

## “Cosas de mujeres”. Pensar el uso de hipnosedantes entre personas adolescentes en España con perspectiva de género

*“It’s just women”. The use of tranquilizers among teenagers in Spain with a gender perspective*

**Nuria Romo-Avilés**

Universidad de Granada, España  
nromo@ugr.es

**Anabel Ramírez-López**

Universidad Pontificia de Comillas, España  
arlopez@comillas.edu

**Recibido:** 31/01/2024

**Aceptado:** 05/02/2024

### Formato de citación:

Romo-Avilés, N., Ramírez-López, A. (2025). “Cosas de mujeres”. Pensar el uso de hipnosedantes entre personas adolescentes en España con perspectiva de género. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 105, 31-45, <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/romoaviles.pdf>

### Resumen

Los hipnosedantes son uno de los grupos de fármacos más importantes en la actualidad, que pueden recetarse desde diferentes ámbitos médicos. Su extensión y popularización en las últimas décadas ha llevado a diversas formas de uso por parte de personas no diagnosticadas que enfrentan “malestares” relacionados con estrés, ansiedad o el estado del ánimo y que llevan a cabo consumos fuera de la “supervisión médica”. En España, su uso es más prevalente en todas sus formas y en diferentes grupos de edad entre las mujeres. Con mirada crítica y de género, reflexionaremos sobre las tendencias de consumo de estas drogas entre las poblaciones más jóvenes, su conexión con los procesos de medicalización, estigmatización de los usos de drogas y, sobre todo, en relación al impacto que el sistema de género tiene sobre las mujeres a lo largo de la vida y que las lleva a elegir drogas de comercio legal y prescripción médica y a decidir en relación a sus mandatos de género y a las desigualdades estructurales. Nuestro objetivo final es abrir una reflexión crítica y feminista que permita visibilizar y comprender la afectación de los consumos en mujeres jóvenes y, por lo tanto, el padecimiento de posibles tipos de efectos adversos y la necesidad del desarrollo de políticas de reducción del daño para las mujeres.

## **Palabras clave**

Hipnosedantes, adolescentes, medicalización, género.

## **Abstract**

Hypnosedatives are one of the most important groups of drugs today, which can be prescribed from a variety of medical settings. Their spread and popularisation in recent decades has led to various forms of use by undiagnosed people facing stress, anxiety or mood-related ‘ailments’ and who take them outside ‘medical supervision’. In Spain, its use is more prevalent in all its forms and in different age groups among women. With a critical and gender perspective, we will reflect on the consumption trends of these drugs among younger populations, their connection with the processes of medicalisation, stigmatisation of drug use and, above all, in relation to the impact that the gender system has on women throughout their lives, which leads them to choose legal drugs and prescription drugs and to decide in relation to their gender mandates and structural inequalities. Our final objective is to open a critical and feminist reflection that allows us to make visible and understand the impact of drug use on young women and, therefore, the suffering of possible types of adverse effects and the need for the development of harm reduction policies for women.

## **Keywords**

Tranquilizers, teenagers, medicalization, gender.

## **1. Introducción**

Consumir “drogas de comercio ilegal” sigue siendo “cosa de hombres”. De hecho, los organismos oficiales internacionales que trabajan en drogodependencias han señalado que el consumo de drogas presenta una mayor prevalencia entre los varones que entre las mujeres. En todo el mundo, en 2018, los hombres tenían 1,5 veces más probabilidades de beber alcohol que las mujeres (OMS, 2019). En la Unión Europea, el consumo de drogas ilícitas lo reportan principalmente hombres, en cualquier momento de la vida: 57,8 millones de hombres han consumido drogas ilegales frente a 38,4 millones de mujeres (EUDA, 2020). Sin embargo, esta afirmación quedaría matizada si miramos interseccionalmente a las tendencias de consumo e incluimos variables como la edad, la clase social, la etnicidad y, sobre todo, el tipo de sustancias consumidas, ya que estas variables pueden hacer que las diferencias pasen a ser mínimas o incluso invertirse. Es el caso de sustancias que pueden ser prescritas y consumidas iatrogénicamente como los hipnosedantes, principalmente consumidos entre las mujeres de todas las edades y de todos los grupos sociales. Sabemos que el proceso de estigmatización, la marca de “adicto” o “adicta”, no suele ser aplicada en la mirada social al consumo de este tipo de sustancias, consideradas “medicamentos” y no “drogas ilegales” y que forman parte de las crisis contemporáneas de consumo de drogas en las que las diferencias entre el “uso médico” y “uso ilegal” son difíciles de hacer. Es por ello que a continuación haremos un repaso de las principales tendencias epidemiológicas de consumo de estas sustancias prescritas, pero también autoc consumidas en recorridos personales diversos y reflexionaremos sobre los elementos que creemos pueden ayudar a explicar la mayor afectación del consumo a las mujeres, esencialmente a las jóvenes, desde los procesos de medicalización a los mandatos de género.

## 2. El consumo de hipnosedantes en cifras con perspectiva de género

Los psicofármacos son medicamentos utilizados para tratar enfermedades y trastornos relacionados con la salud mental. Los hipnosedantes pueden ser definidos como un grupo de fármacos que tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central y deprimen su actividad de modo que provocan sedación, somnolencia y sueño dependiendo de la dosis administrada. Su forma de presentación es en tabletas o capsulas de diferentes tamaños y colores y su uso más común es la vía oral, también se presenta en compuestos para ser aplicados por vía intravenosa (Molina y Vicent, 2019).

Se consideran uno de los grupos de fármacos más importantes en la actualidad, que pueden recetarse desde diferentes ámbitos médicos. Su extensión y popularización en las últimas décadas ha llevado a diversas formas de uso por parte de personas no diagnosticadas que enfrentan “malestares” relacionados con estrés, ansiedad o el estado del ánimo y que llevan a cabo consumos fuera de la “supervisión médica”. Es por ello que existen diferentes fuentes de información que nos permiten comprender su uso, el prescrito, pero también el considerado “ilegal” a través de las encuestas de consumo de drogas ilícitas. Sin embargo, la mayoría de organismos internacionales no recopilan datos sobre el consumo de hipnosedantes. Por ejemplo, la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) en sus informes anuales sobre consumo de drogas, no incluye este uso, lo que contribuye a seguir perpetuando la invisibilización del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres.

Si miramos los datos sobre el consumo de drogas en relación a la población general en España, el Plan Nacional Sobre Drogas, indicaba las prevalencias de consumo no prescrito de hipnosedantes en población de entre 15 y 64 años en un 22% alguna vez en la vida, 12% el último año, 9% en el último mes y 7% diariamente en el último mes, señalando una tendencia creciente constante desde el 2005 (PNSD, 2016). Speranza *et al.* (2022) señalan que el consumo de hipnosedantes en España en el periodo entre 2000 y 2012, aumentó 32,6% de 56,7 DHD<sup>1</sup> en 2000, a 89,3 DHD en 2012, siendo el segundo país de Europa con más consumo seguido solo por Portugal (89,1 DHD en 1995 a 96 DHD en 2012).

Estos datos no han cambiado a lo largo de los años ya que, según datos del Ministerio de Sanidad en 2021, España seguía encabezando el consumo de ansiolíticos en Europa, solo después de Portugal (el consumo DHD ha aumentado de 56,5 en 2019 a 60,2 en 2021) (Teruel Muñoz, 2023), siendo este tipo de psicofármacos los más consumidos. La tendencia continúa en los datos más actuales, ya que el consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, registró en 2022 el máximo de la serie histórica (23,5%), y el 2,9% de las personas entre 15 a 64 años que iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, un valor ligeramente superior al de años anteriores (EDADES, 2022).

El último informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes revela que, en los últimos meses post Covid-19, España encabezó el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, aumentando en 2020 un 4,5% y superando las 91 dosis diarias por cada 1.000 habitantes. Estos datos constatan el crecimiento progresivo del uso de estos fármacos registrado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que señalan que en 2020 hubo un consumo de 91,07 DHD de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, un incremento del 4,5% con respecto al año anterior y de casi el 10% con respecto a hace una década. Según los últimos datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

<sup>1</sup> Para poder cuantificar el consumo de psicofármacos en la población se utiliza una medida que representa el número promedio de personas por cada 1.000 habitantes que hace uso de dichos fármacos, a la cual se la denomina DHD.

(AEMPS), el consumo de ansiolíticos e hipnóticos ha llegado ya al 93,04 DHD en el 2021 (Diez-García, 2023).

Junto a la importancia de su prescripción o uso entre la población española, los datos de prevalencia de consumo indican que la prescripción y uso indebido de psicofármacos están generalizados. Los datos pre-pandemia ya indicaban que el porcentaje de mujeres que consumen hipnosedantes casi duplica el de hombres: en los últimos 12 meses el 16% de las mujeres de 15 a 64 años frente a un 8,5% de los hombres (PNSD, 2016).

El estudio en población de 15 a 64 años, sobre el impacto de la Covid-19 en el consumo de sustancias psicoactivas, preguntó sobre el consumo de hipnosedantes no recetado por profesional médico (tranquilizantes o somníferos tipo lexatin® u orfidal®). Durante los meses previos a la pandemia, el consumo fue del 1,9%, siendo mayor el consumo en mujeres (2,3%) que en hombres (1,4%), aumentando de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) durante la pandemia, llegando al 3,1%, (2,1% en hombres y 4,0% en mujeres) (Llorens *et al.*, 2021). Salas-Nicás *et al.* (2020), indicaron también que el consumo de este tipo de psicofármacos (ansiolíticos e hipnosedantes), fue superior en mujeres, un 27,4% frente a 15,9% en hombres, así como el porcentaje de nuevas consumidoras (15,4% frente a 8,8%).

Interseccionalmente, la generalización de la prescripción y el uso indebido de estos fármacos se entrecruza con la edad para generar una desigualdad más, mostrando los datos disponibles que las mujeres jóvenes son las más prescritas que los chicos de su misma edad y las que más llevan a cabo usos indebidos cuando se las compara con jóvenes de su misma edad.

En este sentido, la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2023) indica que la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica entre estudiantes de 14 a 18 años es del 19,6% (igual que en 2021), pero registra un aumento en “los últimos 12 meses” (14,8%) y en “los últimos 30 días” (8,2%), observándose evolutivamente una tendencia ascendente en la prevalencia con o sin receta desde que se tienen datos en todos los tramos temporales. En el caso de los hipnosedantes, el 13,7% de la ciudadanía de 15 a 34 años los ha consumido con o sin receta médica en alguna ocasión (Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES, 2022). Antes y durante la pandemia, en el periodo de edad de los 15 a los 24 años subió 1 punto, pasando del 2 al 3% (Llorens *et al.*, 2021).

Esta tendencia de uso de hipnosedantes no se reduce al contexto español y diferentes datos muestran la presencia del uso de estos fármacos en contextos diversos en lo geográfico y cultural. Para señalar algunos ejemplos que muestran la incidencia del consumo y también el impacto del género sobre ellos señalar, cómo En América Latina, los datos revelan lo siguiente; en Uruguay, un estudio observacional que abarcó al 62% de la población reveló un consumo promedio de benzodiazepinas de 73,76 DHD entre 2010 y 2012. En Argentina, un análisis realizado entre 2020 y 2021 en personas mayores de 18 años afiliadas a un seguro de salud nacional estableció un consumo global de benzodiazepinas y fármacos Z (medicamentos análogos de las benzodiazepinas) de 77,6 DHD. En Colombia, un estudio reportó un aumento significativo en el número de pacientes que recibieron medicamentos ansiolíticos o hipnóticos, pasando de 11.097 a 19.231 entre 2008 y 2013, lo que representa un incremento del 73,3%. Durante este periodo, las prescripciones crecieron de 14.377 a 33.807, evidenciando un aumento del 135,1% en el consumo de estos medicamentos.

En Brasil, datos recopilados entre 2010 y 2012 indicaron un consumo promedio de benzodiazepinas de 3,60 DHD en la población evaluada. Por su parte, en Chile se observó un incremento significativo en el consumo de todas las benzodiazepinas entre

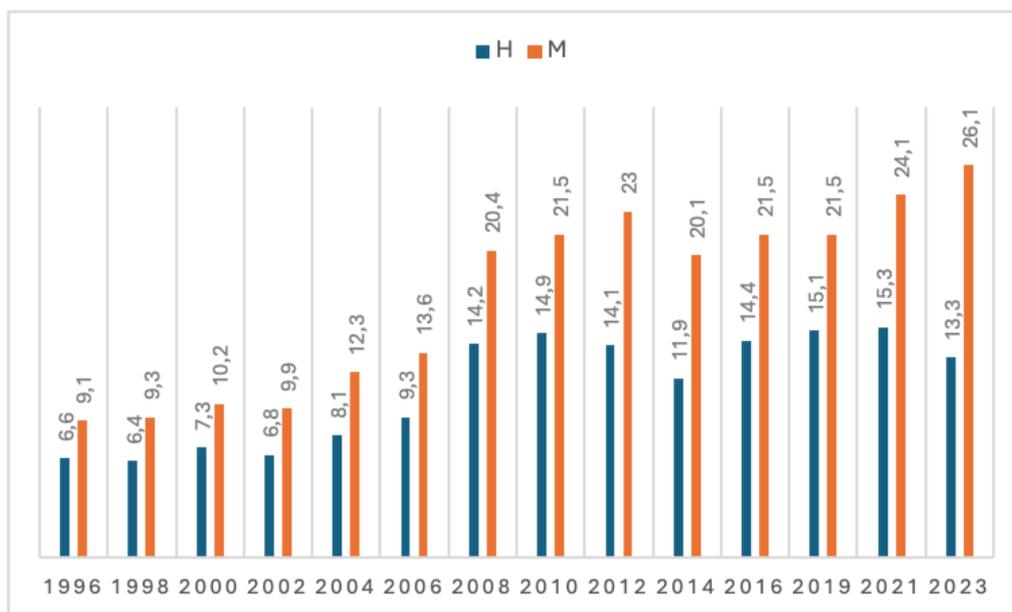
2005 y 2012. En Costa Rica, el lorazepam fue la benzodiacepina más consumida, con un rango de consumo de entre 2,5 y 3,0 DHD. Finalmente, en Panamá, el diazepam fue el medicamento controlado más consumido en farmacias públicas y privadas en 2011, con un consumo de 1,9 DHD (Speranza *et al.*, 2022)

En otros contextos como el de Estados Unidos, un 5,2% de adultos entre 18 y 30 años usaban benzodiacepinas en 2008, con tasas más altas entre las mujeres. El uso prolongado de benzodiacepinas también aumenta con la edad. Las prescripciones aumentaron un 30% entre 1996 y 2013, y el uso de estas drogas para tratar la ansiedad fue la principal prescripción (Olfson *et al.*, 2015). Y en países europeos como Francia, un estudio de 2006 reveló que el 12,5% de los pacientes mayores de 18 años fueron recetados con benzodiacepinas al menos una vez, y en 2001, el 7,5% de los adultos recibieron prescripciones de estos fármacos. El uso prolongado de estas sustancias fue común, con más del 75% de los usuarios recibiendo recetas durante más de 6 meses. (Lagnaoui *et al.*, 2004).

Una de las tendencias más llamativas cuando nos acercamos al análisis del consumo de este tipo de fármacos tiene que ver con su uso generalizado entre las poblaciones adolescentes que inician los procesos de autoconsumo a edades tempranas. La edad de inicio de consumo de hipnosedantes (con o sin receta) se sitúa en los 14 años, donde en los hombres la edad media es 14,2 años y en las mujeres 14,5 años.

En este sentido, la prevalencia del consumo de hipnosedantes (con o sin receta) en España ha ido en aumento en los últimos años, en 2023 se encuentran los porcentajes más altos de consumo de esta sustancia. Además, en función del sexo existen tendencias contrarias, donde el consumo en los hombres ha descendido (15,3% en 2021 y 13,3% en 2023) y en las mujeres ha aumentado (24,1% en 2021 y 26,1% en 2023).

**Figura 1. Prevalencia del consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1996-2023**



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de ESTUDES (1996-2023).

El consumo presenta variaciones significativas según la edad y el sexo. En relación con la edad, los niveles más altos de consumo se registran a los 18 años (27,4%), superando a los observados entre los 14 y 17 años (19%). Respecto al sexo, se

evidencian diferencias importantes: entre los jóvenes de 18 años, el 36,9% de las mujeres ha consumido alguna vez en la vida, frente al 18,7% de los hombres.

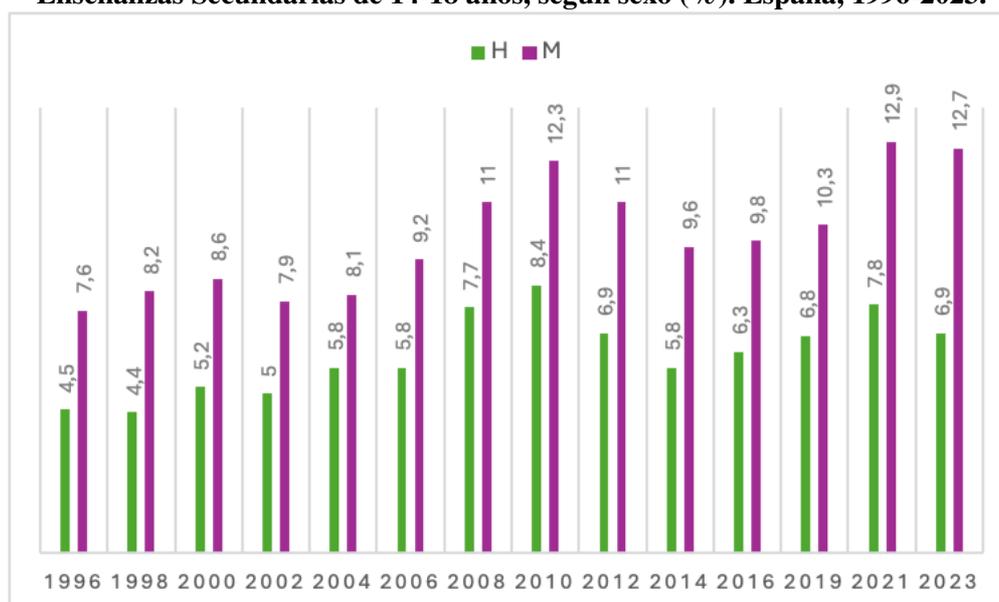
Además, el uso de hipnosedantes (con o sin receta) muestra una mayor prevalencia en mujeres: en los últimos 12 meses (20% frente a 9,7%), en los últimos 30 días (11% frente a 5,4%) y en el consumo diario (6,6% frente a 3,3%).

La prevalencia de consumo a lo largo de los años del consumo de hipnosedantes sin receta muestra un aumento en la tendencia de consumo excepto en alguna vez en la vida que ha disminuido un 0,6%.

El análisis del consumo de hipnosedantes sin receta por sexo revela que, históricamente, las mujeres presentan porcentajes más altos que los hombres. Los valores en mujeres oscilan entre 7,6% y 12,9% y en los hombres entre un 4,4% y 8,4%. Las diferencias más significativas se observan en el consumo alguna vez en la vida y en el último año donde los porcentajes de las mujeres casi doblan los de los hombres (12,4% y 9,3% vs 9,3% y 5,1%, respectivamente).

Las diferencias en la edad de consumo se concentran en los 18 años, con un 13,5%, frente al 9,5% registrado entre los 14 y 17 años. Además, dentro del grupo de 18 años, se observan variaciones según el sexo: el porcentaje de consumo en mujeres alcanza el 16,7%, mientras que en hombres es del 10,6%.

**Figura 2. Prevalencia del consumo de hipnosedantes sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1996-2023.**



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de ESTUDES (1996-2023).

Estas diferencias de género que se observan en los datos epidemiológicos nos abren múltiples preguntas que interaccionan en el complejo sistema de género. No hay una respuesta biológica ni clínica que justifique las diferencias de prescripción y de autoconsumo entre las mujeres de distintos contextos sociales y culturales que muestran estos datos y, quizás todavía menos, entre las mujeres adolescentes. Sí que hay distintos elementos desde los que podemos abrir una reflexión crítica. Nos centraremos aquí en algunos de ellos como los mandatos de género, los procesos de estigmatización y de medicalización del malestar de las mujeres.

También sabemos que en la última década se han iniciado otros tipos de usos de las poblaciones jóvenes de este tipo de fármacos en los que no sabemos con claridad cómo está impactando el género. El consumo recreativo de hipnosedantes, particularmente de

benzodiazepinas, en la población joven se encuentra estrechamente relacionado con contextos de ocio nocturno, donde estas sustancias suelen formar parte de patrones de policonsumo. Según una investigación realizada en el Reino Unido (Bright *et al.*, 2022), las principales motivaciones para combinar benzodiazepinas con otras drogas son: contrarrestar los efectos no deseados de estimulantes –como la incapacidad para dormir tras una noche de fiesta–, y potenciar los efectos de otras sustancias, sobre todo con el alcohol (EUDA, 2021).

Además, el uso de benzodiazepinas entre los jóvenes está influenciado por la música, especialmente géneros como el rap, donde estas sustancias son frecuentemente mencionadas en las letras. Este tipo de representación cultural genera curiosidad y fomenta la experimentación con estos medicamentos, especialmente en entornos recreativos. En estos espacios, las benzodiazepinas no solo se consumen como un agente regulador de otros efectos, sino que también facilitan un mayor grado de evasión, consolidando el policonsumo en contextos festivos (Bright *et al.*, 2022; Palattella, 2020).

### **3. Pensar los usos de hiposedantes desde los procesos de medicalización**

Sabemos del relieve creciente de los procesos de medicalización de la vida cotidiana en la población general y a nivel global (Caponi, 2023). En el caso de las mujeres, habría que señalar la desigualdad en diagnósticos y prescripción de psicofármacos se relacionan con factores como la subordinación material y simbólica de las mujeres, el papel de las ciencias “psi” en la patologización de lo femenino, los sesgos epistemológicos y androcéntricos de la biomedicina, y la agencia activa de las mujeres en los procesos de medicalización (Bacigalupe *et al.*, 2020)

La medicalización supone que situaciones “naturales” de la vida cotidiana o comportamientos desviados son definidos y tratados como “problemas médicos” (Conrad *et al.*, 2010). En general, los procesos de medicalización van unidos a la adquisición de poder de la profesión médica. Peter Conrad argumenta que durante los 1970s y 1980s el término fue usado por los científicos sociales con frecuencia para realizar una crítica de las prácticas médicas inadecuadas, más que como la indicación de que una condición se había convertido en “médica”. Influenciados por las primeras publicaciones de Thomas Szasz insistían en que los determinantes sociales del comportamiento irracional eran rechazados a favor de una aproximación dominada por los determinantes biológicos del modelo médico. Irving Zola, Peter Conrad y otros autores y autoras han argumentado en contraposición que el alcoholismo, la homosexualidad, hiperactividad y otros comportamientos estaban cada vez más “biologizados” y etiquetados como “enfermedades”. Desde el inicio los procesos de medicalización no son neutros, se producen de manera diferencial en determinadas poblaciones, siendo una de ellas las mujeres. Los valores del sistema biomédico reflejan valores sociales y esos valores, incluyéndose sus inequidades, se reproducen a través de los tratamientos, tecnologías y prácticas.

Con una perspectiva de género, los procesos de medicalización hunden sus raíces en el siglo XIX, cuando profesionales y mujeres de las clases más altas se unieron para transformar eventos de la vida cotidiana en necesidades médicas. A los médicos les movían los intereses comerciales y el prestigio, mientras que las mujeres buscaban cumplir con el estereotipo de la fragilidad femenina, que las distanciaba de la robustez de las mujeres de las clases trabajadoras (Bell, 2016). De hecho, en los primeros estudios realizados por nuestro equipo de investigación para estudiar la sobreprescripción de este tipo de fármacos a las mujeres (Romo *et al.*, 2003, 2015; Gil *et al.*, 2005) en los y las prescriptores se observaba una asociación entre el consumo de

psicofármacos y el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y las expectativas sociales, mostrando el análisis del discurso profesional sesgos de género implícitos en las creencias de algunos prescriptores.

El ámbito de la prescripción es otro espacio fundamental en el que observar la generación del uso. En España, una de cada cinco consultas que se recibe en medicina familiar, son por algún problema de tipo psicológico o psiquiátrico: la prevalencia de psicopatología en Atención Primaria se mueve entre un 22% y un 29%, pudiendo llegar incluso al 45% en algún estudio (Latorre Postigo *et al.*, 2012). En 2021, según la Subdirección General de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad), el 27,4% de las personas atendidas en Atención Primaria presentó problemas psicológicos, habiendo una prevalencia mayor en las mujeres (30.2%) que en hombres (24.4%), estas diferencias se incrementan a partir de los 20 años.

Este fenómeno viene sucediendo desde hace décadas; Torres Martínez *et al.*, (1993) indicaban que en el 50% de las consultas de Atención Primaria tienen un factor psicosocial como precipitante de su demanda y en salud mental suponen más del 20%. El trastorno por ansiedad afecta al 6,7% de la población, variando este porcentaje en función del género (8.8% en mujeres y 4.5% en hombres) al igual que la depresión, donde el porcentaje de la población general es de 4,1%, en las mujeres este porcentaje se incrementa al 5.9% y 2.3% en hombres (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

Estas diferencias de género han sido discutidas en la investigación en salud pública y sabemos que pueden tener sus bases en sesgos de género en la prescripción. Así, hace ya décadas que existe conocimiento para asegurar que, ante similar diagnóstico y número de consultas, la mujer es prescrita con una mayor cantidad de psicofármacos que los varones (Markez *et al.*, 2004), así como ante igualdad de síntomas de ansiedad y depresión, las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas, de consumir psicofármacos (Bacigalupe *et al.*, 2020).

Desde la perspectiva de personas usuarias de estos fármacos el perfil dominante es femenino en todas las edades, que como hemos indicado puede indicar un sesgo derivado de las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad en función del género. Estos aspectos son observados e interpretados por los y las profesionales desde la necesidad de adquirir un rol paternalista que responde a representaciones sociales de vulnerabilidad psicológica de las mujeres frente a los varones o situaciones de poder dentro de la relación médico/a y paciente, llevándolos a una mayor prescripción de psicofármacos a ellas.

Las mujeres tienen doble probabilidad que los varones de ser prescritas con psicofármacos ante las mismas circunstancias sociales. Las imprecisiones empíricas, los juicios subjetivos, la falta de rigor y transparencia, la insuficiencia y parcialidad del conocimiento sobre las mujeres en las investigación clínica, así como que los hombres hayan sido los prototipos poblacionales, traducido en androcentrismo que da origen a una enorme variabilidad médica, son algunos ejemplos de los problemas que apuntan Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004), y que han traído como consecuencia que “en ocasiones no se sepa identificar completamente el valor de los signos y síntomas de las mujeres porque no han sido estudiadas” (*ibíd.*, 2004: 2).

La investigación realizada es consistente al señalar que la salud mental tiende a empeorar a medida que lo hacen las condiciones de vida, como sufrir insuficiencia de rentas, bajo nivel educativo, clase social, desempleo o falta de apoyo social (Bacigalupe *et al.*, 2020). En España, en 2017, la prevalencia de mala salud mental fue del 23,4% en las mujeres y del 15,6% en los hombres, siendo superior entre ellas en todos los grupos

de edad, y la frecuencia de diagnósticos de depresión o ansiedad fue también muy superior en las mujeres (19,4%) que en los hombres (8,5%) (*ibíd.*, 2020).

#### **4. Pensar los usos de hipnosedantes desde las respuestas a los procesos de estigmatización**

La estigmatización y criminalización del uso de Drogas es común en el mundo contemporáneo (Kulesza, Larimer y Rao, 2013). El estigma puede provocar problemas de salud mental, aislamiento, rechazo, marginación o discriminación. En relación con el uso de drogas el estigma se relaciona con comportamientos o consecuencias que se esperan del uso o del abuso. Por ejemplo, creer que los consumidores o consumidoras de sustancias psicoactivas, sobre todo si son de comercio ilegal, son delincuentes o personas violentas e inestables los y las estigmatiza. Sin embargo, las personas que usan drogas no siempre generan un uso problemático o un trastorno por uso de sustancias (TUS). Mientras, todos y todas pueden sufrir el estigma y la criminalización como “consumidores o consumidoras” sea cual sea el tipo de uso de drogas que hacen. En el estado español la adicción a la heroína generó una imagen androcéntrica del consumo de drogas tremendamente estigmatizada que sigue siendo difícil de olvidar: “la persona que consume es vista como varón problemático, enfermo, delincuente y falto de empatía y que se relaciona con lo ilegal”.

Esa visión androcéntrica tiene un impacto sobre todas las personas que usan o abusan de drogas ilegales sin importar su identidad y orientación sexual. Sabemos que las personas que tienen un problema de consumo de drogas una vez perciben ese estigma, lo internalizan y lo aplican a sí mismos, estaríamos ante la autoculpa que no es sino la respuesta ante el posible estigma social que están sufriendo.

El proceso de estigmatización ante un uso de drogas no se produce igual hacia las personas que usan sustancias ilegales que hacia las legales ni interseccionalmente a todos los grupos, siendo grupos de personas usuarias de drogas como el de las mujeres o las personas racializadas las más estigmatizadas. Así tendríamos que hablar del estigma interseccional concepto que ha surgido para caracterizar la convergencia de múltiples identidades estigmatizadas dentro de una persona o grupo, y para abordar sus efectos conjuntos sobre la salud y el bienestar (Turan *et al.*, 2019).

La investigación, sobre todo realizada con métodos cualitativos es contundente al mostrar que las mujeres que usan drogas son más estigmatizadas que los varones (Meyers *et al.*, 2021). Es posible que sean muy estigmatizadas cuando se acercan a lo ilegal y menos estigmatizadas cuando acceden a consumos de sustancias psicoactivas como los tranquilizantes que pueden generar graves daños para la salud, pero que son “legales” o forman parte de procesos iatrogénicos de medicalización y por lo tanto invisibilizados socialmente. La estigmatización hacia las mujeres está relacionada con la ruptura sobre los roles de género, especialmente los cuidados y la maternidad. Pero creemos que también sobre las rupturas en el “cuerpo deseado” de las mujeres, dejando de cumplir cuando usan drogas el estereotipo de “cuerpo perfecto”, sexual y reproductivo y pasivo del patriarcado. Hay una ruptura sobre la idea de las mujeres como “objeto de deseo” lo que lleva a estigmatizar a las que usan drogas con el rechazo de su comportamiento sexual y la marca de “indeseable socialmente”.

Las mujeres interiorizan el estigma por la cantidad de rupturas que realizan al acercarse al mundo de las drogodependencias y genera impacto a nivel comunitario, social o cultural, pero esto es distinto cuando el estigma se da en la población de jóvenes ya que estas son capaces de generar rupturas de género.

Si los procesos de estigmatización pueden guiar el comportamiento de las mujeres lo hacen en la búsqueda de cumplir esos “mandatos de género” que a través de la socialización dan sentido a la feminidad y masculinidad también en los usos de drogas.

## 5. Pensar los usos de hipnosedantes desde los mandatos de género

Las distintas formas de uso o abuso de hipnosedantes que se han presentado se ven influidas por el género. Sabemos que el género atraviesa a cada persona de una determinada sociedad influyendo en sus pensamientos, emociones, actuaciones, deseos o en la identidad e imagen de sí mismas y sus circunstancias. El género se basa en la construcción de roles, estereotipos y sanciones que señalan mandatos o preceptos sobre cómo se deben de comportar las personas siguiendo su identidad de género. Los mandatos indican que los roles de cuidados siguen siendo claves para las mujeres y que nuestros comportamientos, por ejemplo, deben ajustarse a las normas que indican que es ser “buena mujer” o “buena madre”. De la misma forma las mujeres tenemos un mandato que nos lleva a confrontar de manera diferente a los varones las conductas de riesgo para la salud y a sufrir una presión diferencial sobre el “cuerpo deseado” en el imaginario social y cultural que nos encontremos. En este sentido, ya señaló Carmen Valls que (2010) el sesgo de género más paradigmático en cuanto a los tratamientos de las enfermedades reales o supuestas, se manifiesta de tres formas:

- Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos.
- Medicalización excesiva de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación o la menopausia, y de la salud mental.
- No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga.

En el consumo de hipnosedantes es central considerar las diferencias de género en relación a la salud mental. Desde el ámbito de la prescripción, estos son recetados principalmente tanto desde la atención primaria (medicina de familia) como desde la atención en salud mental (psiquiatría). La enfermedad mental, los problemas de estrés y los trastornos de ansiedad son los principales problemas por los que las personas acuden y son recetadas hipnosedantes (Romo *et al.*, 2003). A partir de la posguerra de la Segunda Guerra Mundial, los medicamentos psicotrópicos sufrieron grandes transformaciones en cuanto a sus modos de uso y fines terapéuticos impactando en la sociedad en general. Desde la esfera de la producción, la evolución de la farmacología constituye un proceso en constante superación con la creación de las benzodiazepinas en la década de los sesenta, hasta llegar a las nuevas drogas surgidas de la ingeniería molecular en los años noventa. En lo que se refiere al consumo, su uso extensivo, es decir, no restringido a sujetos diagnosticados con una patología mental- se ha venido incrementando progresivamente a lo largo de este período, poniendo en discusión concepciones acerca de la salud y la enfermedad, sobre la condición del sujeto contemporáneo y el tratamiento de los síntomas más amenazantes para el logro de una *performance* social adecuada (Arizaga, 2007).

Desde el feminismo se han buscado conceptos nuevos que permitan dar respuesta a estas múltiples circunstancias y el concepto de “malestar”, acuñado por Mabel Burín en los años sesenta del siglo XX, sigue siendo clave para aludir a esas situaciones en las que se mezclan signos y síntomas asociados a lo que se describe desde la perspectiva clínica como estrés, ansiedad o depresión, pero que van más allá por su conexión con la situación social de desigualdad de las mujeres y también con los determinantes sociales de la salud en los que el género ha pasado a ser clave. Los usos y abusos de estos tipos

de fármacos por las mujeres podrían comprenderse mejor en este contexto de “mandatos de género” en el que dar respuesta a situaciones de malestar de diversa índole provoca la confrontación con el uso y abuso como forma de responder a mandatos de género que cambian para las poblaciones jóvenes, pero siguen presentes.

Con los mandatos visibilizamos las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad en función del género. Con la masculinidad asociada al estrés de lo público y el ámbito laboral y la femineidad asociada a la vivencia de situaciones privadas y personales que son vividas y tratadas desde la enfermedad. Las formas de percibir los problemas emocionales, comunicarlos y usar la atención médica presentan importantes diferencias de género. En este contexto, las mujeres no son entes pasivos, sino que establecen estrategias de autoconsumo y autorregulación en las formas de uso de estos fármacos, pudiendo ser las madres y su comportamiento en el núcleo familiar, elementos importantes en la transmisión del conocimiento acerca de estos fármacos que nos permitan comprender el consumo entre las hijas.

## **6. Reflexiones finales: ¿Qué explica el género?**

Solo desde la mirada de género, reconociendo el impacto de roles estereotipos y sanciones sobre las decisiones y consecuencias en relación a los usos de drogas, podemos entender las diferencias persistentes que afectan a las mujeres y que se inician a edades muy tempranas.

Entre los resultados de una investigación cualitativa llevada a cabo por nuestro equipo de investigación, a través de grupos de discusión con mujeres consumidoras de psicofármacos con continuidad en el año previo a la investigación en tres comunidades autónomas españolas (Romo-Avilés *et al.*, 2003; Gil *et al.*, 2005; Romo-Avilés y Meneses, 2015), destaca la capacidad de estas de generar estrategias de regulación y de autoconsumo en la prescripción médica de psicofármacos. Esto hace que rompan el sistema de regulación de las sustancias psicoactivas e inicien usos fuera del sistema médico. Por ello, como hemos visto, aparecen en las encuestas sobre consumo de drogas ilegales, donde sin prescripción médica, duplican a los varones desde las edades adolescentes (PNSD, 2023)

Las mujeres utilizan psicofármacos principalmente para aliviar la ansiedad, el estrés y la tristeza o la soledad. La manera en que enfrentan estos malestares y los síntomas que presentan varían según la etapa de vida en la que se encuentren. Estos problemas incluyen síntomas psicológicos y físicos. Generalmente, las mujeres afrontan el malestar por su cuenta antes de acudir a un profesional, quien a menudo les prescribe medicamentos que ya habían utilizado previamente. Una vez reciben la prescripción, ajustan las dosis según sus necesidades y pocas veces rechazan el uso de estos fármacos. En mujeres jóvenes y de mediana edad, se observa un patrón que combina el autoconsumo con la búsqueda de soluciones individuales en el sistema médico, lo que les permite continuar con el uso de los hipnosedantes. Asimismo, desarrollan diversas estrategias para manejar la medicalización: ajustar las dosis, rechazar ciertos tratamientos o decidir cuándo y cuánto tiempo consumir los fármacos. Los roles de género insatisfactorios influyen en las experiencias de las mujeres y la respuesta médica refuerza esos roles a través de la prescripción de los psicofármacos.

Crisis como la del fentanilo han abierto el debate sobre el impacto del uso indebido de medicamentos en la salud mental (Bardwell, 2021), inclusive en la conducta criminal y en la victimización, considerando, por un lado, que el uso y/o abuso de psicofármacos puede afectar la capacidad mental de una persona y, por tanto, influir en la evaluación de su responsabilidad penal y, por otro lado, en las situaciones de vulnerabilidad (riesgo) que propician tales sustancias.

Este juego continuo entre lo legal-ilegal que caracteriza el uso y abuso de estos fármacos, desde los años sesenta del siglo XX, hace que sea difícil la sensibilización social ante los posibles riesgos y daños del consumo abusivo y del uso no médico de los psicofármacos, si no tenemos un conocimiento profundo de las formas de uso y los recorridos terapéuticos de los grupos jóvenes de la población, del comportamiento del mercado ilegal ni de la situación jurídica.

Actualmente, existe una falta de conciencia sobre las implicaciones del consumo de benzodiacepinas entre jóvenes, así como de los riesgos asociados a este tipo de prácticas. Es fundamental que desde los centros educativos se promueva la información y educación en salud mental y adicciones, ofreciendo a adolescentes y jóvenes alternativas para evitar la automedicación con benzodiacepinas. Además, resulta necesario establecer espacios de orientación parental que brinden apoyo y herramientas para abordar esta problemática en el entorno familiar (Bright *et al.*, 2022).

Asimismo, es esencial llevar a cabo campañas de concienciación que visibilicen los riesgos e implicaciones del consumo de benzodiacepinas sin supervisión médica ni seguimiento adecuado. Entre las principales consecuencias del uso no médico de estas sustancias se encuentran hospitalizaciones, sobredosis, autolesiones y conductas de riesgo (EUDA, 2021).

Por otro lado, los profesionales responsables de prescribir estos medicamentos deben estar plenamente informados sobre los riesgos asociados al uso y abuso de benzodiacepinas. Antes de recetarlas, es imprescindible que informen a las personas sobre los posibles efectos secundarios, riesgos e interacciones con otras sustancias. Además, se debe fomentar el uso a corto plazo y garantizar un seguimiento riguroso del tratamiento para minimizar las posibles consecuencias negativas –como la dependencia– (Bright *et al.*, 2022).

Se hace preciso innovar en los modelos de reducción de riesgos, ya que los elementos novedosos, generización, edad, estatus legal hacen que los modelos al uso no puedan ser aplicados.

## 7. Bibliografía

- Aizpurua, E., Caravaca-Sánchez, F., y Stephenson, A. (2021). Victimization status of female and male college students in Spain: prevalence and relation to mental distress. *Journal of interpersonal violence*, 36(11-12), 4988-5010.
- Arizaga, M. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 61-67.
- Ballester, L., Alayo, I., Vilagut, G., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E.... y Alonso, J. (2020). Mental disorders in Spanish university students: Prevalence, age-of-onset, severe role impairment and mental health treatment. *Journal of affective disorders*, 273, 604-613.
- Bardwell, G., Small, W., Lavalley, J., McNeil, R., y Kerr, T. (2021). “People need them or else they’re going to take fentanyl and die”: A qualitative study examining the ‘problem’ of prescription opioid diversion during an overdose epidemic. *Social Science & Medicine*, 279, 113986.
- Bell, A. (2016). ‘I don’t consider a cup performance; I consider it a test’: masculinity and the medicalisation of infertility. *Sociology of Health and Illness*, 38(5).

- Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Barcelona: Paidós.
- Bright, J., Martin A., Richards, M. y Morie, M. (2022). *The Benzo Research Project: An evaluation of recreational benzodiazepine use amongst UK young people (18-25)*. Recuperado de: <https://zenodo.org/records/7513707>
- Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C. et al. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 28, 131-143.
- Caponi, S., Sevilla, J. M., y Amaral, L. H. D. (2023). El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Revista Estudios Feministas*, 31, e93055.
- Caponi, S. (2023). *Política, psicofármacos y vida cotidiana*. Barcelona: Xoroi Edicions.
- Cela Bertran, X. (2020). *Masculinitats (in) habitables: Transaccions, gènere i patiment mental entre els adolescents i joves*. Tesis Doctoral, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 271-282.
- Conrad, P., Mackie, T. y Mehrotra, A. (2010). Estimating the costs of medicalization. *Social Science & Medicine*, 70(12), 1943-1947.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2016). *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2022). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2023). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2023*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- European Unión Drugs Agency (2021). *New benzodiazepines in Europe- a review*. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/725973>
- Essau, C.A., Lewinsohn, P.M, Lim J.X., Moon-ho, R.H., Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *J Affect Disord*, 228, 248-253.
- Díez-García, S., Valdés, M. D. N., Varela, C. D., Martínez, P. F., Gil, P. S., y Rodríguez, Y. N. (2023). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodiacepinas. *Atención Primaria*, 55(3), 102-552.
- Gil, E., Romo-Avilés, N., Poo, M., Meneses, C., Markez, I. y Vega, A. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35(8), 402-407.
- Gomez-Baya, D., Babić Čikeš, A., Hirnstein, M., Kurtović, A., Vrdoljak, G., y Wium, N. (2022). Positive youth development and depression: An examination of gender differences in Croatia and Spain. *Frontiers in psychology*, 12, 6282.
- Izaguirre-Riesgo, A., Menéndez-González, L., y Pérez, F. A. (2020). Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y mindfulness, para el abordaje del trastorno mental común, en atención primaria. *Atención Primaria*, 52(6), 400-409.
- Kulesza, M., Larimer, M.E. y Rao D. (2013). Substance use related stigma: What we know and the way forward. *Journal of Addictive Behavior, Therapy, and Rehabilitation*. 2(2), 1-23.

- Lagnaoui, R., Depont, F., Fourrier, A., Abouelfath, A., Bégaud, B., Verdoux, H., y Moore, N. (2004). Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *European journal of clinical pharmacology*, 60(7), 523-529.
- Latorre-Postigo, J. M., Navarro-Bravo, B., Parra-Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C., y Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45.
- Llorens, N., Brime, B., y Molina, M. (2021). COVID-19 impact on substance use and behaviors with addictive potential: Spanish Observatory on Drugs and Addictions survey. *Revista española de salud pública*, 95, e202112198-e202112198.
- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37-61
- Martínez-Mendía, X., de la Hera, A. B., Roncero, U. M., y Barbuscia, A. (2023). Desigualdades de género en el consumo de ansiolíticos e hipnosedantes por parte de adolescentes en España: un estudio transversal. *Revista española de salud pública*, (97), 66.
- Meyers, S., Earnshaw, V., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D. y Smith, L. (2021.) The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug Alcohol Depend*, 1(223).
- Molina, C. y Cantos, R. (2019). *Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género*. Madrid: Fundación Atenea.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18, 175-181.
- Olfson, M., King, M., & Schoenbaum, M. (2015). Benzodiazepine use in the United States. *JAMA psychiatry*, 72(2), 136-142.
- Ortiz-Gómez, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KKK
- Przedworski, J. M., VanKim, N. A., Eisenberg, M. E., McAlpine, D. D., Lust, K. A., y Laska, M. N. (2015). Self-reported mental disorders and distress by sexual orientation: Results of the Minnesota College Student Health Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(1), 29-40.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., y Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European child & adolescent psychiatry*, 30, 183-211.
- Ramos, P., Moreno-Maldonado, C., Moreno, C., y Rivera, F. (2019). The role of body image in internalizing mental health problems in Spanish adolescents: an analysis according to sex, age, and socioeconomic status. *Frontiers in psychology*, 10, 1952.
- Romo Avilés, N., Vega, A., Meneses Falcón, C., Markez, I., y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista española de drogodependencias*, 4, 372-379.
- Romo Avilés, N. y Meneses, C. (2015). Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. En: VVAA, *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 113-127.

- Ruiz-Cantero, M. T. y Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(suppl. 1), 118-125.
- Salas-Nicás S., Llorens-Serrano C., Navarro A., Moncada S. (2020). *Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: estudio de la población asalariada de la encuesta COTS*. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO.
- Scherzer, A (2023). Medicalization and being ‘different’. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65, 437-437.
- Speranza Mourine, N., Viroga Espino, S., Naeko Uema, S., *et al.* (2022). Descripción de la disponibilidad y normas para el uso de las benzodiazepinas en algunos países de América Latina, 2022. *Revista Médica de Uruguay*, 38(2).
- Subdirección General de Información Sanitaria (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. Ministerio de Sanidad. <https://cpage.mpr.gob.es/>
- Teruel-Muñoz, C. (2023). *Datos y hechos sobre benzodiazepinas y otros ansiolíticos e hipnosedantes*. Ministerio de Sanidad. Secretaria de Estado de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Torres-Martínez, C., Orgaz Gallego, P., Lozano Alvarez, F., Sánchez Gómez, M. H., Pinnel Muñoz, M. F., Tojeiro Lorente, S. y Lain Teres, N. (1993). Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción. *Atención Primaria*, 11(8), 385-387.
- Turan, J.M., Elafros, M.A., Logie, C.H., Banik, S., Turan. B., Crockett, K.B., Pescosolido, B., Murray, S.M. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Medicine*, 17(1),7.
- Valls-Llobet, C. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 26, 38-45.
- Vicente-Sánchez, M. P., Macías Saint-Gerons, D., de la Fuente Honrubia, C., González Bermejo, D., Montero Corominas, D., y Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 247-255.
- Vicente, V. B. (2005). Prescripción de psicofármacos en atención primaria. *Atención primaria*, 36(5), 246-247.

\* \* \*

**Nuria Romo-Avilés** es antropóloga. Catedrática de la Universidad de Granada y miembro del Instituto de Investigación de Estudios de las Mujeres y de Género. Utiliza métodos de investigación etnográficos y cualitativos para estudiar el impacto de género en el abuso de drogas y las adicciones. Actualmente estudia el impacto de la violencia de género en el tratamiento del abuso de drogas.

**Anabel Ramírez-López** es trabajadora social y criminóloga. Máster en estudios avanzados en Educación Social. Investigadora predoctoral FPU 21/02893 sobre el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en Universidad Pontificia Comillas.