



¿Estoy tomando
medicación por
una situación que en
realidad es violencia?

**Mujeres y psicofármacos.
Análisis con perspectiva
de género**

Gizakia es una entidad social sin ánimo de lucro promovida por la Diócesis de Bilbao, con más de 40 años de experiencia en el ámbito social. Desde 1985, a través de un equipo de profesionales especializado, desarrolla una labor dedicada a la atención de personas con adicciones, ofreciendo atención integral centrada en la persona.

Material financiado por el Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia.



Edita:



Avenida Madariaga, 63
48014 Bilbao

☎ 944 47 10 33

adicciones@gizakia.org

@Fgizakia

www.gizakia.org

¿Estoy tomando medicación por una situación que en realidad es violencia?

2025

Autoría: Fundación Gizakia

Diseño y maquetación: Marra S. L.



Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 España. Este documento está bajo una licencia de Creative Commons. Se permite libremente copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra siempre y cuando se reconozca la autoría y no se use para fines comerciales. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra. Licencia completa:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Índice

1. Introducción	5
2. Claves conceptuales	5
3. Medicalización del malestar femenino	6
4. Contexto y justificación	6
5. Enfoque biopsicosocial	10
6. Indicadores de sospecha y clínica social	11
7. Ámbitos a explorar en la entrevista con enfoque de género	13
7.1. Relación de pareja actual o pasada	13
7.2. Entorno familiar y carga de cuidados	13
7.3. Situación económica y laboral	13
7.4. Salud mental e historia de atención	14
7.5. Historia personal de violencia o trauma	14
7.6. Percepción de sí misma y bienestar subjetivo	14
7.7. Redes de apoyo y elementos de soporte	14
8. Actuación ante sospecha de violencia machista	15
8.1. Principios clave de actuación	15
8.2. ¿Qué hacer si se sospecha de violencia?	15
8.3. ¿Y si la mujer no quiere hablar o actuar?	17
9. Buenas prácticas y recomendaciones	18
9.1. Principios clave para una atención ética y transformadora	18
9.2. Lenguaje y comunicación	19
9.3. Prácticas específicas a fomentar	19
9.4. Trabajo interdisciplinar e interinstitucional	20
9.5. Cuidar(se) para cuidar mejor	21
10. Epílogo	21
Bibliografía de interés	22



1. Introducción

El malestar emocional de muchas mujeres continúa siendo leído desde una perspectiva exclusivamente individual o biomédica, sin tener en cuenta los factores estructurales y relacionales que lo generan o lo sostienen. Esta guía nace de la necesidad de ofrecer a profesionales de la salud y del ámbito social herramientas para identificar situaciones de violencia machista que pueden estar en la base del uso –muchas veces crónico o ineficaz– de psicofármacos.

A través de esta propuesta, se busca considerar las diferencias de género en la expresión del malestar, las dificultades derivadas de roles de género que sobrecargan a las mujeres, así como visibilizar la violencia como una de las causas estructurales del sufrimiento psíquico de las mujeres, y promover un abordaje más sensible, integral y comprometido con los derechos humanos y la equidad de género.

2. Claves conceptuales

¿Qué entendemos por violencia machista?

La violencia machista no se limita a la agresión física. Se manifiesta de múltiples formas: psicológica, económica, simbólica, institucional, sexual y social. Es un fenómeno estructural, resultado de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres. La violencia puede ser visible o estar profundamente normalizada, especialmente en relaciones de pareja o familiares.

Perspectiva de género en salud mental

Incorporar una perspectiva de género implica reconocer que las mujeres experimentan el sufrimiento de forma diferenciada, no por razones biológicas únicamente, sino por su posición social, roles de género, mandatos culturales y exposición desigual a la violencia.

3. Medicalización del malestar femenino

La medicalización es el proceso por el cual experiencias humanas (como la tristeza, el estrés, el duelo o el agotamiento) se transforman en síntomas clínicos que requieren tratamiento médico, particularmente farmacológico. Este fenómeno se ha dado de forma desproporcionada en las mujeres.

Síntomas más comúnmente medicalizados en mujeres

- Ansiedad.
- Insomnio.
- Irritabilidad.
- Tristeza persistente.
- Somatizaciones.
- Fatiga crónica.
- Crisis de angustia.

4. Contexto y justificación

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, las mujeres presentan tasas **dos veces mayores de depresión y ansiedad** que los hombres. (WHO. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Copenhagen: WHO., Regional Office for Europe, 2015).

Existe una mayor prescripción que en hombres con tendencia a **recetar medicación como respuesta rápida** a síntomas que podrían explorarse desde lo social y lo relacional, generando dependencia y ocultando el origen real del sufrimiento. (A. Bacigalupe et al. Gac Sanit. 2020;34(S1):61-67 El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020).

En Europa y América Latina, se ha documentado que las mujeres **consumen entre un 40% y un 70% más de psicofármacos** que los hombres (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos), siendo la prescripción muchas veces una **respuesta a demandas sociales y no a trastornos clínicamente definidos** [(Observatorio Europeo de las Drogas, 2022)].

¿Hay diferencias en los consumos de sustancias de hombres y de mujeres?

A nivel del Estado, el Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (**EDADES** ***Encuesta sobre alcohol drogas en España (edades) 1995 - 2024**) está dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas. Este programa, que se realiza cada dos años, comenzó en 1995 y en la actualidad están disponibles los resultados de quince encuestas, lo que permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, opiáceos y drogas psicoactivas de comercio ilegal.

En el marco temporal de **alguna vez en la vida**, entre los hombres se registran mayores prevalencias de consumo para todas las sustancias psicoactivas, **a excepción de los hipnosedantes con o sin receta y los analgésicos opioides con o sin receta, sustancias que son consumidas en mayor medida entre las mujeres**. En cuanto al resto de drogas legales, se da una mayor diferencia en la prevalencia de consumo del tabaco (70,9% vs. 62,4% entre las mujeres) que de alcohol (94,1% vs. 91,7% entre las mujeres), cuyo consumo dentro de este plazo temporal es ampliamente mayoritario en ambos sexos.

En lo referente a las sustancias ilegales, es en el consumo del cannabis donde se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos: El 51,3% de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 36,0% de mujeres, lo que supone una diferencia de casi 16 puntos porcentuales.



Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez
en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%).
España, 2011-2024

	2011		2013		2015		2018		2020		2022		2024	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	77,6	65,7	77,5	68,6	77,1	67,9	74,8	64,5	74,9	65,1	74,4	64,8	70,9	62,4
Cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	7,3	6,3	9,6	8,1	12,0	8,9	13,6	10,7	20,3	17,7
Alcohol	94,0	87,7	95,0	91,3	95,3	91,7	93,6	88,8	95,5	90,4	94,9	91,4	94,1	91,7
Hipnosedantes con o sin receta	13,7	25,4	16,8	27,6	13,6	23,9	15,9	25,6	18,3	26,8	19,0	28,0	23,5	31,4
Hipnosedantes sin receta	2,1	2,6	2,6	2,8	3,3	4,9	2,8	3,2	3,0	3,1	3,6	3,6	5,1	4,4
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	13,1	16,0	14,1	16,2	14,7	16,9	14,0	16,4
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,5	1,7	1,3	2,6	2,3
Cannabis	35,4	19,2	37,9	22,7	40,1	22,8	43,6	26,8	46,3	28,7	48,8	32,9	51,3	36,0
Éxtasis	5,1	2,0	6,3	2,2	5,3	1,8	5,3	1,9	7,5	2,4	7,4	2,9	7,3	3,0
Alucinógenos	4,4	1,4	5,8	1,8	5,7	1,8	6,6	2,3	8,2	2,8	7,7	3,1	8,0	3,3
Anfetaminas	4,8	1,7	5,7	1,8	5,4	1,9	5,8	2,1	6,5	2,0	6,9	2,3	6,5	2,5
Cocaína polvo y/o base	12,8	4,7	15,0	5,4	13,4	4,7	14,6	5,9	16,4	5,9	17,4	6,6	18,8	7,7
Cocaína en polvo	12,7	4,7	14,9	5,4	13,3	4,6	14,3	5,7	16,1	5,7	17,1	6,3	18,5	7,4
Cocaína base	1,5	0,3	1,7	0,3	1,4	0,3	1,8	0,7	2,1	0,8	2,5	0,9	2,6	1,0
Setas mágicas	3,5	1,2	2,9	0,8	3,0	1,0	3,8	1,1	5,3	1,7	4,6	1,9	4,4	2,0
Metanfetaminas	1,2	0,3	0,8	0,1	1,0	0,2	1,9	0,5	1,8	0,5	2,0	0,6	1,8	0,8
GHB	-	-	0,9	0,2	1,0	0,2	0,7	0,2	1,5	0,3	1,1	0,3	1,1	0,5
Heroína	0,9	0,2	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,3	1,2	0,3	1,1	0,2	1,0	0,3
Inhalables volátiles	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,9	0,3	1,2	0,3	1,4	0,4	1,4	0,7

Fuente: CEDA Encuesta sobre alcohol y Drogas en España (Edades).

Atendiendo al tramo temporal de **los últimos 12 meses**, y al igual que ocurría para los consumos de alguna vez en la vida, el consumo de sustancias psicoactivas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. La

excepción se da en el caso de los **hipnosedantes y los analgésicos opioides con o sin receta**, registrándose para los hipnosedantes una prevalencia entre las mujeres superior en 5,4 puntos porcentuales respecto a los hombres (14,7% frente a 9,3%), y de 1,9 puntos porcentuales en el caso de los opioides (7,6% frente a 5,7%).

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2024

	2011		2013		2015		2018		2020		2022		2024	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8	44,4	34,2	44,0	34,0	40,9	32,7
Alcohol	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1	81,3	69,2	82,7	71,6	82,1	70,8	81,7	71,2
Hipnosedantes con o sin receta	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8	8,1	14,1	9,4	14,7	10,3	16,0	9,3	14,7
Hipnosedantes sin receta	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3	2,0	1,7
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	5,9	7,4	6,2	8,1	5,8	7,9	5,7	7,6
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,5	0,9	1,0
Cannabis	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6	14,6	6,3	14,4	6,8	16,0	9,2
Éxtasis	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3	1,4	0,4	1,0	0,5	0,9	0,4
Alucinógenos	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2	0,7	0,7	0,4	0,5
Anfetaminas	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4	0,8	0,3	0,5	0,4
Cocaína polvo y/o base	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0	4,1	1,0	3,6	1,1	3,7	1,3
Cocaína en polvo	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9	3,2	0,8	4,0	0,9	3,5	1,0	3,5	1,2
Cocaína base	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2
Setas mágicas	0,6	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1	0,6	0,1	0,5	0,3	0,4	0,3
Metanfetaminas	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1
GHB	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2

Fuente: CEDA Encuesta sobre alcohol y Drogas en España (Edades).

Por sexo y edad, se observa que, **con independencia del tramo temporal analizado**, el consumo de estas sustancias está mucho más extendido entre las mujeres y que éste **aumenta a medida que lo hace la edad**.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15 a 64 años según sexo y edad(%). España, 2024

	16 a 64 años			15 a 34 años			15 a 64 años		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Alguna vez	27,4	23,5	31,4	17,5	15,1	20,0	32,2	27,6	36,8
Último año	12,0	9,3	14,7	6,9	5,3	8,6	14,5	11,3	17,7
Último mes	8,0	6,2	9,9	3,9	2,8	5,1	10,0	7,9	12,2
A diario	4,5	3,5	5,6	1,8	1,3	2,3	5,9	4,5	7,2

Fuente: CEDA Encuesta sobre alcohol y Drogas en España (Edades).

Aproximadamente ocho de cada diez de los que han consumido hipnosedantes indica que, en términos generales, **siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (78,6%)**. Por su parte, el 5,0% indica haber excedido su consumo en tiempo y el 1,5% en número de dosis, por lo que mayoritariamente se hace un consumo exacto o menor al pautado. **La prevalencia del consumo sin receta es algo superior entre los hombres que entre las mujeres.**

5. Enfoque biopsicosocial

Desde el **modelo biomédico** tradicional se han enfatizado las diferencias biológicas, como el sistema hormonal y sus variaciones a lo largo del ciclo vital en las mujeres, como factores de inestabilidad emocional. Pero cada vez se pone más de manifiesto la importancia del contexto social

Desde el **ámbito psicológico** está aceptado socialmente que las mujeres expresen sus emociones, y sus narrativas enfatizan esta expresividad emocional, enmascarando aspectos más sociales y de roles de género. Estos incluyen la sobrecarga debida al **sistema de cuidados**, que sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres, limitando su autocuidado y el acceso al sistema de salud y a tratamientos específicos (por ejemplo, de atención a salud mental y conductas adictivas). La violencia específicamente ligada al género también se hace presente en ocasiones y la existencia de otros aspectos de interseccionalidad como las dificultades económicas o la exclusión social agudizan estas dificultades.

Muchas veces, ni las mujeres ni los profesionales son conscientes de la influencia y de la causalidad de estos **factores sociales**, y lo que se expresa explícitamente y por tanto es objeto de abordaje y tratamiento es el síntoma: cansancio, tristeza, angustia, insomnio, depresión, dolor...

Los **psicofármacos** aparecen entonces como la solución rápida y eficaz. Son legales, autorizados por el sistema, privados, baratos y sin estigma. Nada que rompa con lo establecido. Además, permiten seguir sosteniendo la situación. Pero están lejos de solucionar la raíz del problema.

6. Indicadores de sospecha y clínica social

En muchos casos, las mujeres que viven situaciones de violencia machista no lo expresan de forma directa. A menudo, acuden a los servicios sanitarios por síntomas físicos o emocionales que se convierten en la “punta del iceberg” de una realidad mucho más compleja. Por eso es fundamental que las y los profesionales aprendan a leer entre líneas, sin culpabilizar ni invadir.

Indicadores de alerta frecuentes

a) Desde la clínica o el malestar psicoemocional:

- Síntomas persistentes (ansiedad, insomnio, tristeza, fatiga) sin causa médica clara.
- Episodios recurrentes de crisis de angustia o llanto “inexplicable”.
- Baja autoestima, culpabilidad constante, miedo excesivo.
- Falta de respuesta a psicofármacos o mejoría solo parcial.
- Cambios súbitos en el estado de ánimo sin factores aparentes.

b) En la historia de atención:

- Uso prolongado o reiterado de ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos.
- Ingresos hospitalarios psiquiátricos sin diagnóstico claro o con etiquetas vagas (trastorno de adaptación, distimia, etc.).
- Consulta frecuente en atención primaria o urgencias por motivos inespecíficos.
- Aislamiento de redes familiares o sociales.

c) En el relato personal:

- Relatos vagos o contradictorios sobre el entorno familiar o de pareja.
- Frases como:
 - “Todo está bien, no sé por qué me siento así”
 - “Quizás exagero, él tiene razón”
 - “Me esfuerzo por no molestarlo
 - “Siento que me vuelvo loca”
- Nerviosismo o desconfianza al hablar de la pareja.

d) Factores sociales y contextuales:

- Dependencia económica de la pareja.
- Cargas de cuidado excesivas no compartidas.
- Migración, aislamiento, barreras idiomáticas o culturales.
- Presencia de hijos/as en situación de vulnerabilidad.



7. Ámbitos a explorar en la entrevista con enfoque de género

Cuando una mujer consulta por malestar emocional, no basta con anotar síntomas y prescribir medicación. Es necesario **abrir la mirada** y explorar los posibles determinantes sociales y relacionales que están en la base del sufrimiento.

¿Cómo preguntar sin invadir?

Con respeto, con escucha activa y sin juicios. No siempre es necesario preguntar directamente si hay violencia. A veces, basta con **crear el espacio y hacer preguntas abiertas**.

Ámbitos fundamentales a explorar

7.1. Relación de pareja actual o pasada

- ¿Te sientes libre para tomar decisiones en tu relación?
- ¿Tu pareja te hace sentir menos, te ridiculiza, te controla?
- ¿Evitas hacer o decir cosas para no provocar conflictos?
- ¿Hay episodios de celos, desconfianza o chantajes emocionales?

7.2. Entorno familiar y carga de cuidados

- ¿Sientes que todo el peso del hogar o del cuidado recae sobre ti?
- ¿Tienes ayuda o red de apoyo?
- ¿Te sientes desbordada en tus tareas cotidianas?

7.3. Situación económica y laboral

- ¿Dependes económicamente de alguien?
- ¿Puedes acceder a tus propios recursos o cuentas bancarias?
- ¿Sufres precariedad o inseguridad laboral?

7.4. Salud mental e historia de atención

- ¿Te sientes comprendida por los/as profesionales que te han atendido?
- ¿Sientes que se te ha ofrecido algo más que medicación?
- ¿Has tenido experiencias previas de atención revictimizante?

7.5. Historia personal de violencia o trauma

- ¿Has vivido situaciones difíciles en tu infancia o en relaciones anteriores?
- ¿Has sentido miedo o inseguridad en tu propia casa?
- ¿Has sido presionada para mantener relaciones sexuales?

7.6. Percepción de sí misma y bienestar subjetivo

- ¿Te sientes constantemente culpable o insuficiente?
- ¿Sientes que debes ser fuerte todo el tiempo?
- ¿Puedes descansar y cuidarte sin sentir culpa?

7.7. Redes de apoyo y elementos de soporte

- Explorar red de apoyo social (amistades, vecindario) y/o familiar.
- Espacios propios: hobbies, deporte, “lugares seguros” ...
- Exploración de la dimensión espiritual: en contextos de violencia, muchas mujeres encuentran en sus creencias espirituales una fuente de fortaleza para resistir, sanar y reconstruir su vida. (Este sentido de conexión con algo trascendente puede ayudar a mitigar la desesperanza y el aislamiento emocional).

Técnicas recomendadas

- Escucha activa (verbal y no verbal).
- Validación emocional (“es lógico que te sientas así en esa situación”).
- Reflejo y reformulación (“¿te das cuenta de cómo minimizas tu malestar?”).
- Preguntas abiertas, nunca acusatorias.

8. Actuación ante sospecha de violencia machista

Cuando una mujer presenta síntomas emocionalmente medicalizables (ansiedad, insomnio, astenia, tristeza profunda, etc.) y, tras la exploración, aparecen **indicios o evidencias de violencia**, es fundamental activar una **respuesta profesional coordinada y cuidadosa**.

No basta con detectar: **es necesario saber qué hacer y cómo acompañar sin revictimizar**.

8.1. Principios clave de actuación

1. **Seguridad:** la prioridad es la seguridad física, emocional y legal de la mujer.
2. **No juicio:** evitar culpabilizar, cuestionar o exigir explicaciones que aumenten su malestar.
3. **Escucha activa y validación:** reconocer su relato sin minimizarlo ni patologizarlo.
4. **Confidencialidad:** garantizar el manejo ético y legal de la información.
5. **Autonomía:** respetar el ritmo y las decisiones de la mujer, incluso si decide no actuar de inmediato.
6. **Acompañamiento intersectorial:** activar redes profesionales especializadas en violencia de género.
7. **Registro sensible:** documentar adecuadamente, incluyendo signos, síntomas, frases textuales y contexto, usando un lenguaje no estigmatizante.

8.2. ¿Qué hacer si se sospecha de violencia?

a) Si hay sospecha leve o indirecta:

- Continuar con la exploración, construyendo un vínculo de confianza.
- Preguntar de forma abierta:
“¿Te sientes segura en tu entorno más cercano?”
“¿Hay algo que te preocupe en tu relación o en tu casa?”
- Valorar derivación a servicios especializados (trabajo social, psicología con enfoque de género).
- Abordaje del consumo de sustancias, incluidos psicofármacos con derivación a recursos especializados, si procede.

b) Si hay signos moderados de violencia:

- Validar el malestar emocional como una respuesta legítima ante contextos difíciles.
- Explicitar la sospecha de forma cuidadosa:
“Por lo que me cuentas, parece que podrías estar viviendo una situación de maltrato. ¿Te gustaría que hablemos más de esto?”
- Activar red de apoyo interna (interconsulta, coordinación con equipo de salud mental, trabajo social).
- Derivar a recursos de atención especializada en violencia de género.
- Abordaje del consumo de sustancias, incluidos psicofármacos con derivación a recursos especializados, si procede.

c) Si hay violencia clara o riesgo grave:

- Activar protocolo de actuación urgente según normativa local:
 - Notificación a servicios especializados.
 - Coordinación con trabajo social y servicios jurídicos.
 - Valoración de riesgo y, si es necesario, contacto con fuerzas de seguridad.
- Garantizar protección (espacios seguros, información sobre casas de acogida, etc.).
- Informar a la mujer de sus derechos, recursos y opciones legales.
- Documentar exhaustivamente en la historia clínica.

Buenas prácticas para el registro

- Anotar **textualmente** frases relevantes (p. ej.: “dice que le tiene miedo”, “refiere que no puede dormir tras discusiones con su pareja”).
- Evitar juicios de valor o diagnósticos sin exploración suficiente (no escribir “trastorno de personalidad” sin base sólida).
- Incluir el **contexto social y familiar** del malestar emocional.
- Registrar la **derivación y el seguimiento**, dejando constancia del trabajo interdisciplinar.



Osakidetza. Guía rápida de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales. 2019

8.3. ¿Y si la mujer no quiere hablar o actuar?

Es muy habitual que, incluso ante la sospecha de violencia, la mujer no quiera o pueda reconocerla, hablar de ella o tomar acciones, muchas veces desde el miedo.

En estos casos:

- **Respetar su decisión sin invalidar** su experiencia.
- **Ofrecer apoyo incondicional:** *“Si en algún momento quieres hablar de esto, estoy aquí para acompañarte.”*
- **Reforzar su autonomía:**
“Confiamos en ti para tomar las decisiones que necesites, a tu ritmo.”
- **Evitar forzar salidas que no están listas para dar.**
- **Dejar siempre una puerta abierta.**

Entregando recursos por si decide pedir ayuda más adelante.

Muchas veces la salida de la violencia no es un hecho puntual, sino un **proceso largo, ambivalente y doloroso**. Como profesionales, debemos estar disponibles para:

- Acompañar de forma sostenida.
- Escuchar sin juicio.
- Reforzar su valor y dignidad.
- Abordar con ella la **retirada gradual** de medicación, si es posible y clínicamente viable.

9. Buenas prácticas y recomendaciones

Una atención de calidad a mujeres que atraviesan situaciones de violencia (a menudo sin nombrarla) requiere un cambio profundo en la forma de **mirar, escuchar y actuar** desde las instituciones.

9.1. Principios clave para una atención ética y transformadora

1. **Centrar a la mujer como sujeto activo de su proceso**, no como víctima pasiva o paciente “trastornada”.
2. **No reducir el malestar a etiquetas psiquiátricas** sin explorar los determinantes sociales y afectivos.
3. **Entender que la violencia no siempre se nombra como tal**. Escuchar más allá de las palabras.
4. **Evitar respuestas exclusivamente farmacológicas** ante síntomas que pueden tener origen social.
5. **Reconocer el impacto del trauma crónico** en el cuerpo y en la salud mental, sin culpabilizar.
6. **Validar el relato sin necesidad de pruebas**. Si una mujer dice que se siente controlada o temerosa, eso ya es significativo.
7. **Acompañar con empatía, sin urgencias ni imposiciones**. Salir de la violencia es un proceso no lineal.

8. **Nombrar la violencia cuando sea necesario**, pero con respeto y cuidado, sin diagnosticar sin consentimiento.
9. **Respetar las decisiones de la mujer, incluso si no responde como se espera**. La salida debe ser suya, no del sistema.
10. **Trabajar en red**, reconociendo los límites de nuestra intervención y derivando a otros recursos especializados.

9.2. Lenguaje y comunicación

El lenguaje que usamos puede **sanar o dañar**, abrir o cerrar espacios de expresión. Algunas recomendaciones:

- Evitar frases como:
 - “¿Por qué no te vas?”
 - “Si no lo denuncias, no puedo hacer nada”
 - “Tienes que tomar esta medicación si quieres estar bien”
 - “Eso que cuentas no suena tan grave”
- Utilizar frases que empoderen:
 - “Estás haciendo lo mejor que puedes en una situación muy difícil”
 - “No estás sola, esto no es tu culpa”
 - “Lo que te pasa tiene sentido en el contexto que vives”
 - “Estoy aquí para lo que necesites, incluso si ahora no quieres hablar de eso”

9.3. Prácticas específicas a fomentar

En la consulta médica o entrevista social:

- Dar tiempo, no interrumpir.
- Observar el lenguaje corporal, silencios y contradicciones como parte del relato.
- Preguntar por redes de apoyo reales (¿a quién acudirías si te sintieras en peligro?).

En el tratamiento y seguimiento:

- **Revisar regularmente la indicación de psicofármacos**, especialmente si no hay mejoría.
- Valorar si el tratamiento podría estar enmascarando una situación de violencia.
- **Ofrecer alternativas integrales:** terapia psicológica con enfoque de género, grupos de apoyo, trabajo social. La intervención debe contemplar aspectos de salud mental, desarrollo humano y espiritual para el fortalecimiento y empoderamiento de las mujeres y no sólo el tratamiento de los síntomas.

En la documentación:

- Incluir siempre el contexto psicosocial de los síntomas.
- Registrar las frases significativas de forma literal.
- Usar lenguaje neutro y respetuoso (evitar etiquetas como “manipuladora”, “histriónica”, etc.).

9.4. Trabajo interdisciplinar e interinstitucional

La violencia machista no se aborda desde una sola disciplina. Necesitamos actuar en red:

- Trabajo en equipo con salud mental, trabajo social, atención primaria, psicología, servicios jurídicos.
- Coordinación con recursos externos: casas de acogida, asociaciones feministas, servicios de atención a víctimas.

9.5. Cuidar(se) para cuidar mejor

Las situaciones que sufren las mujeres víctimas de violencia son muy duras. Acompañar a estas mujeres también afecta a las y los profesionales. Es fundamental:

- Supervisar casos complejos con enfoque ético y feminista.
- Trabajar en espacios que permitan compartir el impacto emocional.
- Evitar la sobrecarga emocional y la frustración ante la lentitud de los procesos.

- Reconocer los límites sin culpabilizarse.

No podemos cambiar el mundo solas, pero podemos acompañar procesos de transformación con respeto, humanidad y conciencia de género.

10. Epílogo

El sistema y las relaciones de género tienen un papel primordial en la estructura jerarquizada de cuidado. La que es considerada por la sociedad como una buena esposa, buena madre, buena hija o buena abuela es quien tiene que sacrificar su vida, ocio y salud por el bien y el cuidado de la familia (Lagarde M 2000 Claves feministas para la autoestima de las mujeres). Esto conduce a una sobrecarga vital, a un malestar expresado y vehiculado en síntomas físicos o psicológicos que se abordan muchas veces de forma simplista, individual, sin considerar los factores estructurales y relacionales que los generan y sostienen. La respuesta es pues, muchas veces simple, y restringida a la farmacología. En ocasiones, la situación es más grave y más oculta, cuando las mujeres están sufriendo múltiples formas de violencia por razón de género.

Es necesario **escuchar el malestar con otros oídos**. Porque a veces el síntoma no está en la persona, sino en lo que ha tenido que soportar en silencio.

Cuando una mujer dice '*me siento mal*', también puede estar diciendo '*me siento violentada*'. Escucharla bien puede cambiar su vida.



Bibliografía de interés

Bacigalupe A, Cabezas A, Baza Bueno M, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34(S1):61-67.

Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñoitia Iturbe A Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio Gac Sanit 2020; 34 (6).
<https://doi.org/10.1016/j.g539-545aceta.2019.06.012>

Becker Jill, McClellan Michele, Glover Reed Beth. Sex difference, gender and addiction. Journal of Neuroscience Research 95:136-147 (2017).

Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género. Fundación Atenea 2018.
https://fundacionatenea.org/sdm_downloads/estudio-consumo-de-hipnosedantes-analisis-historico-desde-la-perspectiva-de-genero/

Del Rio Carmen La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2022; 42(141): 55-73.

Díaz Marisol, Estévez Ana, Momeñe Janire. Mujeres, cuidados y psicofármacos, en Mujeres y psicofármacos: avances en drogodependencias, coord. Elisabete Aróstegui (pag 165-188) Universidad Deusto 2020.

EDADES. Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2024.
https://pnscd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf

García Ortiz L, Casique Casique L, Álvarez Aguirre A, Núñez Colín CA, Cortaza Ramírez L. Relación entre la violencia, consumo de drogas y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres: estudio de caso en la región sur de Jalisco, México. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4): 64-78.
[Microsoft Word - RevistaRqR_Otoño2018_Revisada_V2](#)

Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea 2016.
https://fundacionatenea.org/sdm_downloads/hombres-mujeres-y-drogodependencias-explicacion-social-de-la-diferencias-de-genero-en-el-consumo-problematico-de-drogas

Juntos por una mejor Salud Mental. Propuestas para una mejor atención de la salud mental y un uso adecuado de los psicofármacos en España. Un

informe del Comité de Expertos para la Salud Mental. FarmaIndustria 2025.
www.farmaindustria.es/web/prensa/notas-de-prensa/2025/07/02/el-primer-informe-del-comite-de-expertos-para-la-salud-mental-impulsado-por-farmaindustria-presenta-20-propuestas-para-reforzar-la-atencion-y-mejorar-el-uso-de-los-psicofarmacos

Mujeres y psicofármacos. Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco Monográficos Drogomedia nº 8 2020.

<http://drogomedia.com/es/monograficos/Record/559723/>.

Osakidetza. Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. 2019.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia-violencia_genero/es_def/adjuntos/guia_vg_es.pdf

Osakidetza. Guía rápida de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales. 2019.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia-violencia_genero/es_def/adjuntos/guia_rap_viol_genero_es.pdf

Socidrogalcohol Guía de consenso para el buen uso de las benzodiacepinas. 2019.

<https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-consenso-para-el-buen-uso-de-las-benzodiacepinas>

Vidas supervisadas: Un análisis de los contextos que perpetúan el consumo de psicofármacos en mujeres. Asociación Progestión. Noviembre 2024.

<http://progestion.org/present-el-inf/>

WHO. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Copenhagen: WHO., Regional Office for Europe, 2015).

<http://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/06b19f0c-c6e7-4981-83f8-94c06dcdaaab/content>

Vídeo- Abordemos los psicofármacos con gafas violeta.

<https://youtu.be/jDvwbmmtHBc?feature=shared>

Páginas web

www.generoydrogodependencias.org

www.gizakia.org

<https://pnsd.sanidad.gob.es/>

www.siiis.net

