que es conocido por la mayor parte de los asistentes, afecta al soporte dado por parte de la familia a la mujer adicta. De hecho, es curioso que, como se observa en la figura 3, en una curva que representa la adherencia al tratamiento para la adicción a opiáceos con metadona en mujeres, representado en rosita, y en hombres, representado en azul, las mujeres tienen una mayor adherencia. Pero, sin embargo, no vemos lo mismo cuando hablamos de mantenerse en los grupos de tratamiento comunitarios. Esta menor adherencia quizá se deba a esa falta

de apoyo social o a los problemas derivados del menor apoyo familiar a las mujeres, que es lo que citaban los autores como posibles razones.



**Figura 3.** Gráfica de la derecha, años acumulados de adherencia al tratamiento de sustitución con metadona en mujeres (línea rosa) y en hombres (línea azul). Gráfica de la izquierda, años de adherencia a grupos terapéuticos. Gráficas extraídas de <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1108339>

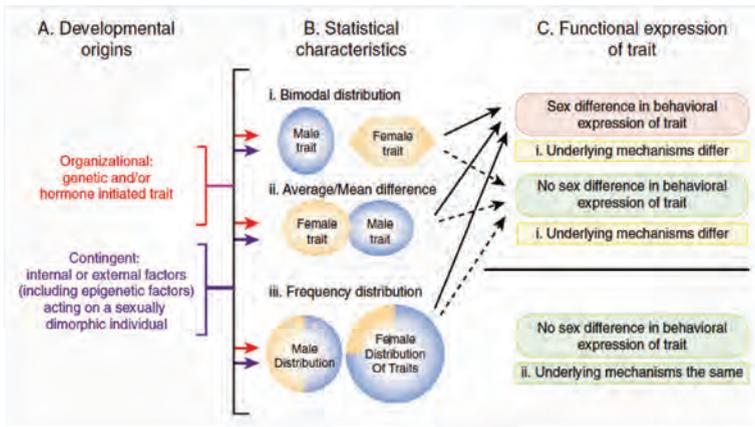
La cosa está en que, cuando nosotros queremos estudiar y analizar las diferencias de género o de sexo, normalmente acudimos a estudiar hombre versus mujer biológicamente hablando. Sin embargo, realmente necesitamos muchísima investigación en torno a las diferencias de género y que no sea solamente focalizada de manera dual hombre versus mujer incluyendo por ejemplo también diferentes etapas de la vida, como hemos comentado anteriormente con la menopausia, y aspectos psicosociales como el que acabamos de discutir.

Además, quería traerles una reflexión que creo muy importante en la investigación de las diferencias de sexo en estos trastornos basándonos en el trabajo de Céline Nicolas y colegas (ver figura 4). Este esquema, bastante complejo, nos indica posibles características estadísticas que se traducen en expresiones de la conducta que pueden ser diferentes o no y que, por tanto, aunque haya diferencias de mecanismos neurobiológicos se traduzca en que podamos observar o no diferencias funcionales o de comportamiento. Por una parte, cuando hacemos estudios podemos encontrar diferencias sexuales en cuanto a la forma de comportarse o conducta que observamos. Esto vale tanto para los estudios con humanos como los estudios con roedores. Pero, lo que también puedo observar es que esas diferencias no sean tan claras, sino que yo tenga conductas similares con unos valores medidos medios en cada grupo un poquito diferentes, de manera que las pruebas estadísticas no me permiten detectar esas diferencias con el número de sujetos que he incluido en el estudio. Entonces podría ser que en un estudio finalmente se generalizara a que no hay diferencias de sexo porque no he sido capaz de detectarlas con el diseño de estudio que he hecho.

También debemos tener en cuenta que, en otras ocasiones, lo que podemos encontrar es una distribución de la frecuencia de la medida que estoy analizando diferente en los dos sexos, que puede indicar que vea aspectos funcionales diferentes o conductas diferentes cuando a lo mejor los mecanismos neurobiológicos son los mismos.

Al final, la reflexión que surge de esta investigación y de este cuadro es que, a veces, nosotros podemos observar unas conductas similares con mecanismos neurobiológicos

diferentes, unos mecanismos neurobiológicos diferentes que me den lugar a conductas muy diferentes, que sería el caso opuesto, o finalmente, conductas muy similares con mecanismos neurobiológicos muy diferentes. Estas posibilidades por tanto complican el conocimiento de las diferencias reales entre sexos, que luego tienen una gran repercusión en los factores de riesgo o en los tratamientos, como puede ocurrir por ejemplo en el caso de la adicción ¿Y cuál es la conclusión que nos interesa en el trastorno de consumo de opioides? La respuesta es que necesitamos hacer esas investigaciones porque, desde luego no podemos generalizar mecanismos para los dos sexos sin haberlo explorado desde esta perspectiva y, por lo tanto, no podremos generalizar tratamientos. Teniendo en cuenta esta idea ya voy a profundizar en el aspecto que investigamos en nuestro grupo de investigación.



**Figura 4.** Características estadísticas de las medidas en un experimento y su relación con posibles diferencias intersexuales a nivel funcional o de mecanismo neurobiológico. En este gráfico se resumen diferentes características estadísticas (distribución bimodal, diferencias de medias, frecuencias de distribución) que podemos hallar en los datos obtenidos en experimentación en relación con el factor sexo. Estas características estadísticas pueden relacionarse con mecanismos neurobiológicos diferentes o iguales para los diferentes sexos, y con expresión funcional de la conducta que puede ser igual o diferente para el sexo masculino y femenino. Gráfica extraída de <https://doi.org/10.1124/pharmrev.121.000367>.

Nuestro grupo de investigación se llama DOREAL, que es el acrónimo de Dolor Recaída y Alcohol, que son los temas en lo que principalmente trabajamos, aunque también hemos trabajado en los analgésicos opioides, que es lo que nos trae hoy aquí.

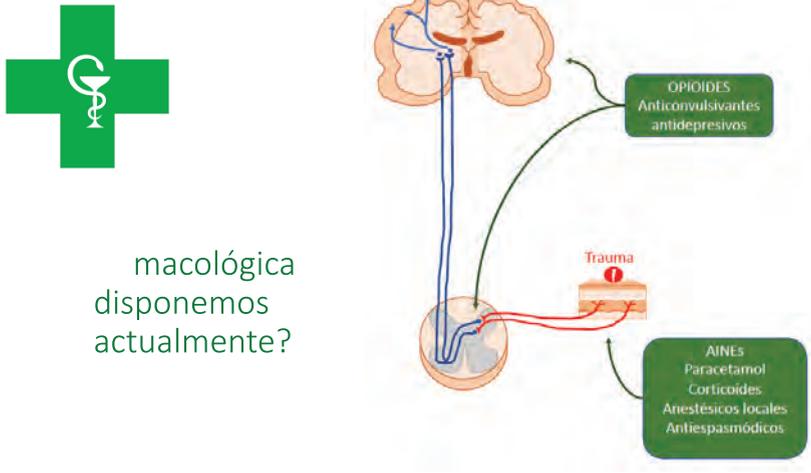


El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial (IASP 2020)

**Figura 5.** Definición de dolor de la asociación internacional de estudios del dolor, IASP (acrónimo en inglés de *International Association for the Study of Pain*)

Una de las cosas más importantes que quería destacar es que históricamente que en presencia de dolor físico no se ha pensado o no se ha analizado el punto de vista emocional, es decir, ¿qué consecuencias emocionales acarrea el hecho de tener una experiencia de dolor físico? Por una parte, pensamos en la organización biológica del cuerpo y en qué falla cuando tenemos una enfermedad. Por otra, pensamos que las patologías que ocurren en nuestro organismo no traspasan de cuello para arriba y la realidad es que sí pasan de cuello para arriba. Realmente, las emociones son algo intangible que no suele contemplarse en personas que sufren alguna enfermedad (figura 5). De ahí lo de “**¡Anímate mujer, que no es para tanto!**”. Pues bien, en el caso del dolor es la parte emocional es incluso más importante; el dolor es una sensación sensorial, pero también es una sensación emocional desagradable que está asociada o es similar a un dolor, a un daño tisular, es decir, a un daño real en un tejido o un daño potencial que no exista. De hecho, esta última parte de la definición hace referencia a estados que cursan con dolor crónico en los que no encontramos una causa física en un lugar concreto del organismo.

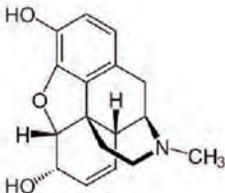
Actualmente, ¿de qué farmacoterapia disponemos para tratar el dolor? La figura 6 resume el abanico farmacoterapéutico actual. Esta se basa, por una parte, en tratar el lugar de lesión, es decir, donde yo he sufrido el trauma. Ahí dirigire anestésicos locales, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), puedo dirigir esteroideos corticoides, etc. Pero la señal dolorosa va a viajar hasta la médula espinal y de ahí al cerebro y en el cerebro se va a hacer consciente, y va a reclutar información emocional y sensorial de todo lo que nos rodea y lo va a integrar. Luego va a producir lo que se llama la analgesia endógena, es decir, nuestro propio organismo va a parar esa sensación dolorosa con un mecanismo anti-dolor. Esta analgesia endógena lo produce el organismo principalmente a través del sistema opioide endógeno. ¿Y qué hemos hecho nosotros? Pues aprender del sistema endógeno, imitarlo y disponer de una serie de fármacos opioides que lo que hacen es imitar a nuestros opioides endógenos (figura 7) y actúan en el sistema nervioso y no en el lugar de la lesión.



**Figura 6.** Resumen de la farmacoterapia analgésica actual según su lugar de acción. Fuente: elaboración propia

De acuerdo, simplemente nuestros fármacos opioides van a unirse a los receptores opioides y producir esa analgesia similar a la endógena. La más potente que actualmente conocemos.

### Fármacos Opioides



Morfina  
Fentanilo  
Oxicodona  
Buprenorfina

**Figura 7.** Fármacos opioides, estructura, origen y ejemplos. Fuente: elaboración propia.

¿Pero qué sucede? Que el organismo es una unidad entera. Y cuando yo me tomo un medicamento, se absorbe y va a todas las partes del organismo y actúa sobre todos los receptores opioides del cuerpo.

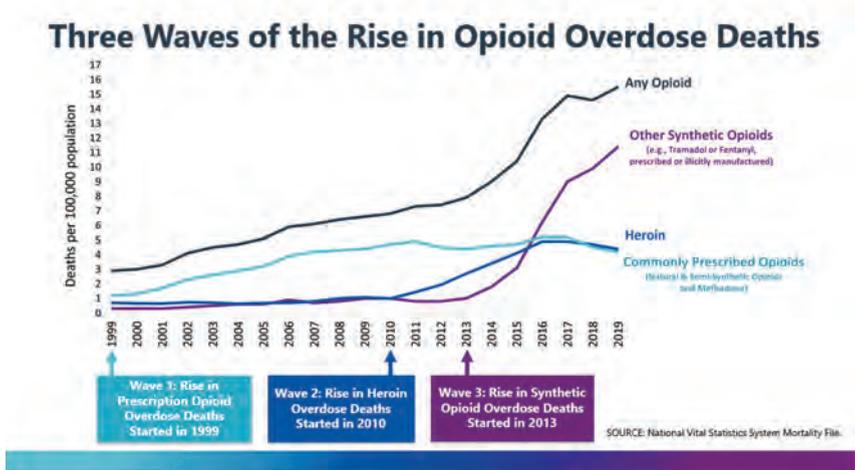


**Figura 8.** Los opioides, la base del alivio del dolor, pero también de la adicción (Mary Jeanne Kreek, 1937-2021). Fuente: elaboración propia.

Los opioides no solamente son la base del alivio de la situación dolorosa, sino que también de la adicción, porque ellos se encuentran expresados en ese sistema meso-corticolímbico, en esas neuronas dopaminérgicas, que van a señalar y son muy importantes para mediar tanto los procesos durante las fases de intoxicación o fases de consumo que me llevan a la adicción, como durante las fases de abstinencia, donde principalmente van a ser muy importantes regulando los aspectos afectivos emotivos que son un factor clave en la recaída en el consumo de la sustancia de abuso. Es decir, cuando el paciente deja de tener acceso a la sustancia, en este caso los opioides, esa ausencia provoca estados afectivos negativos. Es una de las características de la abstinencia, la aparición de esos estados afectivos negativos que pueden desencadenar la recaída y que curiosamente, están también mediados por la acción de los opioides endógenos.

En este caso vamos a tener a una serie de pacientes que tienen dolor crónico, que ese dolor manda una señal al cerebro, una señal emocional que cursa con estados afectivos negativos. Y a ellos les vamos a dar analgésicos opioides, que además de los efectos analgésicos también van a hacer también efecto en las mismas áreas cerebrales encargadas de las emociones, pero también en las relacionadas con las adicciones. Cuando los profesionales de la salud empezaron a darse cuenta de que hay pacientes que tenían un problema con el consumo de los opioides, ya había pasado bastante tiempo. Tengamos en cuenta que la adicción no se desarrolla de hoy para mañana. Yo no empiezo a tomarme el analgésico opioide hoy y dentro de una semana ya sufro un trastorno por consumo de ese analgésico, sino que se desarrolla a lo largo de los años y se manifiesta de manera muy tardía tanto a nivel personal pero también colectivo (como problema de salud pública). Es un proceso muy largo. De hecho, la crisis de los opioides en Estados Unidos se ha desarrollado a lo largo de varias décadas en tres oleadas principales (figura 9). La primera de todas es la que tenéis en azul, que es la referente al inicio de la prescripción desmesurada de los opioides. ¿Y en base a qué tanta prescripción? En base a que una empresa farmacéutica se agarró a una serie de estudios preclínicos y a

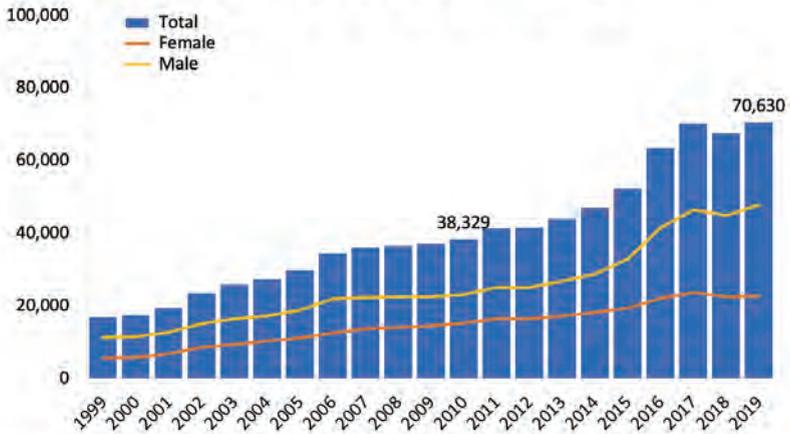
una opinión publicada en una revista para decir que los fármacos opioides en pacientes con dolor crónico no producían adicción. Y con esa idea se hizo un boom de marketing. Hay un artículo de prensa espectacular sobre eso que podéis encontrar en internet y una serie de televisión muy buena sobre este tema, que recomiendo a todo el mundo que la vea.



**Figura 9.** Desarrollo de la crisis de sobredosis de opioides, medida como número de muertes por 100.000 habitantes para cualquier opioide (línea negra), heroína (línea azul oscura), opioides de prescripción médica (línea azul clara) y otros opioides sintéticos (línea morada) en Estados Unidos. Se describen las tres oleadas temporales y sus causas, que son: aumento de prescripciones en 1999, aumento de sobredosis de heroína en 2010 y aumento de sobredosis de opioides de síntesis (como el fentanilo) en 2013.

A partir de ahí, estamos poniendo a disposición de la población de forma masiva, fármacos opioides y entonces voy a empezar a ver incremento de riesgo de sobredosis. Esta primera fase se sigue de una fase en la que empieza a haber heroína en la calle de nuevo. En el momento en el que la persona que sufre el trastorno no consigue más medicamentos opioides por prescripción, puede recurrir, y así los datos lo han dicho, a lo que encuentre en la calle, en este caso heroína. Finalmente, la última oleada está siendo afectada especialmente por el fentanilo, que es terrible porque es muy, muy potente. Además, parece que también hay diferencias entre hombres y mujeres en su uso (figura 10).

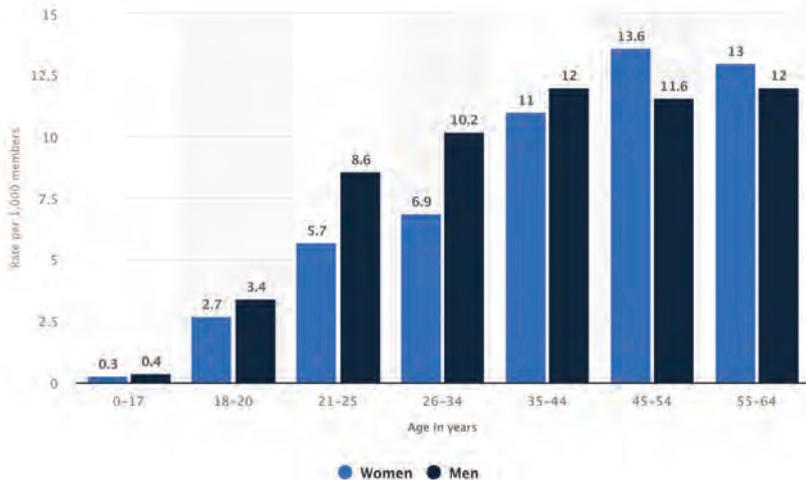
**Figure 1. National Drug-Involved Overdose Deaths\*  
Number Among All Ages, by Gender, 1999-2019**



\*Includes deaths with underlying causes of unintentional drug poisoning (X40-X44), suicide drug poisoning (X60-X64), homicide drug poisoning (X85), or drug poisoning of undetermined intent (Y10-Y14), as coded in the International Classification of Diseases, 10th Revision. Source: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Multiple Cause of Death 1999-2019 on CDC WONDER Online Database, released 12/2020.

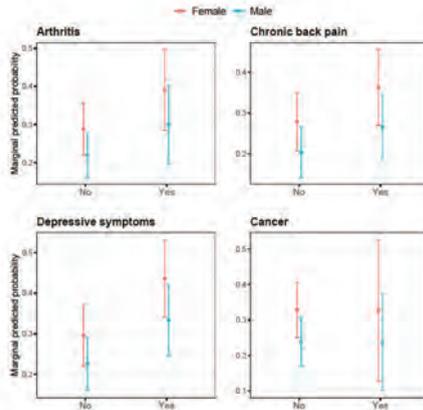
**Figura 10.** Evolución del número de muertes por sobredosis entre 1999 y 2019 en total (barras azules), en hombres (línea amarilla) y en mujeres (línea naranja). Gráfica obtenida de la base de datos WONDER online database (12/2020) del Centers for Disease Control and Prevention de EEUU.

Observamos una mayor tendencia al alza que es mayor en el caso de los hombres frente a las mujeres. Sin embargo, sí que algunos reportes han mostrado que el incremento está teniendo últimamente una tendencia mayor en el caso de las mujeres.



**Figura 11.** Prevalencia de trastorno de consumo de opioides en EEUU (casos cada 1000 habitantes) por edad (eje abscisas) y sexo (mujeres en azul claro y hombres en azul oscuro). Fuente: SAMHSA (substance abuse and mental health services administration).

Si se analiza por edades (figura 11), cuando la mujer es más joven se observa menor prevalencia de trastorno de consumo de opioides. Sin embargo, cuando estamos alcanzando esas edades en las que el sistema hormonal empieza a observar sus cambios, se transforma esta prevalencia, siendo mayor en mujeres. Es verdad que en la figura (figura 12) se pueden observar una serie de gráficas que representan la probabilidad de prescripción de opioides en mujeres, en rojo, y en hombres, en color verde, para diferentes condiciones dolorosas, artritis, dolor de espalda crónico, síntomas depresivos o cáncer.



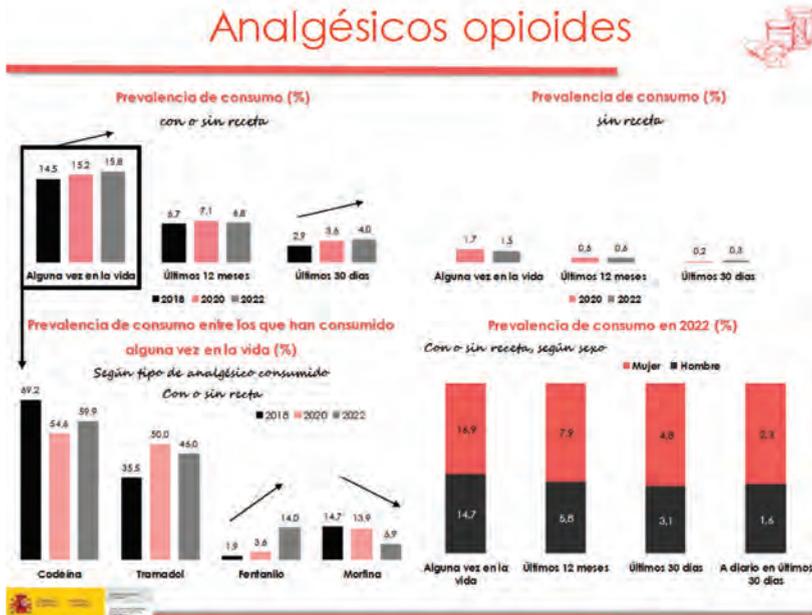
**Figura 12.** Probabilidad de receta de opioides en diversas condiciones crónicas por sexo. Hombres en verde y mujeres en rojo. Cada imagen muestra la probabilidad marginal de prescripción (ordenadas) en presencia o ausencia de condiciones crónicas (Yes/ Si o No/No en abscisas). Fuente: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100459>.

Y como vemos en la diapositiva (figura 12), casi siempre es más probable que se le recete los opioides a las mujeres que no a los hombres. Por lo tanto, aquí también podemos tener un factor de mayor acceso a estas sustancias en las mujeres que en los hombres.

Pero la realidad es que estos datos corresponden a Estados Unidos y nosotros aquí en España, y hasta hace muy poquito, yo he visto a la gente bastante relajada en esta área, porque sí se observa un incremento del consumo de opioides en España, según una noticia de El País en 2019 (figura 13). Los datos del Plan Nacional sobre Drogas de EDADES del 2022 (figura 14) también muestran esas tendencias al alza. Pero nosotros no estamos viendo el incremento de las muertes por sobredosis, que fue lo que llamó la atención en Estados Unidos. Vuelvo a recalcar que desde que se empezó el inicio de la prescripción masiva hasta que se empezó a ver que la sobredosis era un problema, por lo menos pasaron de diez a quince años. Por lo tanto, no quiero transmitir ni ansiedad, ni estrés con respecto a esto, pero sí que debemos tenerlo en la mente y monitorizarlo de cerca, porque en un futuro podría ser potencialmente peligroso.



**Figura 13.** Consumo de opiáceos en España en dosis diarias definidas (DHD) por mil habitantes. Fuente: noticia publicada en El País en 2019 con datos del Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.

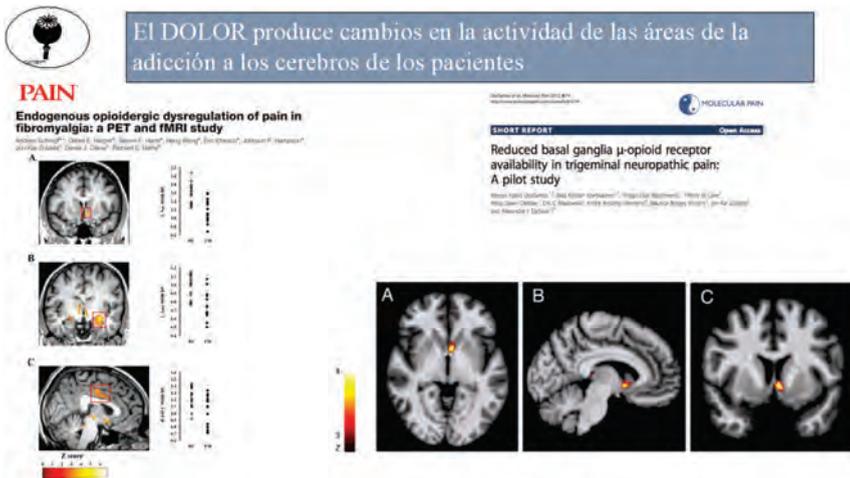


**Figura 14.** Datos de consumo de opiáceos en España. Fuente: EDADES 2022, Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

En nuestro grupo de investigación, nos hemos centrado mucho en qué sucede en el cerebro de una persona que sufre dolor y si este dolor puede aumentar el riesgo de sufrir un trastorno de consumo de opioides. Solamente os voy a dar unas pinceladas de nuestros resultados.

**¿Qué sucede cuando hay presencia de dolor crónico en las áreas del cerebro que están relacionadas con el desarrollo del consumo de sustancias?**

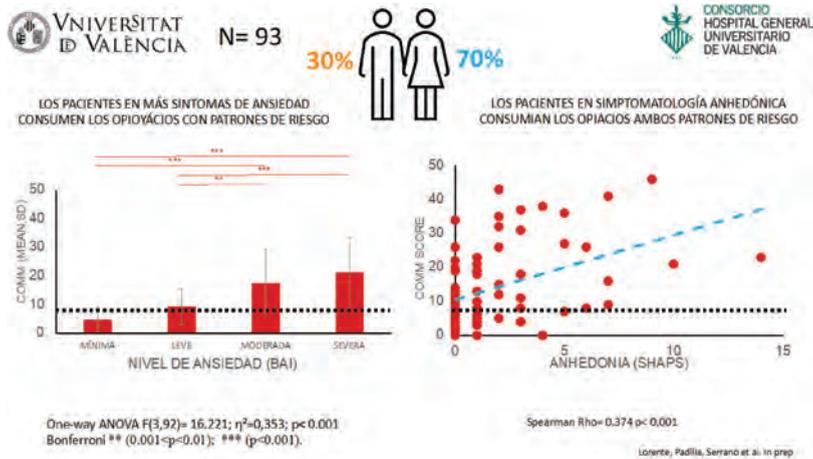
Bueno, pues el dolor está relacionado tanto con estados afectivos negativos como la presencia de ansiedad o de adicción y, de hecho, en diferentes estudios con imágenes cerebrales de pacientes con dolor crónico (figura 15), se ha observado que, en las áreas relacionadas con el trastorno, con el desarrollo del trastorno de consumo de drogas, se produce alteraciones en su funcionalidad y hay una disminución de la dopamina. Esa función de la dopamina es ya clásica de pacientes y animales de experimentación. Cuando llevan un proceso de consumo prolongado o incluso aunque haya cambios cíclicos, hay diferentes dinámicas. Pero también se ha observado durante la abstinencia.



**Figura 15.** Alteraciones en la funcionalidad de las áreas cerebrales involucradas en el desarrollo, mantenimiento y recaída en el consumo de opioides. En el estudio de la izquierda se observa una desregulación del sistema opioide endógeno en áreas mesolímbicas (fuente: doi: 10.1097/j.pain.0000000000000633). En el estudio de la derecha se detectó una disminución de los receptores opioide de tipo mu en el sistema mesolímbico (fuente: doi: 10.1186/1744-8069-8-74)

Nosotros nos interesamos por saber si había algún tipo de relación entre sufrir dolor, desarrollar estados afectivos negativos y como consecuencia, tener un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno de consumo de opioides. Y para esto nos fuimos a hacer los estudios en colaboración con la Unidad de Dolor del Hospital General Universitario de Valencia. Estos estudios están todavía sin finalizar. Os estoy trayendo los datos más novedosos que tenemos (figura 16). Hemos hecho el estudio en 93 pacientes. Desgraciadamente, no tenemos más acceso a pacientes porque hemos agotado prácticamente todos los pacientes

que podemos entrevistar en esta unidad. Y entre estos pacientes hemos encontrado lo que ya esperábamos: un 70 % de mujeres porque hay una mayor prevalencia de dolor en mujeres que en hombres, y un 30 % de hombres. Cuando hemos hecho el análisis de la sintomatología ansiosa de estos pacientes a través de un test clínico, el inventario de ansiedad de Beck, en estos pacientes con dolor crónico que además reciben como prescripción algún opioide, hemos visto que, aquellos pacientes que presentan un nivel de ansiedad moderado o severo presentan también una mayor puntuación en un test que mide el riesgo de trastorno de consumo de opioides. Entonces, cuando relacionamos ese nivel de ansiedad frente al consumo de riesgo, nuestro resultado es que aquellas personas que sufren mayor ansiedad, muestran mayor riesgo de consumo de opioides.

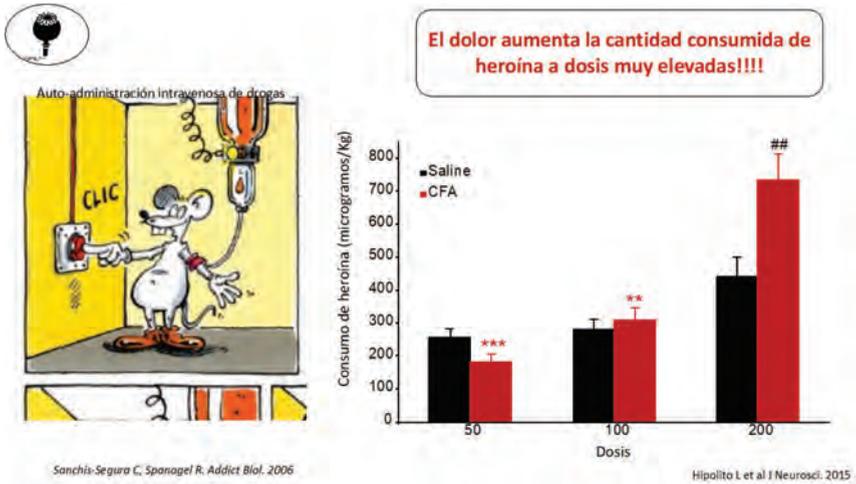


**Figura 16.** Resultados del estudio del efecto de los estados afectivos negativos sobre el riesgo de consumo de opioides. En el gráfico de la izquierda se representa el efecto del nivel de ansiedad (puntuación en el inventario de ansiedad de Beck) sobre el riesgo de trastorno de consumo de opioides (puntuación en el cuestionario de uso indebido de opioides o COMM del inglés current opioid misuse measurement). Fuente: datos propios. Financiación: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad (2019I038)

También ocurría con la anhedonia, que es la incapacidad de sentir placer. Detectamos una correlación que es significativa y positiva entre sufrir anhedonia que, como saben, es una de las sintomatologías comunes en la depresión, con el posible riesgo de desarrollo de un trastorno de consumo de los opioides que tienen pautados.

Cuando queremos analizar neurobiológicamente qué ha sucedido, no podemos acceder al cerebro de los pacientes, pero nosotros utilizamos modelos animales que nos permiten analizar tanto la conducta como analizar el cerebro y sus alteraciones. Y rápidamente quiero comentarles que, utilizando un modelo animal en que el animal voluntariamente se auto administra, es decir, que aprieta una palanca para obtener, en este caso heroína (figura 17), lo que observamos fue una aumento significativo y muy importante del consumo de la heroína en aquellos animales que tenían dolor a dosis altas (representado en rojo). ¿Qué significa?

En otras palabras, es que la presencia de dolor en estos animales hacía que aumentaran su consumo de opioides cuando están frente a dosis muy elevadas. Podrían decir “pues, evidentemente, porque son analgésicos, querrán la analgesia”. En realidad, el poder analgésico de las tres dosis alcanzaba ya el máximo. Por lo tanto, no hay un componente analgésico en esta autoadministración.



**Figura 17.** Efecto del dolor en la autoadministración de heroína. A la derecha, viñeta que muestra el protocolo experimental de autoadministración de heroína en animales de experimentación (de doi: 10.1111/j.1369-1600.2006.00012.x.). A la izquierda consumo total de heroína en un protocolo de autoadministración de heroína a diferentes dosis (50, 100 y 200 microgramos/Kg/infusión) en rata macho. Las ratas con dolor (representado con barras rojas) incrementaron de manera significativa el consumo total de heroína cuando disponían de la dosis más elevada (200 microgramos/kg/infusión). Fuente: doi: 10.1523/JNEUROSCI.1053-15.2015.

Quisimos analizar a nivel cerebral qué pasaba. Simplemente decirles que observamos una serie de alteraciones en receptores opioides de las áreas del cerebro que están implicadas en el desarrollo del consumo de estas sustancias y que están relacionadas con el sufrimiento de estos estados afectivos negativos.

Por lo tanto, una serie de ideas que me gustaría que se llevaran a casa es que en primer lugar vamos a necesitar saber cómo funciona nuestro cerebro para desarrollar estas terapias de manera más segura y efectiva, lo cual no significa no dejar de utilizar esos medicamentos. Significa utilizarlos racionalmente, utilizarlos en las patologías donde vayan a hacer efecto y, desde luego, monitorizar a nuestros pacientes si sufren estados afectivos negativos y que tengamos en cuenta que el dolor pudiera ser, y lo digo en condicional, porque en ciencia siempre hablamos en condicional hasta que no tengamos todas las piezas del puzzle, pues podría ser un factor que podría estar potenciando el consumo de analgésicos u opioides a dosis elevadas. Evidentemente para desarrollar toda esta investigación, se necesita dinero para para continuar con la experimentación.

JORNADA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ADICCIONES A PSICOFÁRMACOS Y ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

Finalmente, agradecer al equipo de trabajo de la Universidad de Valencia, también a la unidad de dolor del Hospital General de Valencia, porque ha sido muy amables y a los colaboradores en la Washington University, en San Luis. Y desde luego, a los organismos que nos financian (Ministerio de Ciencia, Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, y Conselleria d'Innovació, Universitats, Ciència i Societat digital, que sin ellos no podríamos hacer nada, ninguna investigación.

  
[www.uv.es/doreal](http://www.uv.es/doreal)  
[@doreal\\_lab](https://twitter.com/doreal_lab)



**DOREAL**  
Yolanda Campos-Jurado  
Javier Cuitavi Martín Coque González  
Jesús Lorente Erenas Raquel Montón  
Natalia Landsberg Julia Lebrero Tatay  
Diana Serrano Herrera **NEUROPHARAD**  
Paula Andrés Herrera **Ana Polache**  
Clara Díaz Miralles **Luis Granero**  
David Messeguer **Teodoro Zornoza**  
Helena Sánchez **María José Cano**

**Agradecimientos**

  
**Moron-Concepcion**  
  
**Niko Massaly**  
**Adie Wilson-Poe**  
**Coque González**  
  


**PNSD 20191038**  
  
  
  
**MICINN AEI PID2019-109823RB-I00**  
  
**GVA AICO/2021/268**

  
**José De Andrés**  
**Ana Minguez**  
**Vicente Monsalve**


Muchas gracias.

**Moderadora: Dra. Andrea Sixto Costoya**

Muchísimas gracias a la doctora Lucía Hipólito. Ha sabido exponernos sus resultados más novedosos obtenidos en el laboratorio de manera que creo que hemos podido seguirle sin ninguna dificultad, siendo muy difícil rebajar o poner al nivel que todos podamos entenderlo.

Nuestra siguiente ponente es la doctora Yolanda Cañada Pérez, especialista en psiquiatría, actualmente trabajando en el Hospital La Fe de Valencia, en concreto con pacientes con depresión refractaria. Lleva a cabo el seguimiento y tratamiento de los pacientes con estimulación magnética transcraneal. Formada inicialmente aquí en la Universitat de València, pero también cuenta con una carrera académica internacional tanto en la Universidad de Maastricht como en Australia.

**“Abordando la perspectiva de género de la adicción en el campo de la salud mental y en el dolor severo como en el cáncer”.**

**Dra. Yolanda Cañada Pérez**

Servicio de Psiquiatría.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.



Muy buenas tardes a todas y a todos y muchas gracias a los organizadores por invitarme a hablar de un tema que, además de formar parte de mi trabajo, me apasiona, que es la perspectiva de género, porque forma parte de mi trabajo como psiquiatra, como especialista de salud mental.



## ÍNDICE

- Introducción
- Factores que contribuyen al uso de psicofármacos.
- Factores que contribuyen al abuso de psicofármacos.
- ¿Cómo abordar la sobreprescripción de psicofármacos?
- Conclusiones

La mayor parte de pacientes, el 80 % de mis pacientes en una consulta de depresión resistente son mujeres y, desde luego mis pacientes consumen psicofármacos. De ahí el tema que voy a tratar y voy a intentar dar una reflexión sobre por qué existe una sobreprescripción de psicofármacos y por qué esto conlleva a un abuso en mayor medida de las mujeres.

En primer lugar, hablaré de los factores que predisponen a esa a esa prescripción y después de los factores que predisponen al abuso. Por último, haremos unas reflexiones para también predisponer al debate sobre cómo podemos abordar esta problemática.



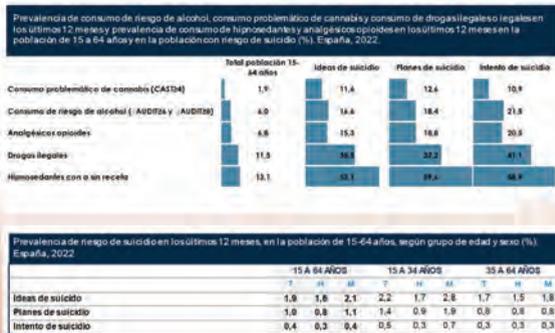
Esto ya se ha comentado bastantes veces, pero sí que añadir que según la encuesta del Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad de este año 2022, se sabe que estamos en el pico máximo de consumo de psicofármacos, un pico máximo histórico que se da sobre todo en personas mayores de 35 años y además que un porcentaje importante están consumiendo a diario casi un 10 %.



La mayoría de estas personas están consumiendo con receta y solo un 3 % de los encuestados son los que admiten que han realizado un consumo sin receta. También sabemos que están los botiquines familiares, que ya los ha comentado la compañera, y que muchas personas no admiten que están consumiendo de personas de la familia que sí que los tienen prescritos. Esta tendencia al alza de consumo, y esto no se ha comentado, también se correlaciona muy altamente con el abuso. Y es que también están aumentando exponencialmente las hospitalizaciones para la desintoxicación de benzodiazepinas. Y de esto pues hablamos de la desintoxicación, del alcohol, de los opiáceos también, pero poco se habla de la desintoxicación de benzodiazepinas.

Hablamos de perspectiva de género porque según la encuesta EDADES, las únicas drogas que consumen las mujeres en mayor medida que los hombres son los psicofármacos y los opiáceos. Entonces, estas dos sustancias forman una parte importante de la Jornada. Como veis en la gráfica, aquí las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres en todos los rangos de edades, y esta diferencia es muy marcada en la población más joven, adolescente y también en la población más mayor.

## INTRODUCCIÓN: SALUD MENTAL



En la encuesta EDADES de este año es la primera vez que se incluye si en algún momento en el último año habían tenido ideación suicida, habían tenido pensamientos de desaparecer, habían tenido planes de suicidio concretos y habían tenido intentos de suicidio, como veis, sobre todo en la tabla de abajo. Estas cifras se duplican en las mujeres con respecto a los hombres, sobre todo en el grupo de población que es de 15 a 34 años. Cuando esto lo ponemos en contexto del abuso de sustancias, lo que vemos es que el 50 % de las personas que consumen hipnosedantes, es decir, tranquilizantes, han tenido en alguna ocasión durante el último año ideas de suicidio. Y yo, que trabajo como psiquiatra, también hago guardias. Pues justamente muchas de las tentativas de suicidio que vemos son por ingesta de psicofármacos, no sedantes.

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL USO DE PSICOFÁRMACOS EN MUJERES

1. Ansiedad y depresión en la mujer.
2. Prescripción de psicofármacos en mujeres



### ¿Qué factores contribuyen al uso de psicofármacos?

Entre ellos destaco la ansiedad y la depresión en la mujer y la prescripción de psicofármacos en mujeres. Lo que tenemos claro es que existe evidencia de que las mujeres tienen tasas más altas de depresión y de ansiedad que los hombres.



### 1. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y MUJER

- Existe evidencia de que las mujeres tienen tasas más altas de trastornos afectivos y de ansiedad que los hombres.
  - 19,4 % mujeres y 8,5% hombres (ENCUESTA ENSE 2017)
- Los **cambios hormonales** en los ciclos menstruales, embarazo y menopausia contribuyen al aumento de prevalencia de depresión.
- Sin embargo **factores sociales: estrés, discriminación de género o roles asumidos por la sociedad**, se relacionan con mayores tasas de enfermedad mental.
- Ansiedad y depresión como precipitantes de recaída.

Según encuestas recientes de salud, las mujeres tienen una prevalencia de depresión de un 19 % con respecto a un 8 % en los hombres.

Esto tiene una explicación en parte biológica, los cambios de los ciclos hormonales, el puerperio, que es un momento muy complicado. La menopausia es un momento también muy complicado para la mujer a nivel hormonal contribuyen al aumento de la prevalencia de depresión. Además, los sistemas del estrés en mujeres o en el sexo femenino están configurados de manera diferente y también nos predisponen diferente a la adicción.

Sin embargo, no podemos pasar por alto factores que son muy determinantes como son los factores psicológicos, los factores sociales o los roles de género que están asumidos y muy integrados en la sociedad en la que vivimos. También dejar claro que en las mujeres es muy frecuente que el precipitante de las recaídas en cualquier sustancia o en la que la mujer sea dependiente son los cuadros de ansiedad y depresión, por lo que siempre tenemos que estar atentas a esto.

## 2. PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS A MUJERES

- Tipo de psicofármacos prescritos:
- BENZODIAZEPINAS E HIPNÓTICOS → son los más prescritos y consumidos.  
*(Dell'osso y Lader, 2013; Hollingworth y Siskind, 2010; Huerta et al., 2016)*
- ANTIDEPRESIVOS



Cuando hablamos de prescripción de psicofármacos a mujeres, ¿de qué fármacos hablamos? Hay confusión sobre qué son psicofármacos, qué no son psicofármacos, qué es peligroso y qué no es peligroso. Como moraleja, es verdad que todas las prescripciones tienen que estar supervisadas por un médico de familia, de primaria o por un psiquiatra, por un especialista que las lleve a cabo y que deben tener una fecha de principio y una fecha del fin. Y esto con el sistema de receta electrónica. Lo tenemos un poquito más fácil dentro de los psicofármacos que prescribimos. Los más frecuentes son las benzodiazepinas y los hipnóticos.

## 2. PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS A MUJERES

### BENZODIAZEPINAS:

- Actúan sobre el receptor del ácido gamma-aminobutírico tipo A (GABA<sub>A</sub>) produciendo efectos inhibitorios sobre el SNC.
- Presentan efectos rápidos sedantes y ansiolíticos, cuya duración depende del principio activo.
- Se recomienda realizar tratamientos breves.

Indicaciones generales de las benzodiazepinas	Principio activo	Marcas comerciales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Episodio maniaco</li> <li>• Anestesia</li> <li>• Relajante muscular</li> <li>• Dependencia alcohólica</li> <li>• Crisis epilépticas</li> </ul>	Acción ultracorta (4-5h)	Midazolam: Dormicum® Triazolam: Halcion®
	Acción corta-intermedia (6-12h)	Alprazolam: Trankimazin® Lormetazepam: Noctamid®, Loramet® Larazepam: Orfidal®, Placioral®, Idalprem® Loprazolam: Somnovil® Clonazepam: Rivotril® Bromazepam: Lexatin® Flurazepam: Dormodon®
	Acción larga (>12 horas)	Diazepam: Valium® Clorazepato: Tranxilium®

Y luego, por otra parte, tenemos los antidepresivos, para saber de qué estamos hablando. Las evidencias muestran que actúan sobre un receptor en el cerebro que se llama GABA (*Gamma Amino Butyric Acid*) y tienen efectos depresores o efectos inhibidores sobre el sistema nervioso central. Son moléculas que actúan rápidamente, a los pocos minutos, y que tienen efectos sedantes y ansiolíticos.

Y en comparación con los antiguos sedantes barbitúricos, la ventaja que puede ser un inconveniente de estos fármacos, es que tienen menos efecto sedativo y al tener menos efecto sedativo predisponen más a generar tolerancia porque el efecto ansiolítico es muy potente sin la sedación. Se recomienda utilizar siempre tratamientos breves. Además de la ansiedad y el insomnio, tienen otras indicaciones, como otras patologías psiquiátricas. Se utilizan en anestesia. También se utilizan en la deprivación alcohólica o en las crisis epilépticas y se clasifican por su duración de acción. Los que tienen acción más corta como los comúnmente más conocidos intermedios, por ejemplo, el *trankimazin* o el *alprazolam*, tienen un potencial adictivo más importante que los que tienen una vida media más larga. Por ejemplo, el *diazepam*.

## 2. PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS A MUJERES

- EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS:
  - Somnolencia
  - Caidas (fractura de cadera)
  - Alteración de la capacidad de atención y memoria
    - A corto plazo
    - A largo plazo
  - Confusión
  - Tolerancia
  - Reacciones paradójicas: agitación.

(Pariante et al., 2016,)



Estos son fármacos, y como fármacos no están exentos de riesgos o de efectos secundarios. El principal efecto secundario, que a veces es no deseado, es la somnolencia. Pero nos encontramos también que la torpeza motora puede llevar a producir una serie de caídas que, en la tercera edad, pues llevan a una morbilidad importante que es la fractura de cadera.

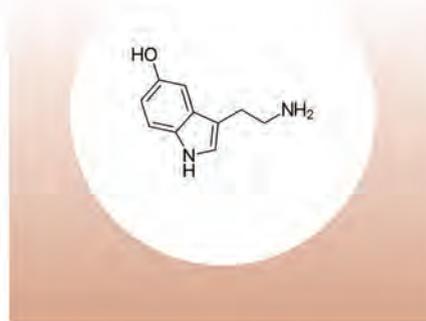
También sabemos que, por su potente efecto global inhibitorio en el cerebro, generan una alteración de la capacidad de atención y de la memoria. Esto se ve a corto plazo porque las personas con tratamientos o hasta dosis altas tienen dificultades para aprender, para grabar información, lo que se llama amnesia anterógrada y no se acuerdan bien de lo que han tomado. Puede tener también consecuencias a largo plazo, porque cada vez son más los estudios de cohortes de seguimiento que relacionan la toma de benzodiazepinas durante años con el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia. Otros efectos que pueden ser importantes y también generan una morbilidad importante son la confusión, las reacciones paradójicas que suceden sobre todo en ancianos o en niños, o en personas que tienen una

reserva cognitiva baja, como la discapacidad intelectual. Y es que pueden crear un efecto contrario y generar una agitación. Por último, la tolerancia. La tolerancia quiere decir que necesitamos cada vez dosis más grande de los fármacos para conseguir el mismo efecto.

## 2. PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS A MUJERES

### ANTIDEPRESIVOS:

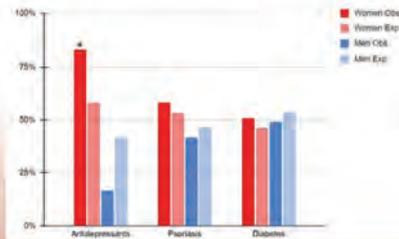
- Sirven para el tratamiento de episodios depresivos y trastornos de ansiedad.
- Su mecanismo de acción se basa en aumentar la disponibilidad de serotonina, noradrenalina o dopamina cerebrales.
- Existen varios tipos. Los más comunes son los ISRS.
- NO PRODUCEN DEPENDENCIA Y TOLERANCIA.



Los antidepresivos son el primer tratamiento de indicación para la ansiedad y también para la depresión. Son fármacos que deberían estar en primera línea y los tratamientos que se dan con ellos deben ser mantenidos de varios meses, a diferencia de las benzodiazepinas. El mecanismo de acción se basa en regular una serie de sustancias en el cerebro que se llaman neurotransmisores y que regulan el estado de ánimo o los circuitos del estrés. Existen varios tipos. Los más comunes son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), como el escitalopram, la sertralina y otros muchos que son muy comunes. Estos fármacos no producen tolerancia, ni dependencia, pero al igual que las benzodiazepinas, pueden tener efectos secundarios y deben estar supervisadas por profesionales.

## 2. PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS A MUJERES

- Mayor prescripción que en hombres con el mismo diagnóstico y número visitas médicas- (Bacigalupe et al 2020; Karantl et al., 2015)
  - Diferencias sintomáticas
  - La verbalización del malestar
- Modelo de atención de salud
  - Inmediatez e imposición
  - Tiempo de consulta médica.
  - Industria farmacéutica
- El malestar emocional y su medicalización
  - Los "privilegios sociales" de la enfermedad. Carrasco et al. 2016; Matud 2017



Asazi et al., 2023

## **¿Qué es lo que pasa con estos fármacos y las mujeres?**

Lo que sabemos los profesionales de la salud mental y también lo que saben los profesionales de atención primaria y es lo que se extrae de los diversos estudios, y es que hay una mayor prescripción en mujeres que en hombres.

Pero, además no porque exista solamente una mayor tasa de depresión, sino con el mismo diagnóstico y con el número el mismo número de visitas médicas. Entonces yo me preguntaba ¿por qué puede ser esto? Si tenemos la igualdad de diagnóstico que aquí vemos en este estudio que se ha hecho en 2023, que el porcentaje esperado de prescripción, por ejemplo, de antidepresivos en mujeres, es mucho más bajo que el observado y que, con respecto a los hombres, pues incluso el porcentaje esperado es más elevado que el observado. Esto no pasa con otras patologías físicas. **¿Y por qué las mujeres se llevan más psicofármacos de la consulta?** Esto puede ser porque presentan unas diferencias sintomáticas en los cuadros afectivos o los cuadros depresivos con respecto a los hombres. Tienden más a manifestar la labilidad emocional, es decir, el llanto en consulta, y además tienden a hacer atribuciones las mujeres normalmente al estrés, a patologías físicas.

Por ejemplo, una mujer que va al médico por un dolor de estómago y atribuye este dolor de estómago a que está muy estresada porque está cuidando a su madre, que tiene demencia en casa y que no tiene suficiente ayuda. Esta mujer se va a llevar la prescripción del antiácido correspondiente y además del tranquilizante correspondiente, porque seguramente se va a poner nerviosa en la consulta. También las mujeres evolutivamente tienden más a verbalizar ese malestar en la consulta y los hombres tienden a somatizar más y a manifestarlo más en forma de dolor físico o de síntomas y no hacer estas atribuciones.

Otra circunstancia importante es el modelo de atención de salud que tenemos ahora mismo. Los pacientes somos realmente muy exigentes, entonces cuando tenemos al médico delante, que lo tenemos para nosotros, después de haber pedido cita hace dos semanas, queremos que nos solucione el problema, que nos derive al especialista que haga falta, ya. La vida que tenemos ahora mismo está marcada por la inmediatez y por la rapidez.

Entonces mucha gente viene al médico de familia diciendo esto que se toma mi vecina ya me va bien y el médico de familia pues no tiene más remedio que a veces prescribirlo por imposición. Por otra parte, sabemos que, si esa consulta médica es más breve, los pacientes tienen más riesgo de irse con combinaciones de opiáceos, benzodiazepinas y además con antibióticos, regenerando también las resistencias correspondientes en cuadros clínicos.

Por otro lado, es verdad que la industria farmacéutica fomenta que, cuando nos presentan los fármacos a los médicos, casi el 85 % de los fármacos psiquiátricos van dirigidos a mujeres. Entonces no podemos evitar tener las influencias que tenemos también a la hora de prescribir, porque la publicidad va en esa línea.

## **¿Y qué sucede también en nuestro sistema sanitario?**

Estábamos hablando antes del malestar emocional y de la salud mental. La salud mental es algo muy complejo y no se puede abordar desde la perspectiva biomédica, porque es un modelo muy reduccionista, porque si pretendemos dar solución desde la medicina o desde la psiquiatría a esta salud mental, lo que hacemos es medicalizar constantemente a la sociedad.

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ABUSO DE PSICOFÁRMACOS EN MUJERES

1. Factores biológicos diferenciales.
2. Prescripción prolongada:
3. Percepción de bajo riesgo
4. Consumo privado
5. Barreras de acceso al tratamiento especializado o Unidades de Conductas adictivas.



Entonces, existen ciertas ventajas sociales, por así decirlo, o privilegios del estar enfermo porque esto genera bajas laborales que no existen por motivos sociales o genera otro tipo de beneficios, incluso fiscales o de otro tipo que hacen que tomar medicación sea más rentable que hacer otro tipo de intervenciones. Si esto es lo que contribuye al uso de psicofármacos, vamos a ver un poco qué es lo que contribuye a ese abuso, porque ya hemos visto que las hospitalizaciones por psicofármacos van en línea.

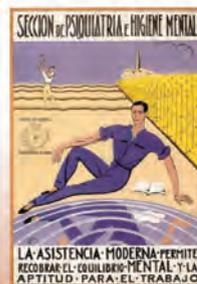
## FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ABUSO DE PSICOFÁRMACOS EN MUJERES

1. Factores biológicos diferenciales: (Becker et al, 2017; Fonseca 2021)
2. Prescripción prolongada :
  - Perfil de mujer que abusa
  - Improductividad como enfermedad



- >45 años
- Enfermedad crónica física
- Diagnóstico ansiedad/depresión
- Desempleada o prof liberal
- Bajo nivel socioeconómico

(Matud et al, 2017)



Los factores biológicos son diferenciales. Esto lo voy a detallar muy poco. Las mujeres cuando empiezan con psicofármacos, con hipnosedantes, como tienen una distribución de la grasa corporal diferente, tienden a generar tolerancia más rápida que los hombres y a necesitar dosis más elevadas. Y cuando llegan a las consultas, pues tienen un problema incluso mayor. También es muy importante ese perfil de prescripción de mujer, que, además, se relaciona mucho con el perfil de mujer que abusa, que son mujeres que tienen normalmente patologías, sobre todo patologías dolorosas, enfermedades crónicas, físicas, que tienen diagnósticos

también de ansiedad y depresión, lógicamente y que, además, a nivel social, tienen unos factores desfavorables, o están desempleadas o tienen profesiones liberales muy exigentes o un bajo nivel socioeconómico. Luego tenemos la presión, la enorme presión social, porque si no estamos trabajando es que no somos sanos. Entonces tenemos que remediar con inmediatez la enfermedad que tenemos y recuperarnos lo antes posible, porque tenemos que rendir para para la sociedad.

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ABUSO DE PSICOFÁRMACOS EN MUJERES

3. Percepción de bajo riesgo
  - Accidentees.
  - Síndrome de abstinencia
4. Consumo en el ámbito de lo privado
  - El botiquín familiar
  - Vulnerabilidad social.

• El 52% de las mujeres con TMG que conviven con familiares han sido **victimizadas** en el último año.  
• El riesgo que tiene una mujer con TMG de sufrir **violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces** respecto a las mujeres en general.



La percepción del bajo riesgo es también muy importante para el abuso. Estos son fármacos que no están exentos de efectos secundarios, como he comentado, y que contribuyen a muchos accidentes y que además la retirada brusca y el abuso producen síntomas de abstinencia que en ocasiones son graves y necesitan unidades de cuidados intensivos.

No solamente necesitan para desintoxicarse centros específicos o unidades de desintoxicación, sino que, si las estamos consumiendo en abuso y las dejamos por nuestra cuenta, podemos tener complicaciones que pueden llegar a lo letal o a lo grave. Estas este tipo de drogas o de sustancias como son drogas legales, pues se consumen en el ámbito de lo privado. Entonces, pues sí, pasan de madres a hijas, sobre todo el botiquín familiar, la típica vecina que te receta esa prescripción teniendo en cuenta también que las mujeres que lo consumen pueden necesitarlo porque la mayoría de mis pacientes, aunque yo les intento retirar porque consumen antidepresivos, tienen un porcentaje de psicofármacos prescrito de hipnosedantes que no es descartable en más del 50 % de ellas y los pueden necesitar. Por eso tenemos que valorar que las personas que tienen una enfermedad mental grave también pueden estar abusando de estos fármacos porque tienen una situación social muy vulnerable, porque son mujeres que han estado victimizadas o porque son mujeres que están sufriendo violencia de algún tipo.

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ABUSO DE PSICOFÁRMACOS EN MUJERES

### 5. Barreras de acceso al tratamiento

- Las mujeres acuden más a servicios de Salud que a Unidades de Conductas Adictivas.
- Mayor estigmatización de la mujer consumidora que del varón consumidor.
- El uso de drogas en mujeres relacionado con autotratamiento.
- Consumo ligado con victimización y la prostitución.

El último factor que me gustaría comentar son las barreras de acceso al tratamiento, sobre todo al tratamiento especializado. Y es que las mujeres acuden más a Servicios de Salud que a Unidades de Conductas Adictivas y cuando llegan están mucho más graves porque tienen miedo, sobre todo a la estigmatización. La mujer adicta tiene miedo a que le roben la custodia de sus hijos, entonces no va a ir a pedir ayuda por una adicción. Tiene miedo a que su marido en la demanda de divorcio diga que tiene un diagnóstico psiquiátrico o que está abusando de pastillas. Porque es verdad que el consumo de psicofármacos, en concreto en las mujeres, está relacionado con el autotratamiento. Es otro tratamiento del malestar o de patologías que son psiquiátricas y que requieren este tratamiento con psicofármacos.

Por último, otra barrera de acceso al tratamiento para las mujeres, no es tan común en psicofármacos, pero sí en los opiáceos o en otras sustancias es que el consumo, que está ligado a la victimización, al maltrato y a la prostitución en otro tipo de sustancias.

## ¿CÓMO ABORDAR ABUSO Y LA SOBREPREScripción PSICOFÁRMACOS A MUJERES ?

- Formar al personal sanitario incorporar modelo biopsicosocial
- Informar a la población sobre los efectos nocivos
- Educación emocional
- Atención psicológica ¿Dónde?
  - o Salud comunitaria
  - o Salud laboral
  - o Salud escolar
  - o Servicios sociales
- Campañas para consecución de la igualdad entre mujeres y hombres

- Ser Mujer
- Con Discapacidad
- Con Enfermedad Mental
- + Otros Factores o Condicionantes Personales y Sociales

He puesto un esquema para que luego comentemos cómo podemos abordar esta sobre-prescripción y este abuso consecuente de psicofármacos. Por una parte, tenemos que formar al personal, al personal sanitario, a los enfermeros, psiquiatras, médicos de atención primaria, a incorporar las circunstancias sociales a la persona, incorporar el modelo biopsicosocial, las circunstancias psicológicas para que están haciendo que esta persona requiera medicación. Además, tenemos que informar a la población de estos efectos nocivos, porque, como droga, es más fácil que tiendan a abusar de ella. Hace falta educación emocional, prevención, ciencia..., prevención para que estas personas que son adolescentes no aprendan que la solución a su malestar pasa por tomar una pastilla, igual pasa por tomar una pastilla y por muchas cosas más.

Y desde aquí hago un llamamiento a los estamentos políticos, a la atención psicológica, a mis compañeros psicólogos. Los psicólogos clínicos que trabajan conmigo están totalmente sobrepasados, porque tendemos a dar respuesta desde el modelo médico a este malestar emocional que se debería focalizar en otros ámbitos. Y esto lo podemos comentar en el debate a nivel comunitario, a nivel escolar, a nivel laboral o incluso desde servicios sociales.

Por último, un factor que creo que contribuye son las campañas, sobre todo para promover de una vez por todas la igualdad entre mujeres y hombres.



Esta campaña, que es una campaña del año pasado de 2022, es la primera campaña del Plan de Salud de Drogas, que va dirigida específicamente a mujeres y también a personal sanitario para dejar o para disminuir la prescripción de psicofármacos.

Las conclusiones para llevarnos a casa son que las mujeres presentan tasas superiores de depresión y ansiedad que los hombres, y esto es multifactorial. Además, existe una sobre-prescripción independiente del diagnóstico a mujeres. Este abuso de medicamentos y sedantes tiene consecuencias para la salud y, además, tiene unos factores determinantes que ya hemos comentado y debemos garantizar para prevenirlo. Educar a todos los colectivos que se encargan de la atención a estas mujeres y también a población general. Y por último, facilitar el acceso de estas mujeres de forma igualitaria a un tratamiento especializado.

## CONCLUSIONES

Las mujeres presentan tasas superiores de ansiedad y depresión que los hombres.

Existe una sobreprescripción de hipnosedantes en mujeres.

El abuso de hipnosedantes presenta consecuencias y riesgos para la salud.

Existen factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen al abuso de psicofármacos en mujeres.

Se deben garantizar estrategias de educación poblacional y educación a profesionales.

Se debe facilitar el acceso a Unidades Especializadas de tratamiento de sustancias a mujeres.

## **DEBATE**

Preguntas: **Los asistentes**

Respuestas: **Las ponentes**



## Debate

Preguntas: **Los asistentes**

Respuestas: **Las ponentes**

**Moderadora: Dra. Cristina Rius Leiva**

Muchas gracias, Yolanda.

Tras las intervenciones de las tres ponentes de esta Mesa Redonda, vamos al dar comienzo el DEBATE, para que todos los asistentes que lo deseen pueden participar. Os ruego que hagáis preguntas o las intervenciones dirigidas a una o a todas las ponentes.

### Intervención 1:

A mí me ha gustado mucho al principio que has comentado lo de que muchas veces no solo los adolescentes, sino también la gente mayor no sabe muy bien qué es lo que están tomando y qué son los psicofármacos, por ejemplo, ansiolíticos y antidepresivos. Al igual no pasa tanto, pero con los opioides creo que pasa mucho. Yo trabajo en teleasistencia y muchas veces me llaman señoras mayores con dolor crónico diciéndome *“que me pinchen morfina”*. Y les preguntas *“¿ha tomado usted algún opioide?”*. *“Ay, no, yo no. La medicación de siempre”*. *“Si toma tramadol, señora, no le podemos pinchar morfina”*. Le puede pasar algo y no lo saben. No saben qué es lo que están tomando. Por lo tanto, también a la hora de una crisis en las que nosotros no le podemos decir nada al 112, al igual le pinchan morfina y la señora le puede pasar algo. Creo que pasa igual con la gente joven, que no saben lo que están tomando. Mucha gente no lo saben y mi reflexión es, desde el médico, se les tiene que explicar qué es el fármaco o como mínimo se le debería decir cuidado, que está tomando algo complicado o algo así.

### Dra. Yolanda Cañada:

Por alusiones. Como médico sí que creo que todo buen médico tiene que explicarle al paciente qué está tomando, para qué sirve y qué riesgos puede tener. Luego tenemos el problema de la reducción del tiempo de consulta, porque yo afortunadamente tengo un tiempo de consultas por paciente que es superior a la media porque me dedico a la salud mental, pero los compañeros de atención primaria lo tienen difícilísimo teniendo cinco o diez minutos por paciente. Eso es una de mis reflexiones.

### Dra. Lucía Hipólito:

Y, adicionalmente, en la oficina de farmacia tiene que existir una labor de educación de cara a los pacientes. Forma parte del Código Deontológico farmacéutico y realmente se tendría que estar llevando a cabo esa esa labor de educación a los pacientes.

### Intervención 2:

Gracias. Ha sido una jornada genial. Yo trabajo en Alicante, soy médico, farmacólogo y trabajo en la Unidad del Dolor. Nos dimos cuenta de esa diferencia de sexo. Hombres y mujeres llegan con un retraso diagnóstico. Por ejemplo, en un rango de un año, un hombre

es mayoritariamente remitido a la Unidad del Dolor, pero si tienes más de cinco años, el dolor mayoritariamente llega a las mujeres. Hay un diagnóstico y hay una gran carga de medicamentos, como comentábamos antes, antidepressivos. Entonces, mi punto de vista es que hay que educar también al personal sanitario. Tenemos unos sesgos de género que sugieren que igual las campañas son más sociales y menos sanitarias. Nosotros no lo visibilizamos y luego carecemos de herramientas para valorar el género. Esto es un problema de chicas, no la vivencia diferente entre el estrés en la vida o en la adolescencia y la juventud, claro. Nosotros hemos trabajado con un cuestionario de que analizaba el impacto del rol del género y es asombroso cuando ves las cifras. Entonces nos hace falta cuestionarios, además de la comunicación, educación a nivel secundario. Me encantaría ver cuestionarios sobre cegueras de género sanitarias, que nos veamos a nosotros mismos. Quiero preguntar si hay estrategias. Ideas. Por favor, hablemos. Para hacer cuestionarios de género hay que investigar el sexo como una barrera biológica.

**Dña. Laura Martínez:**

En nuestro cuestionario, concretamente la primera pregunta es cuál es tu sexo. Si eres mujer u hombre. Y la segunda fue género. Y para formular esa pregunta le dimos muchas, muchas vueltas al género como identidad sexual y el género como construcción social.

**Intervención 3:**

Hacen falta esas herramientas para visibilizarlo, porque si no estamos atribuyendo al sexo cosas que son de género. Es deconstruir el género socialmente para que eso no influya. Yo culpo a veces de que nosotros, los sanitarios, empleamos con nuestras conductas más que las impresiones sobre el diagnóstico.

**Dra. Yolanda Cañada:**

Yo creo que también es importante visibilizarlo y que a los profesionales nos hagan conscientes de si estamos teniendo algún tipo de sesgo. Yo he leído algunos estudios también sobre si la preinscripción depende del sexo del prescriptor, porque esa también era mi duda cuando estaba preparando esto. Y hay mucha controversia. Tanto es verdad que los médicos varones prescriben más psicofármacos que los médicos mujeres, pero a mujeres, tanto las mujeres como los hombres prescriben más psicofármacos. Entonces estamos otra vez en lo mismo.

**Intervención 4:**

Nosotras, clínicas mujeres, no estamos exentas de estar formadas en salud con perspectiva de género. Yo voy a ver lo mismo que un hombre porque es muy formal, es una facultad, entonces no es algo que te va a pedir por su género, sino por tu formación y por investigar y aportar datos. Las narrativas también pueden ser diferentes. También en cardiología se pensó que igual el infarto daba síntomas distintos en mujeres y hombres y también hay controversia porque se cree que son los mismos síntomas pero reinterpretados por los sanitarios y las sanitarias de manera distinta. A mí me parece apasionante, por eso quiero herramientas.

**Dra. Lucía Hipólito:**

Creo que has dado en un punto muy importante desde el aspecto de la formación. No nos olvidemos que la formación está centrada en versiones anteriores, en versiones que están

vistas desde el punto de vista mayoritariamente del hombre más que de la mujer, y en este sentido solamente lanzó una reflexión. Además, hay gente de la universidad con los mismos temarios. Los temas relacionados con la salud, la salud sexual o con la salud de la mujer específicamente, o con la sintomatología de la mujer, etc., suele estar muy reducido también el caso de las adicciones. Los temarios de farmacología en farmacia, de farmacología en medicina, pasan por la adicción en una hora, hora y media. Por lo tanto, esas son formaciones que igual sí que se deberían intentar llevar hacia la igualdad. Y añadir también, que creo que muchas veces el que nos juntemos personas de diferentes ámbitos va a hacer que seamos capaces de enriquecer nuestra visión desde los diferentes ámbitos. Nosotros no podemos hacer estudios de género en los animales, pero sí que vemos bases neurobiológicas que ocurren y que ni siquiera se estudian, ni se analizan, ni se quieren, ni se observan, ni se tienen en cuenta en la práctica clínica de todos los ámbitos.

### **Intervención 5.**

Muchas gracias a las tres. Yo soy médico de familia. Gracias por lo de mencionar que tenemos poco tiempo porque es bastante relevante, pero he reflexionado mucho sobre este tema y con muchas compañeras, porque evidentemente ya no es por poner el foco en cosas muy concretas, porque quería comentar, antes de que hablara sobre la fibromialgia, que me parece una patología que es perfecta para hablar en el día de hoy sobre la consonancia entre dolor crónico y asociado, que es una patología que previamente ha pasado por psiquiatría, entre otras cosas. Pero bueno, volviendo a este tema que me parece súper interesante, creo que la clave un poco es el tiempo y que una herramienta, al menos la que hablamos con muchas compañeras, era que parece que queda un poco reduccionista al final lo de hablar de hombres y mujeres, cuando lo interesante al hablar de mujeres es preguntarles sobre qué carga de cuidados tiene, sobre qué posición vital ocupa, no solo a nivel hormonal y a nivel biológico, sino por ejemplo, si tienes un síndrome del nido vacío, has perdido tu identidad femenina al ser madre, en tu puesto laboral, si te estás jubilando, etc.

○ sea, como que esa trascendencia de una medicina integral o de un modelo bio psicosocial que es lo más interesante, me parece que al final no hay una unión real sobre una valoración integral de esa persona y conocer su contexto, dónde vive, cuáles son sus recursos económicos, cuál es su red de apoyo... ¿Tiene amigas? Es que no lo sabemos. Entonces, me parece que la clave es esa. En salud mental entiendo que tenéis más tiempo, pero como que también a veces a lo mejor hace falta otra perspectiva que no es solo la médica. Al final en la carga de género es esa, no entrar en los recovecos reales de no solo una mujer, sino en lo que implica.

### **Intervención 6:**

Quería felicitar a las tres ponentes porque han hecho unas excelentes contribuciones. Quería preguntar, en primer lugar, a Laura, porque realmente resulta muy preocupante el dato que has dado sobre la percepción que tienen ya las adolescentes, que todavía no tienen hijos y están, en teoría, cuidando a personas mayores, por decirlo así. Esa diferencia en su percepción de la salud mental... hay algo que se nos está escapando porque desde esos 14 años ya se ven grandes diferencias.

**Dña. Laura Martínez:**

Hay algo que se nos está escapando, obviamente, y estábamos hablando antes de haber utilizado una técnica cualitativa para haber recabado más información lo que hubiera sido muy interesante porque los datos efectivamente son muy preocupantes. Estamos hablando de que el 20 % de las mujeres manifiesta que, alguna vez en su vida, ha experimentado o ha consumido psicofármacos en los últimos 30 días, o lo hace a diario. Y en un municipio, quiero decir, un municipio pequeñito, de 21.000 habitantes. Son datos para reflexionar. No nos ha dado tiempo, pero habría sido interesante intentar relacionar diferentes variables de las mujeres que consideran mala, muy mala su salud mental, y ver en qué medida han consumido los últimos días psicofármacos.

**Intervención 7:**

Y luego también quería preguntarles a Lucía y a Yolanda cómo estamos. Habéis hablado todo el tiempo también de esa prescripción de fármacos que está tomando la paciente. Entonces, ¿realmente esos fármacos proceden de ensayos clínicos? ¿Qué pensáis de esos ensayos clínicos y de cómo se han hecho? Sí que lo habéis comentado un poquito, ¿no? Realmente esa muestra de pacientes, la preclínica de ratones y demás, había un 50, bueno, un 40, 60... Había una muestra mixta mujeres y hombres, porque ha habido fármacos, por ejemplo, la propia FDA, que lo que hizo fue reducir la dosis en mujeres porque no era el mismo efecto terapéutico. No se obtuvieron efectos adversos en el caso de las mujeres. Entonces, ¿qué opináis sobre esto?

**Dra. Lucía Hipólito:**

Has dado un punto que es súper importante para el desarrollo de cualquier terapia y para que se apruebe. Para que las agencias reguladoras lo aprueben ha de pasar por varias fases de estudios clínicos, pero previamente a esas fases de estudios clínicos es necesario que se presente un dossier con una documentación preclínica que no solamente dé información sobre los datos, de cómo se va a distribuir ese fármaco, cómo se va a eliminar, sino que también nos dé datos sobre beneficio-riesgo. Hasta hace bien poco, creo que fue en 2013, pero igual me equivoco de la fecha, realizar estudios preclínicos en machos y hembras no era un requerimiento. O sea, tú podías tener solamente los estudios en machos. Es más, hasta hace bien poco, incluso durante el periodo de mi tesis doctoral, lo habitual era utilizar solamente machos. ¿Por qué? Varias razones. Una de ellas era porque las hembras tenían ciclo hormonal, y es muy complicado trabajar con hembras, porque tienen ciclo hormonal. Hombre, pues tendrá lo suyo el ciclo hormonal. También tienen sus receptores de estradiol en el cerebro. Por ejemplo, como estamos hablando de psicofármacos, realmente hay un vacío enorme de datos preclínicos que nos ayudan a entender las diferencias biológicas. Que no significa que esas diferencias biológicas luego apliquen a los seres humanos. O sea, esto lo tenemos que tener claro. La traslación de la preclínica no va así. Pero conocer lo que sucede en la preclínica nos ayuda a entender luego lo que pasa cuando aplicamos en la clínica. Si no tenemos los datos previos, no sabemos. Luego, en el caso de los estudios clínicos, hay mucha investigación relacionada con la falta de estudios clínicos en los que se tenga en cuenta la variable sexo. No significa que no haya presencia de mujeres, sino que sí que se han utilizado mujeres, pero igual no se ha analizado la variable, y estadísticamente encontrar una

diferencia estadística en una población que no es significativa, que realmente no está siendo un reflejo de la realidad es casi difícilísimo de encontrar. Entonces, claro, también tenemos esos problemas que muchas veces los fármacos están dosificados para un señor varón de 75 kilos y blanco, que eso también es importante.

**Dra. Yolanda Cañada:**

Por complementar un poco lo que dice Lucía, está claro que no te exigen las agencias de medicamentos la igualdad de hombres o de mujeres, pero en los ensayos tienen que estar representadas. Sin embargo, luego las dosis se obtienen a través de medias. No se estratifican esos análisis por sexo y, además, luego están los grandes olvidados de los ensayos clínicos, que son las personas mayores, un grupo de edad que consume una cantidad de psicofármacos importantes y ahora son los menores, porque ese grupo de 15 a 24 años o de adolescentes que también están consumiendo psicofármacos, realmente no hay estudios que se hayan hecho con ellos, por lo que no hay una aprobación a la hora de definir las dosis. Entonces no son representativos de la población general, pero tampoco tienen en cuenta esas circunstancias sociales de las que estamos hablando. ¿En qué contexto se toma esa medicación? ¿En qué contexto se prescribe y para cuándo va a ser necesario? Reducen simplemente a la eficacia y a la seguridad, que es para lo que sirve los ensayos, y se quedan ahí.

**Intervención 8:**

En primer lugar, quiero dar las gracias a las ponentes porque han sido unas intervenciones muy interesantes. Yo soy profesora en la Facultad de Farmacia, llevo 35 años investigando y realmente hasta hace muy poquito solamente utilizábamos machos. La verdad es que un porcentaje muy alto de mi investigación publicada en revistas internacionales, lo han aceptado, se han hecho en machos, porque realmente pues hasta ahora no se planteaba eso. Esos problemas que habéis comentado considero que son muy interesantes y que realmente hay que analizarlos. Luego, respecto al tema de la terapia psicológica, estamos hablando de la administración de psicofármacos. Pero en adicción, si lo entiendo, la farmacoterapia no funciona sin una terapia psicológica. Necesitas el apoyo psicológico. Debo preguntarte si tenéis datos, y si tenéis, qué porcentaje de gente iban a terapia psicológica o cuál es la eficacia. Si habéis intentado hacer algún estudio de reducir la farmacoterapia o incrementarla. Sé que has dicho que es muy complicado porque los recursos son escasos, sí, pero quiero preguntar si habéis hecho algún tipo de estudio o algo en el que veáis que realmente el hecho de mejorar la terapia psicológica va a repercutir en una reducción del número psicofármacos.

**Dra. Yolanda Cañada:**

Te contesto que en las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) el equipo terapéutico está formado por enfermero, psicólogo y médico de adicciones, que suele ser un médico de atención primaria o puede ser también un psiquiatra, entonces ellos trabajan en conjunto y todos los pacientes que acuden a este tipo de unidades reciben terapia y manejo de los tres. Luego ya, a la hora de la práctica clínica, cuando a un médico de atención primaria o cuando un psiquiatra nos llega un paciente que está consumiendo mucha medicación, muchos psicofármacos, sí que es verdad que el trabajar con nuestros compañeros psicólogos nos va a ayudar a poder reducir esa cantidad de psicofármacos. No tengo datos, pero lo que sí sé es que los psicólogos clínicos en la sanidad pública están súper saturados, entonces, para

ese tipo de indicaciones, pues no están disponibles, sino que están disponibles para hacer otro tipo de terapias más focalizadas en la ansiedad, la depresión o más concretamente en patologías o sobre síntomas. Porque no es imposible abordar esto a nivel global desde la atención primaria, y debería ser así.

### **Intervención 9:**

Yo pienso que una manera de solucionar ese abuso, ese consumo excesivo de psicofármacos pasaría quizás por intervenir psicológicamente, por apoyar un poco más ese tipo de intervención.

### **Dra. Yolanda Cañada:**

Yo quería matizar también que la vía de entrada de las personas con ese malestar emocional normalmente es el médico de atención primaria y él es el que tiene los recursos, digamos, o el que tiene que derivar al paciente. Entonces, pues si no tiene a quién derivar, no hay un psicólogo en atención de psicología, si el psiquiatra le va a rechazar la interconsulta porque no le ha puesto primero antidepresivos. Al final las conductas de los propios profesionales acaban viciadas y lo que deberíamos dar son respuestas a ese malestar fuera de la medicina, tener un apoyo de servicios sociales o un apoyo de recursos municipales del Ayuntamiento para poder redirigir a estas personas que expresan malestar emocional a esos sitios fuera del sistema sanitario, que es lo que previene de prescribir medicamentos.

### **Intervención 10:**

Luego, también considero que es súper importante lo que habéis comentado también en la mesa, la información al paciente, porque creo que muchas veces lo que habéis comentado de la vecina que le va bien, o el tema familiar, yo creo que en ese aspecto también el farmacéutico puede tener un papel muy importante porque es el que realmente conoce el medicamento, el que realmente sabe del fármaco. Entonces, mi pregunta va dirigida a Yolanda para ver si en las consultas de psiquiatría tenéis el apoyo del farmacéutico o consideráis su consejo.

### **Dra. Lucía Hipólito:**

Normalmente, los farmacéuticos, el papel que tienen, es para la prescripción de medicamentos hospitalarios. Y es verdad que trabajan muchos farmacéuticos en el sistema de salud a la hora de controlar las prescripciones de las alertas que salen a los pacientes cuando toman una medicación de las intolerancias o de las medicaciones que no pueden mezclar entre sí, de las interacciones que hay. Y esto es un papel de los farmacéuticos. Y luego ya en las farmacias, a la hora de dispensar la medicación, yo creo que también el farmacéutico tiene la formación suficiente para que la oficina de farmacia pueda realizar un poco esa labor. Sí. En este sentido, quería comentaros que en la Unidad de Dolor del Hospital General de Valencia tienen una farmacéutica, y la farmacéutica hace pasar consulta a los pacientes para los reajustes de dosis para las duplicidades, la cantidad de pacientes que reciben benzodiacepinas junto con analgésicos opioides y toda una batería de analgésicos que le han ido prescribiendo de diferentes ámbitos y al final se ha llegado a tener un saco. Y la verdad es que la experiencia de la farmacéutica, de la Unidad de Dolor es que la labor que ha realizado durante los últimos años ha mejorado muchísimo en este aspecto farmacéutico.

En este sentido, yo tenía una pregunta porque la prescripción de benzodiazepinas ha indicado que debe tener un inicio y un fin. Sin embargo, me llama la atención la cantidad de pacientes que tengo a mi alrededor con una prescripción por una situación concreta. Esa situación concreta hace años que pasó y ahí sigue la prescripción por los siglos de los siglos. Al final se cronifican las prescripciones, y hay un botón que, cuando tú le das a prescribir, se pone a renovar tratamiento crónico y lo puedes alargar hasta un año. Y es verdad que esto se debería controlar. Se deberían hacer auditorías en ese sentido porque el programa de recetas te deja hacerlo. Entonces, o sea, tú renuevas el antihipertensivo, el antidepresivo y ansiolítico todo a la vez para 365 días. Algunos medicamentos sí que llevan un control específico.

### **Intervención 11:**

Buenas tardes, soy terapeuta ocupacional y me gustaría sobre todo daros las gracias por la estupenda mesa después de muchos años trabajando. Me ha gustado mucho y me ha sorprendido oír a Yolanda hablar precisamente de las intervenciones no farmacológicas tan necesarias. Y oyendo un poco lo que las demás decíais, bajo mi punto de vista, es fundamental el enfoque de la perspectiva de género. Indudable. Es fundamental para mí, por lo menos bajo mi punto de vista profesional, el enfoque de la ocupación significativa. Precisamente mucho de lo que estáis hablando con una buena evaluación, una buena valoración de las ocupaciones significativas de las personas, esa perspectiva, esa mirada desde la terapia ocupacional. Yo creo que es algo fundamental, que afortunadamente cada vez se va haciendo más, pero que todavía nos falta mucho camino y que al final las personas, además de muchas cosas, somos nuestras ocupaciones.

Desgraciadamente y en pandemia, precisamente uno de los grandes problemas que hemos tenido es el desequilibrio ocupacional. El equilibrio ocupacional ha sido completamente roto, entonces creo que es necesario que podamos ir añadiendo esta mirada, porque precisamente es un tratamiento no farmacológico el que ofrece la terapia ocupacional y que al final, para mí la infancia y la juventud, las personas mayores, las personas con discapacidad, no hemos hablado de ellas, pero las personas con discapacidad llevan todos los panes del mundo más todo lo demás que queramos añadirle. Entonces todo este tipo de colectivos como más vulnerables, en los que hay que poner el ojo, no se nos pueden perder de vista infancia y juventud, personas con discapacidad, personas mayores y en todas hay género. Es doblemente vulnerable ese colectivo. Yo creo que no se nos debe perder de vista nunca y que jornadas como esta, precisamente por esa posibilidad de los equipos multidisciplinares son los que nos ayudan a entender y aprender muchísimo. Por lo tanto, de verdad muchísimas gracias por el trabajo que estáis haciendo al hacer este tipo de jornadas.

### **Intervención 12:**

Era un apunte. Contamos con nosotros una temporada con un trabajo fin de máster. Es emocionante. Y este va a ser el clavo como decía la compañera. Son equipos transdisciplinares. Pero en el fondo la dependencia es una enfermedad médica que hemos generado nosotros prescribiendo medicamentos. Es que cuando yo veía a los pacientes adictos a las pacientes adictas, más o menos todo el tiempo, entonces yo la veía y para mí era normal. Pero los ansiolíticos y la medicina, el hombre, la mujer no va por ahí a robar, porque se hace todo ya. Es una dependencia a ansiolíticos de prescripción. Debemos profundizar más en nuestra

capacidad de medicar mejor contando con lo farmacológico, obviamente. Las UCA son necesarias, pero cuando mando un paciente con este problema me dicen que no es de los suyos. Hace falta un equipo transdisciplinar dedicado a conductas adictivas porque es una enfermedad que hemos generado nosotros. Es un poco simplemente volver a esta reflexión.

### **Dra. Lucía Hipólito:**

Ahí creo que también estás entrando en el campo del estigma de la adicción. En el momento en el que creemos que porque una persona sea funcional y vaya a trabajar no está teniendo un problema o un trastorno de consumo de esas sustancias. Entonces eso también es algo que está relacionado con la formación que hablábamos antes.

### **Intervención 13:**

Hola, buenas tardes, en primer lugar, felicitaros por las presentaciones. Yo tenía dos preguntas. La primera para Yolanda. Estados Unidos, como se ha comentado es una de las preocupaciones y de hecho tenemos una conferencia online organizada por la OEA/CICAD, la UISYS y el Servicio de Adicciones del Ajuntament de València, porque es uno de los grandes problemas la epidemia de fentanilo, un opioide que puede haberse obtenido mediante receta, pero que también hay un tráfico ilegal en México tremendo que está produciendo 150 o 200 muertes diarias en Estados Unidos. Como trabajas en urgencias, ¿habéis detectado algún caso? Porque la encuesta de ahora sí que nos da que ha habido diez puntos porcentuales de incremento, al menos en el consumo alguna vez de fentanilo. Entonces, quería saber, como dices que trabajas en urgencias, si habéis tenido ocasión.

Y por otra parte, a Lucía, recuerdo que en la década de los 90 nos encargó el Ministerio, un estudio sobre la desintoxicación ultra corta, por lo salvaje que era dar naloxona brutalmente en la UCI para desintoxicar a los pacientes dependientes de la heroína. Es decir, las soluciones para la sobredosis inyectando naloxona, como dicen en Estados Unidos, pues que nos expliques un poco qué efectos puede tener esta inyección, etc.

### **Dra. Yolanda Cañada:**

Sí, contestarte que es verdad que en urgencias cada vez son más. La principal urgencia psiquiátrica es la ideación suicida y cada vez son más las mujeres que te encuentras. Son mujeres de aproximadamente unos 60, 65 años que tienen prescrita medicación para el dolor, que tienen dolor crónico, fundamentalmente fibromialgia, por ejemplo, y que además tienen un diagnóstico de depresión comórbida. Entonces, sí que, en muchas de ellas, y esto lo vemos, hay un abuso de los parches del fentanilo, del tramadol con el paracetamol, estos fármacos que también están prescritos muy extendidamente, y lo vemos. Vemos gente que tiene cuadros de intoxicación, cuadros de abstinencia en mujeres. Yo no he visto ninguno. He visto cuadros de abstinencia, de heroína, sobre todo, y de metadona, pero de este tipo de fármacos no he visto en la urgencia. Sí he visto abuso.

### **Dra. Lucía Hipólito:**

Respecto a la pregunta de urgencias, yo he estado mirando datos, a los que he podido acceder, por muertes por sobredosis y los que podía acceder de atención en urgencias. Y la verdad es que nosotros todavía no estamos viendo esos niveles. Tampoco estamos viviendo un cambio de tendencia. Todavía tenemos una tendencia bastante similar. Creo que es una

cuestión temporal que el hecho de que ahora subamos el número de prescripciones no significa que ahora ya vayamos a ver esos cambios, sino que habrá que ver qué sucede a lo largo del tiempo.

En el caso de Estados Unidos, ha pasado mucho tiempo hasta que esto se ha vuelto una epidemia y ha desbordado completamente. En Estados Unidos la problemática es tal que, claro, esa idea de poner la naloxona incluso en la calle básicamente tiene la única idea farmacológica de retirar la unión del medicamento que puede producir depresión respiratoria y puede producir la sobredosis en el paciente. Pero claro, esto no es tan sencillo como que estemos en la calle y ahora yo crea que una persona tiene una sobredosis de opioides y le dé una administración de naloxona.

Rápidamente, para que lo entendamos, lo que ocurre es que tenemos el receptor de opioides y el fármaco unido y eso hace un efecto y la naloxona lo que va a hacer es desplazar el unido para que no realice esos efectos. Claro, lo que vamos a ver es rápidamente lo opuesto, todos los efectos contrarios de precipitar la abstinencia, que eso puede tener unos efectos también de riesgo. Por lo tanto, la decisión de Estados Unidos de llevar la naloxona a la calle, creo que en ciertos aspectos la entiendo, y especialmente teniendo en cuenta las distancias. Yo no sé si habéis vivido en Estados Unidos o habéis viajado, pero es que las distancias no tienen nada que ver con nuestras distancias. Entonces la atención médica no la recibes tan rápido. Yo he vivido en Nueva York y está todo muy cerca, todo muy pegado. Pero te vas a la mitad de Estados Unidos, a Virginia, a North Carolina, donde tienen unos problemas brutales con esto, e igual hay horas y horas hasta llegar a atención médica. Por lo tanto, yo entiendo esa herramienta, no sé si se puede trasladar a nosotros, en el caso de que llegáramos a ese punto, porque como bien indicas, farmacológicamente, es complejo, muy complejo. Yo no lo dejaba al uso de todo el mundo y deberíamos tener formación sobre eso, claro.

#### **Intervención 14:**

Yo quería felicitar a los ponentes por demostrar la importancia de la investigación con perspectiva de género. Se ha puesto en evidencia el sesgo histórico en la investigación clínica. Entonces, os animamos a que sigáis por ese campo. Como vengo del campo de la Salud Pública, que soy jubilada, profesora de Salud Pública, quiero hacer una observación porque no he escuchado una palabra clave que me parece determinante para poder entender este problema. No he oído la palabra **“determinante de la salud”**. El género es un determinante de la salud. Claro, esto no se explica ni en las facultades de medicina, ni de enfermería. Tampoco se ha estudiado la morbilidad diferencial y todo eso. Entonces, claro, yo creo que es muy importante que se ponga esa palabra clave. Hemos hablado de la Atención Primaria, precisamente el Decreto de Estructura de Atención Primaria del 2019, que salió publicado en el BOE. Nos aparecen en ese marco conceptual y teórico de donde nos tenemos que situar los sanitarios y educativo para ir todos a una como en Fuenteovejuna. Es precisamente que el género es un determinante estructural del eje de desigualdad. A lo largo de la pandemia se vio ya esta diferencia, por lo que se había publicado. Pero claro, es que es un eje de desigualdad. Vamos a ver la brecha salarial, los cuidados, la doble y la triple jornada laboral, la falta de conciliación, las familias monoparentales, que son mujeres mayoritariamente, etc. Tiene que haber una mayor formación.

### **Intervención 15:**

Lo primero, agradecerlos porque las tres ponencias han sido formidables. Pero lo que también me está gustando muchísimo es la línea que está tomando en algunos momentos esta parte de participaciones, porque hemos empezado a hablar de la prevención. Si hablamos de tratamiento solo hablamos de personas enfermas. Pero si hablamos de prevención, porque si no hablamos de prevención, la patología seguirá creciendo y tal vez los tratamientos mejoren, pero la base seguirá creciendo, estaremos en un bucle dañino, totalmente dañino. Si hablamos de prevención, hemos de empezar a hablar de una sociedad enferma, donde quienes fabrican unos fármacos tienen toda la capacidad de enriquecerse aún a costa de la salud de la población, y el sistema legislativo no pone unos límites claros a ello. Iba a hacer una mención a todo el tema de género, pero la compañera realmente lo ha abordado y no me atrevo a apuntar nada, solamente decir, que parece que la responsabilidad es de quien padece la enfermedad, es resultado en gran medida de un entorno, de unas expectativas, de una sociedad que cada vez corre más, como dice la canción, para ir a ninguna parte. Corres tanto que no tienes tiempo ni para estar contigo mismo y saber cómo te sientes. Y cuando consigues saber cómo te sientes, es difícil que encuentres a alguien que te escuche más de un cuarto de hora. De hecho, tengo un compañero que siempre dice que los psiquiatras, mejor dicho, que los psicólogos, tienen trabajo, porque ni los amigos ni los curas escuchamos ya. Entonces quería saber vuestra opinión sobre el planteamiento de la prevención, porque si no vamos a estar girando la rueda del molino y nunca la pararemos.

### **Dña. Laura Martínez:**

Mi apuesta por la prevención es firme. Necesitamos trabajar con niñas, niños y adolescentes. Cuando tengo alumnado en prácticas y me dicen “¿cuándo vamos a ver a los adultos?”. No vamos a ver adultos, no tenemos pacientes adultos. Nuestra población destinataria con quien tenemos que trabajar es con niñas, niños, con infancia y con adolescencia, principalmente, porque ahí es donde podemos y donde debemos enfatizar y poner en valor la prevención. La verdad es que tampoco está muy bien valorada, lo sabéis. Pero bueno, se tiene que trabajar ahí, en ese ámbito, comentaba antes, la prevención inespecífica no tanto de la sustancia, sino de las habilidades para la vida, de lo emocional, de cómo nos sentimos. Hay veces, las compañeras lo saben, que cuando entramos en un aula nos cuesta mucho arrancar con la sesión o con lo que llevamos y hay veces que incluso no trabajamos lo que llevamos, porque se generan otro tipo de malestares y consideramos que tenemos que abordar ese tipo de malestares que están ocurriendo entre los y las adolescentes.

### **Intervención 16:**

Y en ese sistema sanitario que tiene fácil la receta y tan entorpecida la escucha, ¿qué podemos hacer?

### **Dra. Yolanda Cañada:**

Escuchar al paciente y tener otros recursos externos. Externalizar no responder desde el modelo médico a ese malestar. Yo creo que es fundamental lo que decía Laura, la educación emocional, la tolerancia a la frustración y al malestar es algo que vemos cada vez más los profesionales de salud mental en los adolescentes. No, no se nos permite fracasar y además

visibilizar el fracaso está mal visto, porque las redes sociales muestran nuestra mejor cara, nuestra mejor sonrisa y lo bien que hacemos las cosas, pero no lo mal que las hacemos. Entonces, ese mensaje que se está transmitiendo a los adolescentes, pues también hace mella. Si no tenemos en la atención primaria más tiempo para escuchar al paciente, pues quizás hace falta tener lugares que sirvan para poder dar salida a ese malestar. No digamos servicios municipales de psicología en los que una vez se ha hecho un diagnóstico, no hay un diagnóstico de depresión, por ejemplo, no hay un diagnóstico de ansiedad que se tenga que tratar desde la sanidad, sino poder derivar a esta persona que tiene un duelo y que necesita ayuda en un momento puntual, pues a un recurso psicológico municipal, por ejemplo. Y luego a nivel de los colegios, yo apuntaría sobre todo que la figura del psicopedagogo, del psicólogo escolar tienen que estar muy presentes, y que la educación emocional debería estar ahí con las actividades preventivas a piñón fijo, para poder formar en el malestar a los niños adolescentes.

### **Dra. Lucía Hipólito:**

Yo quería añadir una cuestión en torno a la prevención y en torno a lo que estamos hablando. En ningún momento hemos hablado de los recursos financieros, pero todo esto pasa por tener más recursos financieros para prevenir, para educar a los adolescentes en las escuelas, para educar a las personas mayores que reciben tratamientos, para dar apoyo, etc. La financiación es fundamental para investigar lo necesario, para investigar el género, el determinante del género, para que la educación la hagamos mejor. Evidentemente todo esto va a pasar porque realmente nos demos cuenta qué es lo que queremos o necesitamos financiar y si lo que queremos financiar es una salud, pues hay que financiarla. Además, la prevención en el caso del trastorno de consumo de sustancias es la única herramienta. Yo no puedo dar un medicamento que me vaya a ir súper bien para tratar a la persona que sufre adicción y la persona que sufre adicciones va a sufrir de por vida. Por lo tanto, prevención a tope y a saco.

Nosotros no podemos tampoco dejar sin tratar a las personas que tienen dolor crónico. Entonces la actitud en la prescripción también puede ser preventiva. Las dosis adecuadas, el uso racional del medicamento que deben realizar los pacientes. Saber si mi paciente tiene otras comorbilidades o no es que hay veces que son en cinco minutos de consulta, diez minutos de consulta no se puede hacer. Entonces pues bueno, estoy súper de acuerdo con todo lo que habéis comentado.

### **Dña. Laura Martínez:**

Permitirme, porque a lo mejor no lo había dicho desde el principio. Las Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA) somos Unidades. Estamos repartidas por toda la Comunidad Valenciana. Somos en torno a 85 o 90. En este momento somos Unidades, trabajamos solo una persona. Ahora tengo la fortuna de tener un equipo de trabajo que acaba el 31 de mayo sus prácticas y vuelvo a quedarme sola, sola con los recursos municipales, con el Centro de Salud, porque yo me muevo para coordinarme con todos los recursos sanitarios y hago hasta donde llego, pero soy yo sola y eso lo tenemos que tener en cuenta.

### **Intervención 17:**

Lo que se ha expuesto de Estados Unidos no es de extrañar. Tienen mortalidad infantil mucho más elevada que otros países. No tienen un Sistema Nacional de Salud, como sabéis la sanidad es allí muy complicada. Para recibir asistencia tienen que recorrer distancias inmensas hasta las ciudades donde están los recursos sanitarios. Lo que da dinero en la medicina privada es estar en las ciudades. Aquí tenemos Sistema Nacional de Salud, pero que no está desarrollado como toca, no se ha invertido en Atención Primaria. Hablo desde la Facultad de Enfermería y Podología. A las enfermeras las estamos formando un poco en ciencia ficción, porque decimos “la OMS que dice que hay que hacer esto”. Luego hacen prácticas y hacen ciencia ficción porque lo hacen como prácticas, pero no como práctica real profesional. Entonces, cuando Ana Sánchez decía hay que hacer visita domiciliaria, no solo hay atención curativa, sino que hay que ir ahí a estar con la familia, ver los riesgos que tienen, como están las relaciones familiares, cómo están las barreras arquitectónicas, etc.

Así que, ¿qué es lo que hay que hacer? Invertir en el Sistema Nacional de Salud. Una cuestión también de la OMS. El 16 y 17 de agosto de este año, se va a celebrar una conferencia en la India donde 170 países están pidiendo a la OMS que introduzca terapias complementarias en medicina tradicional. Pero aquí es un estigma, es una chincheta en el talón de la universidad hablar de estas cosas, especialmente de emociones. Pero estáis hablando de otras formas de abordaje y en otros países no están tan estigmatizadas, ni tampoco son tan tabús. Y aquí seguro que España no estará. Es que tenemos lobbies de presión tremendos que impiden que la universidad investigue esto. Ya se han hecho resonancias magnéticas, se ha visto cómo cambia el cerebro, etc. No sé si sería una solución otra vía no farmacológica. 170 países, 190, 200 que hay, y nosotros no estaremos.

### **Moderadora:**

#### **Dra. Andrea Sixto Costoya**

Bueno, pues con esta última intervención debemos ir cerrando la sesión.

Creo que el turno de debate ha hecho honor a su nombre y ha generado muchas intervenciones y un animado debate, con muchas percepciones que tendremos que ir asimilando poco a poco.

Cristina Rius y yo representamos al grupo UISYS, y en su nombre damos las gracias a las ponentes por sus excelentísimas presentaciones y por supuesto a ustedes por estar aquí a estas horas.

Nos hemos ido un poco de tiempo, pero creo que ha valido la pena.

Muchas gracias a todas y a todos por vuestra participación.





**AJUNTAMENT  
DE VALÈNCIA**  
SERVICIS SOCIALS



**UPCCA  
VALÈNCIA**

**UNITAT D'IGUALTAT**



VNIVERSITAT ID VALÈNCIA

 **Cendoc Bogani**



**UISYS**

Unidad de Información e  
Investigación Social y Sanitaria

VNIVERSITAT  
ID VALÈNCIA