



# **ADICCIONES OCULTAS**

Aproximación al  
consumo diferencial  
de psicofármacos

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS  
Comisión de Drogodependencias y Adicciones

Promueve:

INSTITUTO CANARIO DE LA MUJER

Cofinancia

FONDO SOCIAL EUROPEO

# ADICCIONES OCULTAS. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos.

## AUTOR/AS:

M<sup>a</sup> José de la Cruz Godoy  
Bárbara Fariñas Michelena  
Ángel Herrera García  
M<sup>a</sup> Teresa González González

## ASESOR/AS:

Eduardo Cabrera Casimiro, Lourdes García Averasturi y Mónica Rincón Acereda.

## COLABORADORES:

A. Marcial Santana y René Peñate (base de datos).

## DISEÑO DE PORTADA:

Alfredo Rodríguez

## COORDINADOR:

Eugenio Egea Molina

Nuestro agradecimiento al Servicio Canario de Salud por su colaboración, así como al personal de los centros de salud de la provincia de Las Palmas. Sin olvidarnos, de las/os usuarias/os sin cuya participación esta investigación hubiera sido imposible y carecería de sentido.

## ADICCIONES OCULTAS.

Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos.

Edición: febrero 2001 (versión digital corregida, 2002)

Prohibida la reproducción, almacenamiento y/o transmisión, mediante el empleo de cualquier medio, sin permiso expreso del editor.

### EDITA:

Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas

C. Carvajal, 12-bajo.

35004 Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias

Tel. 928 24 96 13. Fax: 928 29 09 04

Internet: [www.coplaspalmas.com](http://www.coplaspalmas.com)

Correo-e: [coplaspalmas@terra.es](mailto:coplaspalmas@terra.es)

D.L.: G.C. 1778-2000

ISBN: 84-931955-0-2

## **PRESENTACIÓN**

El presente estudio “Adicciones Ocultas”, es el resultado de varios meses de investigación en los Centros de Salud de la provincia de Las Palmas, adscritos al Servicio Canario de Salud.

Gracias a la financiación e interés del Instituto Canario de la Mujer y el Fondo Social Europeo, un grupo de psicólogas/os expertas/os de la Comisión de Drogodependencias y Adicciones, coordinados por Eugenio Egea Molina, han investigado la incidencia que tiene la demanda femenina de prescripción de psicofármacos en las consultas de atención primaria. Un monográfico que ayuda a conocer la realidad de muchas mujeres de nuestra provincia con el fin de mejorar tanto su calidad de vida, como la calidad de servicio de los Centros de Salud, lo que puede suponer un ahorro económico para nuestra comunidad.

Por todo ello, el contenido de este monográfico se convierte en muy interesante para todos/as aquellos/as psicólogos/as y otros/as profesionales que desean intervenir en el ámbito de este tipo de adicción.

Con esta investigación, el grupo de expertos sienta las bases de futuros estudios en torno a las necesidades de la población, así como de preparar programas de prevención y de intervención integral.

Agradecemos el apoyo recibido del Instituto Canario de la Mujer y sus acciones encaminadas para la mejora la calidad de vida de las mujeres de nuestra Comunidad. En el mismo sentido, al Fondo Social Europeo promotor de iniciativas que redundan en el bienestar colectivo. Asimismo, ha sido decisiva la colaboración prestada por los centros de salud de nuestra provincia.

**Cristina López Díaz**  
**Decana del Colegio Oficial**  
**de Psicólogos de Las Palmas**

## INDICE

---

<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
<b>INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>GRÁFICAS.....</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>49</b>

## JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la década de 1940, definía la salud como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2000). Por lo tanto, podríamos plantear el consumo abusivo de psicofármacos o la adicción a cualquier otro medicamento como una ausencia de salud, con los problemas que ello acarrea: desde el deterioro físico por ingestión de sustancias al deterioro de la calidad de vida de la persona.

La drogadicción es, hoy por hoy, un problema serio para hombres y mujeres de todas las edades y condiciones sociales. Se sabe que el uso de drogas va ligado a la existencia de la humanidad (Escohotado, 1994), pero el abuso y la dependencia de psicótopos son más prevalentes en la actualidad.

En el caso de las mujeres, tiene especial relevancia el consumo de psicofármacos. En la bibliografía consultada, se observa los deterioros más graves en las siguientes áreas:

□ Área social:

- Disminución de las relaciones sociales en cuanto a cantidad y calidad de las mismas.
- Malestar en el centro de salud por saturación del servicio y peor calidad del mismo.
- Deterioro de las relaciones familiares por conflicto en su seno.

- Reducción del rendimiento en el trabajo por bajas laborales.

□ Área personal:

- Disminución de la autoestima.

- Descuido de la higiene personal.

- Ambivalencia emocional.

- Enfermedades asociadas (dolores de cabeza, mareos, náuseas, etc).

- Reducción de actividades placenteras.

□ Área sanitaria:

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, realizada en 1993; Canarias, junto a Valencia, eran las Comunidades donde más tranquilizantes se consumían (Servicio Canario de Salud, 2000)

Por otro lado, de los datos extraídos de la base del Sistema Informático para Farmacias (SIFAR), en Canarias para 1990, el 43.50% de la población general había consumido medicamentos, siendo este porcentaje más alto para mujeres (48.36%) que para los hombres (38.66%) (Servicio Canario de Salud, 2000).

En consecuencia, muchas personas consumen psicofármacos con o sin prescripción médica, hecho que ya fue alertado por la ONU en 1988. Es más, estudios realizados en Reino Unido demuestran que una de cada cinco mujeres y, uno de cada diez hombres, consumen algún tipo de tranquilizantes en algún momento del año y que, aproximadamente, uno de cada 40 adultos lo toman a diario (Haddon, 1985). Se trata de una clase de medicación ampliamente utilizada en el mundo civilizado

También en la Encuesta Nacional de Salud de 1997, se destaca que las mujeres españolas a partir de los 46 años toman casi cuatro veces más tranquilizantes que los hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998)

Otro dato interesante para nuestro estudio es que del número de envases de medicamentos prescritos en el Servicio Canario de Salud (SCS) en el año 1994, los tranquilizantes ocuparon el primer lugar con más de 900.000 envases recetados y, con un gasto en antidepresivos de más de 200 millones de pesetas (SCS, 2000).

En este sentido, el proceso de desarrollo social en el que está inmersa nuestra Comunidad ha propiciado, conjuntamente con otros factores, que durante los últimos años se haya instaurado un ambiente medicalizado en las relaciones del ciudadano con el sistema sanitario (SCS, 2000).

La exposición generalizada de la población al consumo de fármacos, los potenciales efectos dañinos del abuso y/o dependencia, el impacto de este consumo sobre el gasto sanitario público y la constancia de que este comportamiento es potencialmente modificable, sin perder por ello la calidad de la prescripción de una forma racional de los medicamentos, hace conveniente que se realice un análisis de la situación actual en nuestra Comunidad Autónoma.

Aún teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, no existe ninguna investigación específica al respecto y menos aún realizada con la población canaria. Paradójicamente, ni siquiera aparece ninguna anotación sobre psicofármacos, en las exhaustivas memorias del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio del Interior, 1999 y 2000)

En nuestro estudio, pretendemos conocer la incidencia que tiene la demanda de prescripción de psicofármacos en las consultas de Atención Primaria. Nos centramos en las mujeres en comparación con los hombres, por ser la proporción de 9:1 respectivamente, en dicho consumo; además de mayoritarias comparativamente las

pacientes aquejadas por trastornos del estado de ánimo y por trastornos de ansiedad (APA, 1995)

Por lo tanto, tenemos como objetivo realizar un breve estudio descriptivo sobre el consumo de psicofármacos en mujeres; así como de identificar las características y necesidades de estas, su perfil diferencial con el consumidor masculino. Con ello, ofrecer unas directrices a sus demandas y orientaciones para su tratamiento diferencial.

Desde este grupo de trabajo, queremos aportar ofrecer datos empíricos que sirvan de fundamento a futuras investigaciones con mujeres, que permitan una mayor articulación de teorías sobre la adicción y animar a otros a que realicen nuevos estudios sobre el tema.

Esta investigación ha sido desarrollada por la Comisión de Drogodependencias y Adicciones del Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas (COPLP), subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer (ICM) y el Fondo Social Europeo (FSE), dentro de las acciones enmarcadas en el II Plan Canario de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres (1999); ejecutándose entre los meses de noviembre de 2000 y febrero de 2001 en la provincia de Las Palmas, y en diferentes centros de salud, dependientes del SCS.

## MARCO TEÓRICO

Cualquier actividad humana tiene el potencial de convertirse en una conducta adictiva. Algunas se describen como adicciones negativas, al percibirse como perjudiciales para el individuo y para la sociedad (Wanigaratne, Wallace, Pullin et al, 1990; en Becoña, 1999) y otras son consideradas como menos dañinas e, incluso, como positivas (caso de la adicción al trabajo).

Para Gossop (1989; cit. Becoña,1999), los elementos esenciales de una adicción son:

- ❑ Un fuerte deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular.
- ❑ Capacidad deteriorada para controlar la conducta.
- ❑ Malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o dejada de hacer.
- ❑ Persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que produce graves problemas al individuo.

Se estima, en grandes rasgos, que más del 40% de la población de las sociedades desarrolladas, ha ingerido alguna sustancia ilícita en algún momento de su vida (Ambrosio,1999).

Si bien no todas las personas que usan sustancias psicoactivas ilícitas acaban siendo adictas, el abuso y/o dependencia de estas sustancias originan problemas judiciales y de salud. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ha definido las adicciones con mucha especificidad; de hecho el término oficial para describir una adicción es “dependencia a sustancias” (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). Definición que deja fuera las adicciones no químicas (ludopatía, sexo, internet, etc).

Por un lado, podríamos definir el concepto de psicofármaco como: "sustancia química exógena no necesaria para el funcionamiento celular normal que altera significativamente las funciones de las células del Sistema Nervioso cuando se toma en dosis relativamente baja" (Carlson,1999).

Los mensajeros químicos producidos por el organismo no son fármacos, pero las sustancias químicas que mimetizan sus efectos son clasificadas así. La definición de fármaco excluye los nutrientes esenciales (proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas). La definición específica que los fármacos tienen efectos a baja dosis, ya que prácticamente cualquier sustancia, incluida la sal común, puede alterar el funcionamiento de las células si se toma en grandes cantidades.

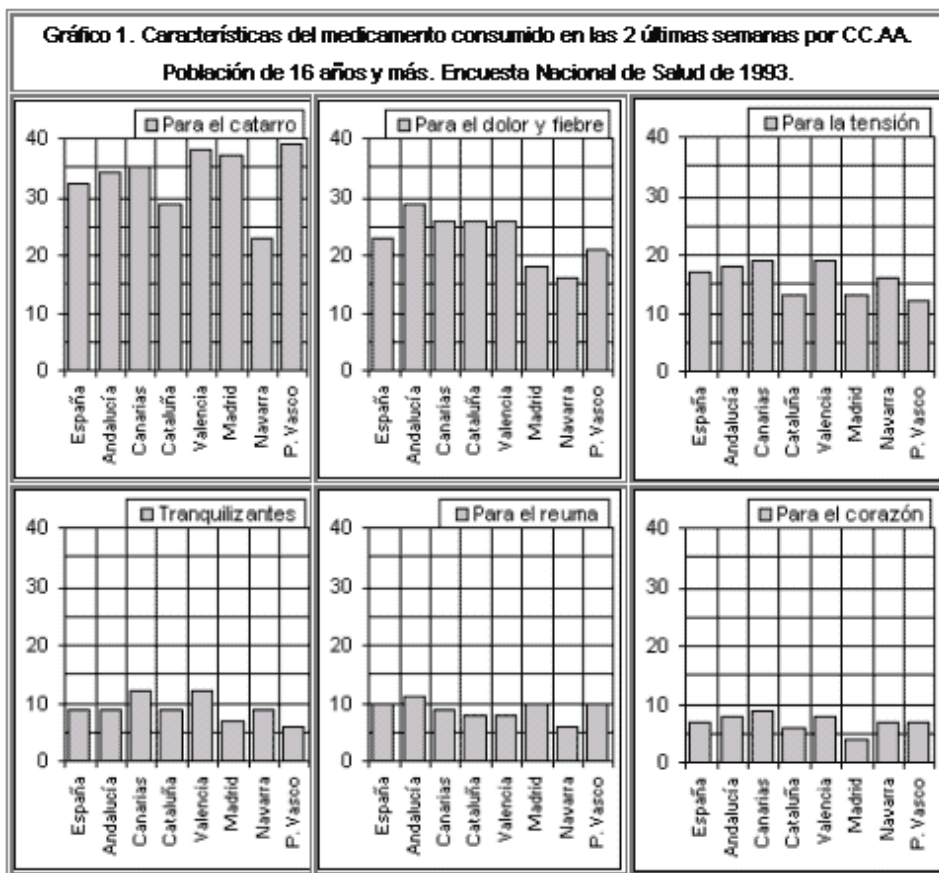
La vía de administración de los psicofármacos puede ser tanto inyectada, como oral, sublingual, rectal, inhalada, tópica, intracerebroventricular

Asimismo, la dependencia sería la existencia de un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales, sociales y fisiológicos que indican que el individuo consume, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con su consumo (APA, 1995).

Haddon (1985) afirma que si alguna mujer acude al médico solicitando un tratamiento por encontrarse "nerviosa", lo más probable es que el médico le recete tranquilizantes. Es más, el abuso de psicofármacos puede presentar problemas diferentes y requerir distintos métodos de tratamiento que en el caso de los hombres.

Son los médicos de cabecera los que suelen recetar estos tranquilizantes a aquellas personas que no necesitan ser hospitalizadas, ni recibir una atención especializada. A su vez, las mujeres principalmente toman tranquilizantes menores, creen necesitar algún tipo de ayuda para enfrentarse con la sensación

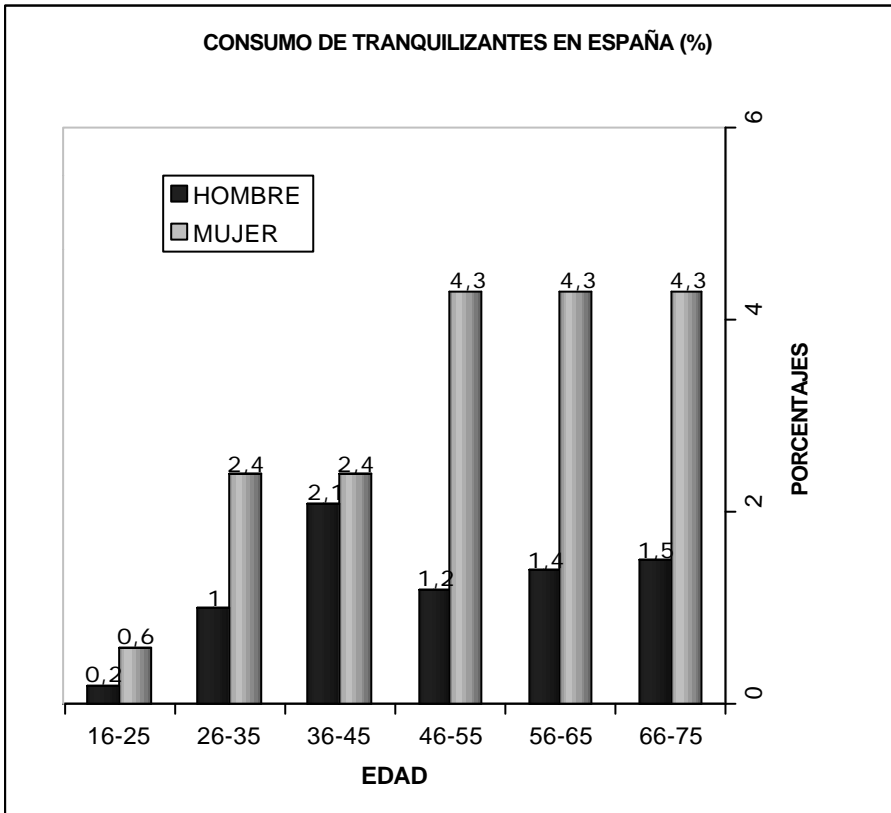
de ansiedad; siendo los somníferos y tranquilizantes menores los medicamentos más populares y recetados.



El 70% de las mujeres que dicen haber abusado de las sustancias psicoactivas; también declaran antecedentes de maltrato físico y sexual (NIDA, 1999). Hay más probabilidades que la mujer informe sobre una historia de alcoholismo y farmacodependencia en sus padres, que el hombre. También este estudio refleja que la mujer farmacodependiente tiene gran dificultad en abstenerse de las sustancias psicoactivas, cuando el estilo de vida de su compañero respalda su uso (NIDA, 1999)

Muchas mujeres que usan sustancias psicotrópicas no buscan tratamiento, porque tienen miedo de no poder cuidar a sus hijos, o perder la custodia de los mismos. La maternidad es un motivo básico para que muchas mujeres no se sometan a tratamiento.

En esta línea, las mujeres españolas consumen más tranquilizantes que los hombres en todos los rangos de edad, pero las diferencias son más destacables a partir de los 46 años (Encuesta Nacional de Salud, 1997) (ver gráfico 2).



**Gráfico 2: Porcentaje de consumo de tranquilizantes diferenciados en grupos de edades y de género**

Las diferencias de género se reflejan en cuestiones como las respuestas al consumo abusivo de drogas por los hombres, estos suelen centrarse en los efectos relacionados con el delito; mientras que las de las mujeres parecen estar más motivadas por una preocupación ante el impacto del consumo abusivo de sustancias adictivas en terceros (hijos, prostitución y miedo por enfermedades de transmisión sexual, etc) (Haddon, 1985).

Siguiendo a Rodríguez San Julián (1999), las representaciones sociales sobre los psicotropos forman una parte sustancial de cómo cualquier sociedad convive con las mismas y sus diferentes consumos. Encontramos que los estereotipos, consideraciones y valoraciones respecto a las sustancias adictivas, evaluación de los problemas asociados y la percepción de los consumos serían, al menos, similares entre hombres y mujeres.

Sin embargo, también la Dra. Rodríguez San Julián (1999) ha observado la existencia de importantes diferencias entre géneros en las conductas objetivas de consumo: tipo de drogas, cantidades, etc.

Lo que parece cierto, es que existen muchas personas (tanto mujeres como hombres) que pueden haber desarrollado una dependencia a medicamentos recetados por el médico, porque probablemente empezaron a tomarlo por razones terapéuticas, y continuaron medicándose aunque no exista aquél primer motivo. Muchos/as de ellos/as ni siquiera sospechan que puedan ser dependientes a los psicofármacos (Haddon, 1985).

Así pues, se reflejan dos tipos de componentes respecto a la percepción de las sustancias psicoactivas y los consumos:

- Uno de carácter estructural, relacionado con las expectativas sociales y los roles específicamente asignados a las mujeres dentro del conjunto de la sociedad.

- Otro componente dinámico, que se refiere a las formas de acomodación y transformación de esos roles.

La dialéctica entre estos dos componentes, se configura alrededor de tres grandes elementos:

- La maternidad (real o expectativa) que, siendo un referente específicamente femenino, implica conceptos de gran importancia relativos al autocontrol y el autocuidado.
- La doble penalización que implica (desde la sanción social) la trasgresión en el caso de que sea protagonizada por una mujer, afectando a distintos aspectos de su imagen interna y externa.
- El posicionamiento desde una mayor exigencia de fortaleza que, argumentando desde la responsabilidad del espacio privado y la participación en público, remite a la necesidad de ser capaz de “controlar” los comportamientos o, en caso de que se produzcan, demostrar esa capacidad de control.

Otro hecho destacable, es que en muchos estudios se refleja que las mujeres adictas son una minoría clara con respecto al hombre, un cuarto en Europa, pero esto es una conclusión sesgada, puesto que la misma se basa en el conocimiento de los drogodependientes masculinos que han solicitado tratamiento en centros especializados (CAD, UDH, etc.).

# INVESTIGACIÓN

## 1. PROCEDIMIENTO

### 1.1 OBJETIVOS

#### 1.1.2 OBJETIVO GENERAL

- Conocer algunas características descriptivas de las mujeres consumidoras de psicofármacos que acuden a los servicios de atención primaria
- Realizar un análisis descriptivo del perfil de los/as consumidores/as de psicofármacos en Canarias para crear un marco donde planificar futuros proyectos de investigación y de asistencia.

#### 1.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer si las personas que acuden a los servicios de atención primaria para prescripción de psicofármacos son en su mayoría mujeres.
- Determinar si las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria para prescripción de psicofármacos tienen una larga historia de consumo.
- Evaluar si las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria para prescripción de psicofármacos han sido o no tratadas en razón de su dependencia (cuando la haya) a los medicamentos.

## **2. INTERÉS DE LOS MISMOS**

En el II Plan Canario de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres en su apartado de “Investigación y Formación”, página 34, tiene como objetivo número 11 el “Disponer de estudios del proceso salud / enfermedad que contemple la influencia del género, así como la integridad de las componentes somáticas, psíquica y social en el enfermar de las mujeres, a fin de poder desarrollar una atención sanitaria eficaz”. A su vez, en el objetivo 12 dice así: “Disponer de estudios especializados acerca de la incidencia y diagnóstico de determinadas enfermedades y factores de riesgo, en relación con las mujeres”. Para ello detalla en la acción 29 el “propiciar y financiar estudios que analicen el consumo de fármacos, alcohol y tabaco por las mujeres, e investiguen los factores psicosociales que contextualizar el consumo, a fin de poder intervenir en su prevención y tratamiento adecuado”. Acción en la que se encuadra nuestra investigación, teniendo en cuenta hasta la fecha no hay estudio sobre este tema hecho en Canarias.

## **3. HIPÓTESIS**

### **3.1 HIPÓTESIS GENERAL**

- La mayoría de personas que acuden a los servicios de atención primaria para prescripción de psicofármacos son mujeres, con una larga historia de consumo (más de 12 meses), con signos de dependencia y que nunca han sido atendidas por dicha problemática adictiva.

### **3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

I. Las mujeres prevalecen sobre los hombres en el consumo de psicofármacos

II. Son mujeres casadas, amas de casa y mayores de 45 años en las que se acentúa el consumo de psicofármacos

III. Los motivos más frecuentes en el consumo de psicofármacos en las mujeres son la angustia y el nerviosismo.

IV. El consumo de psicofármacos tiene tendencia a extenderse por períodos prolongados

V. En una parte considerable de los casos, las mujeres que consumen psicofármacos los obtienen mediante prescripción de su médico de cabecera

VI. Los ansiolíticos e hipnóticos son los psicofármacos más consumidos

VII. No siempre existe coincidencia entre los tipos de psicofármacos indicados respecto a los motivos que las mujeres exponen para su consumo

VIII. El consumo de psicofármacos en las mujeres provoca interferencias indeseables en sus vidas e importantes cambios negativos en sus hábitos y rendimiento

IX. Entre las mujeres que consumen psicofármacos, deben aparecer con frecuencia *cambios de humor, problemas laborales y económicos*.

X. Las mujeres presentan mayor dependencia a los psicofármacos que los hombres.

XI. Existe una alta demanda de mujeres que reclaman tratamiento específico para eliminar su dependencia a los psicofármacos.

XII. Una parte importante de las mujeres que consumen psicofármacos cumplen los criterios de dependencia que establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1995).

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 DISEÑO

- Estudio epidemiológico

Las características elementales de nuestra investigación son:

- Estudio de campo: se trata una observación sistemática en el ámbito natural, en la que no se modifica ninguna característica de la vida real.
- Descriptiva, se recogen las características de una población concreta.
- Transversal: los datos se obtienen de una serie de variables de una población determinada, en un momento determinado.

Entre nuestras limitaciones nos encontramos con la indisponibilidad de estudios sobre las cualidades psicométricas de nuestro cuestionario, por lo que los resultados obtenidos deben ser tenidos en cuenta como provisionales, a la espera de más investigaciones. En cualquier caso, se trata de una primera aproximación a un campo todavía poco explorado en nuestro entorno y queremos que sirva como puente para posteriores estudios más controlados.

### 4.2 SUJETOS

- Estudio epidemiológico

- **Ámbito muestral:** la provincia de Las Palmas (islas de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura).

- **Población:** habitantes de la provincia de Las Palmas mayores de 18 años y con cobertura de sanitaria de la Seguridad Social.

- Tamaño de la muestra: 705 sujetos de la provincia de Las Palmas.

### 4.3 INSTRUMENTOS

Cuestionario elaborado por la Comisión de Drogodependencias y Adicciones del COPLP, basados en los criterios que aparecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA,1995), y a partir de los datos aportados por la revisión bibliográfica realizada.

### 4.4 DESARROLLO

Se elaboró un cuestionario para la recogida de datos, tanto demográficos como epidemiológicos.

La administración de los cuestionarios se realizó por el equipo de investigación en los ambulatorios y centros de salud de la provincia de Las Palmas, en diferentes franjas horarias (de 9 a 12, de 13 a 15 y de 16 a 18 horas). Después de contactar con las Gerencias de Atención Primaria de cada isla y, posteriormente con los directores/as de los centros de salud,

La administración de encuestas se realizó en los mismos centros con los pacientes disponibles que acudían a consulta. Una vez recogidas las encuestas, se comprobaban y codificaban para su posterior análisis.

Del cuestionario se tuvo que eliminar el apartado 2 y 3 de la pregunta 24, dado que las respuestas no fueron especificadas.

Los datos se trataron estadísticamente por medio de una base de datos, realizada en MS-Dos, por el equipo investigador.

## 4.5 PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES	TEMPORALIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión bibliográfica</li><li>- Elaboración de cuestionarios.</li></ul>	Un mes.
<ul style="list-style-type: none"><li>- Contactos con centros de salud y gerencia.</li><li>- Pase de los cuestionarios.</li></ul>	Un mes
<ul style="list-style-type: none"><li>- Codificación de datos.</li><li>- Análisis de los resultados.</li><li>- Redacción del estudio</li></ul>	Dos meses.

# RESULTADOS

## CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS RESPECTO A LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante el instrumento establecido en la metodología de trabajo, se llevó a cabo la obtención de datos sobre el terreno con la aplicación del cuestionario elaborado.

La muestra fue de 705 individuos, de ellos 548 mujeres y 157 hombres , debido a que en todos los centros visitados se pudo observar un mayor porcentaje de mujeres que hombres que acudían a consulta.

A continuación se comparan las formulaciones de las hipótesis específicas, con los resultados de la aplicación de dicho cuestionario.

### □ Hipótesis 1: **Las mujeres prevalecen sobre los hombres en el consumo de psicofármacos**

De los/as encuestados/as, 428 (78.10 %) mujeres manifestaron que actualmente consumían psicofármacos, al tiempo que 127 (80.9%) hombres lo hacían.

No se confirma la hipótesis planteada.

Sin embargo, hay que destacar que las mujeres que consumen desde hace más de un año (54.2%) es prácticamente el doble de hombres que lo hacen desde hace doce meses o más (27.39). Esto podría indicar que las mujeres tiene un consumo de psicofármacos más prolongado en el tiempo, mientras que los hombres lo toman más a corto plazo (los hombres que toman psicofármacos desde hace menos de 12 meses es del 53.5 %, mientras que las mujeres se sitúan en torno al 23.9 %,)

- Hipótesis 2: **Son mujeres casadas, amas de casa y mayores de 45 años en las que se acentúa el consumo de psicofármacos**

El consumo de psicofármacos entre las mujeres se distribuye, en cuanto a las edades, de la siguiente forma:

29 tienen entre 18 y 25 años (5.3%)  
 72 tienen entre 26 y 35 años (13.14%)  
**108 tienen entre 36 y 45 años (19.71%)**  
**109 tienen entre 46 y 55 años (19.9%)**  
 56 tienen entre 56 y 65 años (10.22%)  
 54 tienen 66 años o más (9.85%)

**Esa distribución se hace más marcada entre las mujeres que consumen durante más de 12 meses:**

12 tienen entre 18 y 25 años (2.19%)  
 48 tienen entre 26 y 35 años (8.76%)  
**81 tienen entre 36 y 45 años (14.78%)**  
**81 tienen entre 46 y 55 años (14.78%)**  
 36 tienen entre 56 y 65 años (6.57%)  
 39 tienen 66 años o más (7.12%)

Como se puede apreciar, el consumo está extendido de forma más acuciante a partir de los 35 años de edad, lo que refleja que las edades maduras y más avanzadas son las más proclives, en la población estudiada, a dicho consumo. También se observa que a partir de este margen de edad el número de consumidores/as disminuye, pudiendo ser una de las causas el índice de mortalidad en estos rangos.

Las ocupaciones de las mujeres que consumen psicofármacos son las siguientes:

16 Paradas/desempleadas/jubiladas/estudiantes (2.92%)  
**172 Amas de casa (31.39%)**

- 148 Personal no cualificado (27%)
- 54 Obreras/personal cualificado (9.85%)
- 32 Profesión universitaria (5.84%)
- 6 Empresarias (1.1%)

Complementa esta situación el hecho de que:

- 76 son solteras (13.87%)
- 158 son casadas (28.83%)**
- 78 son viudas (14.23%)
- 82 son divorciadas / separadas (14.96%)
- 34 forman una pareja de hecho o conviven con su pareja (6.2%)

Lo que viene a confirmar lo dicho. Es decir, mujeres casadas, amas de casa y mayores de 45 años son las más propensas al abuso en el consumo de psicofármacos. El resto de las edades son más susceptibles de una corrección estadística.

- **Hipótesis 3: Los motivos más frecuentes en el consumo de psicofármacos en las mujeres son la angustia y el nerviosismo**

Los datos obtenidos durante las entrevistas con las personas encuestadas son los siguientes:

**147 se encontraban nerviosas o angustiadas sin razón (26.82%)**

76 tenían problemas personales importantes (13.87%)

**100 padecían de insomnio (18.25%)**

59 sentían ansiedad (10.77%)

1 padecían de ataques de pánico (0.2%)

36 tenían síntomas depresivos (6.57%)

9 otras causas (1.64%)

Aun cuando queda confirmada la hipótesis, puede destacarse que un porcentaje bastante elevado (18.25%) padecían de insomnio, y probablemente un porcentaje elevado pudiera recogerse como trastornos de ansiedad, recogidas en las siguientes categorías: nerviosas y angustiadas, insomnio y ansiedad.

- **Hipótesis 4: El consumo de psicofármacos tiene tendencia a extenderse por períodos prolongados.**

Probablemente el dato más importante obtenido de la encuesta, y que viene a confirmar las predicciones del presente trabajo investigador, lo constituye el alto porcentaje de mujeres que consumen habitualmente psicofármacos desde hace un año o más, que representa el 54,2% de la muestra femenina, aunque no menos importante resulta el hecho que, probablemente, esta cifra continúe creciendo a la vista que otro 23,9 % de las mujeres encuestadas consumen psicofármacos desde hace menos de un año.

- **Hipótesis 5: En una parte considerable de los casos, las mujeres que consumen psicofármacos los obtienen mediante prescripción de su médico de cabecera.**

Los psicofármacos se adquieren, por lo general, mediante prescripción facultativa. De forma primaria, la población femenina acude a su médico de cabecera para recibir las indicaciones para aliviar sus padecimientos. A juzgar por los resultados, probablemente una legítima prescripción de un psicofármaco, indicado para una situación concreta y por un tiempo limitado, se torna luego en una de las fuentes del consumo, escapándose este hecho de la propio precepto médico. Los siguientes datos reflejan la situación que manifiestan las mujeres encuestadas y que consumen psicofármacos. El consumo se origina por:

25 fue por automedicación (4.56%)

45 se lo recomendó un conocido (8.21%)

218 se lo indico el medico de cabecera (39.78%)

136 se lo indico el especialista (24.82%)

4 otras razones (0.73%)

Aclarar que las personas entrevistadas acuden a centros de salud, pero nos podemos suponer que fuera de esta muestra puede existir una alta automedicación y, por tanto, no acuden a los mismos.

#### □ Hipótesis 6: **Los ansiolíticos e hipnóticos son los psicofármacos más consumidos**

Una vez consolidadas las distintas denominaciones comerciales, los psicofármacos que se consumen quedan distribuidos de la siguiente forma:

26 Neurolépticos (4.74%)

232 Ansiolíticos (42.33%)

67 Hipnóticos (12.23%)

113 Antidepresivos (20.62%)

Se puede apreciar que son las sustancias ansiolíticas las más consumidas, siguiéndoles con alguna distancia, los antidepresivos.

- **Hipótesis 7: No siempre existe coincidencia entre los tipos de psicofármacos indicados respecto a los motivos que las mujeres exponen para su consumo**

Es significativo el análisis que resulta de las entrevistas con las mujeres objeto de la presente investigación en lo referido a sus afirmaciones sobre las denominaciones de los fármacos que consumen y las indicaciones terapéuticas que le atribuyen. De este análisis ha resultado que:

El 12.59 % de las que consumen ansiolíticos, refieren que éstos están indicados para síntomas distintos a los correctos. De igual manera sucede con el 4.74 % de los antidepresivos y con el 1.45 % de los hipnóticos. Lo que viene a confirmar lo previsto en el marco del presente trabajo, y que no siempre el consumo prolongado está justificado por síntomas que aducen las mujeres en cuestión.

- **Hipótesis 8: El consumo de psicofármacos en las mujeres provoca interferencias indeseables en sus vidas e importantes cambios negativos en sus hábitos y rendimientos**

Casi el 50% de las mujeres encuestadas han manifestado que sus vidas han cambiado de forma negativa como consecuencia del consumo de psicofármacos. Lo han detallado de la siguiente forma:

- 58 pasan menos tiempo con familiares y amigos (10.58%)
- 63 han abandonado actividades que antes hacían (11.5%)
- 31 salen menos de casa (5.66%)
- 1 les desagrada hablar con la gente (0.2%)
- 1 les cuesta comenzar alguna actividad nueva (0.2%)
- 2 les cuesta terminar lo que empiezan (0.36%)
- 6 realizan sus trabajos con desgana (1.1%)
- 1 tienen menos paciencia (0.2%)
- 1 ha dejado de ir a sitios que antes les resultaban agradables (0.2%)

Todo lo cual determina un marcado deterioro de la calidad de vida de las mujeres afectadas, tendencia al aislamiento, soledad y apatía.

□ **Hipótesis 9: Entre las mujeres que consumen psicofármacos, deben aparecer con frecuencia cambios de humor, problemas laborales y económicos**

En relativa contradicción con el amplio consumo de los ansiolíticos, del estudio resulta que las mujeres refieren cambios en el humor, lo cual resulta significativo. Aunque los problemas laborales y económicos no dejan de tener importancia, la investigación arroja que son los aspectos funcionales (humor, memoria, apetito, concentración, etc) los más afectados. Por lo que se cumple solo en parte la afirmación de la presente hipótesis, recayendo el peso en aspectos no menos importantes para la vida de las afectadas. Los resultados son:

- 114 han tenido problemas en el trabajo (20.8%)
- 113 han tenido problemas con la familia (20.62%)
- 50 han tenido problemas económicos (9.12%)
- 76 han tenido problemas de convivencia (13.87%)
- 64 han tenido problemas sexuales (11.68%)
- 119 han tenido falta de apetito (21.71%)
- 85 han tenido pérdida de concentración (15.51%)
- 106 han tenido pérdida de memoria (19.34%)
- 37 han sentido incapacidad para hacer nuevas amistades (6.75%)
- 92 han sentido dificultad para realizar las tareas diarias (16.79%)
- 171 han experimentado cambios de humor (31.20%)
- 43 han descuidado la higiene personal (7.85%)

□ **Hipótesis 10: Las mujeres presentan mayor dependencia a los psicofármacos que los hombres**

Los datos resultantes confirman esta hipótesis: del total de encuestados, como se dijo, tomados de forma disponible, 54.2% de las mujeres consumen desde hace más de un año, mientras que el 27.39% de los hombres lo hacen

□ **Hipótesis 11: Existe una alta demanda de mujeres que reclaman tratamiento específico para eliminar su dependencia a los psicofármacos**

El 44.52% de las consumidoras consideran que tienen dependencia de los psicofármacos que consumen, 19.71% han tenido que recibir algún tipo de tratamiento por este motivo, y casi la mitad de las que consumen habitualmente (48.9%) declaran abiertamente que desearían recibir tratamiento especializado para su dependencia o para contener el abuso.

□ **Hipótesis 12. Una parte importante de las mujeres que consumen psicofármacos cumplen los criterios de dependencia que establece DSM-IV (APA, 1995).**

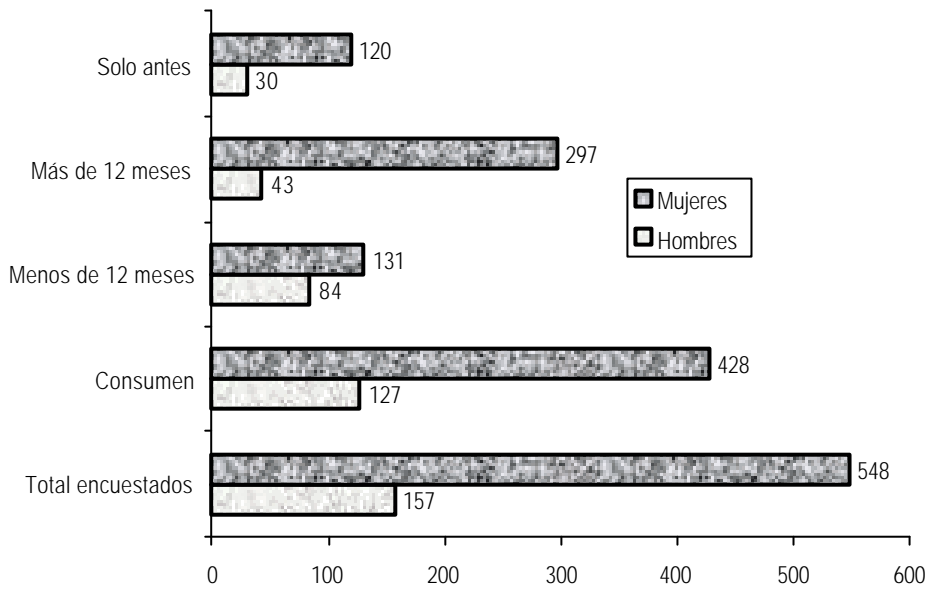
Aplicados los criterios a partir de las entrevistas, se ha obtenido el siguiente resultado entre los individuos de ambos sexos que sostienen un consumo de al menos 12 meses:

34 hombres (21.66%)

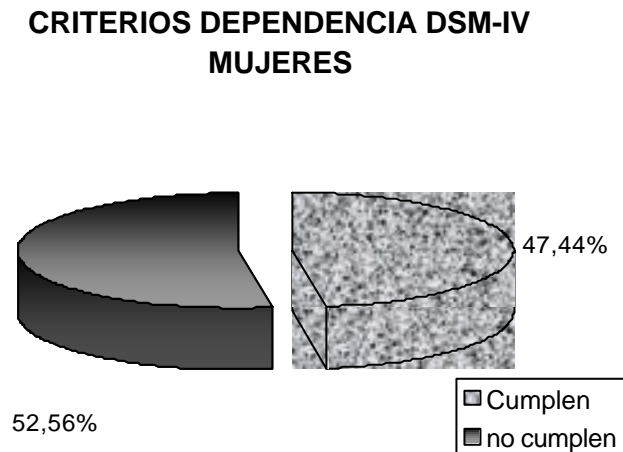
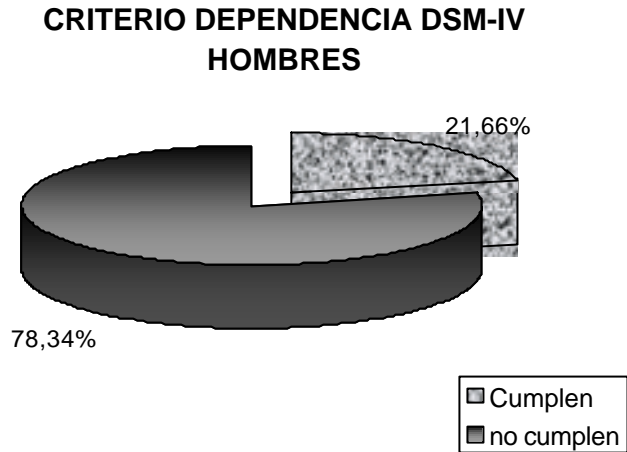
260 mujeres (47.44%)

# GRÁFICAS

## Datos generales de la encuesta

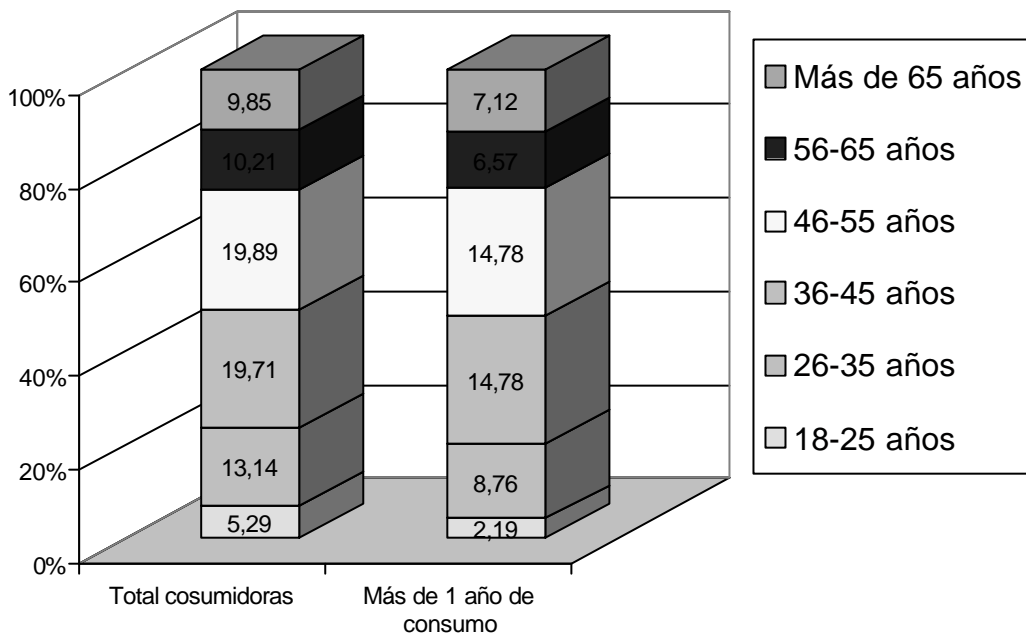


**Gráfica 3. Representación de las diferencias de género atendiendo al tiempo y consumo de psicofármacos**

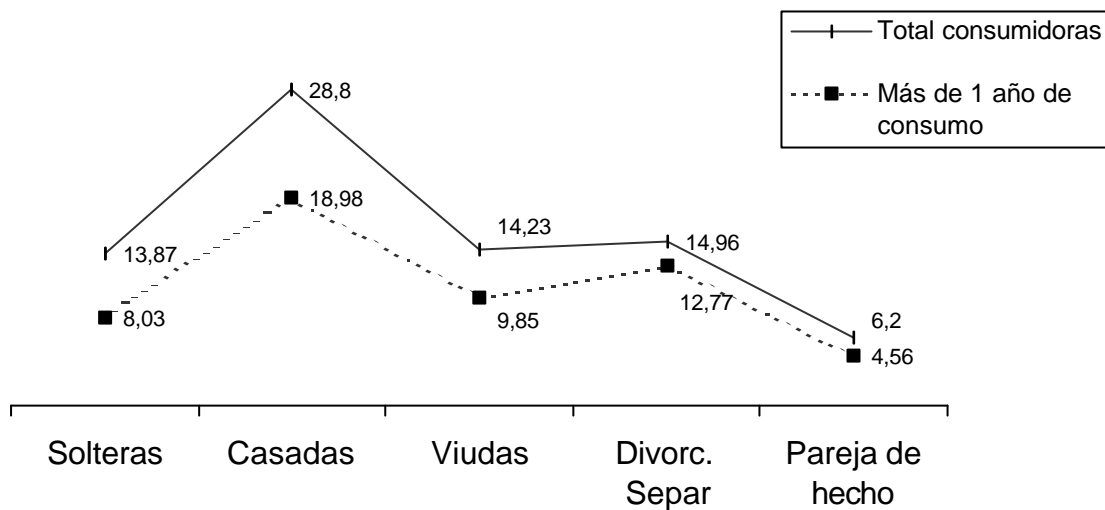


**Figura 1. Distribución de la población encuestada según los criterios de dependencia del DSM-IV, indicando el género de los que cumplen estos requisitos.**

### MUJERES - distribución por edades

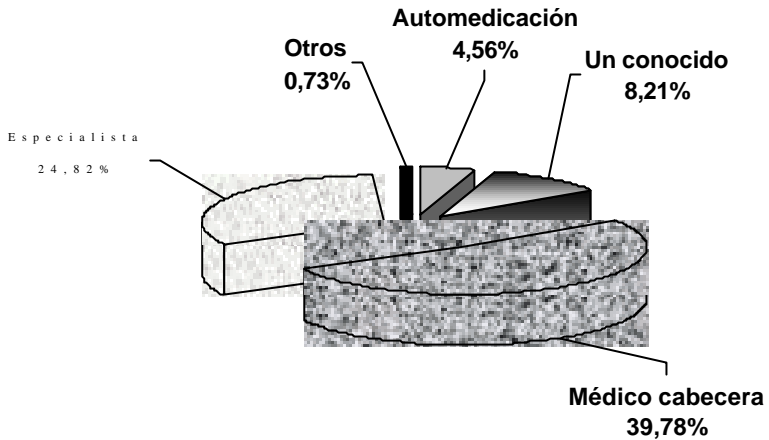


**Gráfica 4. Representación por edades de mujeres consumidoras de psicofármacos, especificando las que consumen desde hace más de un año**

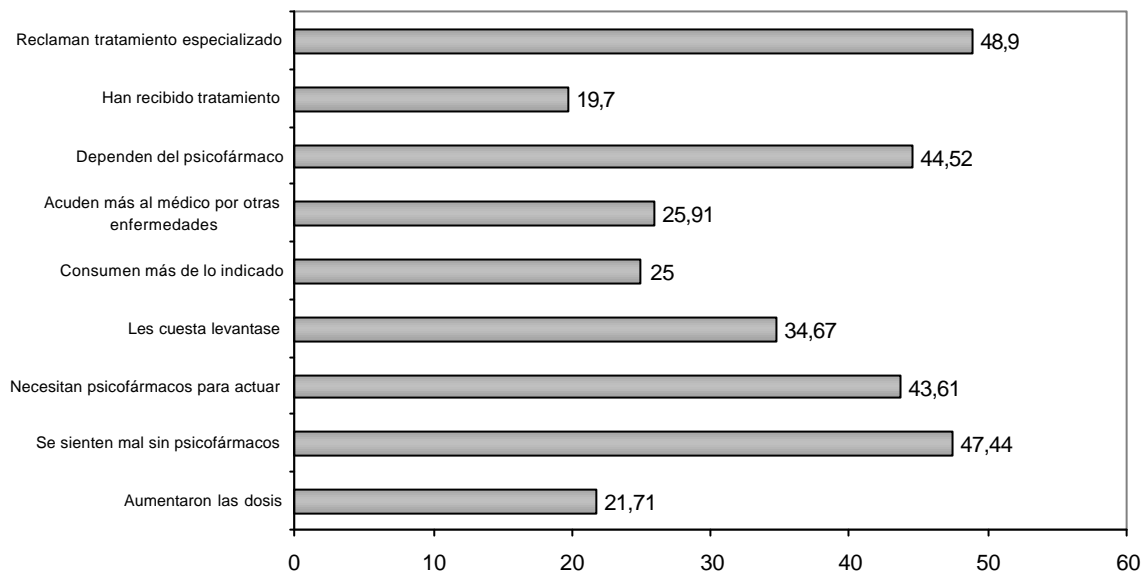
**MUJERES- ESTADO CIVIL**

**Gráfica 5. Representación del estado civil de mujeres consumidoras de psicofármacos, reflejando las que consumen desde hace más de un año**

## MUJERES - Quiénes recomendaron el consumo



**Figura 2. Representación de las personas que recomiendan el consumo de psicofármacos en la población femenina.**



**Gráfica 6. Consecuencias del consumo prolongado de psicofármacos distribuidas en tantos por cientos.**

## CONCLUSIONES

En líneas generales, se puede concluir que son las mujeres las que más consumen psicofármacos; con respecto a los hombres. Siendo su perfil descriptivo: casadas y mayores de 45 años. Muchos de estos casos, acudían a consulta por problemas de ansiedad y depresión, por lo que a efectos de prevención sería interesante profundizar en estos trastornos emocionales.

En la administración de las pruebas, se pudo observar que muchas de las encuestadas referían un largo historial de años de consumo, con un mantenimiento de la dosis de las sustancias prescritas por el médico en el inicio del tratamiento. Esto puede reflejar una dependencia psicológica a la misma más que física.

Otro punto de interés a destacar es el alto porcentaje de personas que demandan tratamiento porque consideran que tienen una adicción al psicofármaco. También hay otro grupo importante de encuestadas/os que demandan tratamiento y que, sin embargo, no reconocen su dependencia al mismo. Esto puede ser debido a lo difícil que es admitir un problema de esta índole y al ser un medicamento no se considera como “droga”.

Con respecto a los datos obtenidos del Plan de Salud del Servicio Canario de Salud (SCS 2000), se ha visto un incremento en el consumo de psicofármacos, que es posible estimar que a corto y medio plazo se mantenga o empeore esta situación. Esto producirá una saturación de las consultas médicas, así como un aumento en el gasto farmacéutico. Y lo más importante, un gran número de mujeres con una problemática no resuelta, sino agravada.

Frente a esta situación vemos como posible alternativa la puesta en marcha de futuras investigaciones en las que se podría analizar las posibles causas de este hecho, estimándose que puede ser uno de los motivos la transición a la menopausia y la posible reducción de responsabilidades en el hogar (crecimiento de los hijos, disminución de las actividades cotidianas, etc.). Desde aquí queremos incentivar una línea de estudio encaminada a verificar estos argumentos. Señalamos que sería adecuado tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ❑ Cambios físicos y emocionales producidos por la llegada a la menopausia.
- ❑ Alteración de la situación laboral debido a la jubilación.
- ❑ Valoración de la autoestima.
- ❑ Transformación del ambiente familiar (abandono del hogar por parte de los hijos, muerte de la pareja, etc.).
- ❑ Disminución y deterioro de las relaciones sociales.
- ❑ Análisis de tiempo de ocio

Además, se observa la necesidad de crear programas asistenciales, incluso demandados por los/as propios/as afectados/as, en los que se tengan en cuenta las características específicas de las mujeres, incluyendo los siguientes componentes:

- ❑ Trabajo de la autoestima
- ❑ Autocontrol emocional y estrategias de afrontamiento
- ❑ Solución de problemas.
- ❑ Orientación/Inserción laboral

- ❑ Habilidades sociales y de comunicación
- ❑ Ocio y tiempo libre.

Todas estas áreas deben enfocarse desde una perspectiva interdisciplinar, en la que se contemple el trabajo integral de médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales; porque entendemos que este problema abarca muchos y diferentes ámbitos (familiar, social, económico, físico, laboral,...).

Vemos conveniente crear programas de prevención del uso y abuso de psicofármacos, desarrollado desde los centros de salud implicando a los recursos propios de la comunidad.

En esta vertiente, fomentar y comprometer a los diferentes colegios profesionales, vinculados al área de salud (psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.), a una mayor especialización de sus asociados.

Este estudio ha de considerarse como un preámbulo de futuras investigaciones e intervenciones en el área de las drogodependencias y adicciones en mujeres.

## **ANEXOS**

### **CUESTIONARIO**

#### **1. GÉNERO**

- MASCULINO
- FEMENINO

#### **2. EDAD**

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- más de 66

#### **3. ESTADO CIVIL**

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada / separada
- Pareja de Hecho / convivencia

#### **4. PROFESIÓN**

#### **5. Ha tomado psicofármacos alguna vez en su vida**

- Sí
- No

#### **6. Cuáles**

**7. ¿Quién se lo recomendó?**

- Yo misma
- Un conocido
- El médico de cabecera
- El especialista
- Otros

**8. ¿Cuánto tiempo lo estuvo tomando?**

- Ocasionalmente (de vez en cuando)
- Menos de un mes
- De 1-3 meses
- 4-6 meses
- 7-11 meses
- un año
- dos años
- 3-5 años
- 6-10 años
- más de 10 años

**9. Actualmente toma medicación**

- Sí
- No

**10. Cuáles****11. La medicación que está tomando ¿Para qué está indicada?**

- Conciliar el sueño
- Síntomas depresivos
- Ansiedad / nerviosismo
- Otros: \_ \_ \_ \_ \_

**12. ¿Quién se lo recomendó?**

- Yo misma
- Un conocido
- El médico de cabecera
- El especialista
- Otro

**13. ¿Cuánto tiempo lo lleva tomando?**

- Ocasionalmente (de vez en cuando)
- Menos de un mes
- De 1-3 meses
- 4-6 meses
- 7-11 meses
- un año
- dos años
- 3-5 años
- 6-10 años
- más de 10 años

**14. Razones por las que inició la toma esta última vez**

- Me encontraba nerviosa o angustiada sin saber por qué
- Tenía problemas personales importantes
- Padecía de insomnio
- Ansiedad
- Ataques de pánico
- Síntomas depresivos
- Otros: \_\_\_\_\_

**Sólo para personas que llevan 12 meses o más de tratamiento****15. ¿Desde qué comenzó el tratamiento ha aumentado la cantidad de pastillas que toma?**

- Sí
- No

**16. Ha notado que durante el período que ha estado tomando esta medicación ha tenido alguna de estas situaciones. Marcar con una cruz**

- Problemas en el trabajo
- Problemas con la familia
- Problemas económicos
- Problemas de convivencia
- Problemas sexuales
- Falta de apetito
- Pérdida de concentración
- Pérdida de memoria

- Incapacidad para hacer nuevas amistades
- Dificultad para realizar las tareas diarias
- Cambios de humor
- Descuido en la higiene personal

**17. Cuando por cualquier motivo se queda sin medicación.  
¿Se siente mal?**

- Sí
- No

**18. ¿Necesita tomar la medicación para realizar las actividades cotidianas, en su casa o trabajo?**

- Sí
- No

**19. Le cuesta actualmente levantarse por las mañanas más que antes**

- Sí
- No

**20. ¿Toma más medicación que la prescrita por su medico (en nº de pastillas o miligramos)?**

- Sí
- No

**21. Desde que está con el tratamiento ha acudido más al médico que en el pasado por otras enfermedades (dolores de cabeza, cansancio...)**

- Sí
- No

**22. Desde que está tomando la medicación ha notado que su vida ha cambiado de forma negativa:**

- Sí
- No

***Si ha contestado que sí, en qué***

- Paso menos tiempo con familiares y amigos
- He abandonado actividades que hacía antes

- Salgo menos de casa
- Me desagrada hablar con la gente
- Me cuesta comenzar alguna actividad nueva
- Me cuesta terminar lo que empiezo
- Realizo mi trabajo con desgana
- Tengo menos paciencia
- He dejado de ir a sitios que antes me resultaban agradables
- Falto más al trabajo
- Otros: \_\_\_\_\_

**23. Considera que depende de las pastillas o que tiene un problema con su consumo**

- Sí
- No

**24. De haber contestado sí, ha recibido alguna vez tratamiento para su dependencia de los medicamentos**

- Sí
- No

**-¿Qué tipo de tratamiento?**

**-Donde**

**25. Le gustaría recibir tratamiento en la actualidad para su dependencia de los medicamentos**

- Sí
- No

## RESULTADOS GENERALES DE LA ENCUESTA

### DATOS GENERALES

Total de encuestadas/os: 705

De ellos,

hombres:	157
mujeres:	548

Hombres que actualmente consumen psicofármacos:

127 (80.89%)

Mujeres que actualmente consumen psicofármacos:

428 (78.10%)

Hombres que consumen desde hace menos de 12 meses:

84 (53.5%)

Mujeres que consumen desde hace menos de 12 meses:

131 (23.9%)

Hombres que consumen desde hace 12 meses o más:

43 (27.39%)

Mujeres que consumen desde hace 12 meses o más

297 (54.2%)

Hombres que actualmente no consumen pero lo hicieron ante.

30 (19.11%)

Mujeres que actualmente no consumen pero lo hicieron antes:

120 (21.9%)

### SUJETOS QUE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE DEPENDENCIA DE DSM-IV:

294 total de sujetos que lo cumplen. De ellos:

34 hombres (21.66%)

260 mujeres (47.44%)

### DEL TOTAL DE MUJERES QUE ACTUALMENTE CONSUMÍAN FARMACOS:

#### Rango de edades:

29 tienen entre 18 y 25 años (5.3%)

72 tienen entre 26 y 35 año (13.14%)

108 tienen entre 36 y 45 años (19.71%)

- 109 tienen entre 46 y 55 años (19.9%)
- 56 tienen entre 56 y 65 años (10.22%)
- 54 tienen 66 años o más (9.85%)

Estado civil:

- 76 son solteras (13.87%)
- 158 son casadas (28.83%)
- 78 son viudas (14.23%)
- 82 son divorciadas / separadas (14.96%)
- 34 forman una pareja de hecho o conviven con su pareja (6.2%)

Profesiones:

- 16 Paradas/desempleadas/jubiladas/estudiantes (2.92%)
- 172 Amas de casa (31.39%)
- 148 Personal no cualificado (27%)
- 54 Obreras/personal cualificado (9.85%)
- 32 Profesión universitaria (5.84%)
- 6 Empresarias (1.1%)

Recomendación del consumo:

- 25 fue por automedicación (4.56%)
- 45 se lo recomendó un conocido (8.21%)
- 218 se lo indico el medico de cabecera (39.78%)
- 136 se lo indico el especialista (24.82%)
- 4 otras razones (0.73%)

Consumen fármacos por las siguientes razones:

- 147 se encontraban nerviosas o angustiadas sin razón (26.82%)
- 76 tenían problemas personales importantes (13.87%)
- 100 padecían de insomnio (18.25%)
- 59 sentían ansiedad (10.77%)
- 1 padecían de ataques de pánico (0.2%)
- 36 tenían síntomas depresivos (6.57%)
- 9 otras causas (1.64%)

Han notado algunas de estas situaciones durante el consumo:

- 114 han tenido problemas en el trabajo (20.8%)
- 113 han tenido problemas con la familia (20.62%)
- 50 han tenido problemas económicos (9.12%)
- 76 han tenido problemas de convivencia (13.87%)
- 64 han tenido problemas sexuales (11.68%)
- 119 han tenido falta de apetito (21.71%)
- 85 han tenido perdida de concentración (15.51%)
- 106 han tenido perdida de memoria (19.34%)
- 37 han sentido incapacidad para hacer nuevas amistades (6.75%)
- 92 han sentido dificultad para realizar las tareas diarias (16.79%)
- 171 han experimentado cambios de humor (31.20%)
- 43 han descuidado la higiene personal (7.85%)

Manifiestan que los fármacos que consumen están indicados para:

- 204 conciliar el sueño (37.23%)
- 164 síntomas depresivos (29.93%)
- 258 ansiedad / nerviosismo (47.1%)
- 45 otros padecimientos (8.21%)

**DE LAS MUJERES QUE CONSUMEN FARMACOS DESDE  
HACE 1 AÑO O MÁS:**Rango de edades:

- 12 tienen entre 18 y 25 años (2.19%)
- 48 tienen entre 26 y 35 años (8.76%)
- 81 tienen entre 36 y 45 años (14.78%)
- 81 tienen entre 46 y 55 años (14.78%)
- 36 tienen entre 56 y 65 años (6.57%)
- 39 tienen 66 años o más (7.12%)

Estado civil:

- 44 son solteras (8.03%)
- 104 son casadas (18.99%)
- 54 son viudas (9.85%)
- 70 son divorciadas / separadas (12.77%)
- 25 forman una pareja de hecho o conviven con su pareja (4.56%)

Profesiones:

- 9 Paradas/desempleadas/jubiladas/estudiantes (1.64%)
- 124 Amas de casa (22.63%)
- 107 Personal no cualificado (19.52%)
- 31 Empleadas/personal cualificado (5.66%)
- 22 Profesión universitaria (4.01%)
- 4 Empresarias (0.73%)

Recomendación del consumo:

- 9 fue por automedicación (1.64%)
- 24 se lo recomendó un conocido (4.38%)
- 154 se lo indicó el médico de cabecera (28.10%)
- 110 se lo indicó el especialista (20.1%)
- 0 otras razones (0.0%)

Consumen fármacos por las siguientes razones:

- 108 se encontraban nerviosas o angustiadas sin razón (19.71%)
- 50 tenían problemas personales importantes (9.12%)
- 69 padecían de insomnio (12.59%)
- 35 sentían ansiedad (6.39%)
- 0 padecían de ataques de pánico (0.0%)

29 tenían síntomas depresivos (5.29%)  
6 otras causas (1.1%)

Manifiestan que los fármacos que consumen están indicados para:

125 conciliar el sueño (22.8%)  
135 síntomas depresivos (24.63%)  
187 ansiedad / nerviosismo (34.12%)  
31 otros padecimientos (5.66%)

Los fármacos que consumen:

26 Neurolépticos (4.74%)  
232 Ansiolíticos (42.33%)  
67 Hipnóticos (12.23%)  
113 Antidepresivos (20.62%)

Consumen los siguientes fármacos inadecuadamente:

69 Ansiolíticos: piensan que son para síntomas distintos a la ansiedad (12.59%)  
8 Hipnóticos: piensan que son para síntomas distintos a la falta de sueño (1.45%)  
26 Antidepresivos: piensan son para síntomas distintos a la depresión (4.74%)

Han notado algunas de estas situaciones durante el consumo:

114 han tenido problemas en el trabajo (20.8%)  
113 han tenido problemas con la familia (20.62%)  
50 han tenido problemas económicos (9.12%)  
76 han tenido problemas de convivencia (13.87%)  
64 han tenido problemas sexuales (11.68%)  
119 han tenido falta de apetito (21.71%)  
85 han tenido pérdida de concentración (15.51%)  
106 han tenido pérdida de memoria (19.34%)  
37 han sentido incapacidad para hacer nuevas amistades (6.75%)  
92 han sentido dificultad para realizar las tareas diarias (16.79%)  
171 han experimentado cambios de humor (31.20%)  
43 han descuidado la higiene personal (7.85%)

Consecuencias:

119 han aumentado la cantidad de pastillas desde que comenzó el tratamiento (21.71%)

260 se sienten mal cuando por cualquier motivo se quedan sin medicación (47.44%)

239 necesitan tomar la medicación para realizar las actividades cotidianas (43.61%)

190 les cuesta levantarse por las mañanas mas que antes (34.67%)

137 toman mas medicación que la prescrita por el médico (25%)

142 han acudido mas al medico que en el pasado por otras enfermedades (25.91%)

164 han notado que sus vidas han cambiado de forma negativa (29.93%)

**DE LAS QUE NOTAN QUE SUS VIDAS HAN CAMBIADO:**

58 pasan menos tiempo con familiares y amigos (10.58%)

63 han abandonado actividades que antes hacían (11.5%)

31 salen menos de casa (5.66%)

1 les desagrada hablar con la gente (0.2%)

1 les cuesta comenzar alguna actividad nueva (0.2%)

2 les cuesta terminar lo que empiezan (0.36%)

6 realizan sus trabajos con desgano (1.1%)

1 tienen menos paciencia (0.2%)

1 ha dejado de ir a sitios que antes les resultaban agradables (0.2%)

0 faltan mas a sus trabajos (0.0%)

0 sientes otros cambios (0.0%)

244 consideran que dependen o tienen problemas con el consumo (44.52%)

108 han recibido alguna vez tratamiento para esa dependencia (19.71%)

268 les gustaría recibir tratamiento para eliminar la dependencia (48.9%)

## BIBLIOGRAFÍA

- AMBROSIO, E. (1999). Psicobiología de las adicciones, UNED/ FUE. Madrid.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Masson. Barcelona.
- BECERRO, A. (1999), "Alternativas preventivas al uso de psicofármacos en las mujeres". Revista Proyecto Hombre, Nº 30 pp 7-10.
- BECK, A., WRIGHT, F.D., NEWMAN C.F., LIESE, B.S (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós. Buenos Aires.
- BECOÑA, E. (1999) Psicopatología y tratamiento de las adicciones. UNED/ FUE. Madrid.
- BURIN, M.(1990). La tranquilidad recetada. Paidós. Buenos Aires.
- CARLSON, N.R.(1999). Fisiología de la conducta. Ariel.
- ESCOHOTADO, A. (1994). Las drogas de los orígenes a la prohibición. Alianza Cien. Madrid.
- HADDON, C. (1985) La mujer y los tranquilizantes. Pirámide. Madrid.
- HEWSTONE, M.,STROEBE, W.,CODOL, J.P. y STEPHENSOL, G. M. (1991). Introducción a la Psicología Social. Ariel Psicología. Barcelona.

- INSTITUTO CANARIO DE LA MUJER. (1999) II Plan canario de igualdad de oportunidades de las mujeres. Gobierno de Canarias. Canarias.
- MINISTERIO DEL INTERIOR (1999) Memoria del Plan Nacional sobre Drogas año 1998 en <http://www.mir.es/pnd/doc/memo98/index.htm>
- MINISTERIO DEL INTERIOR (2000) Memoria del Plan Nacional sobre Drogas año 1999. Madrid En <http://www.mir.es/pnd/doc/memo98/index.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1998) Encuesta Nacional de Salud año 1997. Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2000). Encuesta Nacional de Salud año 1999. En <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta>
- NIDA (2000) Método de tratamiento para la mujer.12964. En <http://www.nida.nih.gov/Infobox/Metodostrat-Sp.html>
- ORTE, C. (1998) "Sexualidad, mujer y drogodependencia". Revista Proyecto Hombre 26 Pp-7-12
- ORTE, C., MARCH, M.X., CAPLLONCH, I. (1997), Mujer y drogas en España, Informe final. Mimeo.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2000) "Definición de salud" en <http://www.oms.ch/aboutwho/en/definition.html>
- PALACIOS, L. (2000) Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina. Instituto Spiral Madrid en <http://www.institutospiral.com/symposium/index.htm>
- PALOP, M. (2000) "Mujer y Drogas". Papeles del Psicólogo 75, pp-53-55

- RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, E. (2000) Perspectivas de género en los problemas de drogas y su impacto. Instituto Spiral Madrid en <http://www.institutospiral.com/symposium/index.htm>
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2000) Plan de Salud 2000 en [http://www.gobcan.es/psc/psc02/psc02\\_3i.htm](http://www.gobcan.es/psc/psc02/psc02_3i.htm)
- STOCCO, P. (2000), Nuevas perspectivas en prevención e intervención con mujeres adictas en Europa. Instituto Spiral Madrid en <http://www.institutospiral.com/symposium/index.htm>
- WILKINOS, S. y KITOINGER, C. (1996) Mujer y Salud, una perspectiva feminista, pp 97-114. Paidós Contextos. Buenos Aires. En ETTORRE, E. ¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer.