

---

**UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

**FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**CONSUMO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LA  
POBLACIÓN QUE ACUDE A UN SERVICIO DE URGENCIAS**

AUTORA

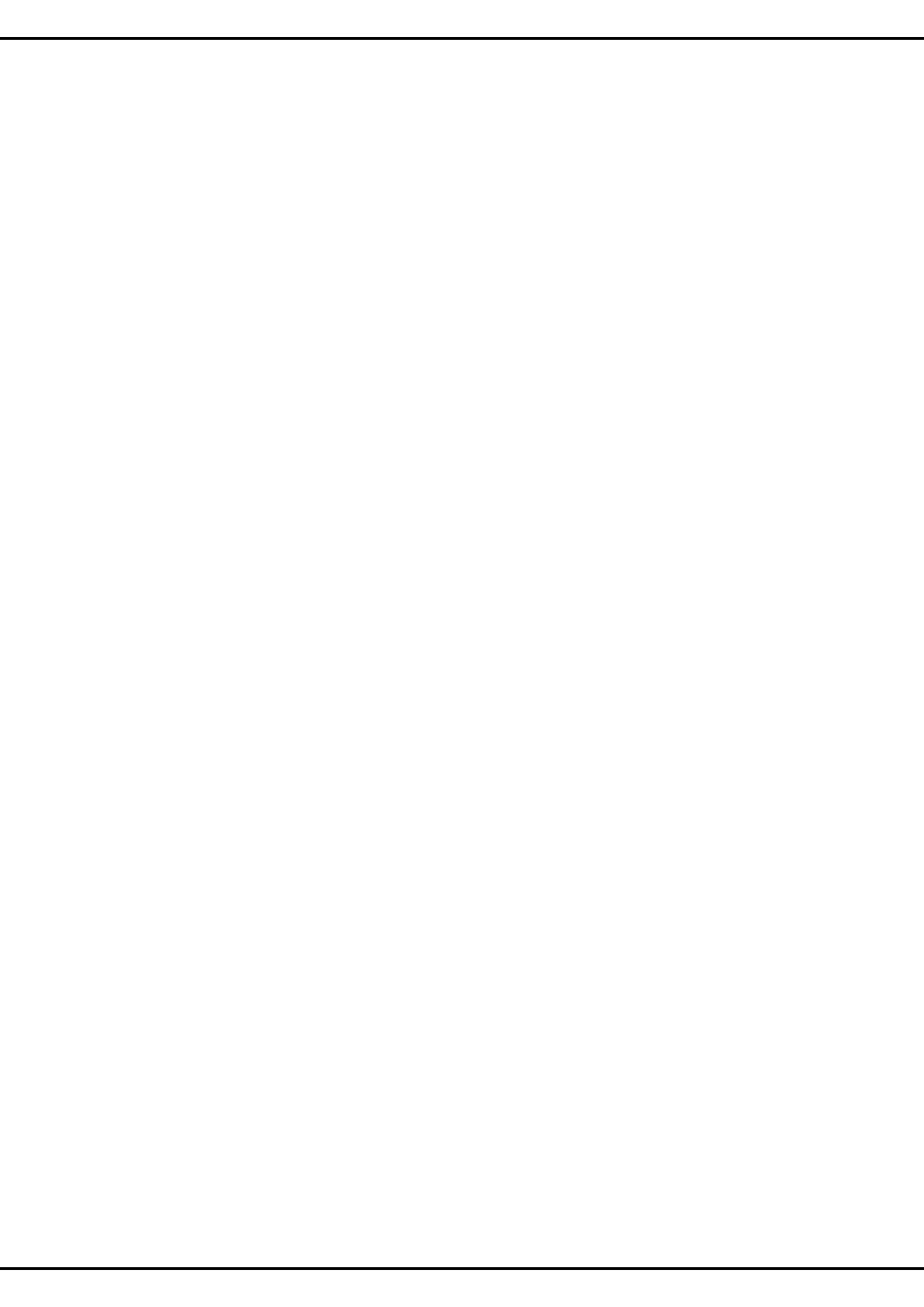
MARÍA JOSÉ NOGUERA MARÍN

DIRECTORES

Dr. D. Carlos Gutiérrez Ortega

Dra. Dña. Ana Isabel López Figueras

---





# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	12
COLABORADORES .....	14
AGRADECIMIENTOS .....	16
SUMMARY .....	18
<i>INTRODUCTION</i> .....	18
<i>AIM OF THE STUDY</i> .....	18
<i>MATERIAL AND METHODS</i> .....	18
<i>RESULTS</i> .....	19
<i>CONCLUSIONS</i> .....	19
<i>KEYWORDS</i> .....	19
INTRODUCCIÓN.....	22
CONCEPTOS GENERALES.....	22
CONCEPTO Y TIPOS DE DROGAS.....	22
DEFINICIÓN Y TIPOS DE PSICOFÁRMACOS.....	26
1) <i>ANALGÉSICOS</i> :.....	27
2) <i>ANESTÉSICOS</i> .....	29
3) <i>SEDANTES-HIPNÓTICOS</i> .....	29
4) <i>ANTIDEPRESIVOS</i> .....	36
5) <i>ANSIOLÍTICOS</i> .....	39
6) <i>ANTIPARKINSONIANOS</i> :.....	41
7) <i>ANTIEPILÉPTICOS</i> .....	42
8) <i>ANTIPSICÓTICOS</i> :.....	43
9) <i>EUFORIZANTES Y NOOTRÓPICOS</i> :.....	44
DEFINICIÓN DE CONSUMO ABUSIVO.....	45
<i>CONCEPTO DE ABUSO DE ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS</i> .....	48
OTRAS DEFINICIONES DE INTERÉS(33)(1)(36)(34)(37)(38)(39) .....	48
<i>TOLERANCIA</i> .....	48
<i>ACUMULACIÓN</i> .....	49
<i>SÍNDROME DE ABSTINENCIA</i> .....	49
<i>DEPENDENCIA</i> .....	51
<i>INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA</i> .....	54
<i>DESINTOXICACIÓN Y DESHABITUACIÓN</i> .....	54
<i>REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTOSA</i> .....	57
<i>INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA</i> .....	58
<i>SÍNDROME SEROTONINÉRGICO</i> .....	59
<i>POLIMEDICACIÓN</i> .....	60
<i>TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR SUSTANCIAS</i> .....	61
DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	61

<i>SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA DEFENSA "GÓMEZ ULLA"</i> .....	62
ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	65
MARCO TEÓRICO .....	69
<i>DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPÉUTICO</i> .....	69
TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	69
TRASTORNO DEPRESIVO .....	86
TRASTORNOS DEL SUEÑO .....	98
TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA .....	109
TRATAMIENTO DEL DOLOR .....	114
<i>DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIODEMOGRÁFICO</i> .....	117
PREGUNTA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN.....	124
HIPÓTESIS .....	126
OBJETIVO .....	126
PRINCIPAL/GENERAL .....	126
SECUNDARIOS/ESPECÍFICOS .....	126
MATERIAL Y MÉTODO.....	128
DISEÑO .....	128
POBLACIÓN A ESTUDIO .....	128
<i>CRITERIOS DE SELECCIÓN</i> .....	128
<i>INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN</i> .....	128
<i>MUESTREO</i> .....	128
<i>TAMAÑO MUESTRAL</i> .....	129
VARIABLES A ESTUDIO .....	130
<i>INDEPENDIENTE:</i> .....	130
<i>DEPENDIENTES:</i> .....	130
Variables de utilización de psicofármacos:.....	130
Variables de concomitancia con otras sustancias .....	131
<i>VARIABLES CONTROL O SOCIODEMOGRÁFICAS:</i> .....	132
MATERIAL.....	133
MÉTODO.....	133
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	134
<i>Estadística descriptiva</i> .....	134
<i>Estadística inferencial</i> .....	134
RESULTADOS.....	138
EDAD, SEXO Y HORARIOS DE CONSULTA .....	138
PARÁMETROS SOCIO DEMOGRÁFICOS.....	138
ABUSO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS.....	140
ESTIMACIÓN DEL TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	141
PAUTA DE DESHABITUACIÓN .....	143

GRADO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA O NO DE LOS PSICOFÁRMACOS.....	145
CAUSA MÁS FRECUENTE DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.....	147
CONCOMITANCIA DEL USO DE PSICOFÁRMACOS CON OTROS MEDICAMENTOS.....	149
INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.....	150
INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	154
INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	156
NIVEL CULTURAL EN LOS CONSUMIDORES DE PSICOFÁRMACOS FRENTE A LOS QUE NO CONSUMEN .....	158
RANGOS DE EDAD Y CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS.....	159
CONCOMITANCIA DEL USO DE PSICOFÁRMACOS CON OTRAS DROGAS Y CON EL CONSUMO DE BEBIDAS ESTIMULANTES.....	163
.....	166
PODEMOS DECIR QUE EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SUPONE UN FACTOR PROTECTOR DEL CONSUMO DE ALCOHOL (P= 0,006); ES DECIR, EN NUESTRO ESTUDIO DEBEMOS INDICAR QUE EXISTE UNA ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS. LOS QUE TOMAN ALCOHOL CONSUMEN UN 30% MENOS PSICOFÁRMACOS (IC95: 13 A 44%) QUE LOS NO CONSUMIDORES DE ALCOHOL (P= 0,006). EL RIESGO DE CONSUMIR PSICOFÁRMACOS ES 1,26 VECES MENOR ENTRE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL QUE ENTRE LOS ABSTEMIOS. ....	166
LA SIGUIENTE TABLA 39, NOS MUESTRA CÓMO LA GRAN MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS (EL 97,2%) NIEGAN CONSUMIR DROGAS. AL RELACIONAR ESTE PARÁMETRO CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS OBSERVAMOS QUE LA CONCOMITANCIA DE AMBOS ES MENOS DEL 1% SIENDO ESTADÍSTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA LA ASOCIACIÓN.	167
DISCUSIÓN.....	170
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS.....	170
DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRA MUESTRA, PODRÍAMOS EXTRAER UN "PERFIL PROTOTIPO" DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN NUESTRO HOSPITAL: .....	170
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN URGENCIAS.....	173
<i>TIEMPO DE CONSUMO</i> .....	175
<i>PRESCRIPTORES DE PSICOFÁRMACOS</i> .....	179
<i>CAUSAS DE CONSUMO PSICOFÁRMACOS</i> .....	183
<i>POLIMEDICACIÓN</i> .....	185
<i>INFLUENCIA DEL SEXO</i> .....	188
<i>INFLUENCIA DE LA SITUACIÓN LABORAL</i> .....	194
<i>INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL</i> .....	198
<i>INFLUENCIA DEL NIVEL CULTURAL</i> .....	201
<i>INFLUENCIA DE LA EDAD</i> .....	202
<i>CONCOMITANCIA CON OTRAS SUSTANCIAS</i> .....	208
TABACO .....	208

ALCOHOL .....	210
DROGAS ILEGALES Y CONSUMO DE BEBIDAS ESTIMULANTES.....	213
<i>LIMITACIONES DEL ESTUDIO</i> .....	216
CONCLUSIONES.....	218
ANEXOS.....	220
ANEXO 1: CONCEPTO DE ABUSO DE PSICOFÁRMACOS: ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS .....	220
ANEXO 2: CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES DE BEBIDA ESTANDAR (UBES) .....	221
ANEXO 3: MODELO INFORME DE ALTA DE URGENCIAS DEL PROGRAMA BALMIS 2006 UTILIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCD GOMEZ ULLA .....	223
ANEXO 4: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (HIP).....	224
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	226
ANEXO 6: ACEPTACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.....	227
BIBLIOGRAFÍA .....	230

# ILUSTRACIONES

Ilustración 1 ESCALA TERAPÉUTICA DE ANALGESIA DE LA OMS.....	28
Ilustración 2: MECANISMOS DE ACCIÓN DE SUSTANCIAS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, A NIVEL MOLECULAR: EL RECEPTOR GABAÉRGICO .....	32
Ilustración 3 GRADO DE DEPENDENCIA DE DIFERENTES SUSTANCIAS .....	53
Ilustración 4 ALGORITMO RESUMEN DE LA ANSIEDAD .....	85
Ilustración 5 TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN AÑOS.....	142
Ilustración 6 DESHABITUACIÓN DE PSICOFÁRMACOS.....	143
Ilustración 8GRADO DE ESPECIALIZACION EN LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS .....	146
Ilustración 9 MOTIVO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	148
Ilustración 10INFLUENCIA DEL SEXO EN EL TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	152
Ilustración 11 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN RANGOS DE EDAD ..	160
Ilustración 12 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN LA EDAD .....	160
Ilustración 13 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO EN LOS DIFERENTES RANGOS DE EDAD .....	161
Ilustración 14 INFLUENCIA DEL TABACO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.....	163
Ilustración 15 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ESTIMULANTES .....	164
Ilustración 16 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	173
Ilustración 17 CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	174
Ilustración 18 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE CONSUMO .....	175
Ilustración 19 FRECUENCIA DE DESHABITUACIÓN SEGÚN TIPO DE FÁRMACO CONSUMIDO..	178
Ilustración 20 FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA SEGÚN TIPO DE CONSUMO .....	179
Ilustración 21 DISTRIBUCION DE LAS COMBINACIONES DE LAS PATOLOGÍAS .....	184
Ilustración 22 CONSUMO DE MEDICACIÓN HABITUAL.....	186
Ilustración 23 INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.....	188
Ilustración 23 INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.....	189
Ilustración 24 INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	195
Ilustración 25 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA POBLACIÓN ACTIVA	195
Ilustración 26 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA POBLACIÓN PASIVA.	196
Ilustración 27 INCREMENTO (%) DE LOS TRASTORNOS MENTALES ENTRE 2006 Y 2010 EN ESPAÑA (estudio IMPACT) (131).....	198
Ilustración 28 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN ESTADO .....	199
Ilustración 29 INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL Y EL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS	200
Ilustración 30 INFLUENCIA DEL NIVEL CULTURAL EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	202
Ilustración 31 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN RANGOS DE EDAD ..	203
Ilustración 32 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO EN LOS DIFERENTES RANGOS DE EDAD.....	205
Ilustración 33 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	211
Ilustración 34 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS.....	215



# TABLAS

Tabla 1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-5 Y LA CIE-10.....	71
Tabla 2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD .....	79
Tabla 3 BENZODIACEPINAS DE USO COMÚN.....	80
Tabla 4 PROCESOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN.....	87
Tabla 5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN SEGÚN DSM-V Y CIE-10.....	88
Tabla 6 MODELO ESCALONADO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.....	91
Tabla 7 PRINCIPALES FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.....	92
Tabla 8 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN .....	97
Tabla 9 CAUSAS FRECUENTES DE INSOMNIO .....	101
Tabla 10 ESQUEMA DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA(91).....	113
Tabla 11 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	139
Tabla 12 CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN NUESTRA MUESTRA.....	140
Tabla 13. TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS (años).....	141
Tabla 14 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE CONSUMO.....	142
Tabla 15 FRECUENCIA DE DESHABITUACIÓN SEGÚN TIPO DE FÁRMACO CONSUMIDO.....	144
Tabla 16 FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN SEGÚN TIPO DE CONSUMO.....	145
Tabla 17 MOTIVO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	147
Tabla 18 DISTRIBUCIÓN DE LAS COMBINACIONES PATOLÓGICAS .....	148
Tabla 19 FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE MEDICACIÓN HABITUAL Y PSICOFÁRMACOS .....	149
Tabla 20 ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LOS CONSUMIDORES DE MEDICACIÓN HABITUAL.....	149
Tabla 21 INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.....	151
Tabla 22 ESTIMACIÓN DEL RIEGODECONSUMO DE PSICOFÁRMACOS CON RESPECTO AL SEXO .....	152
Tabla 23 TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN TIEMPO.....	153
Tabla 25 FRECUENCIA DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y LA ACTIVIDAD LABORAL.....	154
Tabla 26 RIESGO CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS FRENTE A ACTIVIDAD LABORAL .....	154
Tabla 27 FRECUENCIA CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LA POBLACIÓN ACTIVA.....	155
Tabla 28 FRECUENCIA CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LA POBLACIÓN PASIVA .....	155
Tabla 29 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN ESTADO CIVIL.....	156

Tabla 30 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO, COMPARANDO VIUDOS Y CASADOS .....	157
Tabla 31 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN VIUDOS SEGÚN SEXO .....	157
Tabla 32 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN NIVEL CULTURAL .....	158
Tabla 33 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN RANGOS DE EDAD .....	159
Tabla 35 RIESGO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO Y RANGO DE EDAD .....	162
Tabla 36 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	166
Tabla 37 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	166
Tabla 38 RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PSICOFÁRMACOS .....	166
Tabla 39 CONSUMO DE OTRAS DROGAS EN GENERAL Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	167
Tabla 40 DESHABITUACIÓN DE PSICOFÁRMACOS .....	177
Tabla 41 PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS EN ADULTOS DE 15 Y MÁS AÑOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO(121) .....	185
Tabla 42 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO EN LOS DIFERENTES RANGOS DE EDAD. ....	204
Tabla 43 FRECUENCIA DE FUMADORES .....	208
Tabla 44 COMPARATIVA DEL CONSUMO DE TABACO .....	210
Tabla 45 FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ESTIPULANTES .....	214



## DEDICATORIA

*At la vida... ¡Que es una rueda! No para de dar vueltas, con subidas y bajadas, con alegrías y penas. Y en medio del ajetreo y el misterio, del amor y el sufrimiento... la oportunidad de percibirla como un regalo lleno de oportunidades y el placer de compartirla con esos que giran, siempre fieles, a nuestro lado.*

*At mi familia y mi pequeña con cariño.*



**COLABORADORES**

M<sup>a</sup> Vicenta Noguera Marín

Amparo Nieto Martínez

Lidia Lagares López

Gregorio Noguera Marín

Andrea González Ruiz

Ignacio Rusillo Molina

Teresa Méndez Mayo

Ana Fuentes de Frutos

Teresa Quiroga Puertas

Marta Lozano Martínez

Javier Márquez López

Diego Noguera Marín

Fernando Noguera Gómez

Isabel Fuentes de Frutos

Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla

Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Central de la Defensa  
Gómez Ulla

Universidad de Alcalá de Henares, facultad de Medicina

Promoción 2012 de Cuerpos Comunes y Cuerpo Politécnico de las Fuerzas Armadas Españolas

Religiosas Teresianas de Enrique de Ossó

Religiosas del Sagrado Corazón de Jesús



## AGRADECIMIENTOS

Cuando te adentras en el mundo de la investigación, te das cuenta de que no eres más que la pequeñísima punta del iceberg que sobresale del agua, pero que no sería nada sin la vasta montaña de hielo que yace escondida sustentándolo todo. Así me siento yo, y por eso quiero aprovechar este espacio para mostrar mi más sincera gratitud a:

- Mis directores de tesis, el paciente y entregado Carlos y la suspicaz y detallista Anabel, porque apostaron por este proyecto desde el principio, sin dudar, ni un segundo, en que sería un sueño hecho realidad.

- El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla, porque, sin su colaboración altruista, no habría sido posible la recogida de datos con tantísima profesionalidad.

- A todos y cada uno de mis queridos colaboradores, por la grandísima labor técnica que cada uno ha llevado a cabo en la medida de su colaboración.

- A mi familia y amigos, porque han sabido alentarme y sostenerme también en mis días malos y de desesperanza.

- A la Universidad de Alcalá de Henares, personificada en facilitadores e impulsores de ciencia cuyo trabajo, la mayoría de las veces, queda eclipsado.

- Y por último, no quiero olvidar a todos y cada uno de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, especialmente los que están sufriendo... Ojalá que encuentren el alivio que necesitan, no sólo en los fármacos, y que nosotros, profesionales sanitarios, consigamos facilitárselo.





## SUMMARY

### INTRODUCTION

Consumption of psychotropic drugs is progressively increasing in our society. More specifically, a rise in the use of anxiolytic and antidepressant drugs has been registered in recent years. Psychotropics are most commonly prescribed by primary healthcare providers who do not follow the recommendations of the clinical practice guidelines and who seem to be unaware of the alarming increase in the consumption of psychotropics nowadays. The current economic background has clearly affected the social welfare state leading to an increase in public health expenditure. As a consequence, the pharmaceutical industry has been placed in an advantageous position. In the emergency field, psychotropic drug consumption has resulted in drug interaction and acute poisoning (accidental or intentional) in most cases.

### AIM OF THE STUDY

To find out whether psychotropic drug abuse is real in the case of antidepressant and anxiolytic medication among patients attending the hospital emergency department.

### MATERIAL AND METHODS

**DESIGN:** Cross-sectional observational study

**STUDY POPULATION:** Anyone of legal age attending the emergency room at the public hospital Hospital Universitario de la Defensa Gómez Ulla in Madrid covering an estimated period from October 2013 to January 2014. Those patients whose clinical information was not verifiable or impossible to access were excluded. Consecutive non-probabilistic sampling was used.

**ANTIDEPRESSANT AND ANXIOLYTIC DRUG ABUSE:** for the purposes of the present paper, consumption of self-administered antidepressant and anxiolytic

drugs (without the supervision of healthcare professionals) or continued consumption of prescribed antidepressant and anxiolytic drugs for a period longer than 15 months.

## RESULTS

A sample of 745 patients was obtained, 327 men (43.9%) and 418 women (56.1%). 57% of them (427) did not take psychotropics; 7% were former users and 35.5% were active users (318); 98% of them taking antidepressant, anxiolytic or a combination of both. 58% (184) of consumers were drug abusers -one out of every four patients. Anxiety, depression and insomnia account for 95% of the underlying pathologies which led to drug taking. 61% of psychotropics were prescribed by primary healthcare providers; 19% by psychiatrists; 17% by other medical specialists and 2% were non-prescribed.

70% of patients were not told how to quit their medication; 22% were told to progressively reduce the dose according to a fixed pattern; and the remaining 7% never considered the possibility of withdrawal.

There are several risk factors associated with the use of psychotropics: the use of regular medication ( $p < 0.001$ ); gender differences (being a woman  $< 0.001$ ); civil status (being widowed  $p = 0.009$ ); working status (being unemployed  $p < 0.009$ ); and alcohol intake ( $p < 0.001$ ).

## CONCLUSIONS

An abusive use of psychotropic drugs was found among patients attending the emergency department in the *Hospital Universitario de la Defensa Gómez Ulla* (area 11). In order to avoid drug interaction and acute poisoning, a careful study of the medical history (anamnesis) should always be carried out. Awareness campaigns aimed at patients would be highly advisable in order to promote responsible drug use as well as to make consumers aware that psychotropic drugs are not as harmless as they might think.

## KEYWORDS

Psychotropics, emergency department, drug abuse.





## INTRODUCCIÓN

### CONCEPTOS GENERALES

Antes de adentrarnos en profundidad en el estudio de los antidepresivos y ansiolíticos utilizados por los pacientes que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, se hace necesario definir y acordar ciertos conceptos y términos que reiteraremos a lo largo de todo el estudio. Por otra parte, el mundo de los psicofármacos, es un tema de actualidad sobre el que se hacen continuas revisiones y diferentes clasificaciones, por lo que parece una buena idea ajustarnos a las clasificaciones más aceptadas en el momento.

### CONCEPTO Y TIPOS DE DROGAS

De todas las posibles acepciones que encontramos de la palabra "droga" nosotros nos adscribiremos a las siguientes tres definiciones de la misma(1)

- f. Nombre genérico de ciertas sustancias usadas en industria, medicina o química: están probando una nueva droga contra el sida.
- Cualquier sustancia de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno y cuyo consumo reiterado puede provocar adicción o dependencia: la cocaína es una de las drogas más consumidas.
- Cualquier cosa que crea hábito o dependencia: esa serie de televisión es como una droga para mí.

A lo largo del siglo XX se han dado varias clasificaciones de las drogas según criterios fiscales. Así se hablaba de drogas "legales o lícitas", aquellas que el gobierno de cada país permitía su consumo siguiendo una legislación concreta, y drogas "ilegales o ilícitas", aquellas prohibidas por el país de referencia. La disparidad en las diferentes legislaciones de las distintas regiones del mundo, asociado con la proliferación de "nuevas drogas" hizo que este tipo de clasificación fuera insuficiente e inapropiado para el área sanitaria.

Surgió, a mediados del siglo XX, con el auge de sustancias como la heroína, la diferenciación entre drogas "duras" y drogas "blandas" siguiendo criterios socio patológicos del momento (durante este tiempo no se sabía con claridad el mecanismo de acción de cada droga ni sus repercusiones moleculares en el organismo y, se atendía más, a las manifestaciones físicas que mostraban los consumidores y las repercusiones sociales de las mismas) Así se habló de drogas duras para referirse a todas aquellas que generaban en el cuerpo del individuo una dependencia ya sea física o mental. Aquellas que observaban que eran capaces de transformar el comportamiento del ser humano y convertirlo en poco tiempo en adicto, y que llevaban a estos individuos a necesitar de un internamiento en un centro rehabilitador, o procedimientos similares, para desintoxicarse y reinsertarse en la sociedad ya que por sí mismos, de forma individual, era prácticamente imposible que lo lograsen. Las drogas que incluían en este grupo era la cocaína, la morfina y la heroína y dudaban (en unos tratados se incluían y en otros no) en el alcohol y la anfetaminas.

En este momento el término droga "blanda" se utilizaba para hacer referencia a aquellas que pensaban que no generaban adicción física (creían que generaba sólo adicción mental), y cuyos efectos, no eran nocivos para el organismo, ya que las relacionaban con productos naturales: la marihuana, el hachís, el opio y la cafeína. Por otra parte, el tabaco, a pesar de saberse que contenía nicotina y la misma generaba dependencia física, la incluían en este grupo por considerarse el tabaco como una planta, un producto natural más. (2)

En ninguna de las clasificaciones anteriores se incluía los psicofármacos, ni ningún tratamiento médico, dentro del concepto de drogas. Ya se planteaban, sobre todo, el uso excesivo y con claras características adictivas, de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes pero en estos casos siempre se hablaba de "medicamentos". Generalmente se obtenían con receta médica, su uso pretendía ser terapéutico, ligado al tratamiento de trastornos del ánimo, trastornos del sueño, enfermedades dolorosas o con el fin de lograr mayor lucidez o concentración (nootrópicos). Por eso estaban desvinculados el concepto de "medicamento" del concepto de "droga" (cuya función y objetivo comenzaba siendo recreativo).

Un poco más tarde empieza a usarse el término "droga psicoactiva", especialmente en el ámbito de la medicina y farmacología, como sinónimo de principio

activo o fármaco, no sabemos si por extensión del concepto o por la influencia del inglés como lengua científica. En castellano medicamento hace referencia a sustancia que se administra con fines curativos o preventivos de una enfermedad. El principio activo o fármaco es el componente responsable de las propiedades farmacológicas o tóxicas de una sustancia.(1)

La comunidad anglosajona utiliza "drug" para referirse a los tres términos castellanos: droga, medicamento y fármaco. Haciéndose una traducción literal se unifican los tres conceptos, en el momento actual, en el término "droga". De esta forma llegamos a la definición inicial(1), entendiendo como droga a todo fármaco o principio activo de un medicamento, elemento de origen biológico natural o producto obtenido de él por diversos métodos, o sustancia producida artificialmente, que produce efectos en el sistema nervioso central. Puede modificar el estado de ánimo produciendo placer e incluso, llegar a tener potencial de abuso y perjuicio.

La definición original de la Organización Mundial de la Salud refleja este uso genérico, sin embargo, la definición más específica indica que droga es el término más adecuado para referirse a sustancias que se usan sin fines terapéuticos; alteran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales; pueden ser auto administradas; y pueden inducir estados biológicos adaptativos en sus usuarios.(3)

Atendiendo a este concepto amplio de "drogas psicoactivas", desde el punto de vista de la farmacología, hacemos la siguiente clasificación, según los efectos que producen sobre el sistema nervioso central y cerebro:

- **DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O PSICOLÉPTICOS:** inhiben el funcionamiento del sistema nervioso central, ralentizando la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Tienen la capacidad de ralentizar o dificultar la memoria, disminuir la presión sanguínea, analgesia, producir somnolencia, ralentizar el pulso cardíaco, actuar como anticonvulsivo, producir depresión respiratoria, coma, o la muerte según dosis. Podemos subdividirlos en cuatro grandes grupos:



- a) Alcohol
- b) Barbitúricos (fenobarbital, propofol, tiopentato de sodio)
- c) Benzodiacepinas (diacepan, loracepan, lormetacepan, alprazolán)
- d) Opiáceos (fentanilo, heroína, metadona, propoxifeno, naloxona...)

- **ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO O PSICOANALÉPTICOS:** producen una activación general del sistema nervioso central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales.

Se establece una distinción entre:

- a) Estimulantes mayores: tales como la cocaína, las anfetaminas y los antidepresivos
- b) Estimulantes menores: como la nicotina o las xantinas (cafeína, teína, teobromina)

- **ALUCINÓGENOS O PSICODISLÉPTICOS:** también conocidos como perturbadores. Producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensitiva.

Ejemplos de estas sustancias los constituirían el LSD o las drogas de síntesis (que por los efectos que producen serían más bien consideradas como sustancias mixtas estimulantes-alucinógenas)(4) Destacamos:

- a) Psicodélicos: producen una alteración en la cognición y la percepción. Las experiencias suelen asociarse a la meditación, el yoga, el trance o el sueño. Los psicodélicos suelen agruparse en lisergamidas (destaca el LSD), feniletilaminas, piperazinas, triptaminas y otros.
- b) Disociativos: producen un bloqueo de las señales de la mente consciente hacia otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, disociación y trance. Pueden producir también sedación, depresión respirato-

ria, analgesia, anestesia o ataxia, así como pérdida de las facultades mentales y la memoria. Se dividen en adamantanos, arilciclohexilaminas y morfinaos.

c) Delirantes: producen delirios, a diferencia de los alucinógenos psicodélicos y disociativos en el que se mantiene cierto estado de consciencia. Se dividen en anticolinérgicos, antihistamínicos y GABA-agonistas.

## DEFINICIÓN Y TIPOS DE PSICOFÁRMACOS

De la clasificación anterior de las drogas en general, a nosotros nos interesan para nuestro estudio solamente aquellas que se utilizan como fármacos para combatir algún tipo de patología. Definiremos psicofármaco como todo medicamento que influye en la actividad mental(1) y es usado con fines terapéuticos. Estaríamos hablando de sustancias químicas que alteran de alguna forma el comportamiento, el humor o la percepción de las funciones mentales. Esto lo consiguen porque los psicofármacos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales.

Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en contacto directo entre sí; en las sinapsis (espacio entre las neuronas) el mensaje se transmite por sustancias químicas denominadas neuroreguladores o neurotransmisores. La mayoría de los psicofármacos actúan alterando el proceso de neurotransmisión. Los principales neurotransmisores cerebrales son(5):

- Dopamina: relacionado con el placer, la actividad motora y el aprendizaje
- Acetilcolina: involucrado en la contracción muscular, modula presión sanguínea y el tracto gastrointestinal, actividad mensajera intermedia para pensar, memorizar y aprender
- Noradrenalina: involucrado en las respuestas emocionales, en la creatividad y estado de vigilia modula SN Simpático
- Adrenalina: activa la actividad psíquica y emocional, inhibe la memoria.
- GABA: disminuye la actividad eléctrica del cerebro, es sedante

- Serotonina: regula el apetito, el deseo sexual y el sueño, envuelto en estado de ánimo y emociones
- Glutamato: involucrado en la memoria
- Endorfinas: relacionadas con el placer, calmantes y analgésicas
- Melatonina: relacionado con el ciclo circadiano, modula el sueño
- Cortisol: regulador endocrino, modula el estrés
- Histamina: regula el ciclo sueño-vigilia, involucrada en homeostasia en general

Por otra parte, atendiendo a sus efectos sobre el sistema nervioso, derivados, en su mayoría, de la acción que ejercen sobre los neurotransmisores antes mencionados, destacamos seis categorías principales de psicofármacos (6) De esta selección, utilizando la clasificación actualmente aceptada en pa, AnatomicalTherapeuticChemicalClassification(ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(7), escogeremos los subgrupos terapéuticos objeto de estudio: antidepresivos y ansiolíticos (incluyendo también los sedantes e hipnóticos).

1) **ANALGÉSICOS:** son aquellas sustancias que reducen o inhiben el dolor. Dependiendo del lugar de actuación presentan mayor o menor potencia de acción y su uso, por tanto, dependerá de la intensidad y características propias del dolor. La OMS lo expresa de forma gráfica con su escalera analgésica(8)(9)

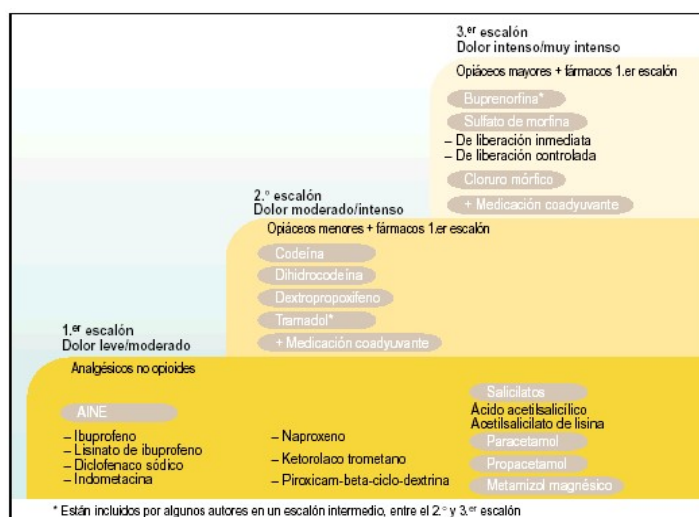


Ilustración 1 ESCALA TERAPÉUTICA DE ANALGESIA DE LA OMS

Los analgésicos se dividen en: opioides, pirazolonas, cannabinoides, anilinas y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Para dolores leves suelen utilizarse los AINEs que, además de tratar el dolor, reducen la fiebre, y en grandes dosis, tienen efectos antiinflamatorios. Los incluimos en el grupo de psicofármacos porque son capaces de atravesar la barrera hemato-encefálica y producir cambios plásticos en los astrocitos, modulando la actividad antiinflamatoria entre otras (10). No se ha demostrado que generen adicción física (motivo por el que su venta es libre)

Para el alivio de dolores de intensidad moderada se utilizan opioides débiles, de distribución no libre, como el tramadol, la codeína o la hidrocodona. Para dolores de intensidad fuerte se utilizan opioides fuertes como la morfina, la hidromorfona, la metadona, el fentanilo, etc. Estas sustancias no tienen techo analgésico, existiendo solamente un techo toxicológico. Como hemos mencionado anteriormente, algunos de estos fármacos se usan de forma recreativa, generan dependencia e inhiben las funciones cerebrales.

Entre la medicación coadyuvante, en la escala analgésica, encontramos los sedantes, ansiolíticos e hipnóticos, objeto de este estudio, usados para el tratamiento del dolor, tanto en los pacientes que acuden a urgencias(10) como de forma crónica ambulatoria.

2) **ANESTÉSICOS**: son aquellas sustancias que producen una insensibilización generalizada o local. En este grupo encontramos los etéreos, haloalcanos, barbitúricos, opioides y esteroides neuroactivos; inyectables o inhalables. Se utilizan principalmente para procedimientos quirúrgicos aunque, a veces, se usan en el tratamiento de dolores crónicos, conformando el cuarto escalón de la escala de analgesia que incluye los procedimientos invasivos(10)

3) **SEDANTES-HIPNÓTICOS**: son aquellas sustancias cuya primera función es inducir el sueño (hipnóticos) o disminuir las funciones del sistema nervioso central (sedantes), a grandes dosis pueden producir alteraciones de conciencia, depresión respiratoria y pérdidas de equilibrio. Este grupo se subdivide a su vez en subgrupos, dependiendo de su farmacocinética específica. Ajustándonos a la clasificación ACT de la OMS(7) destacamos:

#### **Barbitúricos, solos.**

Los barbitúricos son liposolubles y por lo tanto se disuelven con facilidad en la grasa del organismo. Entonces están preparados para traspasar la barrera hematoencefálica y alcanzar el cerebro. Una vez en el cerebro, los barbitúricos actúan impidiendo el flujo de iones de sodio entre las neuronas, a la vez que favorecen el flujo de iones de cloruro. Se unen a los receptores GABA en un sitio diferente a las benzodiazepinas y aumentan la acción de este neurotransmisor. De esta manera, al aumentar la conductancia al cloruro y reducir la sensibilidad de la membrana neuronal postsináptica a los neurotransmisores excitatorios, concluyen en un obstáculo definitivo para los potenciales de acción.

En bajas dosis y en ausencia de GABA no afectan a la neurotransmisión.

Generan rápidamente dependencia tanto física como psíquica y sobredosis relativamente pequeñas pueden resultar letales. En la actualidad su utilización está muy acotada a tratamiento antiepiléptico (fenobarbital) o los barbitúricos de vida media muy corta y acción rápida, usados en la anestesia general (tiopental)

Pentobarbital	Vinilbital	Tiopental
Amobarbital	Vinbarbital	Etallobarbital
Butobarbital	Ciclobarbital	Alobarbital
Barbital	Heptabarbital	Proxibarbal
Aprobarbital	Reposal	Fenobarbital
Secobarbital	Metohexital	
Talbutal	Hexobarbital	

### **Barbitúricos, combinaciones**

Combinaciones de barbitúricos

Barbitúricos en combinación con otras drogas

### **Aldehídos y derivados**

La acción de estas sustancias es semejante a la de los barbitúricos, aunque no tan intensa, provocando una parálisis descendente no selectiva del sistema nervioso central. El hidrato de cloral se absorbe fácilmente por todas las vías incluyendo el tracto gastrointestinal (vías bucal y rectal). El hidrato de cloral se reduce en todos los tejidos, incluyendo el cerebro y la sangre (eritrocitos).

El paraldehído, en cambio, es un polímero del acetaldehído, vía oral se absorbe rápidamente y a dosis hipnóticas, el 70—80% se metaboliza en el hígado y casi todo el resto se exhala, salvo una pequeña cantidad que se excreta por la orina. El medicamento atraviesa fácilmente la barrera placentaria por lo que se ha observado cierta demora en la iniciación de los movimientos respiratorios en el neonato después de su administración a la madre durante el parto(11)

Cloral, hidrato

Cloralodol

Acetilglicinamida cloral, hidrato

Dicloralfenazona

Paraldehído

### **Derivados de la benzodiacepinas**

Las benzodiazepinas tienen efecto agonista en el receptor GABA abriendo canales de Cloro que hiperpolarizan la membrana y enlentecen la conducción del impulso nervioso. Este mecanismo tiene un efecto depresor difuso en el SNC (ansiolíticos (ver Ansiolíticos), sedantes o hipnóticos, anti-convulsivos y miorrelajantes), pero con amplio rango terapéutico y poco efecto depresor respiratorio y cardiovascular. Estos cuatro componentes del efecto aparecen, en cada BDZ en una proporción distinta, lo que determina su perfil de acción. Casi todas las benzodiazepinas se absorben por completo vía oral, se unen a proteínas plasmáticas y se metabolizan en el hígado. Casi todos los efectos de las BDZ se producen por sus acciones inhibitorias en el sistema nervioso central (SNC).

El ácido gamma amino butírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitor del SNC de los mamíferos. Las BDZ interactúan con estos receptores, generando cambios en la permeabilidad de los iones de cloro con el consiguiente potencial posináptico inhibitorio, es decir, una hiperpolarización que lleva el potencial de membrana a valores más negativos, alejándolo del umbral, y disminuyendo de esta manera, la excitabilidad neuronal(12).Las benzodiazepinas se unen en la interfase de las subunidades  $\alpha$  y  $\gamma$  del receptor GABA A, el cual tiene un total de 14 variantes de sus 4 subunidades. La unión de una benzodiazepina al receptor GABA requiere también que las unidades  $\alpha$  del receptor GABAA (es decir,  $\alpha 1$ ,  $\alpha 2$ ,  $\alpha 3$  y  $\alpha 5$ ) contengan un residuo aminoácido de histidina. Otras regiones del receptor GABAA liga a neuroesteroides, barbitúricos y ciertos anestésicos. (13)

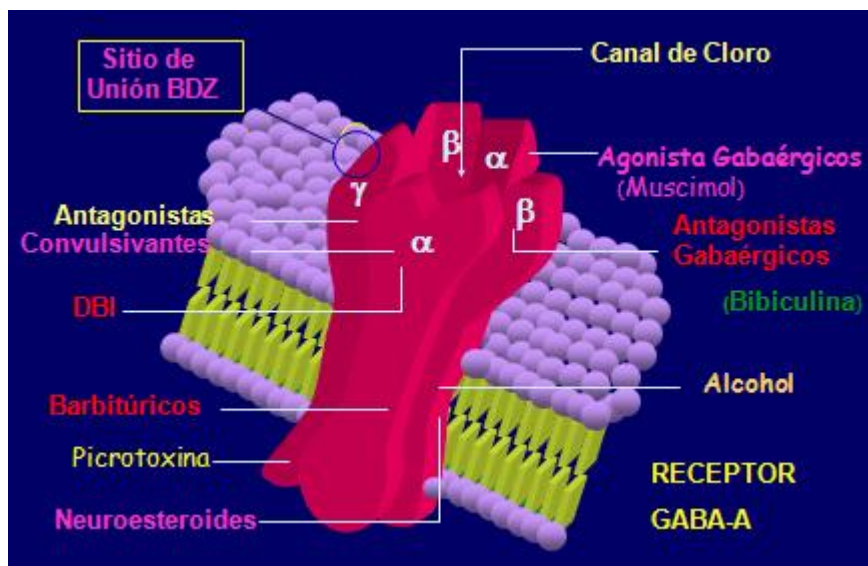


Ilustración 2: MECANISMOS DE ACCIÓN DE SUSTANCIAS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, A NIVEL MOLECULAR: EL RECEPTOR GABAÉRGICO

Para que los receptores GABA<sub>A</sub> respondan a la acción de las benzodiazepinas, necesitan tener tanto una subunidad  $\alpha$  como una subunidad  $\gamma$ , puesto que las benzodiazepinas se unen en la interfase de ambas subunidades. Cada benzodiazepina tiene una afinidad diferente por el receptor GABA<sub>A</sub> con sus subunidades. Por ejemplo, las benzodiazepinas con alta afinidad a nivel de la subunidad  $\alpha_1$  se asocian con sedación, mientras que los que tienen una mayor afinidad por los receptores que contengan la subunidad  $\alpha_2$  y/o  $\alpha_3$  tienen una buena actividad ansiolítica. Las benzodiazepinas también se unen a la membrana de las células gliales(14).

Flurazepam  
Nitrazepam  
Flunitrazepam  
Estazolam  
Triazolam

Lormetazepam  
Temazepam  
Midazolam  
Brotizolam  
Quazepam

Loprazolam  
Doxefazepam  
Cinolazepam



## **Drogas relacionadas con la benzodiacepina**

Estas sustancias se relacionan con las benzodiacepinas porque, al igual que estas, son agonistas específicas de receptor GABA, sin embargo en este caso se unen al complejo del receptor macromolecular GABA-omega 1, por lo que son más selectivos. Por otra parte carecen de metabolitos intermedios en su eliminación hepática y presentan una vida media muy corta. Gracias a estas diferencias con las benzodiacepinas, no tienen efectos ansiolíticos, relajantes musculares ni anticonvulsivantes, se utilizan a dosis hipnóticas normalmente, siendo eficaces inductores del sueño sin "efecto resaca" al día siguiente.

Zopiclona, Zolpidem, Zaleplon

## **Otros hipnóticos y sedantes**

La mayoría de estas sustancias se introdujeron en la década de 1950 y se consideran "pasadas de moda" porque han sido sustituidas por nuevos fármacos que son más efectivos y que tienen menos efectos adversos. No obstante se siguen utilizando en circunstancias muy concretas. Otras de las sustancias que encontramos en este grupo son medicamentos naturales que presentan una eficacia terapéutica mucho más baja y se pueden adquirir de forma fácil, y sin necesidad de prescripción médica. Destacaremos:

El CLOMETIAZOL es un tiazol con acciones sedantes, relajantes musculares, hipnóticas y anticonvulsivantes. Tiene un comienzo de acción rápido y una vida media corta (unas 4 horas). Es un fármaco estructuralmente afín a la tiamina (vitamina B<sub>1</sub>) por lo que su utilidad fundamental es para el tratamiento del delirium tremens y de los síntomas de la abstinencia alcohólica. También se utiliza en estados de agitación del anciano, en fases de manía y en cuadros convulsivos (eclampsia). A dosis mayores actúa como hipnótico, produciendo un sueño que aparece antes de los 60 minutos, de 6 a 8 horas de duración y con poca depresión o "resaca" posterior a su acción hipnótica.

La NIAPRAZINA es un compuesto similar a la fenilpiperazina, con características sedante - hipnótico. Se ha utilizado en el tratamiento de los trastornos del sueño desde principios de los años setenta en muchos países europeos, entre ellos Italia, Francia y Luxemburgo. Se utiliza comúnmente en niños y adolescentes debido a su seguridad, tolerabilidad y la falta de características que pueden llevar a su abuso. Originalmente se creía que tenía la propiedad de antihistamínico y anticolinérgico pero más tarde se descubrió que la niaprazina no tiene una afinidad significativa por los receptores H histaminérgicos ni el de los receptores muscarínicos, es un potente y selectivo antagonista de receptores adrenérgicos alpha y serotoninérgico 5-HT (16).

La ESCOPOLAMINA presenta una estructura similar a la atropina, pero mayor afinidad por el SNC, provocando una depresión del mismo, amnesia y alteraciones del sueño, gracias a su estructura bioquímica (Son alcaloides naturales antagonistas de los receptores muscarínicos)(15)

El ETCLORVINOL es un sedante e hipnótico que se emplea en el tratamiento a corto plazo del insomnio. Tiene un inicio rápido de acción pero de corta duración. Posee propiedades anticonvulsivas y relajantes musculares. El etclorvinol posee acciones farmacológicas muy semejantes a las de los barbitúricos, aunque el mecanismo de acción exacto es desconocido.(15)

La MELATONINA o N-acetil-5-metoxitriptamina es una hormona encontrada en animales, plantas, hongos y bacterias, así como en algunas algas, de forma natural; en concentraciones que varían de acuerdo al ciclo diurno/nocturno. Se vende normalmente sin necesidad de prescripción médica. Se ha demostrado que la melatonina, si se libera de manera prolongada, presenta buenos resultados en el tratamiento del insomnio en los adultos mayores (18). Puede mejorar la desalineación circadiana y el trastorno afectivo estacional.

La VALERIANA (*Valeriana officinalis*) es una planta medicinal muy popular en América del Norte y Europa. Su extracto de raíz se utiliza comúnmente como un sedante suave y ansiolítico. Entre docenas de componentes químicos (por ejemplo, alcaloides, iridoides, flavonoides y terpenoides) que se encuentran en la raíz de valeriana, valerena-4,7 dieno y ácido valerénico se han sugerido como los principios activos responsables del efecto sedante(16).

Es una de las plantas medicinales más utilizadas desde la antigüedad y de forma internacional (cambiando la familia biodisponible según la localización geográfica) hasta convertirse en la medicina herbal dominante en Europa y América del Norte como un sedante para aliviar el insomnio y la ansiedad. En Alemania, el extracto de raíz de valeriana ha sido aprobado como un sedante natural. En los EE.UU., extracto de valeriana también se acepta como "sustancia segura" por la Administración de Alimentos y Drogas. En una encuesta nacional realizada en el 2002 en los EEUU, se informó que aproximadamente 2 millones de adultos tenían valeriana en casa y la consumían para aliviar el insomnio(17).

Metacualona	Propiomazina	Bromidas
Clometiazola	Triclofos	Valnoctamida
Bromisoval	Etclorvinol	Metilpentinol
Carbromal	Valeriana	Niapraxina
Escopolamina	Hexapropimato	Melatonina

### **Hipnóticos y sedantes en combinación, excluyendo barbitúricos**

Meprobamato, combinaciones  
 Metacualona, combinaciones  
 Metilpentinol, combinaciones  
 Clometiazole, combinaciones  
 Emepromium, combinaciones  
 Dipiperonilaminoetanol, combinaciones

4) **ANTIDEPRESIVOS**: son aquellas sustancias capaces de aliviar el conjunto de síntomas que caracterizan la depresión: tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida... son predominantes los síntomas de predominio afectivo aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático. Los subdividimos basándonos en su mecanismo de acción, según la clasificación ACT de la OMS(7):

#### **Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (TRICÍCLICOS)**

Los antidepresivos tricíclicos constituyen un grupo de gran complejidad farmacológica, a menudo se clasifican como aminas terciarias y secundarias. Se utilizan desde hace más de 50 años, aunque el descubrimiento de sus propiedades antidepresivas fue una observación fortuita, pues inicialmente se creyó que serían útiles como antihistamínicos con propiedades sedativas y potencialmente antipsicótico. Su uso ahora se limita para el tratamiento de la depresión y otras patologías conductuales, como medicamentos de segunda línea ya que, aunque poseen, en general, una buena tasa de respuesta, comparable clínicamente a la de otros antidepresivos (incluyendo ISRS), se asocia a más efectos secundarios y una mayor probabilidad de abandono del tratamiento. Dentro de este grupo encontraremos:

Desipramina	Dibenzepina	Butriptilina
Imipramina	Amitriptilina	Dosulepin
Imipramina, óxido	Nortriptilina	Amoxapina
Clomipramina	Protriptilina	Dimetacrina
Opipramol	Doxeklin	Amineptina
Trimipramina	Iprindole	Maprotilina
Lofepramina	Melitracen	Quinupramina

## **Inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa (IMAO)**

Las monoaminoxidasas son enzimas cuya acción consiste en la degradación de algunos neurotransmisores como serotonina, norepinefrina, dopamina y feniletilamina. Estos fármacos inhiben las enzimas, aumentando así la concentración de neurotransmisores en el sistema nervioso central. De esta forma contrarrestan la reducción de los mismos que se producen en algunas enfermedades (en depresión existe reducción de serotonina y norepinefrina cerebrales, Enfermedad de Parkinson dopamina, por ejemplo). Se ha demostrado que algunas drogas, especialmente el tabaco, actúan también reduciendo la concentración de esta enzima en el SNC, añadiendo alteraciones del ánimo a los síndromes de abstinencia provocados al dejar de utilizar la sustancia(18)

Se conocen dos tipos diferentes de monoaminoxidasa, denominados A y B. Las del tipo A actúan preferentemente sobre la serotonina y norepinefrina, mientras que las del tipo B lo hacen sobre la feniletilamina. Sobre la dopamina y otras monoaminas (como triptamina y tiramina) intervienen ambos tipos. Durante un tiempo revolucionaron el tratamiento de la depresión pero fueron sustituidos rápidamente por los antidepresivos modernos, sobre todo por sus efectos secundarios. Sin embargo aún se contemplan en las guías de tratamiento como fármacos de segunda o tercera líneas, especialmente los IMAOs de efecto reversible.

Los inhibidores no selectivos son los fármacos más antiguos y tradicionales, su acción inhibitoria es inespecífica e irreversible de la MAO, con lo que se mantiene el efecto hasta que vuelve a generarse el enzima (unas dos semanas). Se han ido retirando del mercado por su interacción con los alimentos que contienen tiamina (como el queso) y las múltiples reacciones adversas y sinérgicas con otros fármacos. La ATC contempla catalogados los siguientes, aunque de forma práctica sólo se comercializa en España la Tranilcipromina

Isocarboxazida, Nialamida, Fenelzina, Tranilcipromina, Iproniazida, Iproclozida

### **Inhibidores de la monoaminoxidasa tipo A**

En la actualidad, como mencionamos anteriormente, se acepta que hay al menos dos variantes (isoenzimas) de la MAO que se designan como MAO-A y MAO-B. Se diferencian en la distribución en el organismo y en el sustrato que catalizan (la MAO-A es selectiva hacia la noradrenalina y la serotonina, entre otros). Existen fármacos que actúan específicamente sobre cada uno de estos subtipos y que, a diferencia de los inespecíficos, no tienen una acción irreversible sobre la enzima, que inciden fundamentalmente a nivel central y minimizan los efectos adversos por interacciones con la tiramina o con otros fármacos(19). Por otra parte cabe destacar que muchos de los órganos tienen mezcla de las dos isoenzimas (en proporciones diferentes) y las dos pueden catalizar el metabolismo de las mismas aminas biógenas (unas quince): la selectividad se pierde al aumentar la concentración del sustrato.

Moclobemida y Toloxatona

### **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o (ISRS)**

La serotonina es una molécula bioquímica producida por el organismo para cumplir las funciones de neurotransmisor. La neurotransmisión serotoninérgica en el cerebro implica al menos 14 tipos diferentes de receptores de serotonina pre y pos sinápticos. Todos los ISRS disminuyen potentemente la acción de la bomba de la recaptación de serotonina pre sináptica, en un 60 a 80 por ciento(20). Esto aumenta la cantidad de tiempo que la serotonina está disponible en la sinapsis y aumenta la ocupación del receptor de serotonina pos sináptica. Como ya hemos esbozado antes, la serotonina está implicada en los estados de ánimo y emociones, entre otras funciones. Algunos estudios afirman que muchos de los trastornos mentales se deben, entre otros componentes, a la disfunción genética de alguno de los receptores de serotonina(21). Todo esto explica que, aumentando la concentración de este neurotransmisor, mejore la clínica.

Por otro lado, actualmente los ISRS son el fármaco de primera elección en el tratamiento de la depresión, no tanto por la mayor eficacia o mejor afinidad, sino por su mejor tolerancia y menores efectos adversos(22)

Zimelidina	Paroxetina	Fluvoxamina
Fluoxetina	Sertralina	Etooperidona
Citalopram	Alaproclato	Escitalopram

### Otros antidepresivos

En este cajón de sastre la OMS(7) incluye a un amplísimo grupo de anti-depresivos de segunda generación. Se trata de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). Precusores serotoninérgicos (como el L-triptófano, oxitriptano y en España está disponible el 5-hidroxitriptofano). Antidepresivos atípicos (como Viloxacina, trazodona, nefazodona), benzodiazepinas de segunda generación (mirtazapina) y otras sustancias con posible acción antidepresiva (como Bromocriptina, TRH, ademetionina)(22)(21)

Oxitriptano	Bifemelana	Venlafaxina
Triptófano	Viloxazina	Milnacipran
Mianserina	Oxaflozane	Reboxetina
Nomifensina	Mirtazapina	Gepirona
Trazodona	Medifoxamina	Duloxetina
Nefazodona	Tianeptina	Agomelatina
Minaprina	Pivagabina	Desvenlafaxina

5) **ANSIOLÍTICOS**: son sustancias que actúan en el sistema nervioso central generando la sensación de calma, sosiego y placidez. Son considerados tradicionalmente tranquilizantes menores y se utilizan para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad (Neurosis) y sus desórdenes.

Se suelen clasificar de acuerdo al mecanismo de acción y a la estructura química que poseen(19):

- A) Gabaérgicos:
  - Benzodiacepinas (Tipo diacepan).
  - Barbitúricos (Fenobarbital).
  - Otros (Alpidem, fenitoina, meprobamato, lamotrigina, clometiazol, etc.).
  
- B) Serotoninérgicos:
  - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
  - Antidepresivos heterocíclicos de acción serotoninérgica (Clorimipramina).
  - Azaspirodecadionas (Buspirona).
  
- C) Adrenolíticos:
  - Beta-bloqueantes (Propanolol).
  - Alfa-antagonistas (Clonidina).
  
- D) Bloqueantes dopaminérgicos:
  - Típicos (Clorpromazina).
  - Atípicos (Clozapina).
  
- E) Otros:
  - Antihistamínicos (Hidroxicina, difenhidramina).
  - Diversos (Hidrato de Cloral, Litio, etc.).

Como podemos observar hay varios tipos de sustancias que poseen efecto ansiolítico, la mayoría de ellos los hemos mencionado anteriormente (Ver apartados 2, 3 y 4) ya que, con la excepción de la buspirona, y las benzodiacepinas, el resto de los fármacos considerados como tranquilizantes tienen más una acción sedante (inductora de sedación o sueño), que realmente ansiolítica. Otros, como los ISRS (tratados en el apartado de antidepresivos) han demostrado eficacia en el tratamiento de diversas formas de ansiedad (Depresión con ansiedad, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Trastorno de Angustia), pero su efecto no puede ser considerado estrictamente ansiolítico. Por otra parte las benzodiacepinas han desplazado a casi todos los demás grupos de fármacos tranquilizantes en el tratamiento de la ansiedad. Así los barbitúricos, anteriormente bastante utilizados, han caído en desuso, y el uso de otras sustancias empleadas frecuentemente hace unas décadas, como el meprobamato, la hidroxicina, o la difenhidramina, es hoy tan sólo anecdótico. La causa de esto es debida a que las benzodiacepinas, tienen un margen de seguridad mayor, mejor tolerancia, y una eficacia suficientemente contrastada en el tratamiento de la ansiedad.



Esto nos deja en la actualidad con un único grupo de fármacos auténticamente ansiolítico: las benzodiazepinas, dejando aparte los hipnosedantes (Ya reseñados anteriormente), así como los miorelajantes, los anticonvulsivantes y los efectos amnésigenos, junto con algunas sustancias aisladas, útiles para algunas formas específicas de ansiedad. La psicoterapia y otras alternativas no farmacológicas, aún no han conseguido abrirse paso real en nuestra sociedad(23).

6) **ANTIPARKINSONIANOS:** Son sustancias que actúan paliando los síntomas de la Enfermedad de Parkinson. El Parkinsones un trastorno neurodegenerativo crónico que conduce, con el tiempo, a una incapacidad progresiva. Está producido como consecuencia de la destrucción, por causas que todavía se desconocen, de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra (ésta área está encargada de coordinar la actividad, el tono muscular y los movimientos). Esto provoca una deficiencia de dopamina en el cerebro, pero el suministro de este neurotransmisor al paciente no resulta eficaz, puesto que la dopamina no puede pasar la barrera hematoencefálica. Por eso, los fármacos que se emplean en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (fármacos anti-parkinsonianos) usan otras vías para restituir de forma temporal la dopamina o bien, imitan las acciones de la misma(24).

Pese al optimismo reinante en un principio, ninguno de los fármacos usados en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson actúa sobre la progresión de la enfermedad, sólo aplacarlos síntomas de forma temporal ya que, en estadios iniciales se centra en la mejora de los síntomas motores, pero, a medida que avanza la enfermedad, surgen nuevos problemas causados por la propia medicación (fluctuaciones motoras y discinesias(25)).

En la actualidad, los fármacos más usados son agentes dopaminérgicos (levodopa es el "estándar de oro") y agentes anticolinérgicos. También tienen cierta relevancia otros como la selegilina (inhibidor de la MAO-B), la amantadina (liberador de dopamina) o la benztropina (antagonista del receptor muscarínico de la acetilcolina).

7) **ANTIÉPILEPTICOS:** Son sustancias que actúan paliando los síntomas de la epilepsia, sobre todo las convulsiones o episodios clónicos, por lo que estos fármacos también son llamados anticonvulsivos. Están destinados a combatir, prevenir o interrumpir las convulsiones o los ataques epilépticos. Suele llamársele antiepileptico aunque existen otros tipos de convulsiones no asociadas a la epilepsia como: el síndrome convulsivo febril del niño o las convulsiones producidas por la retirada brusca de tóxicos y fármacos depresores del sistema nervioso central; sin embargo estos eventos no requieren de un uso regular de un fármaco y la epilepsia sí. También se han estado usando en el tratamiento del trastorno bipolar, debido a que actúan como estabilizantes del humor (psicotrónicos)(26).

La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, que se manifiesta en forma de crisis inesperadas y espontáneas, desencadenadas por una actividad eléctrica excesiva de un grupo de neuronas hiperexcitables. Se han descrito más de 30 tipos de crisis, aunque a grandes rasgos se dividen en dos categorías: crisis focales y crisis generalizadas. Los medicamentos usados para paliar las crisis buscan reducir la hiperactividad neuronal. Los podemos dividir en 7 grupos(7)(27):

- Bloqueadores de los canales de sodio de activación repetitiva (derivados de la hidantoína y carboxamida): fenitoína, carbamezepina, oxcarbazepina.
- Fármacos que potencian las acciones del neurotransmisor GABA (barbitúricos derivados de las benzodiacepinas): Fenobarbital, clonazepan.
- Moduladores del glutamato (acción sobre otro neurotransmisor): Topiramato, lamotrigina, felbamato
- Bloqueadores de los canales de calcio T (derivados de la succimida y ácidos grasos): Etosuximida y ácido valproico
- Bloqueadores de los canales de calcio N y L (otros antiepilepticos) lamotrigina, topiramato, zonisamida y ácido valproico
- Bloqueadores de sitios de unión específicos del neurotransmisor GABA: Gabapentina, levetiracetam, lamotrigina
- Inhibidores de la anhidrasa carbónica: Topiramato y zonisamida

8) **ANTIPSICÓTICOS:** Son también llamados fármacos neurolépticos, actúan sobre el sistema nervioso central, ejerciendo modificaciones fundamentalmente en el cerebro y están indicados en el tratamiento de cuadros clínicos de esquizofrenia, trastorno bipolar, paranoia, psicosis orgánicas y funcionales.

Al llegar al cerebro, los neurolépticos, ocupan los receptores dopaminérgicos D2 y, en algunos casos, los receptores serotoninérgicos 5HT2A. Actúan como antagonistas bloqueando fuertemente sus efectos y producen un estado de tranquilidad e indiferencia inmediatas (En la antigüedad se les clasificaba como tranquilizantes mayores) en casos de esquizofrenia, por ejemplo, hacen desaparecer las alucinaciones y en trastornos bipolares tratan episodios maníacos con o sin síntomas psicóticos.

No se conoce aún el fundamento molecular de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, aunque las evidencias apuntan a un síndrome multifactorial. Las personas que experimentan psicosis presentan un estado mental descrito como una escisión o pérdida de contacto con la realidad, pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria. En algunas ocasiones está asociado a un daño orgánico, traducido y heredado genéticamente, pero otras veces no(28). Se están usando en muchas ocasiones, junto con las benzodiazepinas, en el manejo del paciente añoso agitado, sobre todo institucionalizado, sin que tengan claras indicaciones para ellos(29).

Los clasificamos en típicos (fueron los primeros que se descubrieron y usaron en los años 50) y atípicos (de primera elección en el momento actual, sobre todo por reducir los efectos adversos extrapiramidales):

## TÍPICOS (clásicos)

- Fenotiazinas: Las hay de tres tipos distintos:
  - Alifáticas: clorpromacina, levomepromazina, trifluoperazina
  - Piperidínicas: Son las fenotiacinas menos potentes. P.e.: Tioridazina, Periciazina.
  - Piperazínicas: Contienen un -OH, son muy lipofílicas, tienen mayor potencia. Ej: Trifluoperazina.
- Butirofenonas: Poca actividad adrenérgica o muscarínica. Su presentación farmacéutica es de liberación lenta. P.e.: Haloperidol
- Tioxantenos. P.e. Tiotixeno.
- Derivados del Indol: oxipertina
- Litio

## ATÍPICOS (nuevos)

- Diazepinas, oxazepinas y tiazepinas: Pocos efectos extrapiramidales, su acción es antagónica; predominantemente sobre los receptores 5HT<sub>2</sub>. Ej.: Clozapina, Olanzapina, Clotiapina, Quetiapina.
  - Bencisoxazoles: Producen mínima sedación y tienen bajo riesgo de efectos extrapiramidales. P.e.: Risperidona.
  - Benzamidassulpirida, tiaprida

9) **EUFORIZANTES Y NOOTRÓPICOS:** Son sustancias cuyo uso se relaciona con actividades lúdicas más que terapéuticas, aunque muchos estudios apuntan que existe una relación entre enfermedad mental y consumo de drogas bidireccional (adolescentes consumidores tienen mayor probabilidad de padecer una enfermedad mental y pacientes con enfermedad mental presentan un consumo mayor de drogas(30)).

Las sustancias euforizantes son aquellas que actúan sobre los centros cerebrales del placer, consiguiendo inducir un estado de felicidad, mejora de la ansiedad, mejora del control del estrés y relajación. En este grupo incluimos los cannabinoides, opioides y el alcohol.

Por otra parte las drogas nootrópicas o psicoestimulantes, hace referencia a aquellas sustancias que activan las funciones mentales, como la cognición, la memoria, la atención, o aumentan la motivación o la concentración. Este grupo incluye:

- Agentes simpaticomiméticos de acción central: anfetamina, metaanfetamina, pemolina
- Derivados de la metixantina: cafeína, propentofilina
- Otros psicoestimulantes y nootrópicos (los antagonistas de la H3, los agonistas inversos de GABAA, los agonistas de la dopamina D1, los agonistas de la nicotina  $\alpha 7$ , los inhibidores de la prolilendopeptidasa, los agonistas  $\alpha$ -adrenérgicos y los antioxidantes): nicotina, piritinol, Meclofenoxato, Deanol.

### DEFINICIÓN DE CONSUMO ABUSIVO

Ayudándonos de la RAE(31), definiremos consumir como "la acción de utilizar comestibles u otros bienes para satisfacer necesidades o deseos". De esta forma, todas las personas que utilizan algún tipo de medicamento o droga, lo hacen con algún fin concreto. Nosotros nos hemos centrado sólo en aquellos que utilizan psicofármacos (concretamente ansiolíticos y antidepresivos) y aludiendo al tema que nos compete definiremos, con la ayuda de la OMS, consumo como "Autoadministración de una sustancia psicoactiva"(32).

Normalmente el consumo abusivo se define como aquel que excede el estándar de consumo moderado, planteando la "normalidad" en aquel patrón de consumo socialmente aceptado o, en nuestro caso, la cantidad concreta prescrita por el profesional médico. Así sólo se produciría un consumo abusivo de ansiolíticos y antidepresivos cuando el paciente exceda lo prescrito (de forma intencionada

-ver Intoxicación Voluntaria Medicamentosa- o por error) incurriendo en una intoxicación que podría, incluso, poner en riesgo su vida.

Sin embargo, en los últimos años, se ha ido tomando conciencia de que el consumo de ansiolíticos y antidepresivos se extendía cada vez más y provocaba, en los pacientes, alteraciones patológicas y patrones de conducta similares a los que provocan otras drogas (la mayoría de ellas ilegales). Seguramente motivados por la acción de la tolerancia, el síndrome de abstinencia, personalidades "borderline" y momentos vitales de intensa frustración o tristeza, entre otros factores... han desembocado en la necesidad de revisar la terminología y, lo que es más importante, las pautas de prescripción de estos fármacos, tras demostrarse que la definición clásica aplicada era excesivamente permisiva. De esta forma, en la última revisión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM-V(33)-, reservan un apartado exclusivo, dentro de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos adictivos, para el "Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos". Aquí señalan el CONSUMO ABUSIVO como un patrón problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
5. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar

6. Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos.

7. El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria pesada).

9. Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.

En este tratado se añade una nota al final en la que figura que no se considere que secumpleeste criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada. De esta forma parece que se intenta salvaguardar la imagen prescriptora de los profesionales y dar margen, incluso, a las definiciones antiguas. Sin embargo, siguiendo en esta línea, la OMS ya había dado un paso más y publicó una guía en la que se especifica qué es una supervisión médica adecuada y cómo se debe intervenir ante este tipo de consumo abusivo(34). Apoyados por estas pautas, se indica que un tratamiento tanto antidepresivo como ansiolítico debe haber sido eficaz en un plazo máximo de 9-12 meses, de ser así, es el momento de iniciar el descenso de dosis para la deshabitua-ción (siempre apoyados por terapias psicológicas y cambios conductuales específicos que nos aseguran la no recaída). La abstinencia efectiva de benzodicepinas, señalando que son el grupo de sustancias que más tolerancia y adicción provocan(35), utiliza una disminución gradual de la dosis durante 8 – 12 semanas y con conversión a benzodicepinas de acción prolongada, conjuntamente con apoyo psicosocial.

Estaríamos hablando de un tiempo máximo de 15meses: 12 para valorar confirmar o desestimar la eficacia del tratamiento y 3meses para la correcta retirada del mismo.

Si, por otro lado, el tratamiento durante el periodo marcado ha sido ineficaz, se debe cambiar el abordaje terapéutico, valorando otras sustancias medicamentosas o nuevas alternativas, en cuyo caso también suponen abandonar el tratamiento inicial (aunque se sustituya por otro, no se incurriría en consumo abusivo porque la sustancia en cuestión no permanecería en uso más tiempo del estimado).

Existen excepciones dentro de la patología médicas, que a continuación mencionaremos, en las que está indicado mantener el tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos más de 15 meses. En estos casos debe existir una supervisión de un especialista en concreto (Psiquiatras, Oncólogos, especialistas paliativos o de las unidades del dolor) pero nosotros sí hablaremos de consumo abusivo, ya que excede lo propuesto por las guías terapéuticas como "lo normal". Llegados a este punto es importante resaltar que la intención de este estudio no es juzgar si el consumo abusivo de psicofármacos está justificado (que confiamos en que, mientras estén bajo la supervisión del especialista sí estará indicado) sino, conocer sí existe o no y tener en cuenta su incidencia, así como el perfil sociológico, de cara a las posibles repercusiones asistenciales en el servicio de urgencias.

### **CONCEPTO DE ABUSO DE ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS**

Consumo de ansiolíticos y antidepresivos de forma autoadministrada (sin supervisión de un especialista médico) o consumo continuado de antidepresivos y ansiolíticos, prescrito por profesionales médicos, superior a 15 meses. Ésta es la definición que utilizaremos en este estudio (Ver Anexo 1)

### **OTRAS DEFINICIONES DE INTERÉS**(33)(1)(36)(34)(37)(38)(39)

#### **TOLERANCIA**

Es un estado de adaptación o resistencia que se produce cuando una persona consume una sustancia de forma continuada y su organismo se habitúa a ella. Como consecuencia, se desarrolla un proceso psicológico y físico que disminuye la respuesta al fármaco, haciéndose necesario aumentar la dosis de forma progresiva para conseguir los mismos resultados o efectos farmacodinámicos. Tradicionalmente nos viene definida por la curva dosis-efecto. Existen dos subtipos:



**TOLERANCIA CRUZADA:** implica que cuando una persona ha desarrollado tolerancia a una sustancia, la hace extensiva también a todas las de su mismo grupo farmacológico o similares por adaptación del receptor diana.

**TOLERANCIA INVERTIDA:** se da cuando con una dosis menor conseguimos el mismo o mayor efecto. Normalmente está relacionado con la acumulación de la sustancia en los tejidos con una liberación progresiva, por alteraciones en la metabolización o por dosis demasiado continuadas en el tiempo que producen acumulación.

### **ACUMULACIÓN**

Es un aumento de dosis de un fármaco en el organismo por la administración de dosis en periodos tales que el organismo no puede eliminar una dosis antes de que se administre la siguiente.

### **SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

Es el conjunto de síntomas y signos de malestar de carácter físico y psíquico que aparecen cuando se interrumpe o disminuye de forma importante la administración del fármaco o sustancia a la que la persona había desarrollado una dependencia (Ver Dependencia). El inicio, la duración y la intensidad del cuadro dependerán de la sustancia administrada, de las dosis consumidas y del tiempo transcurrido desde la última dosis. El síndrome de abstinencia suele ser específico para cada sustancia y sólo se aplaca al consumirla de nuevo o al administrar otra de características similares. Por otra parte los síntomas que aparecen no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Internacionalmente se acepta, según el DSM-V, hablar de síndrome de abstinencia del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, si aparecen dos (o más) de los hechos siguientes al cabo de unas horas o a los pocos días de cesar (o reducir) el consumo de los mismos:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
2. Temblores de las manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Delirium: por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, se caracteriza por alteración de la conciencia y de las funciones psíquicas básicas, con alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

Estos signos o síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.

La evolución específica del síndrome de abstinencia se puede predecir en función de la vida media de las sustancias consumidas. Los medicamentos que tardan en actuar 10 horas o menos (p.e. lorazepam, oxazepam y temazepam), producen síntomas de abstinencia a las 6-8 horas de la disminución de sus niveles plasmáticos, alcanzando mayor intensidad al segundo día y mejorando de forma acusada al cuarto o quinto días. Para las sustancias con una vida media más prolongada (p.e. diazepam), los síntomas no aparecen hasta transcurrida más de una semana, alcanzan su intensidad máxima durante la segunda semana y disminuyen acusadamente durante la tercera o cuarta semanas. Puede haber síntomas a largo plazo de mucha menor intensidad, y que persisten durante algunos meses. Como sucede con el alcohol, estos síntomas de abstinencia limitados (p.e. ansiedad, depresión leve y trastornos del sueño) pueden ser confundidos con trastornos de ansiedad o depresión no inducidos por sustancias (p.e. trastorno de ansiedad generalizada). El síndrome de abstinencia será más grave en función de la cantidad de tiempo que se ha consumido la sustancia y de las dosis en que se tomó(40).

## DEPENDENCIA

Es el estado originado por la administración o el consumo repetido de la sustancia de forma periódica o continua generando la necesidad de consumir dicha sustancia para sentirse bien o para evitar sentirse mal.

Se trata de un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, en el DSM-V se acuerda que para hablar de dependencia a sustancias se deben expresar alguna de las características clasificadas para el síndrome de abstinencia.

**SINDROME DE DEPENDENCIA:** sería el conjunto de signos y síntomas biosicosociales que se manifiesta a través de un patrón conductual en el que se da una clara prioridad al uso de una sustancia, en relación con otras conductas que habían sido mejor valorado anteriormente. El término síndrome se utilizaría para significar que se trata de un fenómeno en el que contribuyen diversos componentes, sin que sea necesario que todos ellos se hallen siempre presentes, ni que hagan siempre con la misma intensidad. Para hablar de síndrome de dependencia deben darse tres ó más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce meses.

- TOLERANCIA
- ABSTINENCIA
- Consumo en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
  - Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
  - Inversión de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.e., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.e., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
  - Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

- Consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia

Se propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto;

- Dependencia de alcohol (F10.2x)
- Dependencia de alucinógenos (F16.2x)
- Dependencia de anfetamina (F15.2x)
- Dependencia de cannabis (F12.2x)
- Dependencia de cocaína (F14.2x)
- Dependencia de fenciclidina (F19.2x)
- Dependencia de inhalantes (F18.2x)
- Dependencia de nicotina (F17.2x)
- Dependencia de opiáceos (F11.2x)
- DEPENDENCIA DE SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIÓLITICOS (F13.2X)
- DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS O DESCONOCIDAS (F19.2x)

Normalmente se intenta diferenciar dos tipos de dependencia, la física y la psíquica, aunque de forma práctica en la clínica es difícil desvincularlos y deben tratarse al unísono.

**DEPENDENCIA FÍSICA:** es el estado de adaptación del organismo que necesita un cierto nivel de presencia del fármaco o sustancia para funcionar normalmente. Cuando los niveles de la sustancia se encuentran disminuidos o ausentes aparece el Síndrome de abstinencia.

**DEPENDENCIA PSÍQUICA:** es el estado de adaptación que impulsa a la persona a consumir una nueva dosis para experimentar los efectos del placer y/o evitar el malestar derivado de la privación, y por último, la dependencia social se ma-

nifiesta como la necesidad de consumir una sustancia como manifestación de pertenencia a un grupo social que nos proporciona signos de identidad.

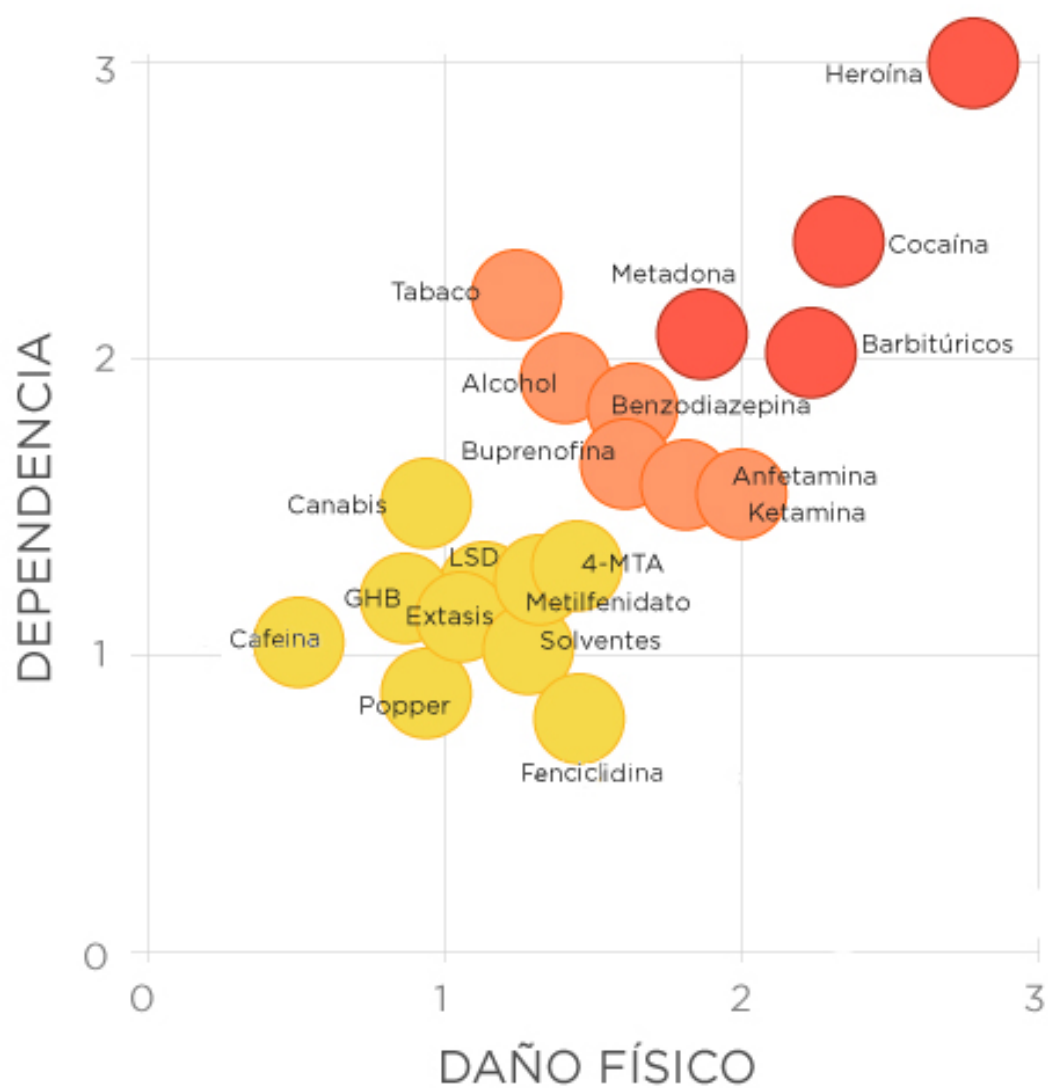


Ilustración 3 GRADO DE DEPENDENCIA DE DIFERENTES SUSTANCIAS

## INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

Es el trastorno provocado por una sustancia que resulta tóxica para el individuo, comúnmente conocido como envenenamiento. Las intoxicaciones medicamentosas pueden deberse a diversas causas:

- **ALTERACIONES METABÓLICAS:** un defecto en la eliminación de la sustancia provoca un fenómeno de acumulación por la reiteración de dosis, provocando una toxicidad creciente en los pacientes que puede terminar trágicamente.
- **ERRORES PRESCRIPCIÓN-ADMINISTRACIÓN:** es posible que se administre una dosis superior a la recomendada por equivocaciones tanto por parte de la persona que prescribe el fármaco como por la persona que lo administra. En este punto cabe señalar las confusiones de medicamentos (p.e. guardar un tipo de medicamento en un envase que no es el suyo puede incurrir por error en la intoxicación).
- **INTENCIONALES: INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA** usada como gesto autolítico u homicida. En este apartado debemos mencionar que la mayoría de estas intoxicaciones se llevan a cabo con psicofármacos, concretamente ansiolíticos casi en un 80% de los casos registrados en Madrid y en tercer lugar (después de los analgésicos) con antidepresivos(41).

## DESINTOXICACIÓN Y DESHABITUACIÓN

La desintoxicación hace referencia al tratamiento, ya sea medicamentoso o no, que se realiza para eliminar una sustancia del organismo. La deshabituación a desacostumbrar, perder o hacer perder un hábito o una costumbre muy arraigados. Ligamos ambos términos al referirnos a la desintoxicación de psicofármacos porque, unido al fuerte síndrome de abstinencia que provocan, se suele incurrir en un sin fin de recaídas(34), estribando el éxito en la asociación de terapias psicoló-

gicas (sobre todo conductuales) y farmacológicas. De las que hemos denominado terapias farmacológicas destacamos:

- **RETIRADA GRADUAL**: se trata de ir reduciendo de forma progresiva la dosis hasta suspenderla totalmente. Se recomienda unas reducciones escalonadas de un 10% cada 2 a 4 semanas dependiendo en la gravedad de la dependencia y la respuesta del paciente a las reducciones. Éste proceso solo suele ser eficaz en aquellos individuos cuyo consumo no haya sido muy prolongado en el tiempo, ni presenten consumo concomitante de otros psicofármacos.

- **SUSTITUCIÓN FARMACOLÓGICA**: se utiliza, sobre todo, en consumidores muy prolongados y en aquellos que utilizan benzodiazepinas de vida corta. Se trata de calcular la DOSIS EQUIVALENTE de la sustancia consumida, en benzodiazepinas de vida media larga (normalmente diazepam, clordiazepóxido o clonacepán existen tablas de equivalencias específicas para ello) y sustituirlas. Una vez impregnado el organismo de la nueva sustancia se realiza una retirada gradual. Si la suspensión es llevada a cabo lo suficientemente lento y preferentemente usando una dosis equivalente de diazepam o clordiazepóxido, muchos pacientes dependientes de las benzodiazepinas descubren que experimentan pocos o ningún síntoma de abstinencia cuando llega el momento de tomar la última dosis, de esta forma se han conseguido menos recaídas(42).

También se han utilizado antidepresivos ISRS y barbitúricos para la retirada de benzodiazepinas pero no con resultados optimistas(43).

- **SUSTANCIAS ANTAGONISTAS**: El Flumazenil es un antagonista benzodiazepínico competitivo del receptor GABA a nivel central. Comúnmente se ha utilizado como antídoto en las intoxicaciones agudas. El flumazenil está contraindicado cuando hay co-ingestión de otras sustancias por que se pueden desencadenar convulsiones o agitación secundarias al fármaco y que están siendo evitadas por la propia BZD. Tampoco se debe usar en paciente con consumo crónico de BZD, para no desencadenar

síndrome de deprivación severo. Investigaciones más recientes se muestran prometedoras en cuanto al uso de flumazenil en el tratamiento de la desintoxicación de benzodiazepinas. El fármaco que tradicionalmente se usa para revertir las intoxicaciones agudas por su acción antagonista al ocupar los receptores GABA diana de las benzodiazepinas, además estimula la reversión de la tolerancia y la normalización de la función de receptores. De esta forma reduce el índice de recaídas, ya que al disminuir la tolerancia es más fácil reducir las dosis reduciendo a su vez el síndrome de abstinencia. Pero debido a la limitada investigación y experiencia, y los posibles riesgos involucrados, el método de desintoxicación con flumazenil es controvertido y el procedimiento solo puede ser llevado a cabo con el paciente ingresado en un centro y bajo supervisión médica(44). También hay algunas investigaciones hechas de otro fármaco llamado imidazenil para el tratamiento de la abstinencia de benzodiazepinas, pero actualmente no es usada con este fin(45).



## REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTOSA

Una RAM es cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento. No solo incluye efectos nocivos e involuntarios derivados del uso autorizado de un medicamento en dosis normales, sino también relacionados con errores de medicación y usos al margen de los términos de la autorización de comercialización, incluidos el uso equivocado, la sobredosis y el abuso del medicamento. Términos como efecto secundario, efecto adverso, efecto indeseable, efecto colateral, etc., son sinónimos de RAM. Normalmente se dividen en:

REACCIONES DE TIPO A (“augmented”) son resultado de un aumento en la acción farmacológica del medicamento cuando se administra a la dosis terapéutica habitual. Normalmente son reacciones dosis-dependientes. (p.e. Presión arterial baja con antihipertensivos o la hipoglucemia con insulina). Las reacciones de tipo A también incluyen aquellos que no están directamente relacionados con la acción farmacológica deseada del fármaco (p.e, boca seca, que se asocia con los antidepresivos tricíclicos, sobreinfecciones por micobacterias en pacientes de artritis reumatoide controlados por infliximab). Las características generales de RAM tipo A: predecibles, mucha morbilidad, poca mortalidad, normalmente dosis-dependiente y responde a una reducción de dosis.

REACCIONES DE TIPO B (“bizarre”) son reacciones que no se esperan de las conocidas acciones farmacológicas del fármaco (p.e. Anafilaxia con penicilina. Erupciones cutáneas con antibióticos). Las características generales de las RAM tipo B: inesperadas, raramente dosis dependiente, normalmente no dosis dependiente, poca morbilidad, pero alta mortalidad por eso las RAM de tipo B representan uno de los objetivos principales de la Farmacovigilancia(46).

## INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA

Se conoce como interacción farmacológica a la modificación del efecto de un fármaco por la acción de otro cuando se administran conjuntamente. Esta acción puede ser de tipo sinérgico (cuando el efecto aumenta) provocando sobredosis, intoxicaciones y aumento de las reacciones adversas antagonista (cuando el efecto disminuye) disminuyendo su eficacia.

Si nos centramos en los psicofármacos que son nuestro objeto de estudio, ansiolíticos y antidepresivos, encontramos que son bastante las interacciones farmacológicas y las intoxicaciones derivadas, sobre todo, de las interacciones sinérgicas, sobre todo con el alcohol y otros psicótrópos que potencian la depresión del SNC y, ocasionalmente, de la función respiratoria(47).

Si hablamos de los ansiolíticos más frecuentes, las benzodiazepinas, al administrarse de forma concomitante con otros tratamientos farmacológicos no son infrecuentes las interacciones, con lo que se hace necesario un mayor control y un ajuste individualizado de la dosis. Destacamos fármacos como la cimetidina y el disulfiram, que disminuyen el metabolismo de las benzodiazepinas. Los estrógenos y la isoniacida pueden exacerbar los efectos de las benzodiazepinas por su acción inhibidora sobre la actividad enzimática.

Las benzodiazepinas pueden provocar un bloqueo muscular prolongado si se administran conjuntamente con succinilcolina e inducen toxicidad por digoxina al reducir su excreción. Se provocaría una disminución de los niveles de benzodiazepinas en aquellos casos que se administraran conjuntamente con antiácidos, por la reducción en la absorción gastrointestinal, derivados de las metilxantinas y con el consumo de inductores enzimáticos como la Rifampizina o el tabaco(42).

Los antidepresivos, de forma específica, constituyen un grupo de fármacos que se administran conjuntamente con las benzodiazepinas para el tratamiento de diversas patologías, de la interacción con el grupo de los antidepresivos resulta una potenciación del efecto sedante y de las alteraciones en la psicomotricidad, que es consecuencia de la competición en el metabolismo hepático por las isoenzimas microsomales. Los ISRS se asocian también a un incremen-

to de los efectos derivados de la acción de las benzodiazepinas, ya que son inhibidores de las isoenzimas hepática, siendo el citalopram y el escitalopram los únicos ISRS que no tienen acción sobre el sistema de citocromo P450. No se han descrito evidencias de interacción con los nuevos inhibidores duales de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, como la venlafaxina o la duloxetina, tampoco existen referencias de interacción significativas con los IMAO

Por otra parte, la mayoría de los antidepresivos, concretamente los ISRS y los ATC, tienen efecto en el metabolismo de neurotransmisores amínicos, noradrenalina y serotonina y sus receptores poseen efectos no sólo en el Sistema Nervioso Central sino que también en el Cardiovascular y Neurovegetativo. Cabe señalar que tanto en el servicio de urgencias como en las unidades de cuidados intensivos la noradrenalina es una sustancia esencial para la estabilización hemodinámica, la interacción con los antidepresivos se manifiesta clínicamente con estupor, coma y convulsiones que pueden tener consecuencias muy trágicas. Un efecto menor de estos fármacos es la inhibición de la recaptación de serotonina aumentando su disponibilidad y efecto en estos receptores, que puede desencadenar un síndrome serotoninérgico(42).

### **SÍNDROME SEROTONINÉRGICO**

Está asociado al uso de fármacos o sustancias que favorecen, a nivel central y periférico, la neurotransmisión serotoninérgica por inhibición en la recaptación o metabolización, o por estimulación de los receptores postsinápticos de serotonina. La hiperestimulación de receptores de 5-HT provoca alteraciones del sensorio, neurovegetativas y neuromusculares como manifestaciones características. Es una complicación que puede progresar desde síntomas leves, interpretados como efectos colaterales del tratamiento, hasta un cuadro catastrófico de brusca aparición que puede conducir a fallo orgánico múltiple y muerte. La sintomatología se describe en base al status mental, alteraciones neurovegetativas y distonías neuromusculares. En los casos graves es característica la aparición de síntomas severos con agitación, estupor o coma, midriasis, diaforesis, fiebre, clonus temblor e hiperreflexia de extremidades inferiores(48).

## POLIMEDICACIÓN

Se define literalmente como la toma simultánea de muchos medicamentos.

Esta definición cuantitativa parte del hecho de que a más medicamentos mayor probabilidad de problemas relacionados con la medicación de consecuencias negativas en la salud. Esta correlación parece particularmente más acusada cuando se superan los cinco fármacos. Desde el punto de vista cualitativo, la polimedición se define como el uso de fármacos no indicados o no apropiados, independientemente de su número. En cualquier caso, ambas definiciones son complementarias, tienen similares causas y consecuencias y, en realidad, forman parte del mismo fenómeno. Existen dos patrones principales: el polimedicado con una sola enfermedad que precisa varios tratamientos al mismo tiempo (por ejemplo, el paciente con esquizofrenia), y el paciente PLURIPATOLÓGICO en el que cada enfermedad necesita de uno o más medicamentos (por ejemplo, un paciente diabético, cardiópata y broncópata). Dentro de este último, existen tres tipologías diferenciadas de especial vulnerabilidad a presentar efectos adversos y con el denominador común de presentar una expectativa de vida reducida: la población mayor frágil, las personas con demencias avanzadas y los pacientes con enfermedad maligna en estadio terminal(49).

La polimedición es un importante factor de riesgo de numerosos problemas. A mayor número de fármacos y mayor complejidad de tratamientos, menor adherencia terapéutica, con lo que no se consigue la mejoría clínica esperada. Esto suele manejarse incrementando aún más la dosis o el número de fármacos, lo que agrava la situación. Además, la incidencia de eventos adversos debidos a fármacos y la posibilidad de interacciones medicamentosas o medicamento-enfermedad aumentan exponencialmente con el número de fármacos prescritos, especialmente entre los ancianos, debido a la comorbilidad, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados a la edad y el declive en la función hepática, renal y cardiaca. Atribuir los síntomas debidos a efectos adversos a la aparición de incipientes problemas de salud suele ocasionar nuevas prescripciones, lo cual provoca cascadas viciosas que pueden tener consecuencias serias para la salud. Las duplicidades son otro efecto intermedio importante, ya que aumenta el riesgo de efectos adversos(50).

Por otra parte, más de la mitad de los pacientes polimedamentados tienen asociado algún psicofármaco, concretamente ansiolíticos de acción prolongada (41,5%) e hipnóticos (13,8%) con las consecuencias de interacciones medicamentosas asociadas a los mismos y la posibilidad de intoxicación(51).

### **TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR SUSTANCIAS**

Son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas.

### **DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS**

- **URGENCIA:** es la aparición fortuita de un problema o patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de seis horas.
- **EMERGENCIA:** es aquel problema o patología, generalmente de aparición brusca, en la que existe un compromiso serio para la vida cuya evolución llevaría a la muerte en un tiempo corto (inferior a una hora), o riesgo de secuelas irreversibles. Algunos autores americanos promovieron el concepto de hora dorada como la primera hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales(52).

De forma ideal, los servicios de urgencias y emergencias de cualquier hospital están destinados a la asistencia de este grupo de personas cuya vida o integridad física corren un peligro tiempo dependiente. Según los estándares de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias, estos servicios hospitalarios tienen como misión la prestación de la atención sanitaria urgente a los ciudadanos que la demandan, en el tiempo adecuado, con los recursos humanos y técnicos proporcionales y conforme a la calidad técnica exigible por dichos estándares Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla.

Sin embargo, para la mayoría de las personas la alteración de la salud supone una urgencia médica, que debe ser valorada, tratada y solucionada en el acto, lo que conllevaría al colapso de los servicios de urgencia(53). Por este motivo la definición de urgencia/emergencia no se encuentra en la sensación que tenga la persona que sufre la situación en concreto, sino en la posibilidad real de lesión o pérdida de la vida. Y para valorar y clasificar de forma objetiva y eficaz se han desarrollado diferentes formas de "triage".

TRIAGE: Método usado para la clasificación y selección de los pacientes basado en las prioridades de atención sanitaria, según las posibilidades de supervivencia, necesidades terapéuticas y medios disponibles. (p.e. en nuestro servicio de urgencias el servicio de enfermería aplica la siguiente escala para el triage:

- Nivel 1 o ROJO: Precisa atención médica inmediata.
- Nivel 2 o NARANJA: la atención puede demorarse 10 minutos.
- Nivel 3 o AMARILLO: la atención por el médico puede demorarse 1 hora.
- Nivel 4 o VERDE: la atención por el médico puede demorarse 2 horas.
- Nivel 5 o AZÚL: la atención por el médico puede demorarse 4 horas

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII. Se produce entonces un intento de separación de los pacientes según su nivel de gravedad y su tipo de patología. Como tales las urgencias médicas aparecen por primera vez en los campos de batalla, a principios del siglo XIX, como una respuesta a la necesidad de una rápida recuperación de los soldados. Desde entonces, hasta nuestros días la calidad y profesionalidad de los servicios de urgencias han crecido exponencialmente. Nosotros nos centraremos en el servicio de urgencias que nos compete

### **SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA DEFENSA "GÓMEZ ULLA"**

El Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla es un hospital militar situado en el barrio de Aluche (distrito de Latina, Madrid) en el antiguo término de Carabanchel, en el municipio de Madrid, frente a la Glorieta del Ejército. De su historia destacaremos que sin estar aún acabado, comenzó a ser ocupado por enfermos a partir del 21 de abril de 1896 en un momento crítico de la historia de

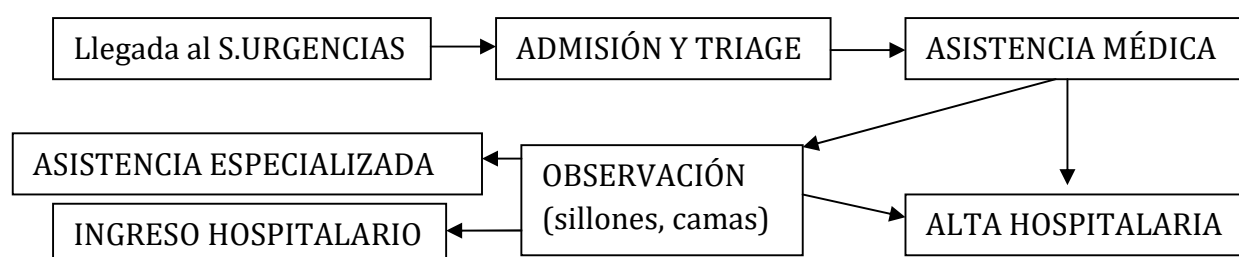
España pues estaban llegando combatientes heridos repatriados de Ultramar que no podían ser absorbidos por los hospitales habituales, siendo su primer director el Subinspector Médico Juan Berenguer y Salazar. En 1903 se dieron por concluidas las obras. Tras la Guerra Civil, en 1941, fue reconstruido por Eduardo Torroja. El 5 de junio de 1946 el Hospital Militar recibe el nombre de Gómez Ulla, en honor del General-Médico Mariano Gómez Ulla, eminentísimo cirujano militar fallecido el 24 de noviembre de 1.945 presente en los campos de batalla de las guerras de África donde desarrolló una gran labor sanitaria.

Actualmente pertenece al Ministerio de Defensa y está autorizado y acreditado para extracción y trasplante de órganos y tejidos: progenitores hematopoyéticos y córnea. Es centro de referencia nacional para casos NBQ y enfermedades altamente infecciosas con una unidad de aislamiento de alto nivel en la planta 22. En 2007, el Ministerio de Defensa y la Universidad de Alcalá firmaron un convenio de colaboración por el que el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla sea utilizado con fines docentes y de investigación por los alumnos de las enseñanzas biosanitarias de dicha Universidad. En 2010 además de prestar asistencia sanitaria a los miembros de las Fuerzas Armadas, también lo hace a los ciudadanos madrileños, en virtud del acuerdo suscrito entre la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Defensa(55), mediante dicho acuerdo el Hospital Central de la Defensa pasaba a integrarse, a partir del 1 de enero de 2011, en la red hospitalaria de la Comunidad de Madrid. Actualmente ofrece su capacidad asistencial a casi 120.000 madrileños, dispone de 520 camas, todas las especialidades médico-quirúrgicas y servicio de urgencias general, ginecológico y obstétrico, pediátrico y traumatológico. Además dispone de helipuerto.

El SERVICIO DE URGENCIAS del HUD Gómez Ulla, según lo establecido en el convenio regulador, presta asistencia a la población correspondiente a los Centros de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud asignadas, correspondientes a los distritos de Carabanchel y Latina, cuya población se estima en 112.000 tarjetas sanitarias (según el registro de Tarjeta Individual Sanitaria de 31 de diciembre de 2009) correspondientes a los Centros de Salud Puerta Bonita, Nuestra Señora de Fátima y Los Yébenes.

También se incluye en el ámbito poblacional de este Convenio una población de 5.463 habitantes adscritos a la Zona Básica de Salud de Los Cármenes, delimitada por la Avenida de Nuestra Señora de Valvanera y correspondiente a las secciones censales 10.082,10.083, 10.084, 10.085 y 10.086. Además, está incluida la población que haya ejercido su derecho a la libre elección de hospital y médico en los términos establecidos. Beneficiarios del Sistema Nacional de Salud desplazados desde cualquier parte del territorio español que sean derivados por los dispositivos de Atención Primaria correspondientes. Se incluye la asistencia de carácter urgente a pacientes de cualquier procedencia, así como la asistencia que, con este carácter, se preste a la población a la que le sea de aplicación lo establecido en la Ley 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Caso de existir un tercero obligado al pago por razón de seguro privado, mutua profesional, etc. la asistencia prestada será facturada a éste.

#### SISTEMÁTICA DE TRABAJO DEL SERVICIO DE URGENCIAS:



Las personas que requieren asistencia, a su llegada se identifican en el servicio de admisión. De ahí pasan directamente a ser triados según la gravedad de lo que les aqueja. Posteriormente, se realiza la asistencia médica, derivando a alta si se resuelve el problema o trasladando a la zona de observación si precisa de otras pruebas u otros especialistas. Según los hallazgos encontrados se procede al ingreso o al alta hospitalaria.



## ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Si hiciéramos un breve recorrido por la historia de la humanidad, encontraríamos que el uso de sustancias psicoactivas, con fines ceremoniales y religiosos, para aliviar el dolor o para evadirse de la realidad, ha sido una constante. Algunos autores afirman que la utilización de drogas es un hecho universal, que se produce no sólo en la época contemporánea y en los jóvenes, sino en diferentes culturas y en todos los grupos de edad(56). Como también es indiscutible que la tristeza, el sufrimiento y la ansiedad forman parte de la vida del ser humano desde los orígenes. La inquietud intelectual y el afán de búsqueda de felicidad plena, llevó a nuestros predecesores a experimentar y usar plantas alucinógenas como el cáñamo, la coca o la adormidera y bebidas alcohólicas como la cerveza, la hidromiel o el vino para curar y/o conectar con el mundo espiritual.

Éste es el legado recibido de civilizaciones tan antiguas como la babilónica, la egipcia o la inca. Por ejemplo las citas más antiguas del uso del cáñamo como medicamento apuntan a los médicos chinos que lo empleaban como analgésico y estupefaciente; otras fuentes afirman que los asirios lo empleaban como incienso en la purificación y la desinfección del aire en recintos cerrados, incluso otras fuentes mencionan que en Oriente Medio, la tribu de los escitas, colocaba hojas de la planta sobre piedras calientes, con el fin de embriagarse con el humo de las mismas. Posteriormente en civilizaciones como Grecia, p.e. Homero en la odisea escribe que el opio hace olvidar todas las penas y Galeano usaba opio para mitigar dolores de diversas índoles, y Roma, donde el cáñamo también era empleado en la confección de telas, cordeles y en la elaboración de alimentos(57)

Con la llegada del cristianismo cambia la visión del uso de ciertas sustancias psicoactivas, al ser consideradas éstas una vuelta a la época pagana, llamada a ser erradicada. Paralelamente se potenció el vino, socialmente aceptado lúdicamente (ya existente en las culturas clásicas mediterráneas) como elemento ansiolítico, antidepresivo y curativo general (Así el buen samaritano cura las heridas con vino y aceite(58) hasta llegar como tradición hasta nuestros días. El invento de la destilación del alcohol, en el siglo XIV, generó en los monasterios y abadías una cultura del vino y de otros licores que en aquella época eran consumidos, casi exclusivamente, por el clero y las clases más acomodadas de la sociedad, debido a su eleva-

do precio. Mientras que, en esa misma Edad Media y en la época del Renacimiento, hasta el siglo XVI, la inquisición se encargó de disuadir el consumo de ciertas sustancias con medidas muy drásticas. Por ejemplo, existían en toda Europa la figura de las brujas, que a través del consumo de ciertas plantas como la mandrágora, la belladona, el estramonio y el beleño, conseguían llegar a un estado de trance. La Santa Inquisición consideró que estas prácticas eran contrarias a la fe cristiana y muchas de ellas fueron torturadas, condenadas y llevadas a la hoguera.

También cabe destacar que, con el descubrimiento de América, occidente se abrió a nuevas variedades botánicas (aunque el consumo de especies tales como la coca, el peyote, la ayahuasca, el ololiuqui y otros hongos y plantas ya existía en la época precolombina) empleadas con fines adivinatorios y para invocar a los dioses, en unas sociedades caracterizadas por el politeísmo. Una vez más la Inquisición establecida en América, no vio con buenos ojos este hecho, que conllevó la celebración durante el siglo XVIII de una gran cantidad de juicios inquisitoriales contra los chamanes americanos. Sin embargo, no pudieron impedir que se comercializara en toda Europa el tabaco y otras sustancias de estraperlo (comercio controlado principalmente por ingleses y españoles) a pesar de que a lo largo de los siglos XVI y XVII en España se emitieron ordenanzas reales y eclesiásticas que prohibían su consumo(56).

En la época de los Enciclopedistas franceses, alrededor de 1750, se generalizó el uso de preparados a base de opio, muy recomendado por sus efectos analgésicos. Los primeros preparados serían el láudano de Paracelso, el abate de Rousseau y el láudano de Sydenham, aunque estos compuestos eran extremadamente costosos, por lo que se buscaron otras fórmulas más económicas, como los polvos de Dover(59). Más tarde en 1.804 se sintetizó la morfina del opio, fue el primer fármaco utilizado terapéuticamente en psiquiatría para paliar la agitación, la ansiedad y principalmente como analgésica, lo que representó un gran progreso para combatir el dolor, en la Guerra Civil Americana, y poco después en la Guerra Francoprusiana de 1.870. Esta droga estaba reservada en sus orígenes a la clase más acomodada, debido a su elevado precio, pues para obtener un kilo de morfina eran necesarios diez kilos de opio. Paralelamente Bayer, en 1864, sintetizó por primera

vez el ácido barbitúrico, pero no se comercializó como sedante hasta que se perfeccionó la molécula en 1904.

Por su parte el problema de la morfina era su adictividad. Por ello se buscó sintetizar del opio nuevas drogas, como fue el caso de la heroína en 1883. Hacia los años veinte del pasado siglo surge la moda de la cocaína, que fue sustituida en los años treinta por la heroína, aunque es después de la Segunda Guerra Mundial y, sobre todo, desde los años setenta, cuando ésta se convierte en símbolo perfecto de droga maléfica. Poco antes de la Segunda Guerra Mundial y paralelamente a la heroína, comienzan a aparecer otros opiáceos de síntesis, como el buprex. Durante la Guerra Civil Española y en la Segunda Guerra Mundial, se generalizó entre los combatientes el consumo de anfetamínicos para reducir el cansancio y el miedo al combate(60)

Pero el verdadero origen de los psicofármacos se marca en el siglo XX, concretamente los años cincuenta supusieron una auténtica revolución de la terapia psicofarmacología cuando se descubrió la acción antimaníaca del litio por parte de John Cade en Melbourne en 1949, tres años después en París de la mano de Pierre Denikerse introdujo en la clínica la clorpromazina descubriéndose su acción anti-maníacos y antipsicóticos , y un año más tarde el meprobamatoy apartir de ahí, durante toda la década de los cincuenta y sesenta,se empezaron a sintetizar psicofármacos a partir de agentes antihistamínicos-sedantes conocidos desde finales de la primera década del siglo XIX(57).

De esta forma comenzó el desarrollo de los antidepresivos, empezando con la imipramina a finales de los años cincuenta, y de los fármacos antipsicóticos de segunda generación (atípicos), el primero de los cuales fue la clozapina, en 1960. Ambos fármacos diferían de los neurolépticos tricíclicos por tener un anillo central de siete carbonos que modificaba radicalmente las características estereoquímicas y las acciones de estos fármacos respecto a los agentes antagonistas de los receptores principalmente de dopamina D2 que tenían abundantes efectos adversos neurológicos, para pasar a ser un agente antagonista débil de la dopamina y antiserotoninérgico potente (clozapina) o un inhibidor del transporte neuronal de nora-drenalina o serotonina (antidepresivos tricíclicos). Esto constituyó una importante

contribución de la tecnología química y farmacéutica, pero también intervino en ello la observación clínica casual. Algunos autores consideran tan relevante la introducción de los psicofármacos que lo han comparado con el descubrimiento de los antibióticos y las vacunas(61).

Estos descubrimientos clínicos, en gran parte accidentales, estimularon fuertemente toda una generación de investigaciones básicas y aplicadas destinadas a aclarar las acciones de los nuevos fármacos y a orientar el desarrollo de nuevos tratamientos que se esperaba que fueran mejores. Además, un concepto central asociado a esta investigación biológica fue que lo contrario a las acciones farmacodinámicas de los fármacos antipsicóticos, antimaníacos o antidepresivos podría aportar una pista respecto a la fisiopatología, si no la etiología, de los trastornos psiquiátricos importantes que todavía eran idiopáticos. Gracias a estas investigaciones se consiguieron avances extraordinarios en el conocimiento de la neurobiología básica de la neurotransmisión de las sinapsis químicas cerebrales. Además se aumentó la eficiencia en la identificación precisa de nuevos compuestos con acciones similares a las de los más antiguos, pero con mayor especificidad y eficacia farmacológicas. Así durante varias décadas hemos dispuesto de fármacos para tratar una amplia gama de enfermedades mentales graves, incluidas las psicosis, los trastornos bipolares y depresivos, y los diversos síndromes de ansiedad y adicción(62).

Las empresas farmacéuticas no se quedaron atrás en esta revolución química y comenzaron a estudiar, fabricar y vender una amplia gama de psicofármacos para todo tipo de trastornos psiquiátricos, ofreciendo una alternativa menos violenta a las terapias precarias (insulínicas y electroshock) La aceptación de médicos de todo el mundo fue inmediata y comenzaron a tratar las afecciones anímicas y psiquiátricas de sus pacientes desde las propias consultas de atención primaria(63).

## MARCO TEÓRICO

### DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPÉUTICO

En el momento actual existen multitud de protocolos y guías terapéuticas normalizadas en las que se expone cómo y cuán usar ansiolíticos y antidepresivos, así como las alternativas terapéuticas existentes. Aquí nos ayudaremos de las guías virtuales desarrolladas por la Dirección General de investigación, formación e infraestructura sanitaria, vigentes en la Comunidad de Madrid que son las que siguen los centros de Atención Primaria de la zona circunscrita a nuestro servicio de Urgencias(64).

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o conductas evitativas. La ansiedad como sensación o estado emocional normal constituye una respuesta habitual ante situaciones estresantes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y motiva a la persona a adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a esa amenaza. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o duración o supera la capacidad adaptativa de la persona y provoca malestar o deterioro significativo con síntomas físicos y psicológicos se puede considerar patológica y suele ser un motivo común de consulta tanto en atención primaria como en urgencias.

Para poder diagnosticar la ansiedad debe venir acompañada de unos síntomas determinados:

#### Síntomas físicos:

- Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Palpitaciones, dolor precordial, disnea.
- Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Micción frecuente.
- Problemas en la esfera de lo sexual.

Síntomas psicológicos:

- Preocupación, aprensión, sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, sensación de muerte inminente.
- Dificultades para la concentración, quejas de pérdidas de memoria.
- Irritabilidad, desasosiego, inquietud.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición psicomotora, obsesiones o compulsiones.

Para la clasificación de los trastornos de ansiedad podemos cualquiera de las dos clasificaciones internacionales más aceptadas que son el DSM-5(33)y la CIE-10 (65).

Tabla 1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-5 Y LA CIE-10

DSM-5	CIE-10
Trastornos de ansiedad	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
Trastorno de ansiedad por separación.	
Mutismo selectivo.	
Agorafobia.	Trastorno de ansiedad fóbica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agorafobia.</li> <li>• Sin trastorno de pánico.</li> <li>• Con trastorno de pánico.</li> </ul>
Trastorno de ansiedad social.	Fobia social.
Fobia específica.	Fobias específicas (aisladas). Otros trastornos de ansiedad fóbica. Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
Trastorno de pánico.	Trastorno de pánico.
Trastorno de ansiedad generalizada.	Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno mixto ansioso-depresivo. Otro trastorno mixto de ansiedad. Otros trastornos de ansiedad especificada. Otros trastornos de ansiedad no especificado. Trastorno obsesivo-compulsivo. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. Trastornos disociativos (de conversión). Trastornos somatomorfos. Otros trastornos neuróticos.

Para establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento más importante es la entrevista clínica. Es importante explorar creencias, expectativas, contenido del pensamiento, afectividad y personalidad para descartar hacer diagnóstico diferencial con otras patologías. Por otra parte, existen numerosas escalas que pueden ser útiles como herramienta para completar una adecuada valoración y reforzar el diagnóstico (p.e. escala de ansiedad de Goldberg, escala hospital, ansiedad y depresión, escala de Hamilton para la ansiedad, clinician anxiety scale, physician questionnaire) Destacamos los trastornos de ansiedad más comunes y de los que hablaremos en el estudio

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG):** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (en los niños sólo se requiere uno de ellos), algunos de los cuales han persistido más de 6 meses:

- Inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad fácil.
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo: hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

**TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)(33):** Presencia de obsesiones (pensamientos, imágenes o impulsos de naturaleza repetitiva y persistente) o compulsiones, conductas de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo a unas normas que se deben aplicar de manera rígida.

Las **obsesiones** se definen por:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intru-



sas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

- El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las **compulsiones** se definen por:

- Comportamientos (p. e. lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. e. rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
- El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. e., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Es importante especificar si existe buena introspección o aceptable, es decir, el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no. O, por el contrario, con poca introspección donde el sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas. Y por último puede existir una ausencia de introspección/con creencias delirantes, en este caso, el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

**TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN(33):** se define como miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concierne a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al, menos tres de las siguientes circunstancias:

- Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. e. perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
- Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar; por miedo a la separación.
- Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
- Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
- Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos (p. e. dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL)**(33) es el miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. e. mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. e. comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. e. dar una charla).

El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural, por lo que intentan evitarse.

**TRASTORNO DE PÁNICO**(33): hace referencia a ataques de pánico imprevisos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

- Palpitaciones, golpeteo del corazón con aceleración de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
- Miedo a morir.

**AGORAFOBIA**(33): se define como el temor angustioso y patológico de hallarse solo en alguna de las siguientes situaciones:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes.

Una vez hecho el diagnóstico es muy importante un abordaje terapéutico integral, que contemple tanto el campo psicológico como el farmacológico para que este pueda ser puntual y no se prolongue innecesariamente en el tiempo.

- ABORDAJE PSICOLÓGICO

La PSICOTERAPIA es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y el paciente con el propósito de hacer desaparecer, modificar o atenuar los síntomas existentes o cambiar modos de comportamiento promoviendo el desarrollo de una personalidad positiva. En lo que a trastornos de ansiedad se refiere el método de elección por antonomasia lo constituye la terapia cognitivo-conductual (TCC), que está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos(66). El enfoque de la TCC va encaminado a ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas (una situación, un problema, un hecho o situación difícil). Esto ayuda al paciente a ver cómo esas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. De qué forma nuestros pensamientos, acciones y contactos con la gente afectan a nuestro estado de ánimo es el pilar sobre el que se asienta esta terapia. El tratamiento está diseñado para enseñar a los pacientes a:

- Comprender la naturaleza de una mala adaptación de sus preocupaciones acerca de las situaciones sociales.
- Identificar pensamientos y creencias específicas que están asociadas a situaciones sociales.
- Realizar tareas de exposición para desafiar los pensamientos desadaptativos.

Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales de pensamiento. La TCC utiliza métodos tales como la relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, detección del pensamiento y resolución de problemas.

- **ABORDAJE FARMACOLÓGICO**

La farmacoterapia para los trastornos de ansiedad se divide en dos categorías según su utilidad: fármacos que ayudan a prevenir episodios de ansiedad y fármacos que tratan la ansiedad de forma aguda. El tratamiento farmacológico de primera elección en los trastornos de ansiedad lo constituyen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) o los inhibidores selectivos de la recaptación de la noradrenalina (ISRN). La mirtazapina es otra opción, ya sea como agente único o en combinación con uno de los anteriores. La elección de ISRS o ISRN sobre los antidepresivos tricíclicos se debe fundamentalmente a su mejor tolerancia y menor toxicidad a dosis altas.(66)

Los ISRS requieren de 4 a 8 semanas para empezar a mostrar eficacia. Las benzodiacepinas, con una acción más inmediata sobre la ansiedad, constituyen una opción en estas primeras semanas. No hay recomendaciones específicas de una benzodiacepina respecto a otra, aunque en general, las de vida media más corta y más rápido inicio de acción son más propensas a generar ansiedad de rebote, por lo que son menos convenientes. Su buena actividad farmacológica y el relativo bajo nivel de efectos adversos, han sido factores determinantes de su rápida expansión. Aunque en los últimos años su uso pueda ser algo más restringido por su

riesgo potencial de generar tolerancia al efecto terapéutico y las consecuencias de cronificación en su empleo.

Tabla 2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
<u>Trazodona</u>	ASIR	150-400 mg y hasta 600 mg en hospitalizados	Varias veces/día	Sedación, hipotensión postural y náuseas.
<u>Citalopram</u>	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Náuseas, boca seca, sudoración y temblor. Pocos abandonos. Potencial aumento del intervalo QT. Dosis máximas en mayores de 65 años: citalopram: 20 mg/día; escitalopram: 10 mg/día.
<u>Escitalopram</u>	ISRS	10-20 mg	1 vez/día	
<u>Fluoxetina</u>	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Sudoración, náuseas, temblor y pérdida de peso.
<u>Fluvoxamina</u>	ISRS	100-300 mg	1-2 veces/día	Náuseas, nerviosismo y sudoración. Sedación y efectos gastrointestinales.
<u>Paroxetina</u>	ISRS	20-50 mg	1 vez/día	Disfunción sexual y síndrome de discontinuación. Sedación y efectos gastrointestinales.
<u>Sertralina</u>	ISRS	50-200 mg	1 vez/día	Más diarrea que resto de ISRS.
<u>Bupropión</u>	IRDN	150-300 mg	1 vez/día	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso. Insomnio. Evitar en epilepsia.
<u>Duloxetina</u>	IRSN	60-120 mg	1-2 veces/día	Disfunción sexual y efectos gastrointestinales. Dosis inicial y habitual 30-60 mg/24h. Dosis máxima: 120 mg al día.
<u>Mianserina</u>	NASSA	30-200 mg	1 ó varias veces/día	Somnolencia. Útil en tratamientos combinados.
<u>Mirtazapina</u>	NASSA	15-45 mg	1 vez/día	Aumento de peso y sedación.
<u>Venlafaxina</u>	IRSN	75-375 mg	Varias veces/día	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.
<u>Desvenlafaxina</u>	IRSN	50-200 mg/día	1 vez/día (liberación prolongada)	Igual que venlafaxina. Evitar interrupción brusca (disminuir la dosis gradualmente durante 1-2 semanas).

ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub> e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; IRNA: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina.

Tabla3 BENZODIACEPINAS DE USO COMÚN

	Dosis equi- valentes	Vida media (h)	Clasificación según vida media	Pico plasmático máximo (h)	Comienzo de la acción	Dosis ambula- toria (mg/día)	Dosis hospitala- ria (mg/día)	Otros usos (vía parenteral dis- ponible)
<b>Alprazolam</b>	0,5	12-15	Intermedia	1,5	Intermedia	0,75-3	2-10	Trastorno de pánico
<b>Bentazepam</b>	12,5	2,2-4,5	Corta	1-2	Intermedia	25-100	100-150	
<b>Bromazepam</b>	2	10-20	Intermedia	1-3	Lenta	3-12	12-24	
<b>Brotizolam</b>	0,5	3,6-8	Intermedia	1	Rápida	0,125-0,25	0,25-0,5	Hipnótico
<b>Clobazam</b>	10	9-30	Intermedia	2	Intermedia	10-30	30-60	
<b>Clonazepam</b>	0,5	20-40	Larga	3	Intermedia	1-4	4-8	Anticonvulsiante
<b>Clorazepato</b>	7,5	30-100	Larga	1,3	Rápida	5-45	45-150	Deprivación alcohólica (IV,IM)
<b>Clordiazepóxido</b>	10	15-40	Larga	2,2	Intermedia	5-45	45-100	Deprivación alcohólica
<b>Clotiazepam</b>	5	4-6	Corta	1	Rápida	5-10	20-40	
<b>Diazepam</b>	5	20-100	Larga	1	Rápida	5-20	20-50	Anticonvulsiante, Microrrela- jante Depriv. alcohólica, (IV, IM)
<b>Flunitrazepam</b>	1	9-30	Intermedia	1	Rápida	1-2	3-4	Hipnótico
<b>Flurazepam</b>	15	24-100	Larga	1	Rápida	15-30	45-60	Hipnótico
<b>Halazepam</b>	20	15-100	Larga	1-3	Intermedia	40-120	120-160	
<b>Ketazolam</b>	10	15-50		2-10	Intermedia	15-45	45-90	
<b>Loprazolam</b>	1	4-15	Intermedia	1	Rápida	1-2	2	Hipnótico
<b>Lorazepam</b>	1	9-22	Intermedia	1,5	Intermedia	1-7,5	7,5-20	
<b>Lormetazepam</b>	1	9-15	Intermedia	1	Rápida	0,5-2	2-3	Hipnótico
<b>Midazolam</b>	7,5	1-5	Corta	0,7	Rápida	7,5-15	7,5-15	Hipnótico (IV, IM)
<b>Nitrazepam</b>	5	15-40	Intermedia	1,7	Rápida	2,5-10	10-20	Hipnótico
<b>Oxazepam</b>	15	5-20	Intermedia	2,4	Lenta	10-45	45-60	
<b>Pinazepam</b>	5	15-20	Intermedia	--	--	5-15	15-30	
<b>Quazepam</b>	15	40-55	Larga	1,5	Rápida	7,5-15	15-30	Hipnótico



Como ya mencionamos anteriormente las benzodiazepinas deben sus cuatro efectos biológicos principales (ansiolítico, anticonvulsivante, miorrelajante e hipnótico) a su acción sobre los receptores GABA. Como consecuencia de estas acciones farmacológicas, los efectos clínicos que se producen son fundamentalmente la relajación física y mental. Producen un alivio rápido inicial de los síntomas somáticos y psíquicos de la ansiedad. Sin embargo son fármacos de segunda línea en el tratamiento de la ansiedad generalizada (alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam han demostrado su eficacia).

Lo recomendable es prescribir benzodiazepinas durante un período de tiempo limitado, aplicando paralelamente los enfoques terapéuticos psicosociales.

Las benzodiazepinas pueden utilizarse en ataques de pánico: el alprazolam ha demostrado reducir la frecuencia de los ataques de pánico y los síntomas de agorafobia. La formulación Retard tiene la ventaja de una mayor duración de su acción terapéutica. No se recomienda su uso a largo plazo, pero si se emplea debe ser bajo supervisión facultativa. Las pruebas disponibles demuestran la superioridad del alprazolam frente a otras benzodiazepinas en el tratamiento del trastorno de pánico(67).

La comorbilidad es muy común entre pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. En la práctica clínica se emplea con frecuencia la combinación de antidepresivos (ISRS o ISRN) y benzodiazepinas. Actualmente los antidepresivos (ISRS o ISRN) se consideran como agentes de primera línea en el tratamiento de los cuadros ansioso-depresivos. Sin embargo, muchos pacientes presentan sólo una respuesta parcial o toleran mal la monoterapia con antidepresivos. La asociación de benzodiazepinas mejora el resultado del tratamiento en estos casos, siendo especialmente beneficiosas por su rapidez de acción y por su efecto global(68).

Las benzodiazepinas están indicadas en el tratamiento de los síntomas de abstinencia de alcohol. El abuso y dependencia del alcohol representa un grave problema de salud pública con graves consecuencias sociales, interpersonales y legales. Las benzodiazepinas son superiores a otros psicofármacos en el tratamiento de la privación de alcohol. En el síndrome de abstinencia alcohólica es preciso sustituir el alcohol por otra sustancia fisiológicamente equivalente (que presente dependencia cruzada con el alcohol), y proceder después a la retirada gradual del

fármaco; siendo el clordiazepóxido, clorazepato y diazepam los más empleados, dada su semejanza en cuanto al efecto farmacológico central y por su acción anti-convulsiva. El tratamiento con benzodiazepinas puede administrarse en pacientes ambulatorios con un cuadro de abstinencia leve-moderado, o a dosis más altas en pacientes ingresados con formas más graves de deprivación (ver dosis hospitalarias en la tabla) (69).

Otras indicaciones de las benzodiazepinas son: trastornos fóbicos, trastornos obsesivo-compulsivos, insomnio, ansiedad asociada a enfermedades orgánicas o al uso de ciertos medicamentos, abstinencia de otras drogas, trastornos adaptativos, agitación psicótica, convulsiones, tensión muscular, trastornos graves del comportamiento, sedación previa a la cirugía, coadyuvantes de anestesia o tratamiento de ciertos síntomas conductuales en demencias(70)(71).

Desde el punto de vista de la administración y elección de la benzodiazepina tenemos que tener en cuenta la farmacocinética de estos compuestos, hay que aceptar que tanto el margen terapéutico como las variaciones interpersonales son considerables. La individualización es necesaria cuando se pretende una dosis ansiolítica óptima mínima.

Las benzodiazepinas de alta potencia tienen un equivalente de dosis aproximado de menos de 1 las de potencia media de 1-10; y las de baja potencia de más de 10 (VerTabla3).

Los compuestos de vida media larga (tiempo de vida media de eliminación de más de 24 horas) pueden administrarse en régimen de monodosis nocturna.

Las benzodiazepinas de vida media intermedia (5-24 horas) y las de vida media corta (<5 horas), deben administrarse en 2-4 tomas diarias.

Las benzodiazepinas de vida media larga ocasionan menor síndrome de retirada que las de vida media corta o intermedia, requieren dosis menos frecuentes, sufren menores variaciones plasmáticas y su retirada es más fácil, pero tienen la desventaja de su acumulación, mayor influencia en la actividad psicomotora y sedación diurna.

Las benzodiazepinas de vida media corta o intermedia, sin embargo, no se acumulan ni originan tanta sedación diurna, pero necesitan dosis más repetidas e inducen síndrome de retirada con más frecuencia e intensidad.

A la hora de prescribirlas debemos tener siempre en cuenta sus efectos secundarios, principalmente el efecto sedante. En general las benzodiazepinas son fármacos seguros, efectivos y bien tolerados. Sólo un 10% de individuos presentan efectos adversos:

- **HIPERSEDACIÓN** es el efecto secundario más habitual, relacionándose directamente con la dosis, tiempo de administración y edad del paciente. Los síntomas de hipersedación incluyen somnolencia, déficit de la capacidad de atención y concentración, y alteración de la coordinación motora y de algunas funciones cognitivas. La sedación se manifiesta principalmente durante la primera semana de tratamiento. Puede haber alteración de la capacidad del individuo para conducir vehículos.
- **DEPRESIÓN RESPIRATORIA** es inferior a la producida por el resto de fármacos sedantes, aunque requiere precaución cuando se administran conjuntamente con antihistamínicos, barbitúricos, alcohol u otros depresores centrales; la acción sobre el centro respiratorio puede ser notoria.
- **REACCION PARADÓJICA** es un efecto inverso al deseado por el cual se produce un aumento de la ansiedad, excitación aguda y la hiperactividad. Puede desencadenar impulsos agresivos con la aparición de hostilidad y rabia e, incluso, son posibles actos criminales. Los pacientes con mayor riesgo de sufrir este efecto adverso son aquellos con trastornos de la personalidad borderline, trastorno de control de impulsos y problemas persistentes de alcohol, así como en los extremos de la vida (menores de 18 años y mayores de 65). La combinación de una BZD y alcohol es particularmente probable que conduzca a reacciones paradójicas(71).

- Otros **EFFECTOS CENTRALES** son vértigo, nistagmos, disartria, amnesia o ataxia con riesgo de caídas.

- Los **EFFECTOS ADVERSOS** de tipo hepático, renal, hematológico y alérgico son raros.

Por otra parte las benzodiazepinas están contraindicadas o deben emplearse con precaución en:

- Miastenia gravis.
- Glaucoma de ángulo estrecho.
- Insuficiencia respiratoria severa.
- Apnea del sueño.
- Alcoholismo o toxicomanía
- Gestación (especialmente en el primer trimestre).
- Lactancia.
- Insuficiencia renal grave
- Insuficiencia hepática, en este caso se debe optar por el lorazepam o el oxazepam ya que sólo sufren reacciones de conjugación.
- Niños
- En pacientes geriátricos el efecto de las benzodiazepinas es superior al obtenido en la población adulta. Los ancianos son muy susceptibles a la ataxia y a las caídas(72). Suele ser conveniente ajustar la dosis al mínimo necesario en sujetos mayores de 65 años; restringiendo el uso de compuestos de vida media larga.

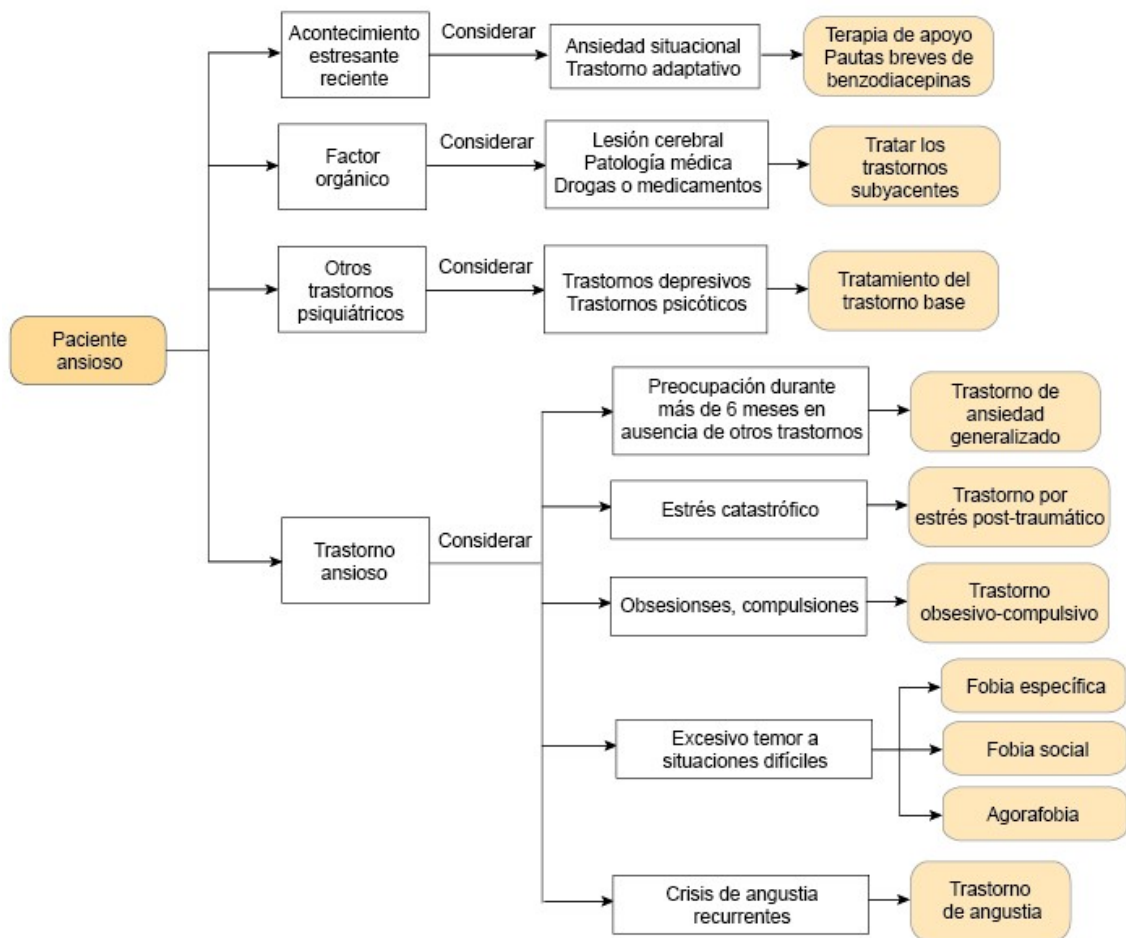


Ilustración 4 ALGORITMO RESUMEN DE LA ANSIEDAD

## TRASTORNO DEPRESIVO

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica y física(33).

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina, etc.), alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir los cambios patológicos de los ordinarios viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.

La sintomatología de la enfermedad puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial ya que, en algunos casos, se asocia a otras entidades psicopatológicas como la ansiedad, la distimia, las crisis de pánico, el abuso de alcohol u otras sustancias, algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas y trastornos de la conducta alimentaria y algunos de la personalidad.

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla como podemos observar en la Tabla 4(73)(74)(75).

Tabla 4 PROCESOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN

Factores personales y sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo femenino.</li> <li>• Presencia de enfermedades crónicas (físicas o mentales).</li> <li>• Rasgos de personalidad neurótica, trastornos de ansiedad, distimia y ataques de pánico.</li> <li>• Enfermedades cardiacas y diversas patologías endocrinas (diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinéica).</li> <li>• Migraña.</li> <li>• Consumo de alcohol y tabaco.</li> <li>• Dificultades económicas y circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad).</li> <li>• Estrés crónico, exposición a adversidades y experiencias de discriminación.</li> </ul>
Factores cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, estilo rumiativo de respuesta y sesgos atencionales.</li> </ul>
Factores familiares y genéticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares de depresión.</li> <li>• Polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina.</li> </ul>

El riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión que en la población general, y 20 veces mayor en caso de depresión grave. Este riesgo se mueve desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio). En todo paciente con un trastorno depresivo mayor se recomienda explorar las ideas de muerte y de intención autolítica, recogiendo además la existencia de intentos previos. Si determinamos que el paciente tiene alto riesgo de suicidio se recomienda un apoyo adicional frecuente y valorar su derivación urgente al segundo nivel asistencial. Deberá considerarse la hospitalización en aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio.

De forma estandarizada para el diagnóstico de depresión se aceptan, nuevamente, los criterios marcados tanto por el CIE-10(65) y el DSM-V(33) para ambos el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas y siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la

fatigabilidad. Es importante que el episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Tabla 5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN SEGÚN DSM-V Y CIE-10

DSM-5	CIE-10
<p>Presencia al menos de uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva</li> <li>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</li> </ol>	<p>Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</li> <li>2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.</li> <li>3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.e j., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días</li> <li>• Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li> <li>• Agitación o retraso psicomotor casi todos los días</li> <li>• Fatiga o pérdida de energía casi todos los días</li> <li>• Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</li> <li>• Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</li> <li>• Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), Ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.</li> <li>• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.</li> <li>• Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.</li> <li>• Empeoramiento matutino del humor depresivo.</li> <li>• Presencia de enlentecimiento motor o agitación.</li> <li>• Pérdida marcada del apetito.</li> <li>• Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.</li> <li>• Notable disminución del interés sexual.</li> </ul>



**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:** es una enfermedad mental que se caracteriza por un estado de ánimo invasivo y persistente acompañado de una baja autoestima y una pérdida de interés o de placer (anhedonia) en actividades que normalmente se considerarían entretenidas. Para el DSM-V deben darse 5 o más de los criterios del segundo apartado además de alguno de los del primer apartado. Para la clasificación CIE-10 es muy parecido, deben darse al menos 4 de los criterios del segundo apartado y dos del primero (Tabla 5). Además subclasifican:

- **EPISODIO DEPRESIVO LEVE:** están presentes dos o tres síntomas del apartado segundo. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **EPISODIO DEPRESIVO MODERADO:** están presentes al menos dos síntomas del apartado primero y síntomas del apartado segundo hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **EPISODIO DEPRESIVO GRAVE:** deben existir los 3 síntomas del primer apartado y síntomas del segundo apartado con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Creo necesario resaltar que las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso simulando un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la pre-

sencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Cuando se realice un diagnóstico de depresión se aportará toda la información necesaria sobre el trastorno y las opciones de tratamiento. Se recomienda promover explicaciones que reduzcan el sentimiento de culpa y buscar el apoyo de familiares y allegados. La evaluación se basará fundamentalmente en la entrevista clínica, aunque el uso de instrumentos de evaluación puede aportar información complementaria. La gravedad del episodio dependerá de los siguientes criterios:

- Duración, número e intensidad de los síntomas.
- Insuficiente respuesta al tratamiento.
- Existencia de comorbilidad.
- Antecedentes personales de depresión.
- Ideación suicida o conducta suicida, síntomas psicóticos, bajo apoyo social, discapacidad.

El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y capacidad funcional del paciente. Se recomienda que su abordaje se realice siguiendo un modelo de atención escalonado, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente(76)(75).

Tabla 6 MODELO ESCALONADO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN	NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN
<b>DEPRESIÓN GRAVE Y/O RESISTENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias farmacológicas</li> <li>• Intervenciones psicológicas</li> <li>• Tratamiento combinado</li> <li>• TEC (Terapia Electro convulsiva)</li> </ul>
<b>DEPRESIÓN MODERADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones psicológicas</li> <li>• Antidepresivos</li> <li>• Tratamiento combinado</li> </ul>
<b>DEPRESIÓN LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación, apoyo, psicoeducación</li> <li>• Intervenciones psicológicas</li> <li>• Antidepresivos</li> </ul>

### ABORDAJE FARMACOLÓGICO

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo con fármacos, el profesional sanitario deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, de los efectos secundarios y especialmente de la duración del tratamiento. Hay un tiempo de latencia en el comienzo de sus efectos terapéuticos que puede ser de 2 a 4 semanas y en general, cuanto más graves son los síntomas de depresión más beneficio se puede esperar del tratamiento farmacológico. De forma general no se recomienda el empleo de fármacos en depresión leve por presentar un bajo riesgo-beneficio. En estos pacientes solo deben considerarse en caso de: fracaso de otras estrategias terapéuticas, problemas psicológicos o médicos asociados o historia previa de depresión moderada o grave(75).

La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos secundarios y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, el perfil sintomatológico del episodio depresivo, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costes y las preferencias de los pacientes (77)(78).

Tabla 7PRINCIPALES FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

PRINCIPIO	CLASIFICACIÓN	DOSIS DIARIA	FRECUENCIA	PARTICULARIDADES
<b>Amitriptilina</b>	ADT	50-200 mg	2-3 veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS. Efectos anticolinérgicos marcados (boca seca, sedación, visión borrosa, etc.).
<b>Clomipramina</b>	ADT	100-150 mg	Varias veces/día	
<b>Imipramina</b>	ADT	50-200 mg	Varias veces/día	
<b>Nortriptilina</b>	ADT	75-100 mg. Hasta 150 mg en hospitalizados	Varias veces/día	
<b>Maprotilina</b>	Relación con ADT	25-150 mg	1 ó varias veces/día	
<b>Trazodona</b>	ASIR	150-400 mg y hasta 600 mg en hospitalizados	Varias veces/día	Sedación, hipotensión postural y náuseas.
<b>Citalopram</b>	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Náuseas, boca seca, sudoración y temblor. Pocos abandonos. Potencial aumento del intervalo QT. Dosis máximas en mayores de 65 años: Citalopram: 20 mg/día; Escitalopram: 10 mg/día.
<b>Escitalopram</b>	ISRS	10-20 mg	1 vez/día	
<b>Fluoxetina</b>	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Sudoración, náuseas, temblor y pérdida de peso.
<b>Fluvoxamina</b>	ISRS	100-300 mg	1-2 veces/día	Náuseas, nerviosismo y sudoración. Sedación y efectos gastrointestinales.
<b>Paroxetina</b>	ISRS	20-50 mg	1 vez/día	Disfunción sexual y síndrome de discontinuación. Sedación y efectos gastrointestinales.
<b>Sertralina</b>	ISRS	50-200 mg	1 vez/día	Más diarrea que resto de ISRS.
<b>Bupropion</b>	IRND	150-300 mg	1 vez/día	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso. Insomnio. Evitar en epilepsia.
<b>Duloxetina</b>	IRSN	60-120 mg	1-2 veces/día	Disfunción sexual y efectos gastrointestinales. Dosis inicial y habitual 60 mg/24h. Dosis máxima: 120 mg al día.
<b>Mianserina</b>	NASSA	30-200 mg	1 ó varias veces/día	Somnolencia. Útil en tratamientos combinados.
<b>Mirtazapina</b>	NASSA	15-45 mg	1 vez/día	Aumento de peso y sedación.
<b>Reboxetina</b>	IRNA	8-12 mg	Varias veces/día	Síntomas vegetativos. Taquicardia e hipotensión leve relacionada con la dosis.
<b>Venlafaxina</b>	IRSN	75-375 mg	Varias veces/día	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.
<b>Desvenlafaxina</b>	IRSN	50-200 mg/día	1 vez/día (liberación prolongada)	Igual que venlafaxina. Evitar interrupción brusca (disminuir la dosis gradualmente durante 1-2 semanas).
<b>Agomelatina</b>	AM	25-50 mg	1 vez/día	Ansiedad. Precisa monitorización de pruebas hepáticas. No utilizar en mayores de 75 años. Precaución en IRC moderada-grave.

**ADT:** Antidepresivos tricíclicos: en general poseen una buena tasa de respuesta, comparable clínicamente a la de otros antidepresivos (incluyendo ISRS), aunque asociada a más efectos secundarios y una mayor probabilidad de abandono del tratamiento.

**ISRS:** inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo/beneficio, por lo que deberán considerarse la primera elección de tratamiento. Al comparar la eficacia de los antidepresivos ISRS entre sí se han observado algunas diferencias estadísticamente significativas aunque de dudosa relevancia clínica. No se han mostrado diferencias significativas en el mantenimiento de la respuesta o en alcanzar la remisión. Para seleccionar un ISRS concreto debemos guiarnos más por los efectos adversos que por su eficacia(79)

**AM:** agonista melatoninérgico.

**Antidepresivos de segunda generación** (IRDN: inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub> e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; IRNA: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina;): no se han observado diferencias significativas en la eficacia en comparación a los ISRS. La comparación entre antidepresivos de segunda generación no mostró diferencias significativas en la tasa de respuesta ni en la prevención de recaídas o recurrencias. En general, en las comparaciones entre antidepresivos individuales no hubo diferencias en la intensidad de los eventos adversos, aunque entre algunos, la frecuencia fue diferente. Aunque algunos estudios han señalado que la mirtazapina podría presentar mayor rapidez de acción que otros ISRS, su eficacia antidepresiva no es mayor. La tasa de respuesta es similar a las 4 semanas y para encontrar una respuesta adicional en la primera o segunda semana(79).

Ante un paciente que no mejora con el tratamiento antidepresivo inicial, se recomienda (75)

- Revisar el diagnóstico.
- Verificar el cumplimiento de la toma del tratamiento en dosis y tiempo.
- Valorar la existencia de conciencia de enfermedad, motivación al cambio y existencia de posible comorbilidad.

En pacientes con respuesta parcial tras la tercera o cuarta semana, se recomienda:

- Esperar la evolución clínica hasta la octava semana.
- Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.

Si a la tercera o cuarta semana de tratamiento el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias:

- Cambio de antidepresivo a otro de la misma o distinta familia.
- Combinación de antidepresivos.
- Potenciación con litio o antipsicóticos.

Cuando la estrategia a seguir sea el cambio de antidepresivo, valorar inicialmente un ISRS diferente u otro antidepresivo de segunda generación. En caso de no conseguir respuesta se podría valorar un antidepresivo con mayores efectos secundarios, como los tricíclicos o los IMAO.

La combinación de ISRS y mirtazapina o mianserina podría ser una opción recomendable, teniendo en cuenta la posibilidad de efectos adversos.

La potenciación con litio o con quetiapina puede ser también una estrategia a considerar, teniendo en cuenta el incremento de los efectos adversos.

Cuando se utilice la potenciación o la combinación de fármacos es importante ser conscientes de que, habitualmente, estas estrategias incrementan los efectos adversos. Es necesario seleccionar aquellos fármacos de los que exista información sobre su seguridad en uso combinado, documentar el fundamento de la elección de la estrategia y monitorizar cuidadosamente los efectos adversos.

No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con buspirona, carbamazepina, lamotrigina, valproato, pindolol, hormonas tiroideas, zinc o benzodiazepinas. Las benzodiazepinas pueden producir mejoría de algunos síntomas de la depresión. Sin embargo, su utilización no debería prolongarse más de 2-3 semanas con el fin de prevenir el desarrollo de dependencia(12).

Por otra parte se hace necesario establecer un plan de seguimiento estructurado del paciente, siendo más estrecho al menos en las 4 primeras semanas. Todos los pacientes que presenten una depresión mayor moderada deberían ser valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento y en caso de que presenten una depresión mayor grave y sean tratados ambulatoriamente con fármacos antidepresivos deberían ser valorados antes de 8 días tras la instauración del tratamiento. En pacientes con depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivo y terapia cognitivo-conductual.

La decisión sobre la derivación a otro dispositivo desde atención primaria se realizará siguiendo criterios de gravedad:

- Riesgo de suicidio o heteroagresividad.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Sospecha de bipolaridad.
- Depresión moderada de alta recurrencia.
- Episodios depresivos prolongados.
- Abuso de sustancias.
- Negación del trastorno.

- Tras dos o más intentos fallidos de tratamiento.
- Cuando el cuadro plantea dudas diagnósticas o terapéuticas.

El riesgo de recurrencia en la depresión mayor es alto y así, la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres (80).

Se recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio y en ese momento valorar con el paciente la posibilidad de prolongarlo teniendo en cuenta el número de episodios previos, la presencia de síntomas residuales, concurrencia de comorbilidades o existencia de dificultades psicosociales. En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse entre 6-12 meses tras la remisión, con dosis iguales a las que se consiguió la remisión y, posteriormente debe planearse el cese reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, aunque algunas personas necesitarán periodos más prolongados, particularmente con fármacos de vida media corta como la paroxetina o venlafaxina(75).

### **ABORDAJE PSICOLÓGICO**

En los últimos años, las guías de práctica clínica reconocen la eficacia de las terapias psicológicas en el tratamiento de la depresión, especialmente aquellas que han sido diseñadas específicamente para ello, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal(81).



Tabla 8 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

GRADO	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	DURACIÓN RECOMENDADA
<b>DEPRESIÓN GRAVE Y/O RESISTENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia cognitivo-conductual</li> <li>• Terapias más específicas (terapia familiar, terapia incluyendo a la pareja)</li> <li>• Estudio de comorbilidad</li> </ul>	Variable según patologías de base y recurrencias (en estos casos siempre asociados a fármacos).
<b>DEPRESIÓN MODERADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia cognitivo-conductual</li> <li>• Terapia interpersonal</li> </ul>	16 a 20 sesiones durante 5 meses
<b>DEPRESIÓN LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Terapia de solución de problemas</li> <li>• Terapia cognitivo-conductual</li> </ul>	6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas

Como parte del abordaje psicoterapéutico de la depresión leve, se han desarrollado otras intervenciones menos intensivas que requieren una menor frecuencia y duración en la participación de los profesionales. Suelen incluirse en este grupo de intervenciones la terapia cognitivo-conductual computarizada (seguimiento informático) y la autoayuda guiada. Aunque en algunos estudios estas formas de psicoterapia han obtenido resultados favorables, no existe evidencia concluyente sobre su efecto a largo plazo.

Por otra parte cabe reseñar que tanto la OMS (34) como la NICE(81) y nuestras guías de práctica clínica (64) aconsejan fomentar la actividad física como parte del tratamiento en adultos con un episodio depresivo, sobre todo en aquellos con estilos de vida sedentarios. En los pacientes con depresión mayor de grado leve-moderado, un programa de ejercicio estructurado (por ejemplo: 30-60 minutos tres veces por semana mantenido durante al menos 3-4 meses) podría ser una intervención efectiva que mejore los síntomas depresivos. Y en depresión moderada y grave la actividad física puede considerarse un complemento del tratamiento con antidepressivos y psicoterapia breve estructurada.

No hay evidencia de ventajas entre los diferentes tipos de ejercicio en la mejoría de los síntomas depresivos, pero existen estudios que indican que niveles bajos de actividad física (caminar 150 minutos/semana) podrían prevenir un futuro episodio depresivo(82).

Las personas mayores de 60 años y aquellas que sufren problemas físicos de salud también pueden beneficiarse de tales programas adaptándose siempre a las posibilidades, motivación y estado del paciente.

Por último, una breve mención a las diferentes estrategias para abordar la depresión que no responde al tratamiento o lo hace de manera parcial. Además de la psicoterapia ya mencionada (Tabla 8) hoy en día se utiliza la terapia electroconvulsiva. Ésta debería considerarse una alternativa terapéutica en pacientes con depresión grave y/o resistente, fundamentalmente si existe necesidad de una rápida respuesta debido a alta intencionalidad suicida, deterioro físico grave o cuando han fallado otros tratamientos(75).

La estimulación del nervio vago y la estimulación magnética transcraneal no se recomiendan en el tratamiento de la depresión debido a la incertidumbre existente sobre su eficacia y efectos adversos(80).

## **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

El insomnio es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertar más temprano de lo esperable, o simplemente despertar con la impresión de no haber tenido un sueño reparador. La definición más exacta admite que estos síntomas deben reiterarse durante al menos un mes y provoca un malestar importante, o un deterioro en las actividades sociales, laborales, u otras que considere el paciente(33). En esta descripción se contempla un componente subjetivo muy importante. Se puede afirmar que no es posible definir el sueño normal de manera aceptable para distintas personas y poblaciones dado que la percepción sobre lo que cada uno considera normal en cuanto a cantidad y calidad de sueño es muy variable.

Se estima que los síntomas de insomnio aparecen en aproximadamente el 30-50% de la población adulta. Por no dormir satisfactoriamente puede haber repercusiones en la actividad diurna: irritabilidad, cansancio, deterioro de la memoria y falta de concentración, pérdida de energía, motivación e iniciativa, somnolencia... y puede darse un deterioro de la actividad laboral, social o de otros ámbitos de la vida de las personas. A su vez, el insomnio en sí mismo es un problema clínico con una importante morbilidad asociada.

Los factores asociados a insomnio son: antecedentes o padecimiento actual de enfermedades psiquiátricas o problemas psicológicos, trastornos que cursan con dolor crónico, aumento del uso de servicios sanitarios, mala calidad de vida y relaciones sociales insatisfactorias, condiciones socioeconómicas (separación de pareja, desempleo, malas condiciones laborales), algunas enfermedades físicas, abuso de sustancias, y deterioro de la función cognitiva.

Para diagnosticar el insomnio, previamente se descarta otro Trastorno Mental en cuyo contexto aparezca ese insomnio, o que sea consecuencia del consumo de sustancias, o de una enfermedad médica. Si después del análisis pormenorizado de la información recogida se descarta una causa subyacente tratable para la queja de insomnio, lo denominamos Insomnio Primario.

De forma práctica clasificaremos el insomnio (64) según su duración:

- Insomnio Transitorio. Duración de 2 ó 3 días.
- Insomnio de Corta Duración. Dura más de 2 ó 3 días, y menos de 3 semanas.
- Insomnio Crónico. Duración mayor de 3 semanas.

O según el momento de aparición:

- Insomnio inicial o de conciliación (dificultades leves o graves para conciliar el sueño al acostarse)
- Insomnio intermedio o de mantenimiento del sueño (en vez de dormir toda la noche de continuo, la persona se despierta varias veces durante la noche)

- Insomnio terminal, de final de sueño, despertar precoz o insomnio matinal (la persona despierta poco o mucho antes de la hora que tenía planeada hacerlo).

Algunos elementos a tener en cuenta en la exploración del paciente con insomnio, que contribuyen a orientar su origen y facilitar su manejo, son(84)

- Síntomas de nerviosismo, tensión, ansiedad. Motivos personales, familiares, relacionales, laborales, de preocupación a la hora de acostarse.
- Antecedentes previos de depresión, rasgos obsesivos o compulsivos, u otros síntomas relevantes de tipo psicopatológico.
  - Síntomas de piernas inquietas u otros movimientos.
  - Cambios en los horarios habituales de dormir y levantarse.
  - Ronquidos u otros síntomas de apnea de sueño.
  - Síntomas o antecedentes de abuso de consumo de alcohol u otros tóxicos.
- Uso actual de medicamentos (diuréticos, beta-bloqueantes, etc.).
- Enfermedades médicas concomitantes.
- Condiciones ambientales: ruido, temperatura, etc.
- Hábitos dietéticos (incluidos café, alcohol, etc.) sobre todo en la cena.
- Ejercicio físico durante el día.
- Actividad laboral.

De forma complementaria a la exploración y entrevista clínicas, si el paciente duerme con otra persona, es importante recabar su información.

Habitualmente no es necesaria ninguna prueba complementaria aunque debe tenerse en cuenta la posible existencia de alguna causa subyacente de insomnio(83):

Tabla 9 CAUSAS FRECUENTES DE INSOMNIO

<b>ETIOLOGÍA MÉDICA</b>	Trastornos del movimiento	Síndrome de piernas inquietas.
	Trastornos respiratorios	Apnea de sueño de origen obstructivo, disnea, tos nocturna.
	Dolor	Artritis, cefaleas, traumatismos.
	Enfermedades prostáticas	Hiperplasia prostática y carcinoma de próstata pueden originar nicturia.
	Enfermedades endocrinas	Hipertiroidismo (sudoración), diabetes mellitus e insípida (en ambas nicturia).
	Menopausia	Sofocos.
	Otras enfermedades orgánicas	Prurito, Nicturia, Enfermedad de Parkinson.
<b>FACTORES AMBIENTALES</b>	Condiciones ambientales para dormir	Ruidos, luz, ronquidos, etc.
	Cambios en los horarios sueño-vigilia	Levantarse a distintas horas (cuidar de otra persona, por ej.), cambios en los turnos laborales, jet-lag, etc.
<b>FACTORES PSICOLÓGICOS</b>	Duelo, crisis o estrés, preocupaciones	Dificultades familiares o laborales, reacción de duelo...
<b>PSICOPATOLOGÍA</b>	Depresión subyacente	El insomnio es un síntoma frecuente en la depresión.
	Demencia	Frecuentes cambios en el ritmo circadiano.
<b>FARMACOLOGÍA. TÓXICOS</b>	Síntomas de abstinencia a alguna sustancia	Interrupción de tratamiento (por ej. Hipnóticos o BDZ).
	Alcohol	Alteraciones en la cantidad y calidad del sueño, sobre todo en el consumo crónico.
	Tóxicos, drogas	Simpaticomiméticos (agitación), diuréticos (nicturia), esteroides, betabloqueantes (alteración fenómenos oníricos), etc.

**ABORDAJE TERAPÉUTICO:**

El insomnio deteriora mucho la calidad de vida de los pacientes, por lo que se hace necesario un abordaje terapéutico que inicialmente deben ser medidas no farmacológicas y, si estas fallan, entonces se iniciarían las alternativas farmacológicas.

En primer lugar se debe informar al paciente y su familia sobre las características generales del insomnio:

- Es frecuente en situaciones de estrés o enfermedad física.
- La duración del sueño varía según las personas y la edad; así, en general, las personas mayores duermen menos. Es útil recordar que el lactante tiene una necesidad de sueño de 16 horas/día y los ancianos de 4-5 horas/día con una mayor frecuencia de despertares nocturnos; la queja frecuente de que “solo” duermen 4 horas ha de interpretarse como una normalidad fisiológica en la mayor parte de los casos.
- La preocupación por el insomnio (incluyendo distorsiones cognitivas sobre su origen), y por su repercusión diurna, puede agravar el problema.
- El alcohol provoca un sueño intranquilo y despertar precoz. Evite su ingesta dos o tres horas antes de acostarse.
- Los estimulantes (café, té) pueden causarlo y empeorarlo.
- El ejercicio físico moderado y regular es saludable. No realizar ejercicio físico intenso antes de acostarse.
- La cena deben ser ligeras evitando ingestas copiosas.
- Un ambiente agradable sin ruido y con poca luz facilitan el sueño.
- El mejor tratamiento es mejorar los hábitos del sueño.

En segundo lugar, las guías de referencia (85)(86) presentan unos consejos específicos para el paciente. Medidas de higiene del sueño dónde se dan al paciente pautas dirigidas a reducir conductas que dificultan el sueño y que ayudan a regular el ritmo sueño-vigilia. Se trata de establecer una asociación entre los estímulos presentes en la habitación y la conciliación del sueño. El paciente intentará seguir las siguientes instrucciones:

- Utilice la cama solo para actividad sexual y para dormir. No realice actividades gratificantes (leer, ver la televisión, la radio, comer).
- Realizar antes de dormir alguna actividad de desaceleración, es decir, que no requiera mucho esfuerzo ni concentración (no lecturas densas ni trabajo).
- Establecer una rutina antes de acostarse, realizándola cada día y en el mismo orden (tomar algo caliente, leer un rato, lavarse los dientes, ir al baño...).
- Irse a la cama sólo cuando se sienta sueño.
- Si no se concilia el sueño en 30-45 minutos aproximadamente, salir de la cama y de la habitación y hacer una actividad relajante y monótona hasta sentir sueño de nuevo, y sólo entonces volver a la cama, no antes. Repetir si es necesario. (Debe de ponerse especial cuidado en explicar este paso, pues puede resultar extraño o difícil de comprender por parte del paciente, y es necesario que se realice de forma adecuada).
- Evite las siestas durante el día.
- Intente mantener un horario regular de sueño levantándose y acostándose a la misma hora (incluidos fines de semana)

Estas medidas de higiene del sueño es la técnica que se ha mostrado más eficaz por sí sola. Puede ofrecerse al paciente de forma verbal en la consulta aunque lo más conveniente sería ofrecérselas por escrito.

En tercer lugar contamos con las Intervenciones de Psicoterapia.

1. ESTRATEGIAS DE RELAJACIÓN: procedentes de la tradición cognitivo-conductual que justifican su uso en el hecho de que los pacientes con insomnio suelen presentar altos niveles de activación fisiológica (pueden ser eficaces la relajación progresiva y el entrenamiento autógeno) y cognitiva (que la reducen, entre otros, la meditación y el entrenamiento en imaginación)(87). El objetivo de la relajación progresiva es que el paciente consiga niveles profundos de relajación muscular de forma rápida y sencilla en el momento de irse a dormir para facilitar el sueño. Requiere un entrenamiento más o menos largo (se estima en cuatro semanas, o más para pacientes ancianos), durante el cual el paciente va aprendiendo a identificar el nivel de tensión muscular en las distintas partes de su cuerpo y a relajarse mediante ejercicios de tensión-relajación de grupos musculares, pequeños primero y más grandes después. Son técnicas que requieren mucho tiempo y práctica por parte del paciente para lograr su máxima eficacia (se recomienda dos sesiones de práctica diaria en casa de 30 minutos de duración). Para minimizar las necesidades de tiempo que requieren estas técnicas se puede ofrecer al paciente material por escrito o recomendarle alguna grabación en audio de las instrucciones del entrenamiento.

2. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO Y CONDUCTUAL se realizan en el nivel asistencial especializado (Psicólogo Clínico y Psiquiatra). Estas estrategias terapéuticas se consideran efectivas en el insomnio de ancianos, en los que la indicación farmacológica tiene mayor riesgo de efectos secundarios, así como en pacientes que están utilizando fármacos durante un tiempo largo(88)

### **ABORDAJE FARMACOLÓGICO**

Una vez que las medidas no farmacológicas hayan sido ineficaces, sobre todo en los síntomas de insomnio grave y que interfieren con la vida diaria habitual, se considera indicado el recurso a los fármacos con efecto hipnótico (85)



Pautas generales:

1. Si existe causa subyacente (psiquiátrica u orgánica) debe abordarse su tratamiento. Es útil revisar la polimedicación dado que fármacos tan utilizados como pueden ser los antihipertensivos, broncodilatadores, anticonceptivos o diuréticos pueden ser agentes causales.

2. La recomendación más general es la de utilizar los hipnóticos durante periodos cortos de tiempo (85) Para muchos pacientes puede estar indicado un periodo inicial de tratamiento de 2-4 semanas, seguido de una reevaluación de la necesidad de continuar el mismo.

3. No hay evidencias suficientes como para establecer diferencias entre: Zaleplon, Zolpidem, Zopiclona y Benzodiazepinas (BDZ) (83) de acción corta. La elección del fármaco dependerá de su coste-beneficio, del patrón de síntomas, respuesta previa a fármacos y preferencias del paciente.

4. Se recomienda utilizar la mínima dosis eficaz en monoterapia y en el caso de pacientes ancianos comenzar con la mitad de la dosis terapéutica. Se puede pautar el tratamiento cada noche o de forma intermitente (2-5 veces por semana), para prevenir tolerancia, dependencia y abuso.

5. Si un paciente no responde a un fármaco hipnótico, a no ser que su sustitución esté indicada por los efectos secundarios asociados al mismo, no está indicado prescribir otro hipnótico (85)

6. Si persiste la queja principal de sueño fragmentado, tras el empleo de hipnóticos de acción corta, se pueden prescribir hipnóticos de vida media más larga.

Como ya hemos mencionado con anterioridad, todas las benzodiazepinas (BZD) tienen efectos ansiolíticos e hipnóticos y se utilizan para una u otra indicación dependiendo, sobre todo, de la rapidez de acción y de la duración del efecto farmacológico.

**Las que tienen un tiempo de acción largo pueden interferir las actividades diurnas y se tendrá en cuenta en el caso de que la persona utilice maquinaria en su trabajo, conduzca**

trabajo, conduzca vehículos, etc. El efecto de las BDZ se potencia con otros depresores del SNC como el alcohol. Se han descrito efectos paradójicos (inquietud, irritabilidad...) en algunas personas, sobre todo en ancianos, en los que también hay estudios que ponen de manifiesto un incremento del riesgo de caídas. (Ver

Tabla3) Y hay que tener en consideración los efectos secundarios en su uso prolongado: trastornos de memoria y otros fallos cognitivos, somnolencia diurna excesiva, mayor riesgo de caídas y lesiones traumáticas, etc(89). Otros hipnóticos:

- Zaleplon. 10-20 mg. Fármaco de una Vida Media muy corta: 1 hora aproximadamente.
- Zolpidem. 10 mg. Vida Media de dos horas.
- Zopiclona. 2-3 mg. Vida Media de 3,5 a 6 horas. A diferencia de los dos anteriores, se ha descrito un metabolito activo.
- Otros fármacos sedantes como fármacos antiepilépticos (Gabapentina, Tiagabina) y antipsicóticos atípicos (Quetiapina y Olanzapina) pueden ser utilizados ocasionalmente en casos resistentes, aunque su evidencia empírica es insuficiente.

De forma general:

- El Zolpidem y la Zopiclona (con perfil de actuación similar a BDZ) tienen un tiempo de acción corto y pueden estar indicados durante periodos cortos de tiempo dado que su uso prolongado puede dar lugar a dependencia y dificultades para su retirada (sobre todo por empeoramiento del insomnio). El Zaleplon tiene una vida media muy corta (1 hora) y está indicado para inducir el sueño pero no para su mantenimiento.
- Cuando se trata de un insomnio de conciliación podrían indicarse los llamados hipnóticos "Z" (Zaleplon: 5-10 mg, Zolpidem: 5-10 mg, Zopiclona: 3,5-7,5 mg) o BDZ de vida media corta o intermedia como: Flunitrazepam, Lormetazepam.
- Si además del insomnio es notoria la ansiedad durante el día son de elección las BDZ de vida media larga (Diazepam, Clorazepato, Ketazolam).

- Ante síntomas depresivos diurnos son una buena elección los antidepresivos con un perfil sedativo en toma nocturna (Mianserina, Trazodona y Mirtazapina). En el caso de que exista comorbilidad depresión-ansiedad-insomnio y no sean eficaces las medidas anteriores se pueden utilizar, también con precaución ante los efectos secundarios, algunos antipsicóticos sedantes en dosis bajas, como es el caso de Quetiapina u Olanzapina
- En la Insuficiencia Respiratoria Severa pueden ser útiles los antihistamínicos por sus propiedades sedativas (aunque pueden también asociarse a síntomas de deterioro cognitivo, lo cual también ocurre con los antidepresivos tricíclicos con efectos anticolinérgicos)(89). El Clometiazol es un fármaco que se utiliza en ocasiones como hipnótico, pero es conveniente limitar su empleo a muy pocos días.

Por último, es importante mencionar, los inconvenientes del tratamiento farmacológico del insomnio. El efecto no deseado por excelencia es la habituación al fármaco, y la tolerancia a sus efectos, y para intentar evitarlas puede ser útil la dosificación intermitente (por ejemplo cada tres noches) y el uso del fármaco durante periodos cortos de tiempo (de una a tres semanas). Si apareciesen síntomas de abstinencia, éstos lo hacen muy pronto (tras la interrupción del tratamiento) en los fármacos de tiempo de acción corto mientras que en los de vida media larga pueden surgir a los 5-7 días. El Alprazolam es el más comprometido en abstinencia. Al intentar reducir o suprimir el uso de hipnóticos surge con frecuencia el “insomnio de rebote”: aparece ligado al uso crónico aunque también puede darse cuando se han utilizado en periodos cortos de tiempo. Se trata de una situación clínica para la que no hay un remedio fácil y que conviene manejar con el mejor sentido común del profesional. Puede ayudar a prevenirlo el hacer una suspensión gradual del fármaco recomendándose retirar el 25% de la dosis total alcanzada a la semana y en ocasiones sustituir las de vida media corta por una más larga como el Clonazepam o Bromazepam y disminuirla también progresivamente. Otra alter-

nativa es la reducción de la frecuencia de administración a una vez cada dos o tres noches.

El efecto adverso más común es la somnolencia (10%) seguido de mareos (1%) y ataxia (2%). Los efectos adversos más serios ocurren cuando se asocia su consumo con alcohol etílico produciendo deterioro cognoscitivo y amnesia anterógrada. Se han descrito alteraciones del comportamiento durante el sueño, atribuidas a los hipnóticos, como sonambulismo, ingesta de alimentos, conducción temeraria y comportamiento sexual inapropiado. La FDA aconseja precaución ante estos efectos indeseables poco frecuentes (83).

Si se está bajo el efecto de la acción del hipnótico y el sueño es interrumpido puede haber mayor riesgo de caídas y sensación de mareo al levantarse, lo que tiene trascendencia en personas mayores.

## TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

Estas dos entidades forman parte, junto con los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, al grupo de alteraciones del comportamiento alimentario. Merece la pena destacarlas por su frecuencia en nuestra sociedad y por su vinculación a la administración de ansiolíticos y antidepresivos, objeto de nuestro estudio. De forma general definiremos los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a un cambio en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

En el caso de la ANOREXIA NERVIOSA criterios diagnósticos(33)

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud- física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, una influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o una falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Normalmente se diferencia:

1.- **Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe

presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

2.- **Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Para valorar la gravedad de la patología se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. La evaluación de la gravedad es muy importante para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión (ingreso hospitalario) Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos(90).

- Leve: IMC >17 kg/m<sup>2</sup>
- Moderado: IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Grave: IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>
- Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

En el caso de la BULIMIA NERVIOSA criterios diagnósticos(33):

- Existen episodios recurrentes de atracones en los que al menos uno cumple los siguientes:
  - Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
  - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
  - En esta patología se generan comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la consti-tución y el peso corporal.

La gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensato-rios inapropiados, puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamien-tos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comporta-mientos compensatorios inapropiados a la semana.

Desde el punto de vista del tratamiento se exige la colaboración multidiscipli-nar, como corresponde unas patologías clasificadas como biosicosociales.

#### **ABORDAJE TERAPÉUTICO:**

- AUTOREGISTROS: en caso de anorexia se le pedirá a la paciente el registro diario de la ingesta, la hiperactividad y el uso de laxantes y diuréticos. Se le prohibirá pesarse y se procederá al registro semanal del peso en la consul-ta (sin que la paciente pueda acceder al mismo). En caso de tratarse de una pa-ciente bulímica, se registrará la pérdida de control con atracones (ingesta de cantidades excesivas de comida con gran componente calórico y en muy poco tiempo seguido de grandes sentimientos de culpa) y vómitos, el consumo de tóxicos, la cleptomanía y la promiscuidad.
- DIETA ESPECÍFICA: según la patología y situación clínica, se proce-derá a la recomendación de un tipo específico de alimentación, cuidando mu-

cho los horarios y explorando la dinámica familiar, el patrón de comportamiento social y laboral, buscando apoyos.

- PSICOTERAPIA: encaminada a modificar los pensamientos y hábitos respecto al peso, imagen corporal y la alimentación. Se usan: la terapia cognitiva-conductual, la psicoanalítica, la interpersonal y la de grupo, que puede usarse en combinación con las otras o como único tratamiento. Los estudios comparativos existentes no encontraron diferencias significativas entre los distintos tipos de terapia. Existen también las asociaciones de familiares donde intercambiar experiencias, conocer mejor la enfermedad, etc.

- INGRESO HOSPITALARIO: Los criterios de ingreso son:
  - Fallo en el tratamiento ambulatorio.
  - Cronicidad.
  - Estado físico grave: desnutrición severa (pérdida del 30% del peso previo), graves desequilibrios electrolíticos, complicaciones orgánicas importantes. Vómitos repetidos.
  - Necesidad de aislamiento familiar en grandes disfunciones familiares que pueden complicar el cuadro.

### **ABORDAJE FARMACOLÓGICO**

- ANTIDEPRESIVOS: suponen la primera línea de tratamiento de los trastornos alimenticios por su asociación con trastornos afectivos, obsesivos o predominio de ansiedad, así como por su efecto sobre el apetito. Es muy importante, a la hora de prescribirlos, tener en cuenta los efectos adversos, sobre todo en personas de bajo peso. De entre todos los antidepresivos, adquiere especial relevancia el uso de agentes serotoninérgicos: fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina o citalopram. Su utilización se justifica de forma teórica por la implicación de la serotonina en la regulación de las conductas alimentarias o compulsiones a comer, así como porque existe consenso en la literatura de la implicación de la neurotransmi-



sión serotoninérgica en la patología obsesiva, depresiva, por ansiedad y por déficit en el control de los impulsos que acompañan a los trastornos de la conducta alimentaria. En la anorexia, el beneficio de los agentes serotoninérgicos redundará en la conducta alimentaria así como en la obsesividad, ansiedad y aspectos depresivos. En la bulimia mejoran el ánimo depresivo, el ansia por carbohidratos, el número de vómitos y atracones y la pérdida del control de los impulsos en otras esferas (cleptomanía, consumo de tóxicos, promiscuidad, ludopatía, etc.). De forma práctica sólo se ha demostrado que el tratamiento con ISRS, tras la recuperación de peso, parece relacionarse con una disminución en las recaídas(64).

- **BENZODIACEPINAS:** suelen asociarse con mucha frecuencia a los antidepresivos por el componente de ansiedad que suelen manifestar estas patologías y por el efecto retardado de los ATD (lo ideal sería retirarlas una vez que el antidepresivo ya esté ejerciendo su efecto).
- **OTROS:** se suelen utilizar otros fármacos dependiendo de las comorbilidades y la situación clínica(anticonvulsivos, estabilizadores del ánimo, neurolépticos)-

Tabla 10ESQUEMA DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA(91)

	ANOREXIA	BULIMIA
<b>EDAD DE INICIO</b>	Precoz	Tardía
<b>PESO</b>	Bajo	Normal, alto, bajo
<b>COMORBILIDAD</b>	Depresión Trastorno obsesivo	T. de personalidad consumo de tóxicos, cleptomanía
<b>CLÍNICA DOMINANTE</b>	Ayuno	Atracones, vómitos, abuso de laxantes y diuréticos
<b>AMENORREA</b>	Presente	Ocasional
<b>HIPERACTIVIDAD</b>	Presente	Ocasional
<b>FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS</b>	Dependencia parental, dificultades para independizarse, aislamiento socio-sexual, déficit conceptual y de pensamiento abstracto	Baja autoestima, insatisfacción con su imagen corporal, larga historia de dietas para control del peso, sexualmente activas, familia exigente y emocionalmente fría.
<b>TRATAMIENTO</b>	Peor respuesta a antidepresivos Se asocian benzodiazepinas	Mejor respuesta a fluoxetina Se asocian benzodiazepinas iniciales
<b>PRONOSTICO</b>	Peor si se cronifica	Mejor, si no existe comorbilidad

## TRATAMIENTO DEL DOLOR

El dolor se define como una sensación desagradable, subjetiva y asociada a un componente emocional que en ocasiones no se correlaciona con el daño objetivo. Su descripción dependerá de la localización, intensidad, impacto en la calidad de vida o de su significado en relación con el contexto cultural, psicosocial o económico. Al tratarse de algo subjetivo y con gran componente emocional no es infrecuente el uso de algunos antidepresivos y ansiolíticos, sobre todo los dolores crónicos y cuidados paliativos.

### Clasificación del dolor (92)

- **Según su duración:**
  - AGUDO: producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.
  - CRÓNICO: dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de un mes.
  
- **Según su mecanismo fisiopatológico:**
  - DOLOR SOMÁTICO: se origina en estructuras somáticas superficiales o profundas: piel, mucosas, tejido subcutáneo, conjuntivo, músculos, huesos, articulaciones, vasos, pleura y peritoneo parietal. Es localizado y secundario a estímulos mecánicos, térmicos y químicos.
  - DOLOR VISCERAL: se origina en estructuras viscerales del aparato respiratorio, circulatorio, digestivo y genitourinario. Suele ser mal definido, vago, impreciso y con frecuencia referido, manifestándose en lugares alejados al órgano afectado. Puede asociarse náuseas, vómitos y sudoración.
  - DOLOR NEUROPÁTICO: causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster, etc.). El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión.

Asociado frecuentemente a cambios sensoriales (disestesias, etc.), motores y autonómicos.

- DOLOR MIXTO: coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.
- **Según su curso:**
  - CONTINUO O BASAL: persistente a lo largo del día, pudiendo existir momentos de mayor o menor intensidad, pero no llega a desaparecer nunca.
  - IRRUPTIVO: exacerbación transitoria del dolor que aparece, ya sea espontáneamente o bien con un desencadenante concreto, predecible o impredeciblemente, a pesar de existir un dolor basal estable y adecuadamente controlado.
  - INCIDENTAL: aparece al realizar alguna actividad como levantarse, toser, defecar, miccionar, etc.
  - ESPONTÁNEO: no se identifica un factor desencadenante

El reconocimiento del mecanismo fisiopatológico que lo provoca, así como la presencia de factores culturales, experiencias previas de dolor, creencias, estados de ansiedad o depresión y capacidad para hacerle frente, permitirán un mejor abordaje del dolor. Es importante resaltar que en un mismo paciente pueden coexistir varios tipos de dolor y la identificación mejora su manejo terapéutico al seleccionar la intervención más apropiada(93). Además el dolor oncológico es un problema de primera magnitud puesto que hasta el 95% de los pacientes en estadios avanzados de su enfermedad lo padecen y, en estos casos la depresión y la ansiedad suelen tener un papel protagonista a la hora del tratamiento.

### **ABORDAJE TERAPÉUTICO**

- MEDIDAS PSICOLÓGICAS: no existen suficientes evidencias para recomendar el uso de técnicas psicoeducativas, relajación, hipnosis y de sensibilización, sin embargo son alternativas que existen(94).

- MEDIDAS FÍSICAS: existe una evidencia muy limitada sobre el beneficio del frío, el calor y los masajes en el manejo del dolor agudo. (94) Con respecto al TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) la calidad de los estudios realizados y las diferencias metodológicas hace que no se pueda establecer conclusiones definitivas acerca de su efectividad como tratamiento aislado en el dolor agudo(95).
- ACUPUNTURA: existen evidencias que sugieren que el uso de acupuntura en el momento peroperatorio puede ser un buen coadyuvante, disminuyendo los requerimientos de analgesia postoperatoria. También ha demostrado ser útil en el control de algunos tipos de dolor agudo (94)(96).
- MEDICINA ALTERNATIVA: existe alguna evidencia sobre su valor analgésico en el control de determinados procesos que provocan dolor agudo, pero sus efectos adversos y las interacciones con otros fármacos se deben de considerar antes de indicar su uso (94).

### **ABORDAJE FARMACOLÓGICO**

- ANALGESICOS: en rangos generales se va escalando en los fármacos analgésicos, comenzando con los no opioides (AINES, paracetamol y metami-zol) y prosiguiendo con éstos. Las presentaciones pueden ser vía oral, inyectable (intramuscular, endovenoso e infiltración), subcutánea (parches) y tópica.
- COADJUVANTES ANALGÉSICOS: En este grupo se engloban diversos fármacos que han sido desarrollados para el tratamiento de diferentes entidades clínicas no relacionadas con el dolor pero que en determinadas circunstancias presentan efecto analgésico. Su uso está presente en más del 80% de pacientes con dolor oncológico(97).
- CORTICOIDES: La dexametasona es el corticoide de elección por su mayor potencia antiinflamatoria, vida media larga y escaso efecto mineralocorticoide. Una vez controlado el dolor, se recomienda disminuir la dosis a la mínima eficaz con una duración de tratamiento máxima de 2 semanas con el fin de limitar los efectos adversos. El tratamiento prolongado está indicado en do-

lor oncológico debido a metástasis óseas, hipertensión intracraneal, tumores de cabeza o cuello, compresión medular o nerviosa y hepatomegalia.

- **ANTIDEPRESIVOS:** Se consideran fármacos de primera línea en el tratamiento del dolor neuropático. El efecto analgésico suele comenzar tras la primera semana y en algunas ocasiones han de transcurrir 2-4 semanas de tratamiento continuado. La amitriptilina y otros tricíclicos presentan una eficacia similar. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina, duloxetina) también son útiles, presentando menor eficacia que los tricíclicos pero mejor tolerancia.

- **ANTICONVULSIVANTES:** Grupo muy heterogéneo con indicación principal en el dolor neuropático.

Son útiles: gabapentina, pregabalina, clonazepam, fenitoína y valproato. La obtención del efecto analgésico puede requerir 4 semanas de tratamiento.

- *Gabapentina:* Fármaco de primera elección en dolor neuropático de cualquier etiología. Ha demostrado eficacia analgésica en combinación con opioides en dolor neuropático oncológico.

- *Pregabalina:* Fármaco de primera elección en dolor neuropático central y periférico. Ha demostrado eficacia asociada a oxycodona en dolor neuropático oncológico.

#### **OTROS: benzodiacepinas (Ver**

- Tabla3) , bifosfonatos y ketamina.

### **DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIODEMOGRÁFICO**

Según la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés(98) alrededor de un 30-60% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria presentan problemas psicológicos como ansiedad o depresión (a lo que se suele responder con la receta de antidepresivos o ansiolíticos).

Si nos fijamos qué ocurre con los pacientes que acuden al servicio de urgencias encontramos que los últimos que se plantearon los posibles problemas que podrían derivar del uso de ansiolíticos y psicofármacos (concretamente en los pa-

cientes que acuden a un servicio de urgencias) fueron un grupo de investigación estadounidense que en 1986 lanzó un artículo en la revista de impacto "Annals of Emergency Medicine" donde daban la voz de alarma sobre unos grupos de psicofármacos cada vez más utilizados y que presentaban una problemática, por tanto, en aumento. Hacen referencia a la atención de pacientes que, en ocasiones, no se sabe nada de la medicación habitual (o bien por la incapacidad de preguntarles por el estado en el que llegan, o por no tener tampoco familiares con quien cotejar la información, o bien porque, el consumo de psicofármacos se asocia con enfermedades mentales estigmatizantes y los propios pacientes prefieren ocultar su uso) y cuyos resultados son síndromes de abstinencia, interacciones farmacológicas con la medicación utilizada en urgencias e intoxicaciones agudas por sobredosis accidental o intencionada, entre otros(99). Desde entonces, hace 30 años, hasta ahora, no se ha publicado nada más específico del consumo de ansiolíticos y psicofármacos en los pacientes que acuden a urgencias (sí en los pacientes con intoxicaciones en los que se ven implicados estos fármacos).

Sin embargo, en los últimos 30 años ha cambiado radicalmente la utilización de este tipo de fármacos, con un progresivo aumento, en especial de los antidepresivos y ansiolíticos. Así, al inicio de nuestro siglo XXI, los ansiolíticos constituían el tercer grupo terapéutico más utilizado en España, tras los analgésicos y los antiinflamatorios(100). Una reciente comparación de grupos farmacológicos terapéuticos en diferentes países europeos (estudio ESEMeD donde concretamente se compararon a paciente mayores de 18 años de Italia, Alemania, Francia, Países Bajos, Bélgica y España) señala que los ansiolíticos, los vasodilatadores y los antiulcerosos tienen una media de consumo en España más alta que en el resto de los países europeo. Sin embargo, los antidepresivos y los antipsicóticos están claramente por debajo de esta media europea(101).

La versión Española del estudio europeo ESEMeD destacó que un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Cuando extrapolaron de esos datos el

perfil, concluyen que la depresión mayor se asoció con el sexo (5,7% en la mujer y 2,2% en el hombre), la edad (mayor prevalencia en el grupo de 50-64 años), el estado civil (mayor prevalencia en separados, viudos y divorciados), la actividad económica (mayor prevalencia en actividades diferentes a estar trabajando: amas de casa y, estudiantes o jubilados). Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Por otra parte "retrataron" el perfil asociado a padecer un trastorno mental que son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad.

Y por último, concretaron aún más la influencia de la edad, dónde la fobia social, la agorafobia y la fobia específica aparecen a edades más tempranas., mientras que los trastornos del estado de ánimo (episodio de depresión mayor y distimia), junto con el trastorno de angustia, muestran una aparición más tardía(102).

Por otra parte si nos fijamos en la evaluación de la estrategia en Salud Mental del sistema nacional de salud(103), encontramos que durante el periodo de estudio (2006, 2007 y 2008) los antidepresivos han aumentado 11.8%, los ansiolíticos 6.8% y los antipsicóticos han permanecido prácticamente estables con un incremento del 1%. En el grupo de los antidepresivos, el aumento ha sido más acusados entre los pensionistas, mientras que los ansiolíticos, el aumento ha sido mejor y prácticamente de forma homogénea en pensionistas y población activa.

Llegados a este punto, y antes de seguir avanzando en estudios y estadísticas concretas, quiero volver al tema de los psicofármacos. Se hace necesario resaltar que cualquier fármaco aprobado para el uso clínico y la comercialización ha cumplido generalmente los criterios de eficacia convencionalmente aceptados. Así ocurre también con todos los psicofármacos. Esos criterios incluyen de forma característica el hecho de ser estadísticamente superior a un placebo inactivo en al menos algunos ensayos clínicos controlados y aleatorizados, y el de ser aparentemente similares en sus efectos beneficiosos a los fármacos ya aceptados para un uso clínico amplio. Sin embargo, este tipo de evidencia tiene importantes limitaciones que el contexto de los psicofármacos caben destacar(61):

- Muchos productos candidatos a un empleo como medicación superan al placebo de manera poco uniforme, y pueden producir efectos desfavorables que, aunque estadísticamente sean aceptables, sus repercusiones en el paciente generen limitaciones y aspectos clínicamente importantes de la enfermedad, como la capacidad cognitiva, la función o la mayor mortalidad.

- Obtener una evidencia adecuada sobre la efectividad profiláctica a largo plazo resulta aún más difícil que demostrar la eficacia a corto plazo en las fases agudas de unas enfermedades que se reconocen cada vez más como recurrentes o crónicas. Ha habido una tendencia a aceptar como evidencia a este respecto los resultados de ensayos clínicos en los que se suspenden los tratamientos que se están empleando y ello va seguido de una recaída clínica.

- Estos ensayos se realizan a menudo en pacientes cuidadosamente seleccionados que apenas se recuperan de la enfermedad aguda y no son necesariamente representativos.

- Muchos ensayos no parecen tener en cuenta la demostración repetida de que, con prácticamente todos los tipos de fármacos psicotropos, al suspender la administración, sobre todo si se hace rápidamente, se produce de forma temprana un riesgo excesivo de recurrencia o recaída lo cual plantea cuestiones tanto clínicas-científicas como éticas.

- Hay una gran heterogeneidad incluso en los diagnósticos asignados ya que continúan siendo descriptivos y fenomenológicos, y tienen un valor predictivo variable. Cabe esperar una heterogeneidad adicional de los diagnósticos como consecuencia de la tendencia recientemente popularizada de hacer participar a múltiples centros internacionales en los ensayos de medicamentos. Se hace difícil la generalización.

El establecimiento de una terapéutica racional y basada en la evidencia, es costoso puesto que resulta difícil ordenar según su eficacia los fármacos disponibles de una misma clase, ya que los métodos de ensayos clínicos cuando se aplican a los trastornos psiquiátricos, se basan de manera casi exclusiva en las valoracio-



nes de los síntomas altamente subjetivos (que son, a su vez, una imagen bastante limitada de las repercusiones clínicas que tienen los trastornos psiquiátricos).

Se podrían mejorar mucho estos estudios si se compara de forma directa, en vez de comparaciones de los resultados de distintos ensayos, y si se consideraran características de subgrupos que representen a los pacientes con mayor o menor capacidad de respuesta o tolerancia del tratamiento. Ambas sugerencias han encontrado una fuerte reticencia por parte de la industria. Es improbable que un fabricante tenga interés en someter a su producto a ensayos comparativos destinados a identificar cuál es el mejor medicamento, ya que prefieren comercializar una amplia gama de fármacos que pueden aportar un beneficio mensurable, aunque no necesariamente óptimo, en categorías amplias de pacientes. Sin embargo, un número cada vez mayor de expertos en marketing perciben el valor de diferenciar sus productos de otros fármacos muy similares mediante la demostración de una eficacia o tolerabilidad superiores en subgrupos clínicos específicos, pero en esos casos limitan mucho la aplicabilidad y, casi siempre, aumentan el precio (así la aparición de los tratamientos farmacológicos modernos para la mayoría de las enfermedades mentales graves ha interactuado de maneras complejas con la práctica clínica y con la economía de los sistemas actuales de asistencia clínica)(104).

Paralelamente a estas cuestiones, Henry Gadsden, Director de Merck (una potentísima industria farmacéutica) declaró en la revista Fortune en 1976 "Me da mucha pena que los únicos clientes de los productos de mi compañía sean los enfermos. Si pudiera conseguir producir medicamentos para los sanos, entonces podría vender a todo el mundo"(103). Seguramente justificándose en las mejores intenciones y apoyándose en los más modernos protocolos de actuación (como los que hemos señalado anteriormente), hoy en día toda dolencia tiene su medicación. Parece que un siglo más tarde el sueño de H.Gadsden se está convirtiendo en realidad. Estamos ante la era de la "evasión del sufrimiento" en el que cualquier alteración se convierte en enfermedad y toda enfermedad en un fármaco para curarla. Algunas nuevas corrientes de pensamiento nos hablan del peligro de la "medicalización de la vida". Señalan cómo el poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de percibir como problemas médicos eventos que, a priori, no lo son. La medicina, como reflejo de la cultura del bienestar, genera en ocasiones necesidades ficticias,

y aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades como astenia primaveral y timidez, o procesos biológicos naturales como la menopausia, la caída del pelo o la tristeza. En la actualidad se puede considerar que una persona sana es solamente un enfermo sin identificar(106).

Cabe destacar que desde que entrara en vigor el 7 de abril de 1948 aún no se ha modificado el concepto de "salud", que la OMS define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(107). Si bien es un concepto integrador y positivo, que pretende ver al individuo como un todo, las consecuencias de esta visión de la salud no han sido tan positivas. Por un lado se han incorporado al ámbito médico nuevas situaciones y problemas, ya que no solo se trata las afecciones o enfermedades, sino también, "lo físico, mental y social", abarcando la totalidad del individuo y generando una dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas. Por otro lado al elevar la salud al estado de lo absoluto genera una continua sensación de insatisfacción, ya que es prácticamente imposible alcanzarla, y desemboca en una disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar, ya que, lo que antiguamente eran "las cosas normales de la vida" hoy es un fracaso en la salud. Y aquí, ante esas insatisfacciones materializadas como tristeza, depresión o ansiedad, es donde los psicofármacos han adquirido un protagonismo espectacular.

Un informe de la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo reconoce que en sólo cinco años (del 2005 al 2011) el uso de ansiolíticos e hipnóticos ha aumentado casi en un 40 por ciento(108). Alertados por este elevado consumo de tranquilizantes en España varios periódicos hicieron eco de la noticia, con titulares como "la pastillita crea adicción en lugar de curar la enfermedad"(108) o el año pasado "España triplica en 10 años el consumo de antidepresivos"(110). De esta forma se lanzan mensajes claros en los que se hace especial énfasis en la realidad de unos fármacos que generan tanto adicción física como psíquica y que, una vez pautados, se convierten en una medicación crónica prácticamente de por vida. A pesar de esta alarma mediática y de las medidas pautadas desde las diferentes comunidades autónomas acotando más las indicaciones de

uso para los profesionales y restringiendo más aún su dispensación farmacológica a prescripciones médicas, no parece que el consumo haya descendido.

Por último, destacar que el presente estudio se ha realizado dentro del periodo económico de recesión, por lo que parece importante tener en cuenta cómo la crisis económica ha afectado al consumo de psicofármacos. Los datos utilizados en los escasos estudios publicados en España proceden de las cifras de medicamentos vendidos a través de mayoristas a las oficinas de farmacia. Durante los años de la actual crisis económica, podemos ver que antipsicóticos, antidepresivos, tranquilizantes e hipnótico-sedantes en conjunto, en el año 2009 se vendieron 123,708 millones de envases, y en el último año, 2012, un total de 128,796 millones (un aumento de alrededor del 4%). El detalle por subgrupos ofrece algunos datos relevantes: entre 2009 y 2012 permanece prácticamente estancado el consumo de antipsicóticos, se produce un aumento en el consumo de tranquilizantes menores entre 2009 (53,0 millones) y 2010 (54,9 millones), cifras que también se estancan en 2011 (54,9) e incluso se reducen ligeramente en 2012 (54,5); en cambio, sigue produciéndose un aumento de las ventas de fármacos antidepresivos, aproximadamente un 10% más en 2012 con respecto a 2009. Finalmente, el grupo de hipnótico-sedantes tiene un comportamiento muy similar al de los tranquilizantes, con un aumento, aunque menor, en 2010 y a continuación una ligera reducción entre 2011 y 2012. El total acumulado de los últimos 12 meses, hasta abril de 2013, conserva tendencias muy similares en todos los grupos(110).

## PREGUNTA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN

¿Hay abuso o uso excesivo de psicofármacos, en concreto ansiolíticos y antidepresivos, entre la población que acude a un servicio de urgencias?

Tras la exhaustiva revisión bibliográfica, resumida anteriormente, podríamos deducir la importancia de realizar este estudio porque:

- Hace más de treinta años que nadie responde a esta cuestión. Y, hasta ahora, nadie se la ha planteado en nuestro territorio Nacional.
- Existe un aumento progresivo del consumo de psicofármacos
- Observamos un empeoramiento del "estado de bienestar" en el contexto de crisis económica que se traduce en una mayor dependencia de la medicina.
- El consumo de psicofármacos supone un gasto económico importante para la Sanidad Nacional.
- Dentro de los psicofármacos, los ansiolíticos y antidepresivos son los más prescritos entre los médicos de atención primaria y otras especialidades, y no solo por parte de los psiquiatras.
- No se corresponde lo recomendado en las guías de práctica clínica actualmente en vigor, con la situación real de consumo.
- En contraposición a la idea anterior, observamos un claro beneficio de las industrias farmacéuticas
- Analizar estos parámetros en un contexto muy específico (el servicio de urgencias) es importante por las repercusiones ante las interacciones medicamentosas de los fármacos utilizados durante la propia asistencia.
- Existe una importante relación entre las intoxicaciones agudas (tanto accidentales como voluntarias) que acuden al servicio de urgencias y el consumo de psicofármacos.

Con todo ello, sería una aportación beneficiosa conocer el perfil de los consumidores de ansiolíticos y antidepresivos de cara a la elaboración de una estrategia preventiva. Parece interesante y necesario, por tanto, estudiar si existe un uso excesivo de ansiolíticos y antidepresivos entre la población habitual que acude al servicio de urgencias.



## HIPÓTESIS

Existe abuso de fármacos antidepresivos y ansiolíticos entre la población que acude al servicio de urgencias.

## OBJETIVO

### PRINCIPAL/GENERAL

Determinar si existe abuso de fármacos antidepresivos y ansiolíticos entre la población que acude al servicio de urgencias.

### SECUNDARIOS/ESPECÍFICOS

- Estimar el tiempo de consumo de psicofármacos en la población habitual
- Determinar el grado de prescripción médica especializada o no de los psicofármacos frente a la automedicación
- Observar si ha habido intentos de deshabitación pautada por el prescriptor de psicofármaco o por parte del paciente
- Valorar la concomitancia del uso de psicofármacos con otras drogas (tabaco, alcohol, otras drogas)
- Observar la concomitancia del uso de psicofármacos con otros medicamentos
- Observar la concomitancia del uso de psicofármacos con el consumo de bebidas estimulantes (café, té y otras bebidas)
- Valorar la causa más frecuente de consumo de psicofármacos en los pacientes que acuden al servicio de urgencias.
- Valorar la influencia del sexo en el consumo de psicofármacos
- Observar los rangos de edad donde es más frecuente el consumo de antidepresivos y ansiolíticos
- Determinar la influencia del estado civil con el consumo de psicofármacos
- Valorar la influencia de la actividad laboral con el consumo de psicofármacos
- Estimar el nivel cultural en los consumidores de psicofármacos frente a los que no consumen en los pacientes que acuden a urgencias.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **DISEÑO**

Estudio Observacional transversal

### **POBLACIÓN A ESTUDIO**

Todas las personas que hacen uso del servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Gómez Ulla

### **INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN**

Se incluyeron en el estudio todas aquellas personas mayores de edad que hicieron uso del servicio de urgencias durante el periodo estimado de octubre, noviembre y diciembre de 2013. Quedaron excluidas del estudio las personas cuya información clínica no era verificable o se carecía de acceso a la misma.

### **MUESTREO**

Se realizó un muestreo consecutivo no probabilístico.



## TAMAÑO MUESTRAL

Se calculó el tamaño muestral basado en una tasa de incidencia del 40% ya que el Consejo General de Psicología de España estima entre un 30-60% el consumo de antidepresivos y ansiolíticos. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 para una proporción estimada del 40% se precisa una muestra aleatoria poblacional de 369 sujetos, asumiendo que la población es infinita. Se ha estimado una tasa de reposición del 0%. Para que fuera representativo se tenían que encuestar 410 usuarios del servicio de urgencias considerando una posible pérdida del 10%.

## VARIABLES A ESTUDIO

### INDEPENDIENTE:

Consumo de psicofármacos: Cualitativa politómica.

- Consumidor de antidepresivos.
- Consumidor de ansiolíticos.
- Consumidor de antidepresivos y ansiolíticos.
- No consumidor.
- Ex consumidor (alguna vez consumió).

### DEPENDIENTES:

#### *Variables de utilización de psicofármacos:*

1. Prescriptor del psicofármaco: cualitativa politómica.
  - Médico especialista en psiquiatría
  - Médico de atención primaria
  - Médico de cualquier especialidad.
  - Otros (automedicación, personas no calificadas...).
  
2. Patología o motivo por el cual utiliza el fármaco: cualitativa politómica.
  - Ansiedad y/o angustia (agorafobia, fobia social...).
  - Depresión.
  - Insomnio.
  - Trastornos alimenticios.
  - TOC (trastorno obsesivo compulsivo).
  - Tratamiento del dolor.
  - Mixto (si presenta varias patologías tratadas al mismo tiempo).
  - Desconoce por qué lo toma.
  
3. Tiempo de consumo de psicofármacos: Cualitativa dicotómica (Anexo 1).
  - Consumo abusivo: tiempo mayor o igual a 15 meses.
  - Consumoterapéutico: menor a 15 meses.
  
4. Consumo de más de un psicofármaco de forma simultánea: dicotómica.

- No, consumidor de un único psicofármaco.
  - Sí, consumidor de más de un psicofármaco.
5. Recaídas tras intentar dejar de consumir psicofármacos: cualitativa dicotómica:
- Sí recaída y vuelta al uso de psicofármacos.
  - No recaída (ex consumidor).

*Variables de concomitancia con otras sustancias*

6. Consumo de alcohol: cualitativa politómica (ANEXO 2).
- No Consumidor de alcohol: Abstemio.
  - Consumo leve: hombres menor a 17 Unidades de Bebida Estándar (UBE)/semana y mujeres menor a 11 UBE/Semana.
  - Consumo moderado: hombres mayor o igual a 17 UBE/semana y menor que 28 UBE/semana y mujeres mayor o igual a 11 UBE/semana y menor a 17 UBE/semana.
  - Consumo elevado o de riesgo: hombres mayor o igual 28 UBE/semana. mujeres mayor o igual 17 UBE/semana.
7. Consumo de tabaco: cualitativa politómica.
- Sí fumador.
  - No fumador.
  - Ex fumador.
8. Consumo de otras drogas en general: cualitativa politómica.
- Sí consume otras drogas (cocaína, marihuana, LSD, opioides...).
  - No consumidor.
  - Ex consumidor de otras drogas.
9. Consumo de otros fármacos (medicación habitual): cualitativa dicotómica.
- Sí tratamiento habitual.
  - No otros tratamientos.

**VARIABLES CONTROL O SOCIODEMOGRÁFICAS:**

10. Sexo

11. Edad:

- Cuantitativa discreta en años cumplidos.
- Cualitativa politómica.
  - Mayor o igual a 18 y menor de 30 años.
  - Mayor o igual a 30 y menor de 65 años.
  - Mayor o igual a 65 años

12. Nivel cultural: cualitativa politómica.

- Sin estudios.
- Estudios básicos.
- Estudios medios.
- Estudios superiores.

13. Estado civil: cualitativa politómica.

- Soltero
- Viudo
- Separado/divorciado
- Casado/Con pareja

14. Actividad laboral: cualitativa dicotómica

- Trabajador
- No trabajador

15. Profesión: cualitativa politómica

## MATERIAL

Se utilizó el modelo preestablecido de anamnesis incluido en la Historia Clínica habitual del Servicio de Urgencias, incorporado al sistema informático BALMIS 2006 añadiendo otras variables propias del estudio (ANEXO 3).

## MÉTODO

Tras la llegada al Servicio de Urgencias del paciente se siguió en procedimiento habitual. Primero integración de datos y búsqueda o creación de historia clínica en admisión. Posteriormente se tria al paciente en el box acondicionado para ello, valorándose su gravedad, y a continuación pasa a la consulta médica.

La anamnesis completa se realiza en este momento en el caso de los pacientes que no se encuentren en situación crítica o de emergencia, si es así, después de la asistencia médica urgente que proceda, pero en cualquier caso, dentro del “acto de urgencias” y no *a posteriori*.

Previo consentimiento informado, se recopiló toda la información aportada por el propio paciente o, en su defecto, cualquier acompañante del mismo válido para facilitar la información (siguiendo los criterios de inclusión del estudio).

En todo el proceso del trabajo, todo el equipo investigador que participó en el estudio, asumieron las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de datos de carácter personal, especialmente lo previsto en el Real Decreto 1720/2007 Reglamento de desarrollo de la citada Ley. Así mismo, se tuvo en cuenta todo lo establecido en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

Los datos obtenidos fueron incorporados a una hoja de cálculo para su posterior proceso estadístico.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### Estadística descriptiva

Como índices de la tendencia central y de la dispersión de las variables cuantitativas se emplearon la media aritmética y la desviación estándar o la mediana y el rango intercuartílico, dependiendo de la asunción o no, respectivamente, del supuesto de la normalidad de las mismas determinado mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

Para las variables categóricas se empleó las frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Como representaciones gráficas se usaron los diagramas de barras o de sectores, para variables categóricas; y los de barras de error o de cajas, para variables cuantitativas que asuman o no, respectivamente, el supuesto de la normalidad.

### Estadística inferencial

La medida de asociación entre dos variables categóricas se efectuó mediante la  $\chi^2$  de Pearson, o la prueba exacta de Fisher si ambas fueron dicotómicas, en cuyo caso la valoración del efecto se realizó mediante la estimación del riesgo (RP), y su precisión con su intervalo de confianza del 95%.

Para determinar la asociación entre una variable independiente dicotómica y dependiente cuantitativa de distribución paramétrica se empleó el test t de Student para muestras independientes. Se valoró el efecto mediante la diferencia de medias, y la precisión mediante el intervalo de confianza del 95%. Si la variable dependiente vulneró el supuesto de la normalidad se empleó el test U de Mann Whitney. La medida del efecto se valoró en ambos casos mediante la diferencia de las medianas.

La medida de asociación entre una variable independiente politómica y dependiente cuantitativa se estimó con el test F de Snedecor (ANOVA de una vía) o con el de Kruskal Wallis, dependiendo del carácter gaussiano o no, respectivamente, de dicha variable cuantitativa. Las comparaciones múltiples *post hoc* se efectuaron mediante el test de Bonferroni, para distribuciones paramétricas con varianzas iguales, el test T3 de Dunnett para distribuciones paramétricas con varianzas des-

iguales; o con el test de las medianas, para distribuciones no paramétricas, previa corrección del nivel de significación estadística según el número de comparaciones.

Para determinar la asociación entre una variable dependiente dicotómica y más de una categórica o cuantitativa, así como variables de interacción, se empleó un modelo explicativo de regresión logística (*log Rank*). Dentro del mismo se valoró el efecto de cada variable a través de sus correspondientes odds ratio (OR) y la precisión mediante su intervalo de confianza del 95%.

En todos los casos, como grado de significación estadística se empleó un valor de  $p < 0,05$  y la aplicación estadística será el paquete SPSS® versión 15.







## RESULTADOS

### Edad, sexo y horarios de consulta

Durante el periodo de estudio se consiguió una muestra de 745 pacientes que acudieron al servicio de Urgencias del HCD Gómez Ulla (incluyendo en este estudio solo a personas mayores de edad cuya información clínica sea verificable). De estos 327 eran hombres, el 43,9% del total, y 418 mujeres, suponiendo el 56,1% del total. La edad media de las personas atendidas estaba en 57 años siendo ligeramente superior al de los varones, con 57(22) años, que la de las mujeres, con 56,4(23) años.

La mayor parte de las asistencias se realizan en horario de tarde, de 15h a 22h, con un total de 477 pacientes. Se observa que se atendieron, en proporción, más hombres (el 67,3%) que mujeres (61,5%) en este rango horario, pero se puede achacar al azar ya que no se han encontrado diferencias significativas en la muestra estudiada. El segundo lugar en volumen asistencial es para el turno de mañana, de 8h a 15h, con 178 pacientes (atendiéndose aproximadamente el 24% de hombres y mujeres) y, por último, el horario nocturno de 22h a 8h con 90 pacientes predominantemente femeninas (14,4% frente al 9,2% de hombres).

### Parámetros socio demográficos

En nuestra muestra destacamos que el 16,8% de los entrevistados carecían de estudios, con una diferencia destacable entre el número de mujeres analfabetas, que ascendía a 79 (el 18,9%) frente a los hombres que fueron 46 (el 14,1%). El 34,4%, el grupo más numeroso de los pacientes, 256, tenía estudios básicos, considerando como tales la educación obligatoria hasta los 16 años (actualmente primaria y secundaria); le seguía el porcentaje de pacientes con estudios medios, 203 (27,2%), siendo nuevamente mayor en hombres 29,7% frente al 25,4 en mujeres. Consideramos estudios medios Bachillerato y Formación Profesional (FP) de grado medio o FP Integral en sus distintas disciplinas incluyendo las artísticas, plásticas y deportivas. Por último presentaban estudios superiores, comprendiendo este grupo aquellos con estudios universitarios (Actuales: Grado, Máster y Doctorado; en extinción: Diplomatura y Licenciatura), la FP de grado superior, así como, las distintas enseñanzas artísticas, plásticas y deportivas superiores, 161 pacientes, el

21,6% del total de entrevistados, con porcentajes similares tanto para hombres como para mujeres.

Desde el punto de vista laboral, el número de personas que se atienden con trabajo asciende al 70%, duplicando al número de parados (30%), sin que haya diferencia significativa entre hombres y mujeres que pertenecen a cada uno de los colectivos.

Con respecto al estado civil, vemos que de forma global es estadísticamente significativa la distribución del estado civil con respecto al sexo. Cabe destacar, la desigual distribución de personas que han perdido su pareja. Destacamos el elevado número de viudas, que suponen un 22,5% del total de personas atendidas en urgencias, frente a los hombres cuyo porcentaje es el menor de todos los estados civiles que encontramos, un 7%. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre la viudedad en mujeres que casi triplica la de los hombres.

La mayoría de los encuestados, el 60,8% se encontraban casados o con pareja, sin haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en nuestra muestra entre hombres y mujeres (a pesar de observarse casi un 20% más de casados hombres (70%) que mujeres casadas (54%). De igual forma los solteros suponen un 17% del total, sin diferenciarse la frecuencia entre hombres y mujeres (Tabla 11).

Tabla 11 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

		TOTAL n=745	HOMBRES 327(43,9%)	MUJERES 418(56,1%)	"P" valor
<b>EDAD(años)</b>		57(22)	58 (22)	56.4 (23)	0,350
<b>TURNO DE ASISTENCIA</b>	Mañana	178(24%)	77(23,5%)	101(24,2%)	0,079
	Tarde	477(64%)	220(67,3%)	257(61,5%)	
	Noche	90(12%)	30(9,2%)	60(14,4%)	
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	Sin estudios	125(16,8%)	46 (14,1%)	79 (18,9%)	0,265
	Básicos	256(34,4%)	111 (33,9%)	145 (34,7%)	
	Medios	203 (27,2%)	97 (29,7%)	106 (25,4%)	
	Superiores	161 (21,6%)	73 (22,3%)	88 (21,1%)	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero	133 (17,9%)	58 (17,7%)	75(17,9%)	<0,001
	Viudo	119 (16%)	25 (7,6%)	94 (22,5%)	
	Separado/Divorciado	40 (5,4%)	16(4,9%)	24 (5,7%)	
	Casado/Con Pareja	453 (60,8%)	228 (69,7%)	225 (53,8%)	
<b>ACTIVIDAD LABORAL</b>	Trabajador	522 (70,1%)	227 (69,4%)	295 (70,6%)	0,733
	No trabajador	223 (29,9%)	100 (30,6%)	123 (29,4%)	

## ABUSO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS

Observando los pacientes que acuden al servicio de urgencias, un poco más de la mitad, el 57%, no consumen ni han consumido ningún tipo de psicofármaco. Sin embargo, el 7% se declaran ex consumidores y el 35,5% son consumidores activos. Uno de cada cuatro consumidores lo hacen con fármacos ansiolíticos, suponiendo el 25% del total de consumidores, el 3% utilizan antidepresivos y casi el 5% la combinación de ambos.

El consumo de antidepresivos y ansiolíticos, de forma individual o combinada con otros psicofármacos, suponen el 34% del total (siendo el consumo de psicofármacos en general el 35,5%); es decir, el 71,55% de los consumidores de psicofármacos lo hacen de ansiolíticos y el 8,73% de antidepresivos suponiendo el uso de ambos y su combinación el 98% del total (Tabla 12).

Tabla 12 CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN NUESTRA MUESTRA

<b>NO CONSUMIDORES</b>	<b>427 (57,3%)</b>
<b>CONSUMIDORES DE PSICOFÁRMACOS EN GENERAL</b>	<b>261 (35,5%)</b>
consumidores de antidepresivos	23 (3,1%)
consumidores de ansiolíticos	189(25,4%)
consumidores de otros psicofármacos	5 (0,7%)
consumidores de ansiolíticos +antidepresivos	36 (4,8%)
consumidores de antidepresivos + otro psicofármaco	2 (0,3%)
consumidores de ansiolíticos + otro psicofármaco	4(0,5%)
consumidores de ansiolíticos + antidepresivo + otro psicofármaco	5 (0,7%)
<b>EXCONSUMIDORES</b>	<b>57 (7,2%)</b>

## ESTIMACIÓN DEL TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Como puede observarse en la Tabla 13, el tiempo mínimo de consumo registrado es de 7 días y el máximo es de 83 años. La media de años que la población consume psicofármacos es de 6, pero los datos están muy dispersos (como muestra el coeficiente de variación). La dispersión de los años de consumo alcanza hasta valores superiores a 80, valores extremos entre los 35 y 80 años y valores alejados entre 20 y 30 años.

La mediana de edad de los consumidores de psicofármacos en nuestra muestra (como podemos observar en la Tabla 13) es de 2,75 años, con un rango intercuartílico de 7,5 años, es decir el 50% de los pacientes consumen desde 6 meses hasta 8 años. El 25 % consumen menos de 6 meses y el 25% restante más de 8 años.

Tabla 13. TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS (años)

n	Total de consumidores	318
	No consumidores	427
Media		5,92
Desv. típ.		8,825
Coef.de variación		149,5%
Mínimo		0,019
Máximo		83
Percentiles	25	0,50
	50	2,75
	75	8,00

Si medimos la frecuencia de consumo, separando según el tiempo que la OMS(34) pauta como máximo para considerarlo terapéutico (1,25 años), obtenemos, como se muestra en la Tabla 14, que el 58% de los consumidores de psicofármacos presentan un patrón de abuso (un 25% del total de los pacientes que acuden a urgencias) el 42% restante de los consumidores lo hacen dentro del tiempo estimado como terapéutico.

Tabla 14 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE CONSUMO

<b>NO CONSUMIDORES</b>	<b>427 (57.3%)</b>
<b>CONSUMIDORES DE PSICOFÁRMACOS EN GENERAL</b>	<b>318 (42,7%)</b>
Consumo terapéutico (<15 meses)	134 (18,0%)
Consumo abusivo (>15 meses)	184(24,7%)

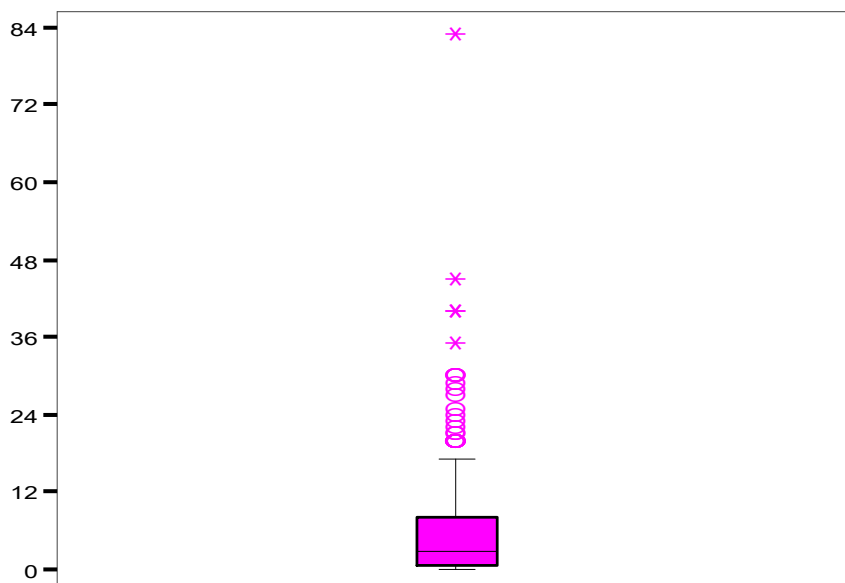


Ilustración 5 TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN AÑOS

## PAUTA DE DESHABITUACIÓN

Como se ha explicado con anterioridad, para poder retirar el consumo de psicofármacos se debe hacer una "pauta descendente" en la dosis, para salvar, en la medida de lo posible, el síndrome de abstinencia. Se preguntó a los consumidores de psicofármacos si alguien les había informado de cómo retirar el fármaco y si les habían pautado una forma de retirada estructurada, programada y progresiva. De forma general, tan sólo un 22% tenían una programación de pauta descendente, el 70% intentó deshacerse por sus propios medios sin éxito y sin que nadie les indicara cómo. Por otro lado, entre los ex consumidores, el 31,5% consiguieron dejar de consumir sin que nadie les indicara cómo debían hacerlo. Por último, el 7,5% ni si quiera se planteaba el hecho de dejar de tomar este tipo de medicación, así lo muestra la Ilustración 6.

■ SÍ, PAUTA DESCENDENTE ■ NO, NADIE INDICÓ CÓMO RETIRARLO ■ NUNCA INTENTÓ RETIRARLO

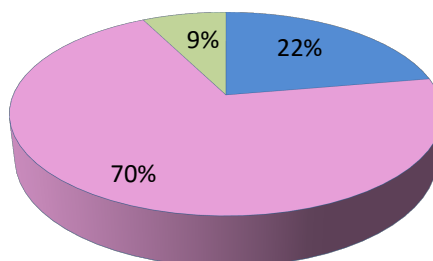


Ilustración 6 DESHABITUACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

Si observamos lo que ocurre en la deshabitación según el fármaco que consumen, cabe destacar que la frecuencia más elevada la encontramos entre los consumidores de ansiolíticos, donde en el 81,5% de los casos nadie les indicó como retirar el fármaco. La deshabitación con una pauta descendente no supera el 20% de los consumidores en ninguno de los grupos, salvo entre los consumidores de antidepresivos donde al 30% sí les informaron de cómo abandonar el consumo una vez el fármaco hubiera cumplido su misión. Estos datos contrastan con los

hallados entre los ex consumidores en los que observamos que la mayoría de ellos, el 68,5% se valió de dicha pauta descendente para su deshabitación (Tabla 15).

Tabla 15 FRECUENCIA DE DESHABITUACIÓN SEGÚN TIPO DE FÁRMACO CONSUMIDO

		SÍ, PAUTA DESCENDENTE	NO, NADIE INDICÓ CÓMO RETIRARLO	NUNCA IN- TENTÓ RETI- RARLO	Total
<b>Consumo de psicofármacos</b>	ANTIDEPRESIVOS	7(30,4%)	13 (56,5%)	3(1,1%)	23(100%)
	ANSIOLITICOS	19(10%)	154 (81,5%)	16(8,5%)	189(100%)
	OTROS PSICOFARMACOS	0(0%)	2(40,0%)	3(60%)	5(100%)
	EXCONSUMIDORES	37 (68,5%)	17 (31,5%)	0(0%)	54(100%)
	ANTIDEPRESI- VOS+ANSIOLITICOS	8 (22,2%)	28 (77,8%)	0(0%)	36 (100%)
	ANTIDEPRESIVOS + OTROPSI- COFARMACO	0 (0%)	1 (50%)	1 (50,0%)	2 (100%)
	ANSIOLITICOS +OTRO PSI- COFÁRMACO	0 (0%)	4(100%)	0 (0%)	4 (100%)
	ANSIOLÍTICOS + ANTIDEPRESI- VOS +OTRO PSICOFARMACO	1(20,0%)	4(80,0%)	0(0%)	5(100%)
<b>Total</b>	<b>71(22,3%)</b>	<b>223(70,12%)</b>	<b>21(6,6%)</b>	<b>318(100%)</b>	



## GRADO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA O NO DE LOS PSICOFÁRMACOS

Si valoramos quién prescribió el consumo de psicofármacos entre los pacientes que los consumen y que acuden al servicio de urgencias, encontramos que el 60% fue por parte del médico de atención primaria y casi el 20% por el psiquiatra. El 18% de las prescripciones fueron pautadas por médicos especialistas de otras especialidades diferentes a la psiquiatría y la medicina de familia. Es decir, más de 98% de los consumidores de psicofármacos lo hacían bajo la recomendación de un médico especialista, frente al 2% que se automedicaron o siguieron las recomendaciones de personas no cualificadas. Así lo refleja la Tabla 16.

Tabla 16 FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN SEGÚN TIPO DE CONSUMO

	MÉDICO ESPECIALISTA PSIQUIATRA	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	MÉDICO DE CUALQUIER OTRA ESPECIALIDAD	PERSONA NO CUALIFICADA/AUTOMEDICACIÓN	TOTAL	
Consumo de psicofármacos	ANTIDEPRESIVOS	9 (39,1%)	10(43,5%)	4(17,4%)	0(0%)	23(100%)
	ANSIOLÍTICOS	18(9,6%)	133(70,2%)	34(18,1%)	4(2,1%)	189(100%)
	OTROS PSICOFÁRMACOS	1(20%)	1(20%)	3(60,0%)	0(0%)	5(100%)
	ANSIOLÍTICOS +ANTIDEPRESIVOS	19 (52,8%)	12 (33,3%)	5 (13,9%)	0 (0%)	36 (100%)
	ANTIDEPRESIVOS + OTRO PSICOFÁRMACO	0 (0%)	1 (50%)	1 (50,0%)	0 (0%)	2 (100%)
	ANSIOLÍTICOS + OTRO PSICOFÁRMACO	2 (50%)	0 (0%)	2 (50,0%)	0 (0%)	4 (100%)
	ANSIOLÍTICOS + ANTI-DEPRESIVO + OTRO PSICOFÁRMACO	4(80%)	1(20%)	0(0%)	0(0%)	5(100%)
	EXCONSUMIDOR	9(17%)	34(62,3%)	8(15,1%)	3(5,7%)	54(100%)
<b>Total</b>	62(19,7%)	193(60,3%)	56(17,8%)	7(2,2%)	318(100%)	

Para analizar el grado de prescripción de forma más precisa desglosamos los pacientes en grupos, como hicimos anteriormente, según el tipo de psicofármacos concretos que consumen, diferenciando únicamente aquellos que son objeto de estudio de los demás, es decir, ansiolíticos y antidepresivos, e incluyendo a los

consumidores de los demás grupos farmacológicos en el apartado de "otros psicofármacos". De esta forma, observamos, que prácticamente prescriben con la misma frecuencia los antidepresivos médicos de atención primaria y psiquiatras (concretamente el 43% y 39% respectivamente). Sin embargo, esto cambia de forma manifiesta para el caso de los ansiolíticos, dónde encontramos que el 70% se prescriben en atención primaria, el 18% se prescribe por otro médico de cualquier especialidad y sólo el 10% es prescrito por psiquiatras. Además existe un 2% de pacientes que se automedican o siguen las instrucciones de personal no cualificado, siendo el grupo de consumidores de ansiolíticos, en el único que aparece este hecho.

Por otra parte, como podemos observar en la Tabla, la combinación de ansiolíticos y antidepresivos, corre a cargo del psiquiatra en un 52% de los casos, siendo el médico de cabecera responsable del 33% de esta doble pauta y un 13% otros médicos especialistas. En el caso de la triple terapia, la prescripción por parte del psiquiatra asciende al 80%, encargándose el médico de atención primaria de la prescripción del 20% restante. En el caso de los ex consumidores destacamos que el 62% habían sido seguidos por el médico de atención primaria, el 17% por el psiquiatra, el 15% otros médicos y el 5% ellos mismos se prescribieron el tratamiento y posteriormente lo abandonaron, sin la mediación de un médico durante el proceso.

■ MÉDICO ESPECIALISTA PSIQUIATRA      ■ MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA  
 ■ MÉDICO DE CUALQUIER OTRA ESPECIALIDAD      ■ PERSONA NO CUALIFICADA/AUTOMEDICACIÓN

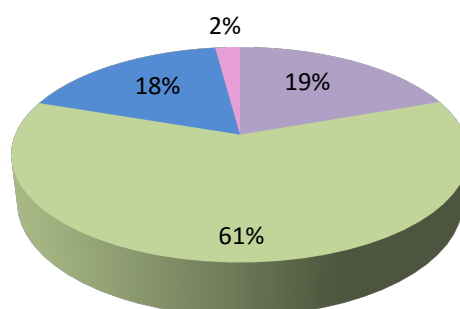


Ilustración 7 GRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS

## CAUSA MÁS FRECUENTE DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Si analizamos cuales son las causas o diagnósticos a los que los pacientes achacan su consumo de psicofármacos, encontramos que el 40% refiere insomnio, siendo esta alteración del sueño la causa más frecuente (Ilustración 8). Le sigue la ansiedad con un 19,2% y la depresión con un 7,5%, lo vemos en la Tabla 17.

Tabla 17 MOTIVO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

MOTIVO DE CONSUMO/ DIAGNÓSTICO		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ansiedad</b>	61	19,2%
<b>Depresión</b>	24	7,5%
<b>Insomnio</b>	127	39,9%
<b>Trastorno alimenticio</b>	2	0,6%
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	2	0,6%
<b>Mixto</b>	91	28,6%
<b>Desconoce por qué lo toma</b>	2	0,6%
<b>Tratamiento del dolor</b>	9	2,8%
<b>Total consumidores</b>	318	100%

Cabe destacar que estas tres entidades suponen de forma individual el 66% del total y, cualquiera de éstas en combinación con otra patología, definida en el estudio como consumo mixto, suponen sumar un 29% más, con lo que podríamos afirmar que la ansiedad, el insomnio y la depresión están implicados en el 95% del total del consumo de psicofármacos. El resto de afecciones sólo suponen el 5% restante, donde son muy pocos los pacientes que desconocen por qué consumen estos fármacos (0,6%), al igual que los que lo hacen por trastornos alimenticios (0,6%). Otra minoría la encontramos en el Trastorno Obsesivo Compulsivo donde podemos ver que siempre está asociado con alguno de los tres parámetros anteriores prevalentes. Actualmente el tratamiento del dolor no superó el 3%, lo vemos en la Tabla 18.

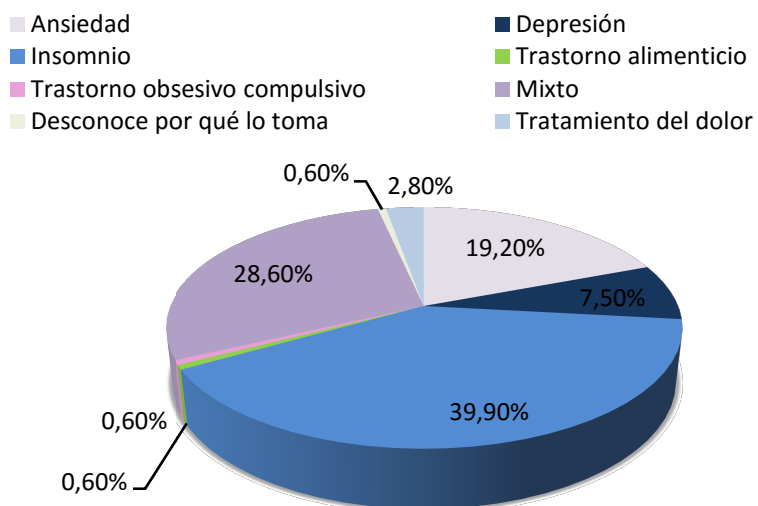


Ilustración 8 MOTIVO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Tabla 18 DISTRIBUCIÓN DE LAS COMBINACIONES PATOLÓGICAS

DITRIBUCION DE LAS COMBINACIONES DE PATOLOGÍAS		
	Frecuencia	Porcentaje
Ni ansiedad ni depresión ni insomnio	15	4,7 %
Ansiedad o depresión o insomnio	212	66,7 %
Ansiedad + insomnio	41	12,9 %
Ansiedad + depresión + insomnio	24	7,5 %
Depresión + insomnio	14	4,4 %
Ansiedad + depresión	12	3,8 %
Total	318	100 %
<b>NO CONSUMEN</b>	<b>427</b>	

## CONCOMITANCIA DEL USO DE PSICOFÁRMACOS CON OTROS MEDICAMENTOS

Observamos en nuestra muestra que hay un número considerable de personas que al acudir al servicio de urgencias, consumen medicación habitual, concretamente el 65,6% frente al 34,4% que o no consumen ningún fármaco (26,3% del total de la muestra) o sólo consumen psicofármacos (8,1% del total de la muestra) (Tabla 19).

Tabla 19 FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE MEDICACIÓN HABITUAL Y PSICOFÁRMACOS

		CONSUMO DE MEDICACIÓN HABITUAL			"p"valor
		No consume	Sí consume	Total	
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS	Sí consume	60 (18,9%)	258 (81,1%)	318 (100%)	<0,001
	No consume	196 (45,9%)	231 (54,1%)	427 (100%)	
Total		256 (34,4%)	489 (65,6%)	745 (100%)	

Entre los consumidores de medicación habitual más del 80% consumen de forma concomitante algún tipo de psicofármaco, existiendo una asociación significativa entre el consumo de medicación habitual y el consumo de psicofármacos ( $p < 0.001$ ). Dicho de otra forma, los que consumen psicofármacos son también consumidores de otros medicamentos 1,5 veces más que los no consumidores de psicofármacos (IC95% 1,4-1,6) Ósea, que consumen un 50% más medicación habitual las personas que consumen psicofármacos, así lo observamos en la Tabla 20.

Tabla 20 ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LOS CONSUMIDORES DE MEDICACIÓN HABITUAL.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Consumo Psicofármacos (Sí consume / No consume)	3,648	2,599	5,122
Para la cohorte Consumo de medicación habitual = CONSUMIDOR ACTUAL	1,500	1,354	1,661
Para la cohorte Consumo de medicación habitual = NO CONSUMIDOR	,411	,320	,528
N de casos válidos	745		

## INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Si valoramos la incidencia del sexo en el consumo de psicofármacos descubrimos que el hombre consume un 38,8% menos psicofármacos (IC95%:26,3-49,1%) que la mujer ( $p<0,001$ ). Entre las pacientes que acudieron al servicio de urgencias tan solo el 48,6% ni consumía ni había consumido psicofármacos en su vida, sin embargo, más de la mitad, el 51,4%, afirman haber usado este tipo de sustancias en algún momento o estar consumiéndolas de forma activa así lo refleja la Tabla 21.

Cabe destacar que del total de personas que acudieron a urgencias y consumían psicofármacos, el 68% eran mujeres frente al 32% que eran hombres (menos de la mitad que las mujeres). Aproximadamente 3 de cada 10 pacientes que acuden al servicio de urgencias consumen de forma activa psicofármacos (2 serías mujeres y 1 hombre)

Los fármacos más utilizados, tanto por hombres como por mujeres, son los ansiolíticos, suponiendo el 18,3% y el 30,9 % respectivamente si se consumen solos y el 6% y 7% respectivamente si están asociados con otros psicofármacos. Aproximadamente el 38% (casi 4 de cada 10) de las mujeres que acuden al servicio de urgencias consumen fármacos ansiolíticos, solos o en combinación con otros psicofármacos. Por otra parte el consumo de antidepresivos es casi un 4% (3,7%) superior en mujeres que en hombres, concretamente consumen este tipo de fármacos un 1,2% de hombres frente al 4,5% de mujeres. La combinación de fármacos ansiolíticos y antidepresivos suponen el segundo lugar en la frecuencia de consumo entre los pacientes que acuden a urgencias, suponiendo casi el 5% (el 6% de las mujeres y el 4% de los hombres). Mientras que el consumo de otros psicofármacos y las combinaciones entre ellos, antidepresivos y ansiolíticos, tienen una frecuencia bastante menor, el 2% del total entre todos los grupos (Tabla 21)

Tabla 21 INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

		TOTAL	HOMBRES	MUJERES	"p" valor
<b>CONSUMO PSICOFÁRMACOS</b>	Si	318 (100%)	103(32,4%)	215(67,6%)	<0,001
	No	427 (100%)	224(52,5%)	203(47,5 %)	
<b>TOTAL DE CONSUMIDORES ACTIVOS</b>		264 (35,5%)	85 (26%)	179 (42,7%)	
<b>CONSUMIDORES ACTIVOS SEGÚN TIPODE PSICOFÁRMACOS</b>	ANTIDEPRESIVOS	23 (3,1%)	4 (1,2%)	19 (4,5%)	
	ANSIOLÍTICOS	189(25,4%)	60 (18,3%)	129 (30,9%)	
	OTROS PSICOFÁRMACOS	5 (0,7%)	4 (1,2%)	1 (0,2%)	
	ANSIOLÍTICOS +ANTIDEPRESIVOS	36 (4,8%)	12 (3,7%)	24 (5,7%)	
	ANTIDEPRESIVOS + OTRO PSICOFÁRMACO	2 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,2%)	
	ANSIOLÍTICOS + OTRO PSICOFÁRMACO	4(0,5%)	2 (0,6%)	2 (0,5%)	
	ANSIOLÍTICOS + ANTIDEPRESIVO + OTRO PSICOFÁRMACO	5 (0,7%)	2 (0,6%)	3 (0,7%)	
<b>EXCONSUMIDORES</b>		54 (7,25%)	18 (5,5%)	36 (8,6%)	

La valoración del efecto del consumo de psicofármacos en la variable sexo, se refleja en la Tabla 22 , nos indica una razón de prevalencia de 1,42 para las mujeres. Dicho de otra forma, es 1,42 veces superior el riesgo de consumo de psicofármacos en mujeres que en hombres.

Si continuamos valorando la influencia del sexo en el consumo de psicofármacos, observamos que también hay diferencias con respecto al tiempo de consumo. Como podemos observar en la gráfica (Ilustración 9), la dispersión es menor en el hombre que en la mujer. Cabe destacar que el valor más extremo en las mujeres, 83 años de consumo, duplica al valor más extremo en hombres que es 40 años de consumo.

Tabla 22 ESTIMACIÓN DEL RIEGODECONSUMO DE PSICOFÁRMACOS CON RESPECTO AL SEXO

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Consumo de psicofármacos (Sí consume / No consume)	,434	,321	,587
Para la cohorte Sexo = HOMBRE	,617	,514	,741
Para la cohorte Sexo = MUJER	1,422	1,255	1,612
N de casos válidos	745		

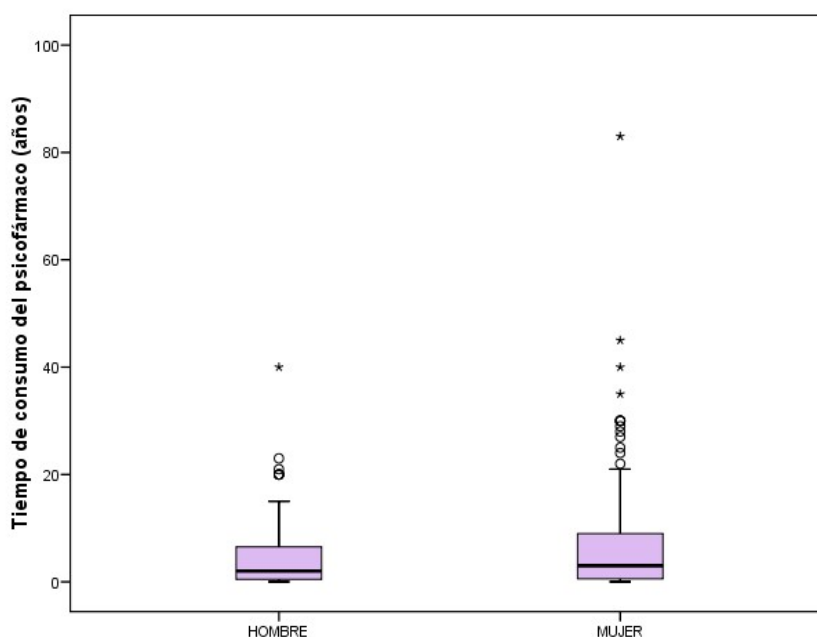


Ilustración 9 INFLUENCIA DEL SEXO EN EL TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

La mediana de las mujeres que consumen psicofármacos en nuestra muestra es de 3 años, con un rango intercuartílico de 8,5 años de consumo, frente a la mediana de los hombres que es un año menor, 2 años de tiempo de consumo, con un rango intercuartílico de 6,6 años. Es decir, el 50% de los hombres consumen desde 4 meses hasta 7 años y el 50% de las mujeres consumen desde 6 meses has-



ta 9 años. En ambos sexos, el 25 % consumen menos de un año pero en el 25% las mujeres consumen 2 años más de tiempo que los hombres (9 años frente a 7).

Sin embargo, no se han encontrado, en nuestro estudio, diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de consumo entre hombres y mujeres.

**Tabla 23 TIEMPO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN TIEMPO**

HOMBRE	n	Válidos	99
		No Consumen	228
	Mínimo		0
	Máximo		40
	Percentiles	25	,41
		50	2,00
		75	7,00
MUJER	n	Válidos	210
		No Consumen	208
	Mínimo		0
	Máximo		83
	Percentiles	25	,56
		50	3,00
		75	9,00

## INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Cuando observamos la actividad laboral de las personas que acudieron a urgencias (Tabla 24) encontramos que el 70%, 522 de los 745 entrevistados, se encontraban sin trabajar, frente sólo a un 30% que se encontraba trabajando. De las personas que trabajaban tan sólo consumían psicofármacos un 35,4% frente a los no trabajadores que presentaban un consumo estadísticamente significativo del 10% más (45,8%). La Tabla 25 ilustra cómo los trabajadores consumen 1,13 veces más psicofármacos (IC95%: 1,03 a 1,24) que los no trabajadores; o lo que es equivalente, los no trabajadores consumen un 26,3% menos psicofármacos (IC95%: 7 a 41,6%) que los trabajadores ( $p=0.009$ ).

Tabla 24 FRECUENCIA DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y LA ACTIVIDAD LABORAL

ACTIVIDAD LABORAL	CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS			"p" valor
	Si consume	No consume	Total	
No Trabajador	79 (35,4%)	144 (64,6%)	223 (100%)	0,009
Trabajador	239 (45,8 %)	283 (54,2%)	522 (100%)	
<b>Total</b>	<b>318 (42,7 %)</b>	<b>427 (57,3 %)</b>	<b>754 (100 %)</b>	

Tabla 25 RIESGO CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS FRENTE A ACTIVIDAD LABORAL

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Consumo psicofármacos (Sí consume / No consume)	1,539	1,113	2,128
Para la cohorte Actividad Laboral TRABAJADOR	1,134	1,034	1,244
Para la cohorte Actividad Laboral NO TRABAJADOR	0,737	0,584	0,930
N de casos válidos	745		

Si observamos la población activa, es decir, aquellos con edad entre 18 y 65 años, observamos que suponen el 54% de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias; de estos, el 63% no consumían psicofármacos, frente al 37% que sí lo hacían. En este rango poblacional encontramos un 4% más de consumidores entre los no trabajadores, pero, en nuestro estudio, podría ser explicada esta asociación por el azar ( $p= 0.009$ , Tabla 26).

Tabla 26 FRECUENCIA CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LA POBLACIÓN ACTIVA

CONSUMO DE PSI-COFÁRMACOS		ACTIVIDAD LABORAL (POBLACIÓN ACTIVA)			"P" valor
		Trabajador	No trabajador	Total	
Si consume		77 (35%)	73 (39,7%)	150 (37,1%)	0,333
No consume		143 (65%)	111 (60%)	254 (62,9 %)	
<b>Total</b>		220 (100%)	184 (100%)	404 (100 %)	

Si observamos a aquellos pacientes que no están en edad laboral, es decir, los mayores de 65 años, suponen un 46% de la población que acude a urgencias. Encontramos que sólo 3 trabajan y 2 de ellos sí consumen psicofármacos (suponiendo casi el 67% del total de trabajadores, al no estar balanceada la muestra, los resultados no son muy fiables). Cabe destacar que entre los que no trabajan consumen psicofármacos casi la mitad, el 49% frente al 51% que no consumen, se encuentran muy igualados (Tabla 27)

Tabla 27 FRECUENCIA CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LA POBLACIÓN PASIVA

CONSUMO DE PSI-COFÁRMACOS		ACTIVIDAD LABORAL (POBLACIÓN PASIVA)			"P" valor
		Trabajador	No trabajador	Total	
Si consume		2 (66,7%)	166 (49,1 %)	168 (49,3%)	0,618
No consume		1(33,3%)	172 (50,9%)	173 (50,7 %)	
<b>Total</b>		3 (100%)	338 (100%)	341 (100 %)	

## INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Si observamos cómo influye el estado civil en el consumo de psicofármacos, debemos destacar que los grupos que presentan menor consumo son los solteros con un 63,2% de no consumidores (frente a prácticamente lamitad de consumidores, 36,8%). Los casados, o con pareja, presentan un 62% de consumidores (frente al 38% de no consumidores). Por el contrario, los viudos, invierten los resultados con respecto a los previos, con un 61% de consumidores frente al 39% de no consumidores. Aquellas personas separadas o divorciadas, y que acuden a urgencias, presentan resultados más igualados, predominando los consumidores de psicofármacos, 55% frente a los no consumidores 45%. Observamos en la Tabla 28 que existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el consumo de psicofármacos ( $p < 0.001$ ).

Tabla 28 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN ESTADO CIVIL

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN ESTADO CIVIL					
		Si consumen	No consumen	Total	"P" valor
ESTADO CIVIL	Solteros	49(36,8%)	84(36,2 %)	133 (100%)	<0.001
	Viudos	73(61,3%)	46(38,7 %)	119(100%)	
	Separados o Divorciados	22 (55,0%)	18(45,0%)	40 (100 %)	
	Casados/Con pareja	174 (38,4%)	279(61,6%)	453 (100 %)	
<b>Total</b>		318 (42,7%)	427 (57,3%)	745(100 %)	

Como puede verse en la Tabla 29, difiere el consumo de psicofármacos entre personas viudas y personas casadas o con pareja. Observamos también que la frecuencia varía bastante según se trate de hombres y mujeres. En los varones que han quedado viudos, observamos que los grupos consumidores de psicofármacos y no consumidores están muy igualados, 48% y 52% respectivamente, sin embargo la diferencia en el grupo de los casados es más destacable, presentando casi el 70% de no consumidores frente al 30% de consumidores, pero no podemos afirmar que dicha asociación, en nuestro estudio, no se debe al azar.

Cuando observamos lo que sucede con la población femenina, destaca que las viudas, consumen casi el 65% (más de la mitad) frente a las casadas que presentan un consumo del 47%. Las viudas consumen casi un 20% más psicofármacos

que las casadas; es decir, las mujeres viudas consumen 1,4 veces más (IC95% 1,3-1,7) que las mujeres casadas o en pareja. Podremos decir que la pérdida de pareja tiene relación con el consumo de psicofármacos ( $p=0.003$ )

Tabla 29 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO, COMPARANDO VIUDOS Y CASADOS

ESTADO		CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS			"P" valor	
		Si consumen	No consumen	Total		
CIVIL	Mujer	Viuda	61(64,9%)	33(35,1 %)	94 (100%)	0,003
		Casada/ Con pareja	105(46,7%)	120(53,3 %)	225(100%)	
	Hombre	Viudo	12 (48%)	13(52,0%)	25 (100 %)	
		Casado/Con pareja	69 (30,3%)	159(69,7%)	228 (100 %)	
<b>Total</b>			166 (52%)	153 (48%)	319(100 %)	

Cuando comparamos, como en la Tabla 30, la viudedad según el sexo, las mujeres consumen un 17% más que los hombres, pero dicha asociación, en nuestro estudio, podría ser explicado por el azar.

Tabla 30 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN VIUDOS SEGÚN SEXO

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS		SEXO DE LOS VIUDOS			"P" valor
		Mujer	Hombre	Total	
Si consume		61 (64,9%)	12 (48%)	73 (61,3%)	0,123
No consume		33 (35,1%)	13 (52%)	46 (38,7 %)	
<b>Total</b>		94 (100%)	25 (100%)	341 (100 %)	

## NIVEL CULTURAL EN LOS CONSUMIDORES DE PSICOFÁRMACOS FRENTE A LOS QUE NO CONSUMEN

Como dijimos anteriormente, para evaluar el nivel de estudios dividimos a la población en 4 grupos, según el sistema educativo vigente en la actualidad. Observamos que existen dos grupos dónde hay más personas que consumen psicofármaco que no consumidores, se trata de aquellos que clasificamos "sin estudios" (56% consumen psicofármacos) y los que clasificamos con "estudios superiores" (casi el 60% son consumidores de psicofármacos). Sin embargo, en los grupos que comprenden los niveles intermedios, encontramos casi un 10% de consumo menos que en los grupos anteriores, concretamente tenemos el 45,5% de consumidores en los que tienen "estudios básicos" y el 41% en los que tienen "estudios medios".

A pesar de este hallazgo, como podemos observar en la Tabla 31, están bastante igualados los consumidores y no consumidores de psicofármacos en los diferentes niveles de estudios, por lo que no existe diferencias estadísticamente significativas, al menos, en la muestra estudiada.

Tabla 31 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN NIVELCULTURAL

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS		NIVEL DE ESTUDIOS				Total	"P" valor
		Sin estudios	Básicos	Medios	Superiores		
Si consume		59 (56,2%)	75 (45,5 %)	18 (40,9 %)	16 (59,3 %)	168(49,3 %)	0,153
No consume		46 (43,8 %)	90 (54,5%)	26 (59,1 %)	11 (40,7 %)	173(50,7 %)	
<b>Total</b>		105(100%)	165(100%)	44 (100 %)	27 (100 %)	341 (100 %)	

## RANGOS DE EDAD Y CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS

Para el estudio del consumo de psicofármacos según la edad de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, estratificamos la edad en 4 rangos diferentes (Tabla 32): de 18 a 25 años, 26 a 50 años, 51 a 65 años y mayores de 65 años. Observamos que los más jóvenes, hasta los 25 años, constituyen el grupo de menor incidencia de consumo, 12% de consumidores frente al 88% de no consumidores. Conforme aumenta la edad aumenta la incidencia en el consumo de psicofármacos, siendo del 37% en las edades comprendidas entre los 26 y 51, hasta invertirse la frecuencia en el grupo de 51 a 65 años donde existen más consumidores que no consumidores (el 56% frente al 44% respectivamente). Posteriormente, en el grupo de los mayores de 65 años, los valores están bastante igualados, aunque vuelven a ser más los no consumidores (49% consumidores frente al 51% no consumidores).

Tabla 32 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN RANGOS DE EDAD

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS	EDAD (años)				Total	"P" valor
	18 a 25	26 a 50	51 a 65	> 65		
Si consume	8(12,1%)	94(37,2%)	53 (56,4%)	163(49,1 %)	318(42,7 %)	<0,001
No consume	58 (87,9%)	159 (62,8%)	41 (43,6 %)	169(50,9 %)	427(57,3 %)	
<b>Total</b>	66(100%)	253(100%)	94(100%)	332(100 %)	745(100%)	

Como puede observarse en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, la edad media de los consumidores de psicofármacos es de 62 años, con una desviación estándar de 20 años, frente a la edad media de los no consumidores que es de 53 años, con una desviación estándar de 23,4 años, es decir, casi 9 años más jóvenes. Esta diferencia de edad (IC95% 5,5-11,7%) es estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ); es decir, la edad es un factor de riesgo para el consumo de psicofármacos, siendo el rango más peligroso el comprendido entre 51 y 65 años de edad.

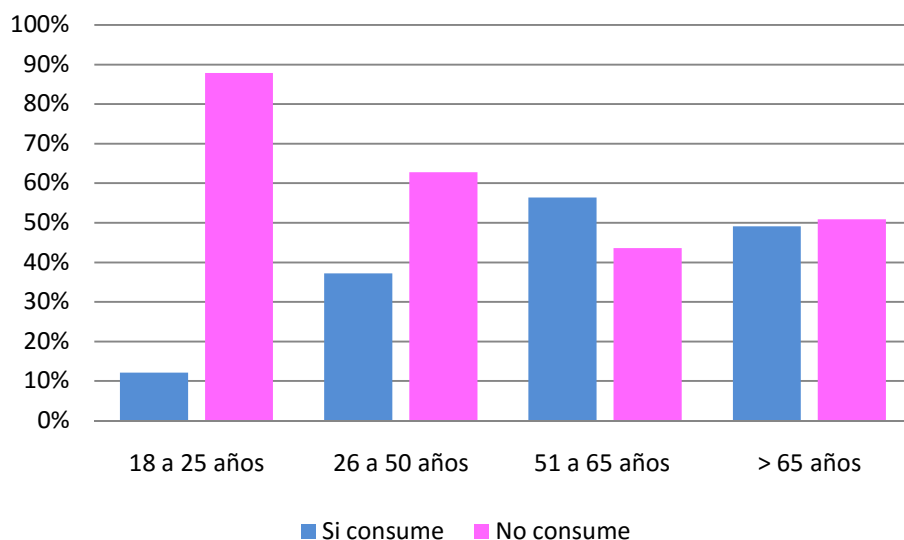


Ilustración 10 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN RANGOS DE EDAD

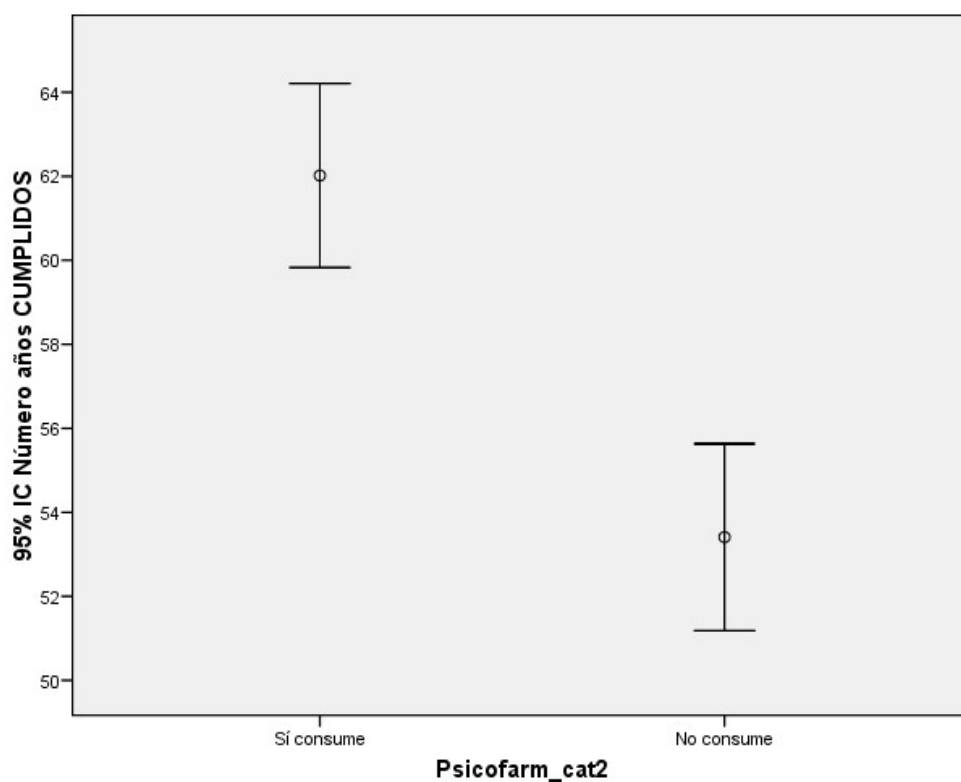


Ilustración 11 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN LA EDAD



Si, además de estratificar según la edad, separamos entre sexos, tal y como observamos en Tabla 40, encontramos que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y las mujeres de ciertos rangos de edad. Concretamente los hombres de 26 a 50 años muestran un 34% menos consumo de psicofármacos (IC95%: 7 a 53,2%) que las mujeres ( $p=0,014$ ). Los hombres de 51 a 64 años un 54,5% menos consumo de psicofármacos (IC95%: 22,1% a 73,4%) que las mujeres ( $p=0,001$ ). Y el grupo de mayor significación se da entre los mayores de 65 años donde el hombre consume un 60,2% menos psicofármacos (IC95%: 38,3 a 74,3%) que las mujeres ( $p<0,001$ ).

Por otro lado, entre los hombre y las mujeres más jóvenes, menores de 26 años, no se ha encontrado relación en el consumo de psicofármacos ( $p=0,700$ ).

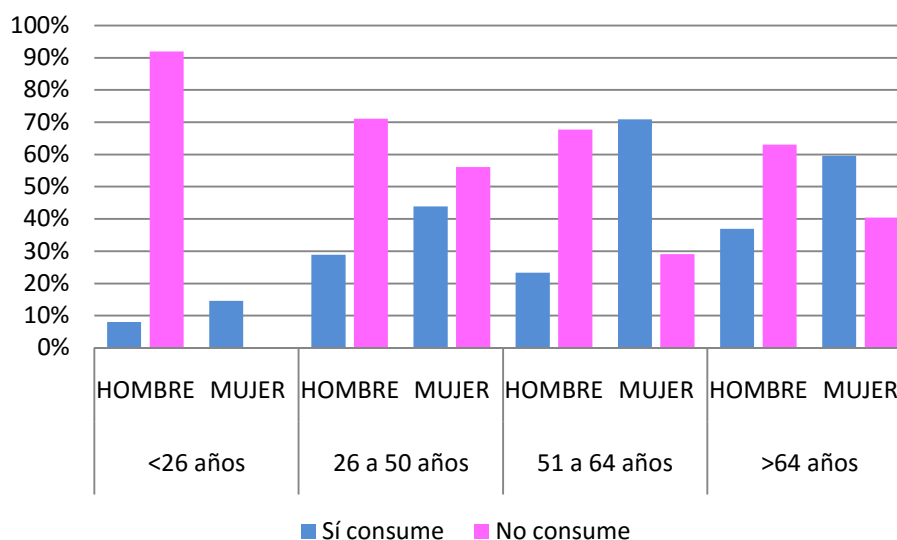


Ilustración 12 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO EN LOS DIFERENTES RANGOS DE EDAD

Tabla 33 RIESGO DE CONSUMO DE PSICOFÁMACOS SEGÚN SEXO Y RANGO DE EDAD

Edad_cat4		Intervalo de confianza al 95%		
		Valor	Inferior	Superior
<26 años	Razón de las ventajas para Sexo (HOMBRE / MUJER)	,507	,094	2,734
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos = Sí consume	,547	,119	2,502
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos= No consume	1,078	,908	1,279
	N de casos válidos	66		
26 a 50 años	Razón de las ventajas para Sexo (HOMBRE / MUJER)	,521	,308	,881
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos= Sí consume	,660	,468	,930
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos= No consume	1,266	1,049	1,528
	N de casos válidos	253		
51 a 64 años	Razón de las ventajas para Sexo (HOMBRE / MUJER)	,195	,075	,506
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos= Sí consume	,455	,266	,779
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos= No consume	2,329	1,443	3,759
	N de casos válidos	86		
> 64 años	Razón de las ventajas para Sexo (HOMBRE / MUJER)	,398	,257	,617
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos= Sí consume	,620	,490	,786
	Para la cohorte Consumo de psicofármacos= No consume	1,559	1,261	1,929
	N de casos válidos	340		

## CONCOMITANCIA DEL USO DE PSICOFÁRMACOS CON OTRAS DROGAS Y CON EL CONSUMO DE BEBIDAS ESTIMULANTES

En nuestro estudio, valoramos el consumo de otras sustancias habituales que generan dependencia, preguntando a los pacientes que acudían al servicio de urgencias sobre su habituación al tabaco, alcohol y cafeína, dentro de las que anteriormente encuadramos como sustancias legales, y sobre el consumo de otras drogas, englobando en este grupo el amplio espectro de sustancias que denominamos ilegales sin entrar en especificar cuáles (cannabis, cocaína, éxtasis...).

Si nos centramos en la frecuencia de fumadores entre los pacientes que acuden al servicio de urgencias, tan sólo el 20% fuma frente al 80% que no fuma, de los cuales el 58,5% nunca ha fumado y el 21,5% se considera ex fumador.

Si ponemos la atención en los consumidores de psicofármacos que aparecen en la ilustración 13, no encontramos asociación estadísticamente significativa, ya que fuma el 19% de consumidores frente al 21% de no consumidores. También es menor el número de ex fumadores entre los consumidores de psicofármacos frente a los no consumidores (el 20 y 23% respectivamente) y observamos que es más numeroso el número de no fumadores, entre los consumidores de psicofármacos (61,6%), que entre los no consumidores (56,2%). Sin embargo dicha asociación se podría explicar por el azar ( $p= 0,330$ ).

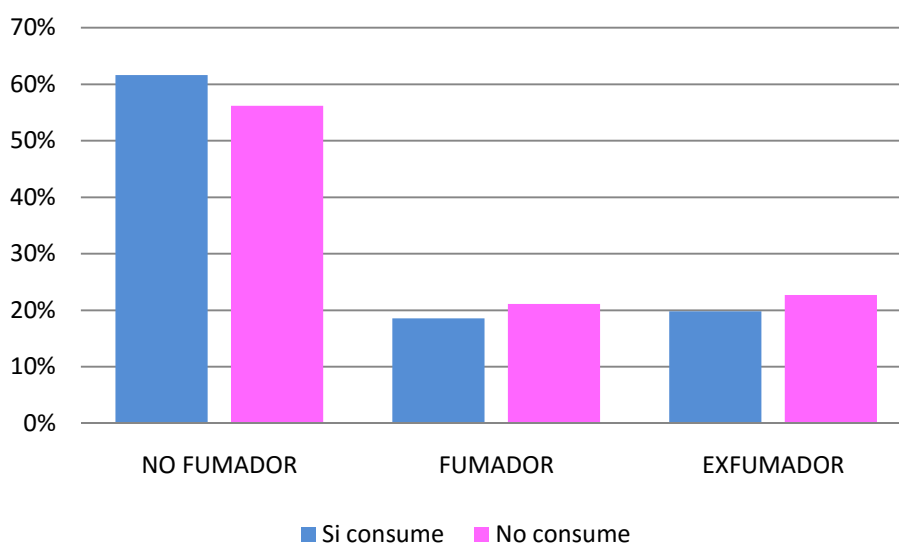


Ilustración 13 INFLUENCIA DEL TABACO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Como se puede observar en la ilustración 14, casi el 48% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias no consumen ningún tipo de bebida estimulante. Dentro de este grupo de abstemios encontramos a la mitad de consumidores de ansiolíticos (el 51%); casi un 6% más que los no consumidores de ansiolíticos que suponen un 45,4%. El segundo grupo más numeroso es el de los consumidores de café, suponiendo casi el 36% de la población total, siendo en este caso un poco mayor el porcentaje de consumidores de café entre los que no consumen psicofármacos que entre los consumidores de psicofármacos (el 36,5% y 35% respectivamente).

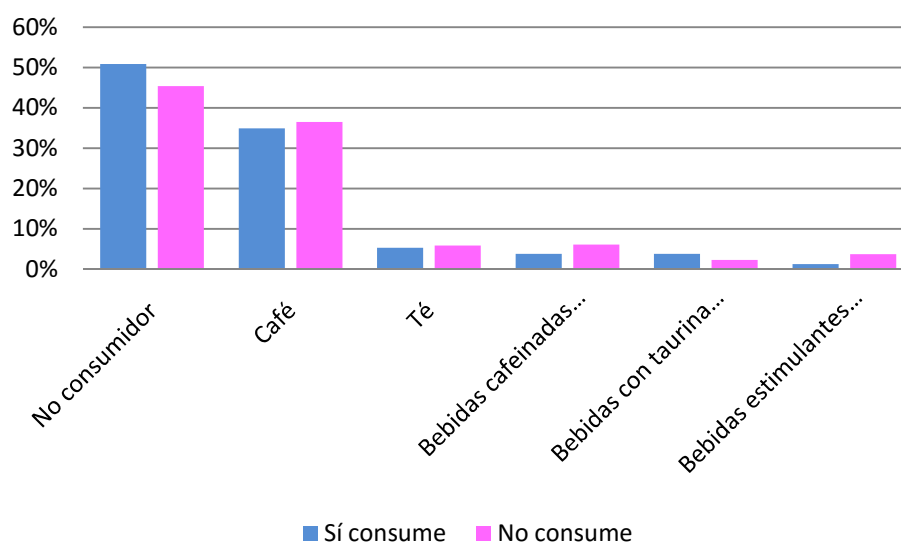


Ilustración 14 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ESTIMULANTES

La frecuencia en el resto de bebidas estimulantes es mucho menor. Tenemos que el 5,6% de la población consume té, casi sin diferenciar consumidores o no de psicofármacos. Los consumidores de bebidas con taurina (tipo redbull) suponen el 3%. Y cabe destacar que, a pesar de que los consumidores de bebidas cafeinadas (tipo coca cola) sólo consumen el 5%, este porcentaje se reparte de forma desigual siendo el doble de consumidores aquellos pacientes que no consumen psicofármacos (6%) frente a los consumidores de psicofármacos (3%). Algo parecido observamos en el consumo de otras bebidas estimulantes (tipo nestea) donde los no consumidores de psicofármacos casi triplican al de no consumidores (4%

y1% respectivamente). Pero en todos los casos de nuestro estudio podríamos explicar estas diferencias por el azar, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,116$ ).

Cuando analizamos el consumo de alcohol entre los pacientes que acuden al servicio de urgencias, (

Tabla 34) casi el 72% niega consumir alcohol. En este grupo encontramos a la mayoría de consumidores de psicofármacos, casi el 79%, frente al 67% de los no consumidores de psicofármacos. Dentro de los consumidores, como ya indicamos anteriormente, los clasificamos en:

- Leves, el 26% de la población, donde encontramos un 10% más consumidores entre los que no toman psicofármacos que los que sí lo toman.
- Moderados, que suponen sólo el 1,7%

- De riesgo sólo son el 0,4% del total. En estos dos últimos grupos sigue siendo siempre algo menor el consumo de alcohol entre los consumidores de psicofármacos.

Tabla 34 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

		CONSUMO DE ALCOHOL				Total	"p" valor
		NO CONSUMIDOR	CONSUMIDOR LEVE	CONSUMIDOR MODERADO	CONSUMIDOR ELEVADO O DE RIESGO		
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS	Sí	250 (78,6%)	62 (19,5%)	5 (1,6%)	1 (0,3%)	318 (100, %)	0,006
	No	286(67%)	131(30,7%)	8 (1,9%)	2 (0,5%)	427(100%)	
	Total	536(71,9%)	193(25.9%)	13 (1,7%)	3 (0,4%)	745(100,0%)	

Podemos decir que el consumo de psicofármacos supone un factor protector del consumo de alcohol ( $p= 0,006$ ); es decir, en nuestro estudio debemos indicar que existe una asociación entre consumo de alcohol y el consumo de psicofármacos. Los que toman alcohol consumen un 30% menos psicofármacos (IC95: 13 a 44%) que los no consumidores de alcohol ( $p= 0,006$ ). El riesgo de consumir psicofármacos es 1,26 veces menor entre los consumidores de alcohol que entre los abstemios.

Tabla 35 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

		PSICOFÁRMACOS		TOTAL	"P" valor
		Sí	No		
ALCOHOL	Sí	68 (32,5%)	141 (67,5%)	209 (100%)	<0,001
	No	250 (46,6%)	286 (53,4%)	536 (100%)	
TOTAL		318(42,7%)	427(57,3%)	745 (100%)	

Tabla 36 RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PSICOFÁRMACOS

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Alcohol_cat2 (Sí / No)	,552	,394	,772
Para la cohorte Consumo de psicofármacos= Sí consume	,698	,563	,865
Para la cohorte Consumo de psicofármacos= No consume	1,264	1,118	1,430
N de casos válidos	745		

La siguiente Tabla 37, nos muestra cómo la gran mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias (el 97,2%) niegan consumir drogas. Al relacionar este parámetro con el consumo de psicofármacos observamos que la concomitancia de ambos es menos del 1% siendo estadísticamente no significativa la asociación.

Tabla 37 CONSUMO DE OTRAS DROGAS EN GENERAL Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

		CONSUMO DE OTRAS DROGAS EN GENERAL			Total	"P"valor
		No consume	Sí consume	ex consumidor		
<b>CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS</b>	Sí consume	310 (97,5%)	3 (0,9%)	5 (1,6%)	318 (100%)	0,847
	No consume	414 (97,0%)	6 (1,4%)	7 (1,6%)	427 (100%)	
<b>Total</b>		724 (97,2%)	9 (1,2%)	12 (1,6%)	745 (100%)	







## DISCUSIÓN

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS

De los resultados obtenidos en nuestra muestra, podríamos extraer un "perfil prototipo" de los pacientes que acuden al servicio de urgencias en nuestro hospital:

- Mujeres
- Trabajadoras
- Casadas o con pareja
- Acuden en horario de tarde al servicio de urgencias entre las 15 y 22h

Éste perfil coincide perfectamente con los observado en estudios similares, por ejemplo en la Evaluación del uso de un servicio de urgencias hospitalario en Valencia (111), los estándares y recomendaciones para el servicio de urgencias que lanza el Ministerio de Sanidad (112) y más reciente aún, el estudio del Defensor del Pueblo de las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud(113). Podemos destacar que se hace especial hincapié en la inadecuada utilización de los servicios generales de urgencias por parte de la población. Los datos más recientes hallados en dichos estudios muestran que en 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles 26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos)(112).

En España, la frecuentación de las urgencias hospitalarias se estima en 585,3 urgencias por cada mil habitantes año(112), lo que supone que, uno de cada dos españoles acude al menos una vez a urgencias al año. Sin embargo, en otras áreas asistenciales, se ha detectado un 21,02%(114) de paciente reincidentes, en rango de 2 a 9 visitas, donde los pacientes más reincidentes se sitúan en los tramos de edad más extremos (de 0 a 4 años, y >90 años)(114) lo que nos hace prever también reincidentes en nuestra área. Por otra parte se estima que el 80% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias es por iniciativa propia, con un porcentaje de ingresos tan sólo del 10,5%(112).

En concreto en nuestra Área 11, un estudio realizado por el Hospital 12 de Octubre, mostraba que los principales motivos por los que acuden al servicio de urgencias son.(115):

- Desconocimiento de urgencias extra hospitalarias (SUEH) (32%)
- Empleo de mejores medios técnicos (25,6%)

- Asistencia más rápida (21%) (a pesar de que la media de espera fueron 4 horas)
- Sensación de urgencia vital (11,4%)
- Mala calidad asistencial en Atención Primaria (AP) (8%).

Además, la valoración de la atención recibida fue positiva en un 90%, el 33% considera insuficiente la información facilitada y un 34% el tiempo de espera excesivo. Aunque un 40% creían a posteriori que su problema era solucionable en Atención Primaria, hasta el 75% retornaría al hospital(115). Podríamos esperar que, transcurridos 16 años desde este estudio, con la mejora de la información, el volumen asistencial disminuyera, sin embargo, el número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2%, entre 2001 y 2007. Tampoco ha mejorado el uso apropiado, ya que hasta un 73% de los pacientes atendidos en un servicio de urgencias hospitalario son dados de alta, lo que da idea de la banalidad de la patología que, en la mayoría de los casos, presentan los pacientes(112).

La mayor parte de las asistencias se realizan en horario de tarde, de 15h a 22h, donde se observa que se atendieron, en proporción, más hombres (el 67,3%) que mujeres (61,5%). Este rango horario es normalmente el de máxima afluencia asistencial de los servicios de urgencias de nuestro país (el 64% del total en nuestro caso concreto). Este dato puede ser explicado por el azar en la muestra estudiada, ya que existe una tendencia a asistir más a mujeres en el turno de noche que a hombres (5% más) y una tendencia mayor a la asistencia de hombres durante la tarde que mujeres (5% menos). Sin embargo, y a pesar de que este dato poblacional no es significativo en ninguno de los estudios y publicaciones revisadas(112)(115), todos coinciden en feminizar el perfil del paciente que acude a urgencias. Si bien es cierto que, por ejemplo en nuestro estudio, acuden un 14% más de mujeres al servicio de urgencias, no debemos olvidar que según el instituto nacional de estadística, Madrid cuenta con una población de 6.392.713 personas (aproximadamente el 14% de la población total de España, que son 46.593.236 ) con predominio femenino (48% hombres, 52% mujeres) de las cuales la esperanza de vida hace una diferencia a favor de la mujer de 5,6 años en el año 2013(116), es decir, acuden más mujeres al servicio de urgencias de una población en la que hay una mayor proporción de mujeres y más ancianas, sin que exista ninguna diferencia con significancia estadística con respecto al hombre.

Por otra parte, llama la atención la edad media de los pacientes que acuden a urgencias, ya que se trata de un perfil de adulto medio, "joven" para la población que cabría esperar si tenemos en cuenta la mayor patología y fragilidad de las per-

sonas ancianas. Seguramente hay muchos factores que contribuyen a explicar esta situación y que condicionan la evolución inmediata de los servicios de urgencias, pero dos de ellos me parecen más relevantes, teniendo en cuenta que, como hemos mencionado anteriormente, casi el 80% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias lo hacen por iniciativa propia (sin acudir previamente a su centro de atención primaria de referencia):

- La mayor accesibilidad del hospital, tanto en cobertura horaria como en cercanía.

- La percepción de que las urgencias cuentan con más medios y resuelven mejor el problema(113).

En Madrid prácticamente el 70% de los habitantes se encuentra en edad laboral, frente al 14% de la población que son mayores de 65 años (104), con lo que es posible, que en la mayoría de los casos sea cuestión de "tiempo": incompatibilidades horarias con el trabajo, molestia de pedir cita previa, posterior espera para entrega de resultados, etc.; y, por qué no mencionarlo, dejadez o ocupar un rango inferior dentro de las prioridades del individuo. En la sociedad en la que "el tiempo es oro" parece que no podemos "perderlo" en "esperar" nada, es la época de la inmediatez de todas las cosas (p ej. el uso del móvil hace que no nos retrasemos ni un segundo en contar lo que vivimos a alguien, aunque más tarde lo vayamos a ver en persona) y, sin embargo, nuestros mayores, pacientes de generaciones anteriores a esta "revolución de lo inmediato" parecen valorar de otra forma las "esperas" y las prioridades sanitarias.

Con todo esto, podríamos concluir que el "perfil prototipo" de los pacientes que acuden al servicio de urgencias en nuestro hospital son hombres y mujeres de una media de edad de 57 años, con estudios básicos, con trabajo, casados o con pareja y que acude en horario de tarde entre las 15 y 22h.

## CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN URGENCIAS

Observando los pacientes que acudieron al servicio de urgencias, un poco más de la mitad, el 57%, no consumen ni han consumido ningún tipo de psicofármaco. Sin embargo, el 7% se declaraban ex consumidores y el 35,5% consumidores activos. De esta forma corroboramos lo que ya vaticinaba la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés(98): Alrededor del 40% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (que corresponde aproximadamente con la población que acude al servicio de urgencias) presentan, o han presentado, problemas psicológicos como ansiedad o depresión (a lo que se suele responder con la receta de antidepresivos o ansiolíticos). Además, destaca que uno de cada cuatro consumidores lo hacen con fármacos ansiolíticos, suponiendo el 25% del total de consumidores, el 3% utilizan antidepresivos y casi el 5% la combinación de ambos. La sorpresa de este elevado consumo de ansiolíticos y antidepresivos coincide, aproximadamente, con los datos observados en la versión Española del estudio europeo ESEMeD, donde tras comparar las dosis por habitante/día de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas y de antidepresivos, se observó un aumento del consumo de 3 puntos en los antidepresivos y de 5 puntos en los ansiolíticos(117).

■ Consumidores ■ No consumidores ■ Exconsumidores

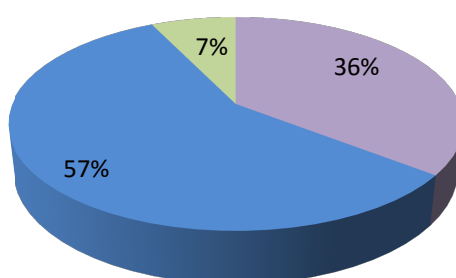


Ilustración 15 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Es decir, el 71,55% de los consumidores de psicofármacos lo hacen de ansiolíticos y el 8,73% de antidepresivos, suponiendo el uso de ambos y su combinación el 98% del total, dato muy relevante ya que podríamos calificar, como poco, de "elevado" el consumo de estos dos grupos de fármacos en los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

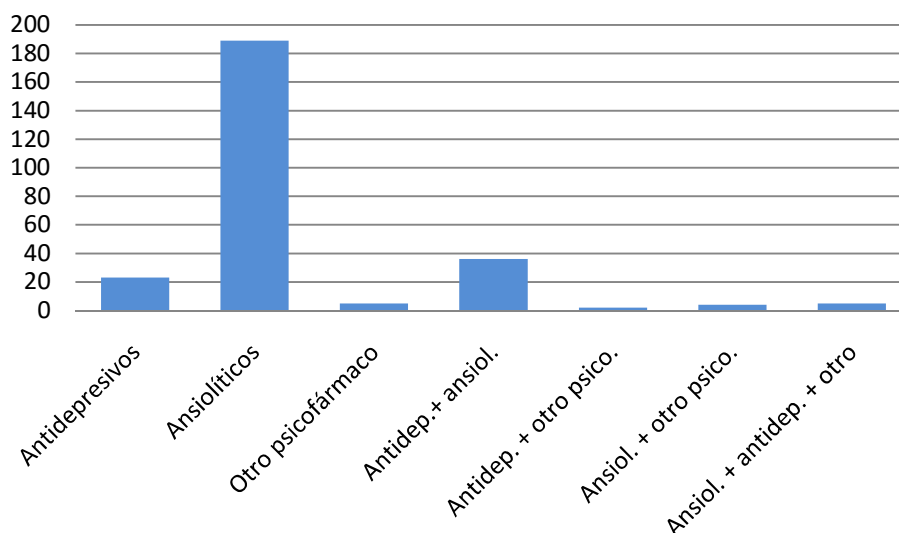


Ilustración 16 CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Parece que deberíamos tener algún tipo de "alerta" para este grupo porque, como ya apuntamos con anterioridad, en la actuación en urgencias se deberá extremar la precaución al administrar fármacos: tan comunes en situaciones de emergencia, como son la noradrenalina, la digoxina y otros psicótopos que interaccionan con ellos. Lo más habitual es la potenciación de la depresión del SNC (induciendo un estado comatoso), o la precipitación de un bloqueo muscular prolongado (afectando la función respiratoria) (118). Por otro lado, se puede inducir por deprivación, un síndrome agudo de abstinencia, entre las complicaciones más comunes.

Para evitar esto, lo primero, es conocer la medicación habitual del paciente y los horarios de consumo. Un estudio publicado en la revista de impacto "Emergency" (119): Alerta sobre la incidencia de Acontecimientos Adversos a Medicamentos (AAM) originados en los Servicios de Urgencias, representando una incidencia del 13%, donde el 45% fueron debidos a errores de medicación y podrían haber sido evitados. Entre los AAM evitables, la principal manifestación fue la alteración de la glucemia atribuida al grupo de antidiabéticos, pero el principal error implicado fue la falta de prescripción de un medicamento necesario (50%) o la omisión en su administración (21%)(119). De estos datos se deduce que una buena anamnesis, donde se incluya la medicación habitual (preguntando de forma específica por el consumo de ansiolíticos y antidepresivos y el horario de los mis-

mos) nos podrá alertar del 35,5% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y consumen de forma activa estos fármacos para así, poder prevenir las posibles interacciones farmacológicas.

Hasta aquí, observando sólo la alta frecuencia de consumidores (el 40% de los usuarios de urgencias) ya podríamos empezar a hablar de una incidencia alta de consumidores de ansiolíticos y antidepresivos entre los pacientes que acuden al servicio de urgencias, pero el parámetro clave que nosotros nos hemos marcada para clasificar el uso de los mismos como abusivo o terapéutico es el tiempo.

### TIEMPO DE CONSUMO

La mediana nos posiciona al 50% de los consumidores de psicofármacos de nuestra muestra por encima de 2,75 años, lo que nos va informando de que más de la mitad excede el tiempo pautado como terapéutico. Si medimos, de forma concreta, la frecuencia de consumo, separando según el tiempo que la OMS(120) pauta como máximo (1,25 años) obtenemos que el 58% de los consumidores de psicofármacos presentan un patrón de abuso, suponiendo esto que uno de cada cuatro personas que acuden a urgencias presenta, de base, un consumo de psicofármacos superior al que se establece como terapéutico. Unido a las observaciones anteriores podemos decir que cuatro de cada diez pacientes, al acudir a urgencias, consumen psicofármacos y más de la mitad de forma abusiva.

■ Consumo terapéutico (<15 meses)    ■ Consumo abusivo (>15 meses)

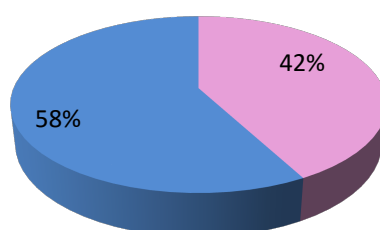


Ilustración 17 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE CONSUMO



En nuestro estudio el tiempo mínimo de consumo registrado es 7 días y el máximo es 83 años, de esta forma cabe destacar la gran dispersión de los años de consumo, donde observamos también valores extremos entre los 35 y 80 años y valores alejados entre 20 y 30 años. Esta dispersión podría explicarse gracias al fenómeno de "cronificación" de un tratamiento que, "a priori" todas las guías indican como puntual. Por ejemplo, la paciente que presenta el valor más extremo, se trata de una mujer de 97 años que presentó, supuestamente, una crisis comicial. Desde ese momento, bajo el diagnóstico de epilepsia, comenzó el consumo de psicofármacos. La paciente y sus familiares refieren que hace 10 o 15 años el médico de cabecera la invitó a retirar el fármaco y lo pasó mal (con mucho nerviosismo e insomnio) y, ante el miedo de volver a padecer una crisis comicial, reinició por su propio criterio y apoyada por su familia la medicación y no quiere dejarla. En este caso vemos que existe:

Mucha desinformación de la patología de base

Mal proceso de deshabitación, sin pauta descendente ni apoyo farmacológico alternativo (como ya comentamos con anterioridad que debían hacerse)

Falsa conciencia de inocuidad.

Otro ejemplo, dentro del grupo de los valores alejados, que es más representativo que el anterior para explicar la dispersión es una mujer de 70 años que consume antidepresivos y ansiolíticos por cuadro caracterizado por síntomas de tristeza e insomnio a raíz de la muerte de su marido hace 10 años. La paciente refiere que, desde que se lo pautó su médico de cabecera lo toma. Nunca pensó en dejarlo porque, por un lado, aún no duerme bien del todo y tiene días muy depresivos y negativos, por otro lado alguna vez que ha olvidado tomar las pastillas se ha sentido muy nerviosa y, además, ninguno de sus médicos habituales le ha invitado a dejar el tratamiento. En este caso vemos que existe nuevamente:

- Desinformación generalizada
- Ineficacia del tratamiento
- "Cronificación" del mismo (sin ninguna pauta de deshabitación)

- Falsa conciencia de inocuidad

Ante la reiteración de este tipo de hallazgos durante las anamnesis en los pacientes que acudían a urgencias, se preguntó a los consumidores de psicofármacos, de forma explícita, si alguien les había informado de cómo retirar el fármaco y si les habían pautado una forma de retirada estructurada, programada y progresiva. Lo que encontramos aparece en la Tabla 38:

**Tabla 38 DESHABITUACIÓN DE PSICOFÁRMACOS.**

SÍ, PAUTA DESCENDENTE	71 (22,3%)
NO, NADIE INDICÓ CÓMO RETIRARLO	223 (70,2%)
NUNCA INTENTÓ RETIRARLO	24(7,5%)
<b>TOTAL</b>	<b>318 (100%)</b>

- Tan sólo un 22% sí tenían una programación de pauta descendente.
- El 70% intentó deshabetuarse por sus propios medios, sin que nadie le indicara cómo, e incidiendo en recaídas (sin conseguir la deshabetuación)
- El 7,5% ni si quiera se planteaba el hecho de dejar de tomar la medicación.

Estos datos contrastan con los obtenidos dentro de la población de ex consumidores, en los cuales la mayoría (68,5%) consiguieron dejar la medicación, ayudados de una retirada en pauta descendente, programada y bajo supervisión de un médico. Esto nos lleva a concluir que gran parte del éxito para una deshabetuación completa, sin incurrir en recaídas ni reaparición de los síntomas iniciales, es la retirada progresiva, programada, con medicación coadyuvante, si fuera necesario, y bajo la supervisión de un facultativo.

Ya observamos que el grupo de fármacos más utilizado lo constituían los ansiolíticos. Cabe destacar que de este grupo, al 81,5% nadie le indicó como retirar el fármaco. La deshabetuación con una pauta descendente no supera el 20% de los consumidores en ninguno de los grupos, salvo entre los consumidores de antidepresivos dónde al 30% sí informaron de cómo abandonar el consumo una vez que el fármaco hubiera cumplido su misión. Por otro lado también destacamos que en-

tre los ex consumidores, a pesar de que el 68,5% sí se valió de una pauta descendente (como hemos mencionado) el 31,5% restante dejaron de consumir sin que nadie les indicara cómo debían hacerlo, seguramente sufriendo las consecuencias del síndrome de abstinencia.

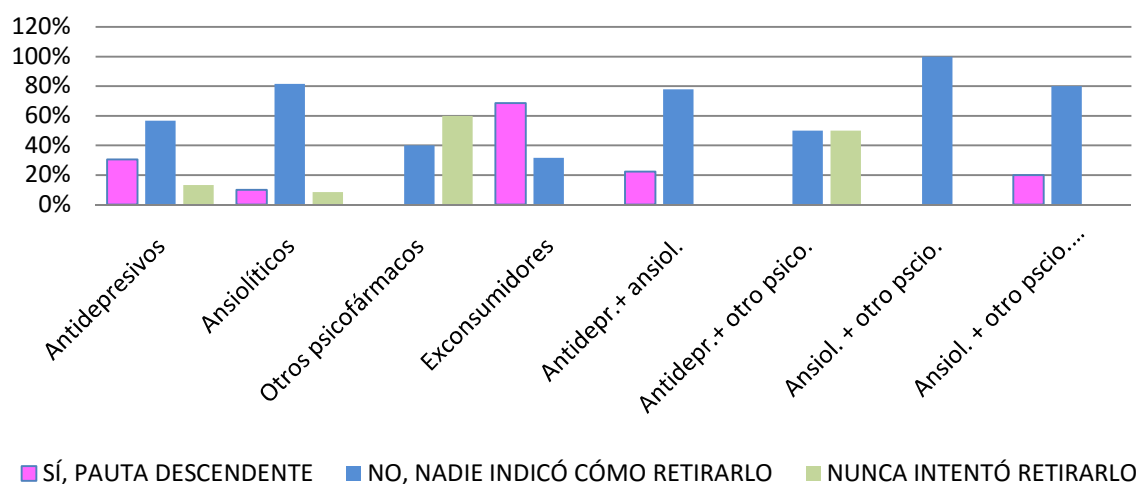


Ilustración 18 FRECUENCIA DE DESHABITUACIÓN SEGÚN TIPO DE FÁRMACO CONSUMIDO

Nos planteamos por qué los ansiolíticos, siendo con diferencia el grupo farmacológico más frecuente, sólo presentaban el 20% una pauta de deshabitación y, sin embargo, los antidepresivos, menos utilizados, tenían dicha pauta un poco más elevada (30%). Posiblemente la etiología de la respuesta esté en el prescriptor del psicofármaco. Si lo valoramos de forma general, más de 98% de los consumidores de psicofármacos lo hacían bajo la recomendación de un médico especialista, frente al 2% que se automedicaron o siguieron las recomendaciones de personas no cualificadas. El mayor protagonista es el médico de atención primaria, quién prescribió el consumo de psicofármacos entre los pacientes que los consumen y que acuden al servicio de urgencias en el 60% de los casos (aproximadamente el 20% restante fueron los psiquiatras y el 18% otros médicos especialistas en otras entidades).

## PRESCRIPTORES DE PSICOFÁRMACOS

Para analizar el grado de prescripción de forma más precisa desglosamos los pacientes en grupos según el tipo de psicofármacos concretos que consumen, diferenciando únicamente aquellos que son objeto de estudio de los demás. De esta forma observamos que prácticamente prescriben con la misma frecuencia los antidepresivos médicos de atención primaria y psiquiatras, concretamente el 43% y 39% respectivamente, sin embargo esto cambia de forma manifiesta para el caso de los ansiolíticos, dónde encontramos que el 70% se prescriben en atención primaria, el 18% se prescribe por otro médico de cualquier especialidad, sólo el 10% es prescrito por psiquiatras y existe un 2% de pacientes que se automedican o siguen las instrucciones de personal no cualificado, siendo éste el único grupo en el que aparece este hecho.

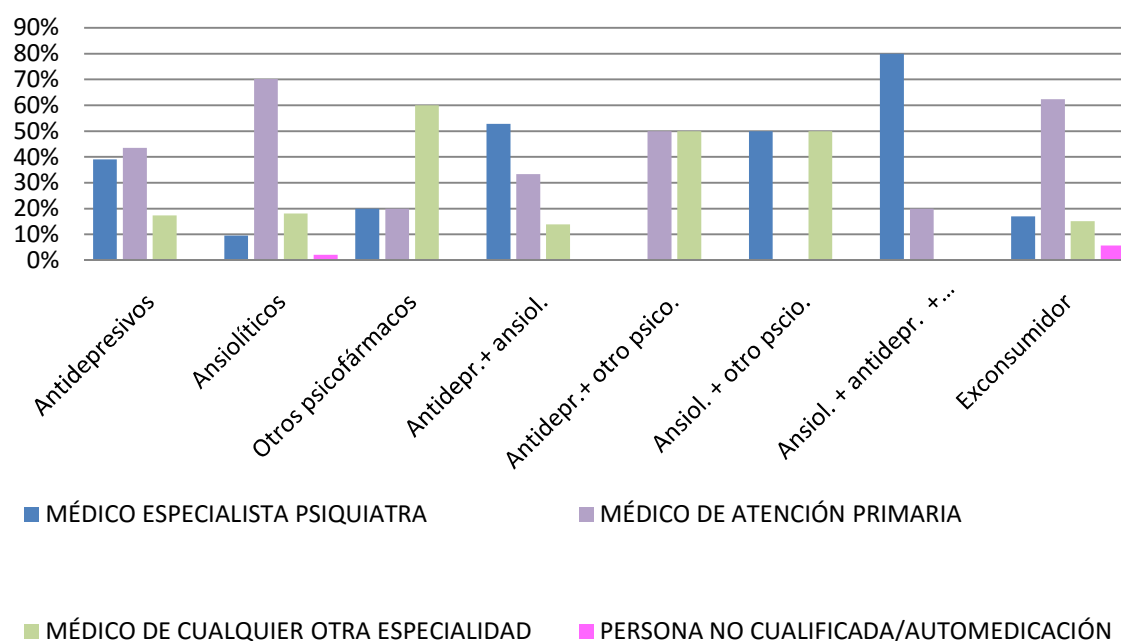


Ilustración 19 FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA SEGÚN TIPO DE CONSUMO

En un estudio realizado en Atención Primaria en Cataluña (121) observaron que el 43% de los psicofármacos prescritos eran antidepresivos y el 57% eran hipnóticos y ansiolíticos; de los cuales el 51% se habían prescrito hace más de un año y, suponiendo las benzodiazepinas, el 53% del total. Es decir, en esta comuni-

dad autónoma también reconocen que, la Atención Primaria, prescriben gran cantidad de psicofármacos, sobre todo benzodiacepinas, sin correlacionarse con el número de deshabitación.

Por otro lado, la capacidad de detección y manejo de patología psiquiátrica en las consultas de Atención Primaria es cada vez mayor y suponen una mejora importante en la salud de la población. Así lo han querido reflejar un conjunto de hospitales de Madrid en su reciente estudio(122), donde afirman que existe mucha patología psiquiátrica no diagnosticada y el clara la necesidad de mejorar la capacidad del médico de familia en la detección de patología psiquiátrica.

Los datos hallados en nuestra muestra parecen coincidir también con los que recopilaron en la Encuesta Nacional(122). Parece que se modera la automedicación, la mayoría de los medicamentos consumidos han sido recetados por un médico (los antibióticos, tranquilizantes, antiasmáticos y antialérgicos en más de un 95% de los casos). Los fármacos para bajar el colesterol, los antihipertensivos y los antidepresivos, entre otros, son recetados por un médico en prácticamente la totalidad del consumo (siempre por encima del 99,5%). De la medicación consumida para los catarros, el dolor, la fiebre y los reconstituyentes, más del 20% es automedicada(121).

Centrándonos en la Comunidad de Madrid, según el Informe anual del Sistema Nacional de Salud en el año 2013 se dispensaron 97.749.684 recetas, el 95,38% prescritas desde Atención Primaria, el 4,31% prescritas desde Atención Especializada y el 0,31% restante corresponde a recetas prescritas desde otras Comunidades Autónomas(116).

Por otra parte, la combinación de ansiolíticos y antidepresivos corre a cargo del psiquiatra en un 52% de los casos, siendo el médico de cabecera responsable de 33% de esta doble pauta y un 13% otros médicos especialistas. Recordemos que las guías justifican esta concomitancia, sobre todo al inicio del tratamiento antidepresivo, hasta que se ha logrado dosis máximas e impregnación del mismo para que surta su efecto.

En el caso de la triple terapia, la prescripción por parte del psiquiatra asciende al 80%, encargándose el médico de atención primaria de la prescripción del

20% restante, que seguramente se trate de la continuidad de lo prescrito por el psiquiatra en las consultas de Atención Primaria por alta del especialista o comodidad del paciente en concreto. En estos casos debería haber sido el psiquiatra el que informara, tanto al paciente como a los médicos de Atención Primaria, si está justificado un tratamiento crónico o si se debe programar la retirada.

Por último resaltar el caso de los exconsumidores, donde el 62% habían sido seguidos por el médico de atención primaria, el 17% el psiquiatra, el 15 % por otros médicos y el 5% ellos mismos se prescribieron el tratamiento y posteriormente lo abandonaron, sin la mediación de un médico durante el proceso.

A la vista de lo anterior podríamos concluir que el problema reside, fundamentalmente, en el consumo de ansiolíticos porque:

SON EL ÚNICO FÁRMACO QUE LOS PACIENTES CONSUMEN SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA. Podríamos justificarlo por:

- Aceptación social que tienen estos fármacos por la falsa conciencia de inocuidad y desinformación. No se relacionan con el resto de drogas psicoactivas que sí despiertan la alerta de la población. Esto ocurre a pesar de que existen campañas mediáticas que intentan paliar este desconocimiento.
- Evolución cultural de todo occidente, donde existe una negación del sufrimiento y una decreciente tolerancia a la frustración que nos lleva a la búsqueda del placer de la forma más inmediata(122).
- Eficacia farmacológica (consultar
- Tabla3) actúan de forma muy rápida contra los síntomas de la ansiedad.

SON PRESCRITOS MAYORITARIAMENTE POR LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, en ocasiones, sin basarse en las guías aceptadas actualmente para su uso. Esto podría deberse a:

- La masificación de las consultas de Atención Primaria y el reducido tiempo que pueden dedicarle a cada paciente, que conlleva una peor información de forma bidireccional:
- El paciente no puede explicar lo profundo de su afección, con lo que la anamnesis es incompleta .
- El médico no puede explicar todas las alternativas, sus repercusiones y seguimiento para que el paciente pueda escoger. No se informa de la dependencia que generan. Éste hecho es conocido por todos y reivindicado por campañas como la de " diez minutos por paciente"(123).
- Presión social a la que se ve sometido el médico, por un lado, de los pacientes que buscan soluciones rápidas y eficaces y son muy reacios a entender que se debe tratar la etiología del problema no los síntomas. Por otro lado las potentes industrias farmacológicas que no encuentran ningún beneficio en psicoterapias ni otras alternativas no farmacológicas(124).
- Existen excepciones, como ya hemos mencionado anteriormente, en las cuales está justificado un tratamiento crónico de ansiolíticos (que incurriría en nuestra definición de abusivo), sobre todo en situaciones paliativas o enfermedades mentales crónicas estabilizadas, que normalmente son seguidos por el médico de Atención Primaria. Estas excepciones suponen un aumento del dato estadístico en detrimento de este colectivo.

Sin embargo, no parece que la causa esté relacionada con la desactualización o desconocimiento por parte de los profesionales, ya que el uso de estos fármacos está bastante proscrito en todas las guías de Atención Primaria, tanto nacionales como internacionales, salvo contadas excepciones.

Por otra parte llama la atención que los psiquiatras suponen el 19.6%, muy parecido a "resto de especialistas" que representan un 17,7%, tratándose, los ansiolíticos y antidepresivos, de medicación para patologías fundamentalmente relacionadas con enfermedades mentales. Ante este hallazgo investigamos sobre la

causa de consumo de psicofármacos entre los pacientes que acuden a urgencias, que seguidamente expondremos.

### CAUSAS DE CONSUMO PSICOFÁRMACOS

Si analizamos cuales son las causas o diagnósticos a los que los pacientes achacan su consumo de psicofármacos encontramos:

- El 40% refiere insomnio, siendo esta alteración del sueño la causa más frecuente
- La ansiedad con un 19,2%
- La depresión con un 7,5%

Cabe destacar que estas tres entidades suponen de forma individual el 66% del total y, cualquiera de éstas en combinación con otra patología, definida en los estudios como consumo mixto, suponen sumar un 29% más, con lo que podríamos afirmar que la ansiedad, el insomnio y la depresión están implicados en el 95% del total del consumo de psicofármacos. Esto justificaría la elevada prescripción de psicofármacos por los profesionales de atención primaria ya que, estos tres síntomas (tristeza, alteraciones del sueño y ansiedad) son comunes en la población habitual y, salvo complicaciones u otras afecciones mentales subyacentes, son de manejo en la consulta de Atención Primaria. Lo que sí habría que plantearse, una vez más, si en todos los casos anteriores es necesario el abordaje farmacológico o habría alternativas terapéuticas eficaces y menos nocivas.

El resto de afecciones sólo suponen el 5% restante, donde son muy pocos los pacientes que desconocen por qué consumen estos fármacos (0,6%), al igual que los que lo hacen por trastornos alimenticios (0,6%). Otra minoría la encontramos en el Trastorno Obsesivo Compulsivo donde podemos ver que siempre está asociado con alguno de los tres parámetros anteriores prevalentes.



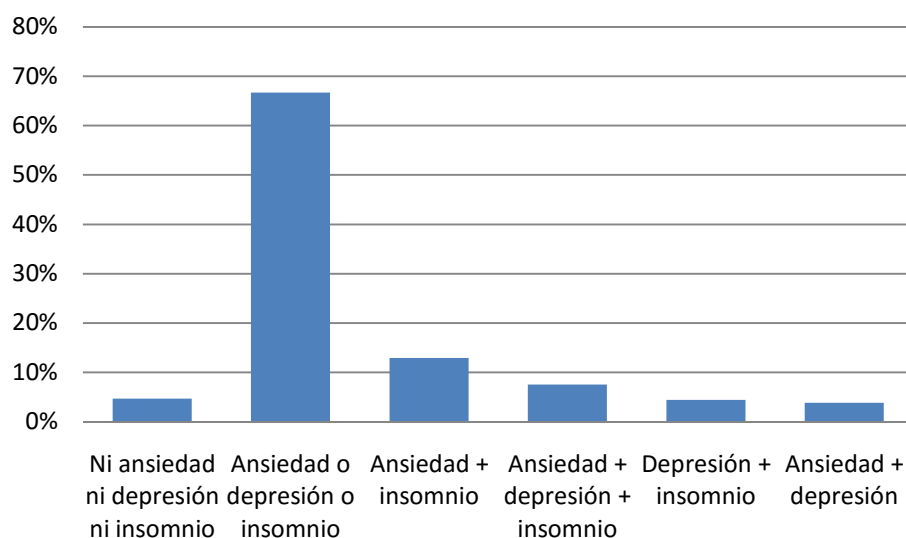


Ilustración 20 DISTRIBUCION DE LAS COMBINACIONES DE LAS PATOLOGÍAS

Actualmente, en nuestra muestra, el tratamiento del dolor no supera el 3%, sin embargo hasta un 42% de las visitas realizadas a servicios de urgencia tienen como motivo la presencia de dolor agudo, en muchos casos de intensidad moderada y grave(125). Y si atendemos a la encuesta nacional de salud (Ver Tabla 39), dentro de los considerados por la población general como problemas crónicos, cabe destacar que el 61,2% del total son problemas relacionados con el dolor y su tratamiento ( lumbalgia, artrosis, artritis, cervicalgia,cefalea o migraña).

Si extrapolamos a nivel Europeo el panorama es bastante similar, la calidad de vida relacionada con la salud mental, explorada mediante el cuestionario genérico EuroQol,4(121), mostraba que el dolor/malestar era la dimensión que se presentaba con mayor frecuencia, al afectar al 24,8% de la población de 15 y más años. El 20,9% padecía dolor o malestar moderado o leve y el 3,9% sufría dolor fuerte o extremo (2,1% de los hombres y 5,7% de las mujeres). De estos datos podemos concluir que en nuestra población tan sólo el 3% del tratamiento del dolor incluye psicofármacos, cifra que parece razonable para incluir sólo a pacientes paliativos o con dolores crónicos en fase muy avanzada, con lo que, en estos casos, sí se estaría incurriendo en un buen uso de ansiolíticos y antidepresivos según las guías terapéuticas actuales: American Medical Directors Association(88), Protocolo del manejo del dolor en Urgencias(10), Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructura Sanitaria (63), guías de práctica clínica en el SNS(129),

Guía de Práctica Clínica sobre Manejo de la Depresión en el Adulto(79), DSM-V manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (130).

Por otro lado la ansiedad crónica está presente casi el 10% del total de la población femenina frente al 3,5% de los hombres y la depresión un poco por debajo, encontramos casi el 6% de la población general con esta afección (Ver Tabla 39). La Encuesta Nacional (121) suma también la depresión y refiere que ambas afectan al 14.6% de la población. En nuestra muestra la ansiedad aparece delicada (20%) seguramente porque en la Encuesta Nacional sólo se contabilizan los casos de ansiedad crónica diagnosticada y en nuestro caso incluimos todas las alteraciones que, como mencionamos al inicio, podrían englobar la etiología ansiedad.

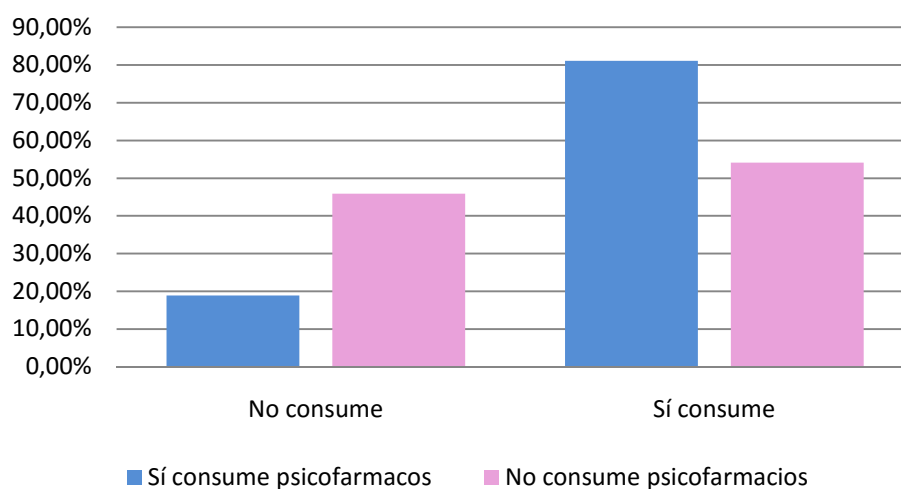
**Tabla 39 PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS EN ADULTOS DE 15 Y MÁS AÑOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO(121)**

Problemas de Salud crónicos	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Dolor de espalda crónico (lumbar)	18,6 %	14,3 %	22,8 %
Hipertensión Arterial	18,5 %	17,4 %	19,5 %
Artrosis, artritis o reumatismo	18,3 %	11,1 %	25,1 %
Colesterol alto	16,4 %	15,9 %	16,8 %
Dolor de espalda crónico (cervical)	15,9 %	9,6 %	21,9 %
Alergia crónica	10,7 %	9,7 %	11,8 %
Varices en las piernas	10,4 %	4,0 %	16,5 %
Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,4 %	4,2 %	12,3 %
Diabetes	7,0 %	7,1 %	6,8 %
Ansiedad crónica	6,7 %	3,5 %	9,8 %
Depresión crónica	5,9 %	3,0 %	8,7 %
Cataratas	4,9 %	3,8 %	5,9 %
Problemas de tiroides	4,5 %	1,0 %	7,8 %

## POLIMEDICACIÓN

Hemos observado en nuestro estudio, que entre los consumidores de medicación habitual (el 65,6% de todos los pacientes que acuden a urgencias), más del 80%, consumen de forma concomitante algún tipo de psicofármaco, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de medicación habitual y el consumo de psicofármacos ( $p < 0.001$ ). Es decir, los que consumen psicofármacos son también consumidores de otros medicamentos 1,5 veces más que los no

consumidores de psicofármacos (IC951.4-1.6) (Tabla 20) Ósea, que consumen un 50% más medicación habitual las personas que consumen psicofármacos.



**Ilustración 21 CONSUMO DE MEDICACIÓN HABITUAL**

Como ya adelantamos anteriormente (Ver definición polimedicación pág.48) la utilización habitual de varios fármacos es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en personas mayores de 65 años que, por otro lado, suponen la población de máxima vulnerabilidad a presentar efectos adversos (sobre todo la población mayor frágil, las personas con demencias avanzadas y los pacientes con enfermedad maligna en estadio terminal)(126). Además el 80% de estos pacientes tienen, entre su medicación habitual algún psicofármaco. Esto induce a muchos problemas:

La interacción medicamentosa es el principal de todos. La incidencia de eventos adversos debidos a fármacos y la posibilidad de interacciones medicamentosas o medicamento-enfermedad aumentan exponencialmente con el número de fármacos prescritos, especialmente entre los ancianos, debido a la comorbilidad, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados a la edad y el declive en la función hepática, renal y cardiaca(127).

Aumento de las intoxicaciones agudas (128), también como consecuencia de lo anterior,

Mala adherencia al tratamiento (como toman muchas pastillas no importa que deje de tomar alguna por su propio criterio).

Un estudio realizado en la provincia de Córdoba (126) que incluyó a 14 Centros de Salud e incluyeron sólo a pacientes mayores de 65 años, obtuvo datos bastante similares a los nuestros. Ellos destacaron que El porcentaje de pacientes con consumo de más de 4 fármacos fue del 76,1%. De ellos en más de la mitad (55,3%), presentaban asociados algún ansiolíticos o hipnótico (ellos no incluyeron antidepressivos).

Esta realidad, que trasciende de problema sanitario a social, ha hecho que ciertas comunidades autónomas, como es el caso de Madrid, lance programas específicos para la revisión y adecuación del tratamiento de las personas polimedicalizadas. El Programa de Atención al Mayor Polimedicado(116)está implantado en el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. A fecha 31 de diciembre de 2013 hay 224.785 pacientes en el Programa, lo que supone una cobertura de un 70,21%. Como parte fundamental del programa, 969 oficinas de farmacia participan de forma activa siguiendo a pacientes, entregando hasta 689 pastilleros reutilizables y 335 blíster de un solo uso elaborados por el farmacéutico y sistemas de ayuda a la toma de la medicación. También en este año se ha realizado seguimiento del indicador de fármacos potencialmente inadecuados en ancianos según un listado consensuado por un grupo de trabajo multidisciplinar.

Por otro lado, algunos estudios, como los revisados y publicados en la Revista Española de Neuropsiquiatría (123); concluyen que los pacientes enfermos tienen una probabilidad tres veces superior de obtener una prescripción de psicofármacos, y aquellos que el profesional percibe que tienen problemas emocionales, tienen seis veces más probabilidad de recibir psicofármacos. Por lo tanto, es importante destacar la influencia de la percepción del médico y su abordaje terapéutico en este colectivo.

## INFLUENCIA DEL SEXO

Si valoramos la incidencia del sexo en el consumo de psicofármacos descubrimos que ser hombre es un "factor protector" con respecto a ser mujer, ya que el hombre consume un 38,8% menos psicofármacos (IC95%:26,3-49,1%) que la mujer ( $p < 0,001$ ). Podemos afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el consumo de psicofármacos. Entre las pacientes que acudieron al servicio de urgencias tan solo el 48,6% ni consumía ni había consumido psicofármacos en su vida, más de la mitad restante afirmaban haber usado este tipo de sustancias en algún momento, o estar consumiéndolas de forma activa.

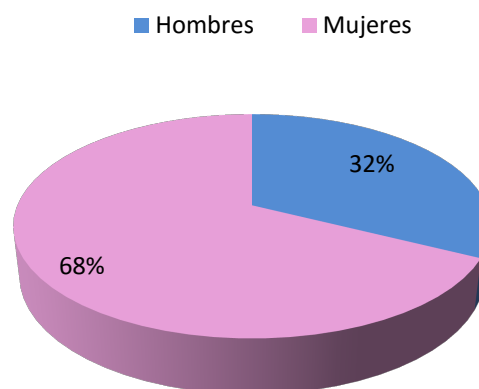


Ilustración 22 INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Los fármacos más utilizados, tanto por hombres como por mujeres, son los ansiolíticos, suponiendo el 18,3 y el 30,9 % respectivamente si se consumen solos y el 6 y 7% respectivamente si son asociados con otros psicofármacos. Aproximadamente el 38% (casi 4 de cada 10) de las mujeres que acuden al servicio de urgencias consumen fármacos ansiolíticos, solos o en combinación con otros psicofármacos.

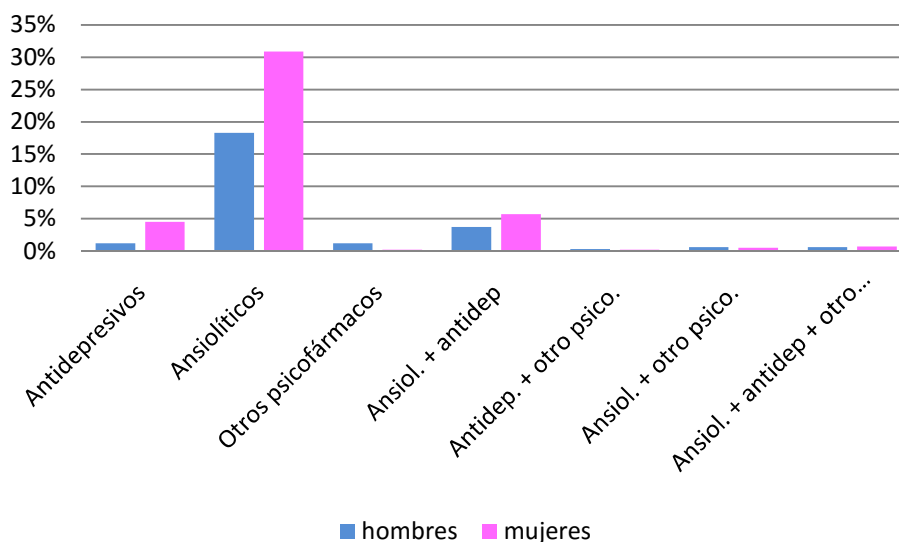


Ilustración 23 INFLUENCIA DEL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Sin embargo, cuando se le pregunta a la población Madrileña por su estado de salud, de forma general en los mayores de 15 años el 90% de los hombres y el 81% de las mujeres referían no encontrarse ni ansiosos ni deprimidos (El 8,8% de los hombres y el 16,2% de las mujeres declaran estar leve o moderadamente ansiosos o deprimidos y un 1,3% de los hombres y el 2,9% de las mujeres refieren encontrarse muy o extremadamente ansiosos o deprimidos)(121). Esto quiere decir que, a pesar de que sólo el 20% de las mujeres manifestaban sentir ansiedad, el consumo de ansiolíticos ascendía al 38%. Este dato habla a favor, una vez más, de un patrón de dependencia en el que no necesitarían el fármaco pero no pueden dejarlo.

Por otra parte el consumo de antidepresivos es casi un 4% superior en mujeres que en hombres, concretamente consumen este tipo de fármacos un 1,2% de hombres frente al 4,5% de mujeres. La combinación de fármacos ansiolíticos y antidepresivos supone el segundo lugar en la frecuencia de consumo entre los pacientes que acuden a urgencias, sin que las diferencias entre sexos sean tan llamativas, como ocurre con el consumo de otros psicofármacos y las combinaciones entre ellos.

Cualquier reflexión sobre género, se preocupa de las diferencias hombre-mujer y su explicación desde una perspectiva sociocultural. Deben destacarse las

diferentes condiciones de vida de hombres y mujeres y cómo éstas influyen en sus vidas. En todas las sociedades hay diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres respecto a las actividades que realizan, en el acceso y control de los recursos, así como en las oportunidades para tomar decisiones. Todo esto influye de manera determinante en el proceso de salud y enfermedad. Se suele decir que las mujeres están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto, para buscar atención a sus trastornos. Culturalmente la conducta de enfermar se ve definida por nosotros mismos e influenciada por el entorno y el aprendizaje social que hayamos vivido.

Esto se traduce en que, una vez en la consulta, las formas de expresión y transmisión de los síntomas son diferentes entre varones y mujeres. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas éstos que algunos médicos no identifican como signos de un malestar, por lo que tienden a infra diagnosticar e infra prescribir a los varones y sobre diagnosticar y sobre prescribir a las mujeres. Así lo afirma un grupo de investigación andaluz en la revista "Trastornos Adictivos"(135).

Tradicionalmente arrastramos una representación (muy machista) que encuadra a la mujer como "un ser frágil, debido a su naturaleza, que le hace poseedora de un inestable equilibrio psíquico, con la posibilidad de padecer alguna forma de alteración nerviosa". Ésta era la definición que publicaba hace 22 años, en 1994, el informe básico sobre las mujeres y la salud de España, en Madrid (123). Los síntomas de ansiedad, tristeza, tensión, enojo, que expresan mujeres hacia sus condiciones de vida, se han vuelto cada vez más medicalizados en nuestra cultura: han obtenido el status de "enfermedad".

Según la Dra. Mabel Burin (investigadora en perspectiva de género) en su artículo "Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos" (124), nuestro sistema de salud dominante tiende a visualizar estas reacciones emocionales como patológicas, y responde ofreciendo estas drogas (los psicofármacos) como solución. Las mujeres mismas son percibidas como "el problema", por parecer débiles,

dependientes, emocionalmente incontrolables, necesitadas de ayuda para enfrentar sus problemas. Lo que resulta llamativo es cómo las mujeres mismas han internalizado el estereotipo de su fragilidad y vulnerabilidad, de su inadecuación, y de la idea de que deberían acudir al médico en busca de ayuda cuando esto sucede. Y aunque oscuramente perciben que los psicofármacos no constituyen ninguna solución a sus problemas, sin embargo, parecería que no podrían más que someterse a esa prescripción, y dar por concluida la consulta con la repetición, una y otra vez, de la misma receta, aunque a menudo se deba aumentar la dosis cuando el tranquilizante comienza a producir tolerancia.

En el libro “The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health”(125), los autores analizan 12 encuestas nacionales sobre trastornos mentales comparables entre sí, e incluyen encuestas realizadas en Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Chile y Sudáfrica. Los autores concluyen que las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidad que los hombres de sufrir depresión y ansiedad. Estos últimos presentan mayores prevalencias de abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias (125). Al final, varios estudios coinciden en que las prevalencias en trastornos mentales son parecidas en varones y mujeres. Las mujeres, sin embargo, suelen acudir con mayor frecuencia y consultan más por trastornos depresivos y ansiedad, y los varones por mayor abuso de sustancias y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, estas diferencias de distribución de la patología mental, según el sexo, ha sido objeto de diversas interpretaciones... se podrían postular que ambas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales frente a cada sexo.

Es importante señalar que, cuando se analizan en diferentes estudios la variable sexo, no establecen diferencias significativas en cuanto a la prevalencia total. Las diferencias aparecen al analizar trastornos específicos. No sólo el género influye la distribución de la patología psiquiátrica (124)(125).

El 50% de los pacientes que acuden a un centro de Atención Primaria, aparece un factor psicosocial como precipitante de su demanda y los problemas de salud mental suponen más del 20% de motivos de consulta en medicina general (30). En la investigación llevada a cabo por el Dr. García-Cabezas y su equipo de



profesionales de este ámbito de la Atención Primaria, destacaron que existe un reconocimiento de la importancia del consumo de psicofármacos y del aumento en su uso en los últimos años. Reconocen que los principales prescriptores han sido y siguen siendo los médicos de Atención Primaria.

Un trabajo realizado en consultas de Atención Primaria en Vizcaya, ofrecía una prevalencia de problemas relacionados con salud mental del 28% sobre el total de consultantes durante un mes. Las mujeres presentaban una prevalencia del 23,7% que casi doblaba la de los varones (12,8%), siendo la depresión el trastorno más frecuente en ambos casos, pero, sobre todo, en las mujeres (123).

Otro estudio realizado con mujeres en un área urbana de Pamplona ofrecía tasas de morbilidad del 25% excluyendo la dependencia tabáquica. También destaca un estudio del Dr. Vázquez-Barquero que fue realizado en distintos centros del norte, en concreto en Asturias y Cantabria, donde vuelven a coincidir los datos con los obtenidos en nuestro estudio: los trastornos más frecuentes entre las mujeres fueron la ansiedad generalizada (18,5%), y la depresión (7,1%) (123). Según este meta análisis, con respecto a la prevalencia en las consultas de Atención Primaria en Madrid, ofrecía cifras intermedias con 29,6%. También se correlacionó con características socio demográficas, obteniéndose el mayor consumo de psicofármacos en mujeres, en individuos de edad elevada, viudos o que viven solos, con patología orgánica crónica y en aquellos con síntomas sugestivos de presentar trastorno psíquico no psicótico.

De forma sintética podríamos decir que la influencia del sexo en el consumo de psicofármacos puede deberse a:

Ciertos sesgos de género en el diagnóstico médico y en la elección de la medicación: Es posible que, todavía, los profesionales de la medicina en general tengan la necesidad de asumir un rol paternalista que caracteriza a las mujeres como débiles, vulnerables y emocionales. Parece cierto que médicos y médicas perciben la enfermedad en la mujer con una base psicológica más que física y esta percepción los lleva a prescribir más psicofármacos.

La propia actitud de la cultura en general y de las mujeres en particular

Las mujeres se sienten más responsables que los hombres del cuidado de los hijos, de mayores y las tareas domésticas, lo que hace que sea menos probable que las mujeres puedan controlar sus "malestares" con actividades fuera de casa (por ejemplo, a través del uso social del alcohol). En nuestra encuesta Nacional de Salud(124) observamos, por ejemplo, que los hombres hacen más ejercicio que las mujeres: 4 de cada 10 personas (41,3%) se declara sedentarias (no realizan actividad física en su tiempo libre), uno de cada tres hombres (35,9%) y casi una de cada dos mujeres (46,6%). Considerando tanto la actividad principal como el tiempo libre, el 40,9% de los adultos (15- 69 años) realiza actividad física intensa o moderada, 49,4% de los hombres y 32,4% de las mujeres(121).

La propia sociedad acepta que las mujeres usen más psicofármacos, permitiéndoles expresar sentimientos como la ansiedad, percibir problemas emocionales en ellas mismas y usar la atención médica para los problemas emocionales y a los hombres no (a "ellos" se les permite ser más introspectivos, estar menos en casa y tener otras vías de escape).

La influencia de la industria farmacéutica, a la que no le interesa respaldar estudios de género actualizados.

Si continuamos valorando la influencia del sexo en el consumo de psicofármacos, observamos que también hay diferencias con respecto al tiempo de consumo, pero sin que éstas sean estadísticamente significativas. En algunos estudios este hecho se atribuye, además de una dependencia física (de la que ya hemos hablado) a una dependencia psicológica, ya que las mujeres con un largo historial de consumo suelen establecerse con un mantenimiento de la dosis de las sustancias prescritas en el inicio del tratamiento(125).

Por otro lado, con respecto a la atención en los servicios de urgencias psiquiátricos, se constata que la utilizan con mayor frecuencia los hombres que las mujeres. Así afirmaba en 2004 la Dra. Montero en su artículo "Género y salud mental en un mundo cambiante": el perfil socio demográfico y clínico de los que demandan atención urgente es significativamente diferente, con el predominio entre ellos de unas mayores tasas de privación social, aislamiento y consumo de sustancias, así como trastornos de personalidad. En este mismo sentido, la proporción de

los que acuden solos o conducidos por las fuerzas de orden público es significativamente mayor que en las mujeres en todos los estudios revisados (128).

El hecho de que las mujeres sean más medicalizadas que los varones, y que esta situación se aplique a la prescripción de psicofármacos, nos lleva a pensar en la asociación que hemos confirmado en nuestro estudio: ser mujer es un factor de riesgo con un efecto 1,4 veces mayor de consumo de psicofármacos en mujeres que en hombres. Sin embargo, como hemos indicado anteriormente, esto contrasta con la mayor utilización de los hombres de los servicios de urgencias psiquiátricas y con el hecho de que la influencia del sexo sea sólo significativa en patologías concretas y no de forma general en la Salud Mental.

De esta forma, podríamos decir, que es mejor ver a las personas en su conjunto, donde una concepción integral de la salud ha de incluir los aspectos somáticos, la función social (el rol familiar y su estructura), la identidad sexual, las vivencias internas y emociones que experimenta la persona (forma de afrontar las frustraciones y eventos estresantes) y las condiciones materiales en las que se desenvuelve, debiendo considerarse no solo los problemas específicos que la aquejan, sino las variables que inciden en su determinación. Así, el consumo de psicofármacos, está influenciado por múltiples factores y no sólo el sexo.

## INFLUENCIA DE LA SITUACIÓN LABORAL

Para buscar otros factores que influyan en el consumo de psicofármacos en la población que acude a nuestro servicio de urgencias, nos detenemos a estudiar cómo actúa la actividad laboral (tener o no un trabajo fuera del hogar). Descubrimos que, de las personas que acudieron a urgencias, el 70%, 522 de los 745 entrevistados, se encontraban sin trabajar, frente sólo a un 30% que se encontraba trabajando. Es decir, el número de personas que se atienden sin trabajo (70%) duplica al número de trabajadores (30%). De las personas que trabajaban, tan sólo consumían psicofármacos un 35,4% frente a los no trabajadores que presentaban un consumo estadísticamente significativo del 10% más (45,8%). De esta forma podemos decir que no trabajar es un factor de riesgo, ya que los que no trabajan con-

sumen 1,3 veces más psicofármacos (IC95%:1,06 a 1,6) que los trabajadores (p=0.009).

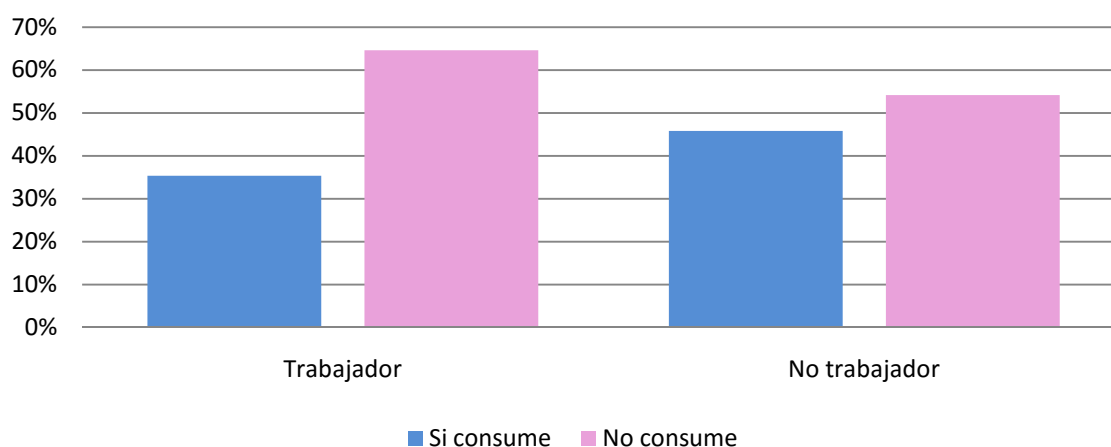


Ilustración 24 INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Sin embargo cuando excluimos a los mayores de 65 años (que suponen un 45,6% del total de pacientes que acuden a urgencias) y observamos a la población activa, descubrimos que existe un 45,5% de paro y, aunque vemos un aumento en el consumo de psicofármacos del 4%, en nuestra muestra, no podemos concluir que no sea debido al azar.

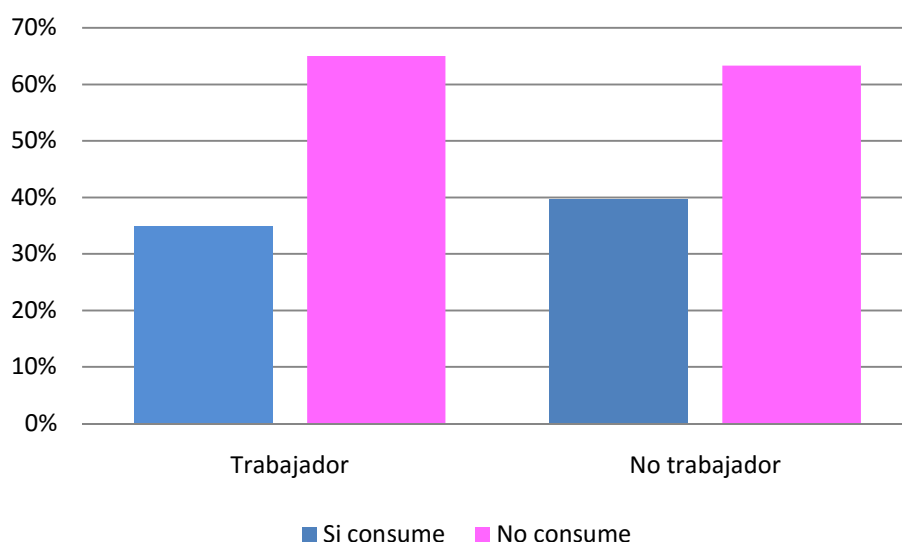


Ilustración 25 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA POBLACIÓN ACTIVA

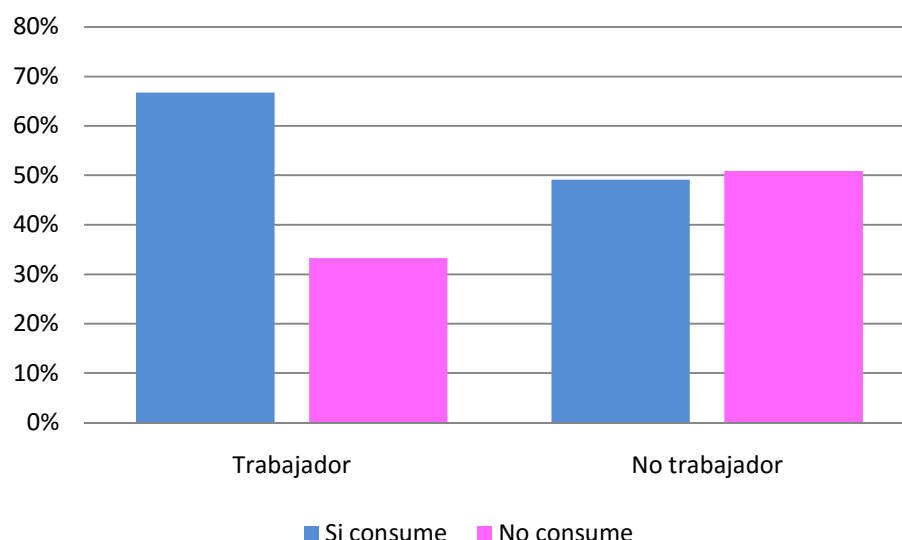


Ilustración 26 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA POBLACIÓN PASIVA

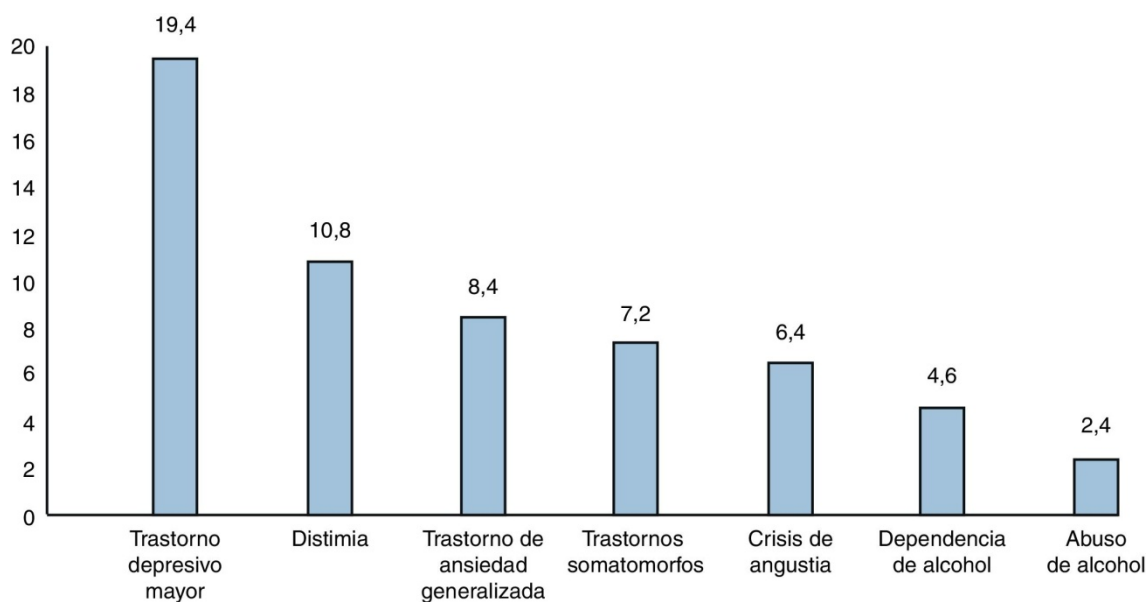
Según la Encuesta de Población Activa, en el último cuatrimestre del 2013 (momento en el que se realizó la recogida de datos) refiere, de forma general, una tasa de paro del 26,03%. Por sexo, el desempleo desciende en 51.600 en los hombres y aumenta en 43.200 en las mujeres. La tasa de paro femenina sube 32 centésimas y se sitúa en el 26,87%, mientras que la masculina baja dos décimas, hasta el 25,31%. Se mantiene la composición del paro observada desde el año 2008, con relativamente poca distancia entre las tasas masculina y femenina y mayor número de hombres en paro que mujeres. Por edad, el descenso del desempleo se ha producido exclusivamente entre los menores de 25 años. Por nacionalidad, el paro sube en 7.700 entre los españoles y baja en 16.100 en los extranjeros. La tasa de paro de la población extranjera es del 36,60%, más de 12 puntos superior a la de las personas de nacionalidad española (24,30%). Por otro lado hay un descenso en el número de activos en este trimestre en 73.400 hasta un total de 22.654.500. La tasa de actividad se sitúa en el 59,43%; es la más baja desde el primer trimestre de 2008. En un año la población activa se ha reducido en 267.900 personas (129).

Concretando en la Comunidad de Madrid vemos que sufre un ascenso global en el número de parados (21%), aunque sigue siendo inferior a la general, a la vez que un descenso en la población activa (63%), en este caso superior al dato general (ambos datos confirman el momento de auge de la crisis económica) (130). En

nuestra población atendimos a un 54% de población activa de los cuales estaban parados el 45%, coincidiendo así con los datos encontrados en el Área 11. En las características socio demográficas, con respecto al general de Madrid, destaca la población inmigrante y de etnia gitana (entre la que el porcentaje de desempleo es mayor al 36%) y un colectivo de población "original" bastante envejecida, que reduce el porcentaje de población activa (y suponen el 45,5% del total de asistencias) por lo que existiría un sesgo para la extrapolación de resultados.

Si observamos la población activa, el 63% no consumían psicofármacos, frente al 37% que sí, pero llama la atención, que en este rango poblacional, encontramos un 4% más consumidores entre los no trabajadores. Este dato, en nuestro estudio, podría ser explicado por el azar, a pesar de que, como dijimos anteriormente, no trabajar supone un factor de riesgo. Posiblemente podamos atribuir la falta de asociación al sesgo poblacional atribuible al Área 11. La mayoría de estudios(142), sí han encontrado asociación estadísticamente significativa entre la crisis económica y el aumento del paro con el consumo de psicofármacos, pero en los años anteriores al estudio. Podríamos hablar de una recuperación, si no económica, al menos sí mental de los españoles.

Los trabajos publicados antes de la crisis financiera del año 2008 sugieren que las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental. Así lo afirma el metanálisis publicado por un equipo estadounidense en 2005(143). El estudio IMPACT (131), realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. El desempleo constituye el factor de riesgo más importante para este aumento. Paralelamente se observa, en los últimos años, un aumento del 10% del consumo de fármacos antidepresivos, aunque no una variación al alza significativa del número de suicidios (131).



**Ilustración 277** INCREMENTO (%) DE LOS TRASTORNOS MENTALES ENTRE 2006 Y 2010 EN ESPAÑA (estudio IM-PACT) (131)

Igualmente en el estudio que se basa en la muestra española del proyecto ESEMeD (132), se observa que las amas de casa (OR = 1,6) y los desempleados o discapacitados para trabajar (OR = 2,9) mostraron el mayor riesgo de depresión que podría correlacionarse, con un mayor consumo de psicofármacos.

### INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, vemos que, de forma global, la asociación con el consumo de psicofármacos, es estadísticamente significativa. También si segregamos por sexo. De forma general, aquellas personas que no se han separado de sus parejas (bien porque son solteros o bien porque continúan junto a la misma) presentan un consumo significativamente menor que aquellas personas que permanecen separadas, sobre todo si la causa de separación es la muerte (este grupo presenta el porcentaje de consumo de psicofármacos más alto).

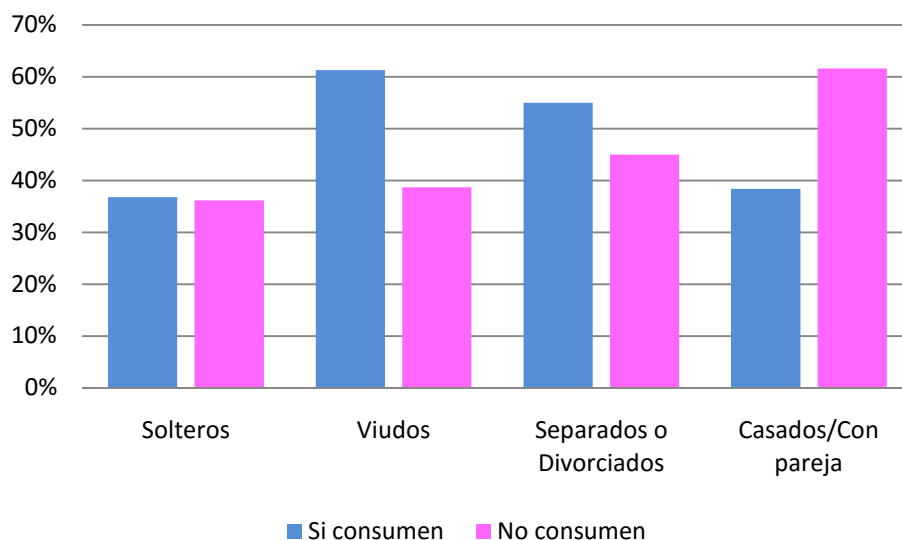


Ilustración 28 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN ESTADO

De esta forma, continuamos el estudio distinguiendo, además de por estado civil, por sexo. Y nuevamente, cabe destacar, la desigual distribución de personas que han perdido su pareja. Observamos el elevado número de viudas, que suponen un 22,5% del total de personas atendidas en urgencias (casi un cuarto del total), frente a los hombres cuyo porcentaje es el menor de todos los estados civiles que encontramos (7%).

Cuando observamos lo que sucede con la población femenina, destaca que las viudas, se declaran consumidoras activas de psicofármacos casi el 65%. Esto contrasta con las casadas, que presentan un consumo del 47%. La viudedad incrementa el consumo de psicofármacos en las mujeres casi un 20%, concretamente las mujeres viudas consumen 1,4 veces más (IC95% 1,3-1,7) que las mujeres casadas o en pareja ( $p=0,003$ ). Si observamos a los hombres, el grupo de los casados es más destacable, presentando casi el 70% de no consumidores frente al 30% de consumidores, pero no podemos afirmar que dicha asociación, en nuestro estudio, no se debe al azar. Seguramente, porque los grupos no están balanceados: hombres viudos en nuestra muestra hay 25 frente a 228 mujeres viudas. Sin embargo hay un aumento en el consumo de un 18% más en viudos que en casados, la tendencia sería que los hombres viudos consumirían más que las mujeres viudas, pero no se ha podido demostrar.



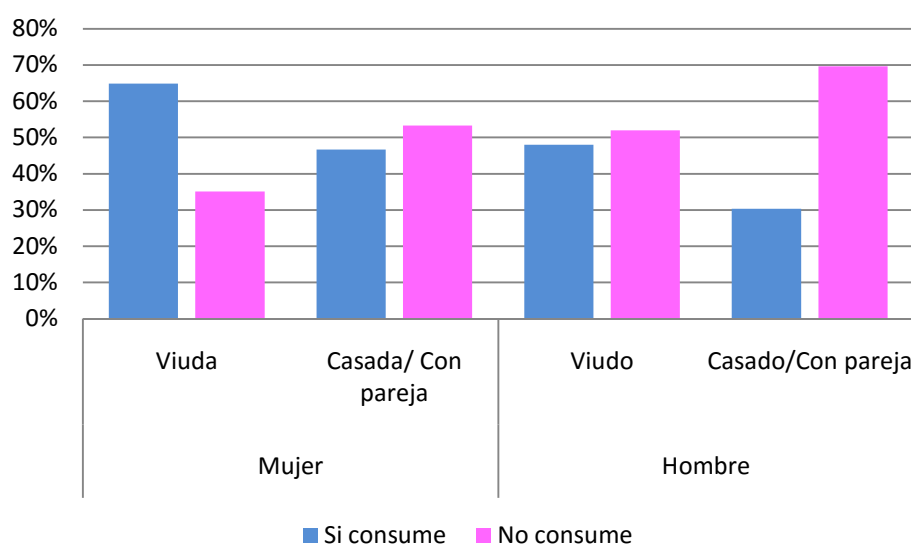


Ilustración 29 INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL Y EL SEXO EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

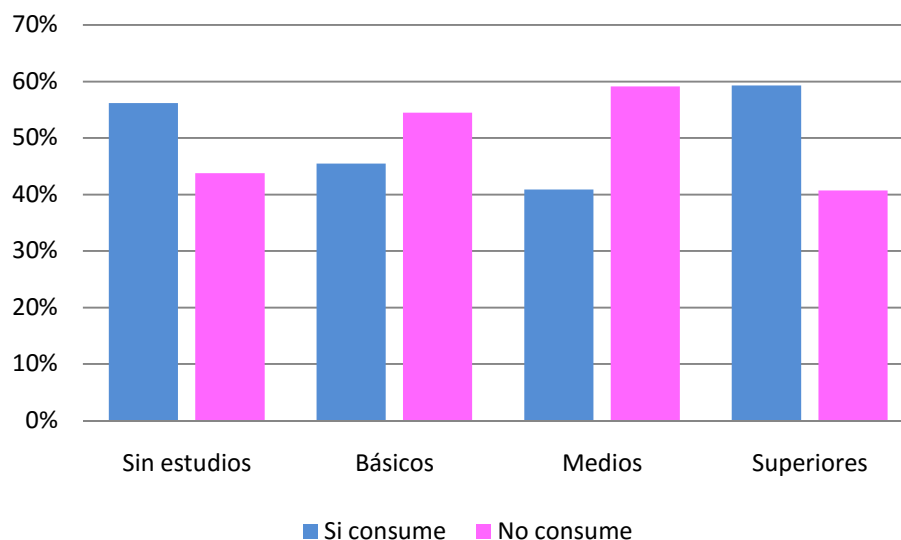
Si comparamos nuestro trabajo con estudios previos, vemos que se aproximan bastante los resultados obtenidos. Concretamente el estudio que se basa en la muestra española del proyecto ESEMeD (132), nos indica que las mujeres tenían un riesgo significativamente mayor que los hombres de presentar síntomas depresivos. Concretamente los previamente casados (separados, viudos o divorciados) eran casi dos veces más propensos a tener un episodio depresivo mayor en el último año, en comparación con los casados ( $OR = 1,8$ ). Es destacable que estos datos se encuentran por debajo de la media Europea (132). El riesgo de consumo de psicofármacos ( $OR=1,4$ ) entre las viudas se correlaciona con estos datos.

Por otra parte, un recientísimo estudio de la hiperfrecuentación (10 o más visitas al médico de familia en el último año), realizado en 2015 por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, extrajeron de las consultas de Atención Primaria de Cádiz, que la hiperfrecuentación aparecía con más frecuencia en viudas y se relacionaba con un aumento en el consumo de ansiolíticos y psicofármacos (133). En estas líneas, en nuestro caso concreto, podríamos relacionar la frecuentación de urgencias con el estado civil, ya que las viudas que acuden suponen casi un cuarto del total de usuarios del servicio de urgencias.

Se podría intuir uno de los reflejos más claros de "medicalización de la vida", ya que la muerte de un ser querido (en concreto de la pareja sentimental) debe provocar, a priori, un sentimiento de profunda tristeza que desemboque en lo que se conoce como "duelo". Eso del duelo es una imagen muy ilustrativa, ya que se trata de una lucha por superar las pérdidas y continuar con la vida. Esto, antes de la llegada de los psicofármacos, se afrontaba con la ayuda de un buen apoyo social y familiar, sin embargo, como vemos en nuestro estudio, hoy en día se correlaciona con el consumo de ansiolíticos y antidepresivos(124).

### **INFLUENCIA DEL NIVEL CULTURAL**

Si atendemos al nivel cultural, en nuestra muestra, existen dos grupos dónde hay más personas que consumen psicofármaco que no consumidores, se trata de aquellos que clasificamos sin estudios (56% consumen psicofármacos) y los que clasificamos con estudios superiores (casi el 60% son consumidores de psicofármacos). A pesar de este hallazgo, en general están bastante igualados los consumidores y no consumidores de psicofármacos en los diferentes niveles de estudios, por lo que no existen diferencias significativas, al menos, en la muestra estudiada. Podemos decir que el consumo de ansiolíticos y antidepresivos está igual de extendido en todos los grupos, se podría valorar que, independientemente del nivel de estudios, existe una desinformación generalizada y la tendencia a no valorar los riesgos, sobre todo de dependencia, de estas sustancias.

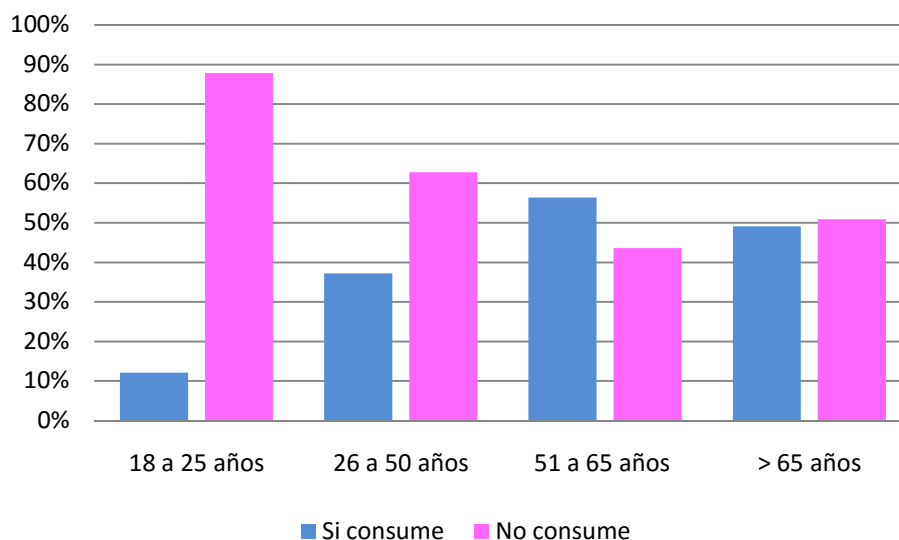


**Ilustración 30 INFLUENCIA DEL NIVEL CULTURAL EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS**

Si comparamos nuestro estudio con previos vemos que se aproximan bastante los resultados obtenidos. Concretamente el estudio que se basa en la muestra española del proyecto ESEMeD (132) nos indica que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el nivel educativo, nivel de ingresos o la urbanidad.

### **INFLUENCIA DE LA EDAD**

Observamos que los más jóvenes, hasta los 25 años, constituyen el grupo de menor incidencia de consumo de psicofármacos (12%). Conforme se aumenta la edad, aumenta la incidencia en el consumo de psicofármacos, siendo del 37% en las edades comprendidas entre los 26 y 51, hasta invertirse la frecuencia en el grupo de 51 a 65 años, donde existen más consumidores que no consumidores (el 56% frente al 44% respectivamente). Posteriormente en el grupo de los mayores de 65 años los valores están bastante igualados, aunque vuelven a ser más los no consumidores (49% consumidores frente al 51% no consumidor).



**Ilustración 31** FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN RANGOS DE EDAD

De esta forma observamos que la edad media de los consumidores de psicofármacos es de 62 años, con una desviación estándar de 20 años, frente a la edad media de los no consumidores que es 53 años, con una desviación estándar de 23,4 años, es decir, casi 9 años más jóvenes. Esta diferencia de edad (IC95% 5,5-11,7%) es estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Dicho de otra manera, la edad es un factor de riesgo para el consumo de psicofármacos, siendo el rango más peligroso el comprendido entre 51 y 65 años de edad. Así lo confirma la tesis doctoral del Dr. F. Rosagro, publicada en 2013 por la Universidad de Murcia, donde afirma que el consumo aumenta con la edad, sobre todo en mujeres e inactivas laboralmente(147).

Además, quisimos escindir el grupo según el sexo que, como con anterioridad comprobamos, había asociación estadísticamente significativa con el consumo de psicofármacos, queríamos ver si era así en todo los rangos de edad. Descubrimos que no, la asociación es muy significativa entre los mayores de 65 años donde el hombre consume un 60% menos, continua existiendo asociación cada vez menor entre los grupos de 51 a 64 años (54,5% menos los hombres) y los grupos 26 a 50 años (34% menos el hombre) hasta que, en los más jóvenes (menores de 26 años) no se encuentra relación entre el consumo de psicofármacos y el sexo.

Tabla 40 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO EN LOS DIFERENTES RANGOS DE EDAD.

EDAD	SEXO	CONSUMO PSICOFÁRMACOS				"P"valor
		Sí consume	No consume	TOTAL		
<26 años	Sexo	HOMBRE	2 (8,0%)	23 (92,0%)	25 (100%)	0,700
		MUJER	6 (14,6%)	35 (85,4%)	41 (100%)	
	Total	8 (12,1%)	58 (87,9%)	66 (100%)		
26 a 50 años	Sexo	HOMBRE	33 (28,9%)	81 (71,1%)	114 (100%)	0,014
		MUJER	61 (43,9%)	78 (56,1%)	139 (100%)	
	Total	94 (37,2%)	159 (62,8%)	253 (100%)		
51 a 64 años	Sexo	HOMBRE	10 (32,3%)	21 (67,7%)	31 (100%)	0,001
		MUJER	39 (70,9%)	16 (29,1%)	55 (100%)	
	Total	49 (57,0%)	37 (43,0%)	86 (100%)		
>64 años	Sexo	HOMBRE	58 (36,9%)	99 (63,1%)	157 (100%)	<0,001

Buscando explicación a esta asociación acudimos a la Encuesta Nacional de Salud, del año 2012, donde observamos cómo, en términos generales, la percepción de un bajo apoyo social aumenta conforme avanza la edad. Así lo declaran el 4,3% de los hombres y el 5,5% de las mujeres de 75 y más años, siendo estos los valores más altos. También, al aumentar la edad aumenta el diferencial entre hombres y mujeres, siendo en todos los grupos la mujer (excepto el de jóvenes de 16 a 24 años) es la que percibe menor apoyo. El 93,4% de la población española declara tener una familia considerada normofuncionante, siendo la diferencia entre hombres y mujeres, apenas perceptible(121).

Si comparamos nuestro estudio con trabajos previos, vemos que se aproximan bastante los resultados obtenidos. Concretamente el estudio que se basa en la muestra española del proyecto ESEMeD (132), nos indica que las personas con edades entre 50 y 64 años mostraron un mayor riesgo de consumo de psicofármacos en comparación con las cohortes más jóvenes. Para determinar si el riesgo era más concentrado en ciertos grupos de la población, examinaron si se correlacionaba con otros factores socio demográficos según el grupo de edad. Con respecto a los efectos del sexo el riesgo diferían entre cohortes con grandes riesgos proporcionales para las mujeres mayores a 65 años y menos importantes para el grupo de 35-49 años de edad. El aumento proporcional en el riesgo más grande de los ante-

riormente casados (viudos y separados) se encontró en el grupo de 35-49 años de edad. Pero concluyen que no se encontró asociación significativa entre las variables socio demográficas (132) En nuestro caso, con datos muy similares sí existe asociación.

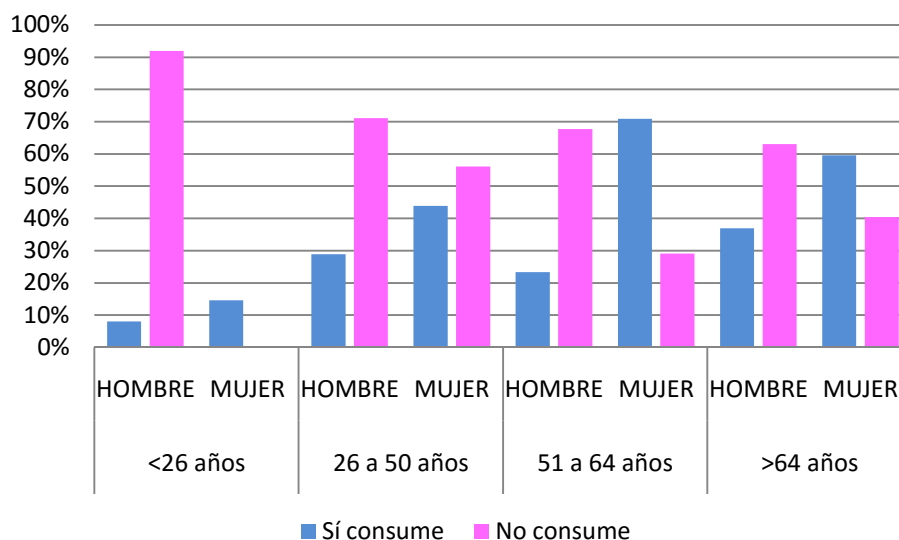


Ilustración 32 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN SEXO EN LOS DIFERENTES RANGOS DE EDAD

Entre los resultados de una investigación en Atención Primaria (123), destaca el hallazgo de un perfil entre las consumidoras de psicofármacos que corresponde a casadas mayores de 45 años que acuden a las consultas de atención primaria por problemas de ansiedad y depresión. Entre las encuestadas, muchas refieren un largo historial de consumo, con un mantenimiento de la dosis de las sustancias prescritas por el médico en el inicio del tratamiento, lo que para las autoras puede reflejar una dependencia psicológica más que física. Destacar el alto porcentaje de personas que demandan tratamiento porque consideran que tienen adicción al psicofármaco. También hay otro grupo importante de encuestados que demandan tratamiento y que, sin embargo, no reconocen su dependencia al mismo. Frente a esta situación las autoras ven, como posible alternativa, la puesta en marcha de futuras investigaciones sobre las posibles causas de este hecho, que atribuyen a la transición a la menopausia y a la posible reducción de responsabilidades en el hogar, por lo que incentivan los trabajos en esta línea.

Por otro lado, las mujeres recurren a los psicofármacos para aliviar la ansiedad, estrés y depresión, aunque con diferencias según el momento vital en cuanto a los síntomas que expresan o a la forma de manifestar sus malestares:

- Las mujeres jóvenes: articulan su discurso en torno a la ansiedad
- Las mujeres de edad media articulan su discurso en torno al estrés
- Las mujeres de edad mayor articulan su discurso en torno a la depresión (123).

No importa que los síntomas sean diferentes, como lo serán los acontecimientos vitales predominantes en cada uno de los estadios de la vida, la industria farmacéutica tiene un psicofármaco alternativo para cada momento. Es más, si consigue generar personas dependientes en los rangos menores de edad, se asegura (gracias a la dependencia y a las recaídas) un alto porcentaje de consumidores crónicos. Así lo afirma el doctor australiano B.Bay en su libro " Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes"(124)

Finalmente es importante fijarnos en el grupo etario más anciano, que constituye el grupo más vulnerable. Encontramos en la literatura a un grupo de irlandeses que publicaron en 2013 (140), una asociación estadísticamente significativa entre el consumo inapropiado de psicofármacos y un aumento en los pacientes que acuden a urgencias por caídas accidentales.

También se asocia este grupo con un mayor riesgo de sufrir intoxicaciones medicamentosas involuntarias e interacciones farmacológicas en urgencias, lo han confirmado así el grupo de investigadores de Zaragoza (141).

Y, otro estudio interesante publicado en Noruega en 2014 (142), relacionó de forma estadísticamente significativa el mayor riesgo de sufrir fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años que tomaban ansiolíticos e hipnóticos.

En contraposición, según un artículo publicado en la revista *Psiquiatría y Salud* en 2015 (143), parece que, mientras hipnóticos y ansiolíticos se contraindican cada vez con más fuerza en mayores de 65 años, se relaciona de forma favorable el consumo de antidepresivos con una menor incidencia de ingresos en los pacientes que acuden a urgencias.

Podríamos concluir que la asociación entre el consumo de psicofármacos y la edad se podría explicar por:

- Aumento de la percepción de menor apoyo social conforme se avanza en la edad.
- La influencia indirecta de factores socio demográficos entre la población comprendida entre 51 y 65 años de edad.
  - El estado civil, siendo más frecuente el consumo de psicofármacos entre los que anteriormente tenían pareja y la pierden (viudos y separados/divorciados)
  - El sexo, siendo más frecuente el consumo de psicofármacos en la mujer, pero de forma muy igualada con el hombre en este rango de edad (en las mujeres mayores de 64 años aumenta la frecuencia).
  - El trabajo, presentando un mayor consumo de psicofármacos que se encuentran en paro.
  - La "crisis de los 50" caracterizada, en primer lugar, por cuadros de ansiedad anticipatoria donde se percibe el fin de la actividad laboral y, con ellos, el inminente envejecimiento y cambio de rol social. En segundo lugar se correlaciona con cambios fisiológicos que anuncian el declive físico (menopausia, prostatismo, etc.).
- A lo largo de la evolución madurativa se medicaliza cada estadio de afrontación de estrés y frustración (primeras épocas de la vida ansiedad, edad media estrés, ancianos depresión) correspondiéndolo con un psicofármaco diferente cada vez (ansiolíticos, sedantes/hipnóticos, antidepresivos).
- Conforme avanza la edad, existe mayor polimedicación, con una disminución funcional orgánica, que explicaría el aumento de intoxicaciones en mayores de 65 años, así como la somnolencia y el aumento de riesgo de caídas.
- Con una perspectiva optimista, podríamos decir, que el rango de edad de los más jóvenes hasta los 50 años (sobre todo de 18 a 25) presentan un menor consumo y no existe diferencia entre sexos. Podríamos pensar que desde el punto de vista educacional hay, por un lado, más igualdad y, por el otro, más educación. Tienen una mayor información sobre los psicofármacos y, a la hora de elegir, prefieren otras sustancias que estarían más "de moda" y les parecen más ino-



cuas que los propios psicofármacos. Para sustentar esta hipótesis, estudiamos el consumo de otras sustancias habituales en nuestra sociedad y su asociación con los psicofármacos.

### CONCOMITANCIA CON OTRAS SUSTANCIAS

Recordamos que lo que intentamos fue valorar el consumo de otras sustancias habituales que generan dependencia, preguntando a los pacientes que acudían al servicio de urgencias sobre su habituación al tabaco, alcohol y caféina. Incluimos estas sustancias dentro de las que, anteriormente encuadramos como sustancias legales. También interrogamos sobre el consumo de otras drogas, englobando en este grupo el amplio espectro de sustancias que denominamos ilegales sin entrar en especificar cuál (cannabis, cocaína, éxtasis...)

#### TABACO

Si observamos la frecuencia de fumadores entre los pacientes que acuden al servicio de urgencias, tan sólo el 20% fuma frente al 80% que no fuma (el 58,5% nunca ha fumado el 21,5% se considera ex fumador). Si vemos qué ocurre entre los consumidores de psicofármacos no encontramos asociación estadísticamente significativa, aunque, de forma general, fuman menos los consumidores de psicofármacos (61,6% frente a 56,2% de no consumidores) hay muy poca diferencia: fuma el 19% de consumidores frente al 21% de no consumidores, y encontramos 20% de ex fumadores entre los consumidores de psicofármacos frente a 23% de los no consumidores.

Tabla 41 FRECUENCIA DE FUMADORES

		TABAQUISMO				
		NO FUMADOR	FUMADOR	EXFUMADOR	Total	"P" valor
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS	Sí consume	196 (61,6%)	59 (18,6%)	63 (19,8%)	318 (100%)	0,330
	No consume	240 (56,2%)	90 (21,1%)	97 (22,7%)	427 (100%)	
Total		436 (58,5%)	149 (20%)	160 (21,5%)	745 (100%)	

Podríamos esperar lo contrario, ya que hay estudios (134), que han demostrado la asociación entre enfermedad mental y tabaco. Las patologías en las que más ampliamente ha sido estudiada esta comorbilidad han sido los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos y de ansiedad y el consumo de otras sustancias psicoactivas (134). Es posible que, siendo los ansiolíticos el grupo farmacológico más consumido, estas personas no tengan la necesidad de buscar ese "desahogo" en el tabaco. O, lo que parece más razonable, a pesar de consumir medicación al respecto estas personas no se podrían encuadrar dentro de los trastornos mentales. Una vez más parece que la patología de base no existe como tal, tratándose con antidepresivos y ansiolíticos episodios o crisis vitales "normales".

Esta idea podría reforzarse, al abstraernos de la población concreta del Área 11 y analizar que ocurre en la comunidad de Madrid y en el resto de países de Europa. Según los indicadores de salud del Ministerio de Sanidad(134), el tabaquismo continúa siendo, a pesar del descenso continuado desde los años 90 en el número de muertes atribuibles al tabaco, la primera causa de mortalidad evitable en España. El 27,1% de la población española de 16 y más años (31,6% de los hombres y 22,9% de las mujeres) fumaba en el año 2011. Este porcentaje descendió desde 2001, en términos absolutos, en un 7,4% en el conjunto de la población y en un 10,6% en los hombres, mientras que el descenso entre las mujeres entre esos dos años fue del 4,4%.

El menor descenso observado entre las mujeres se debió al incremento en la prevalencia de tabaquismo entre 2001 y 2011 en las mayores de 64 años y sobre todo en las de 45 a 64 años, grupo éste en el que el porcentaje de fumadoras aumentó un 9%. Recordemos que este mismo grupo (mujeres entre 45 y 64 años) presentaba mayor riesgo de consumo de antidepresivos y ansiolíticos.

Por comunidades autónomas Madrid presentaba un 24,8% un poco más de nuestro resultado (20%). Alrededor de un 24% de la población de 15 y más años en el conjunto de los países miembros declara que son fumadores diarios. Las diferencias entre unos países y otros fueron grandes. Bulgaria, con un 39,7%, fue el país con mayor prevalencia de fumadores diarios, seguido de Letonia (33,7%),

Grecia (31,9%) y Hungría (31,4%). Por su parte, Suecia (13,6%), Finlandia (17,8%), Eslovenia (18,9%) y Eslovaquia (19,4%) fueron los países donde se registró el menor porcentaje de población adulta que declaró fumar a diario. España, con un 24% de fumadores diarios, se encuentra en un nivel cercano a la media de la Unión Europea (134)

**Tabla 42** COMPARATIVA DEL CONSUMO DE TABACO

Población	Nuestro Estudio	Madrid	España	Unión Europea
% Tabaquismo	20%	24,8%	27,1%	23,5%

De esta forma, podemos concluir, que los pacientes que acudieron al servicio de urgencias consumían un poco menos tabaco de la media nacional sin que existiera asociación entre fumar y consumir psicofármacos.

### **ALCOHOL**

Al continuar examinando asociaciones de psicofármacos con consumo de otras sustancias, debemos destacar que el consumo de psicofármacos supone un factor protector del consumo de alcohol ( $p= 0.006$ ). El riesgo de consumir psicofármacos es 1,26 veces menor entre los consumidores de alcohol que los abstemios. Dicho de otra forma, en nuestro estudio debemos indicar que existe una asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y el consumo de psicofármacos.

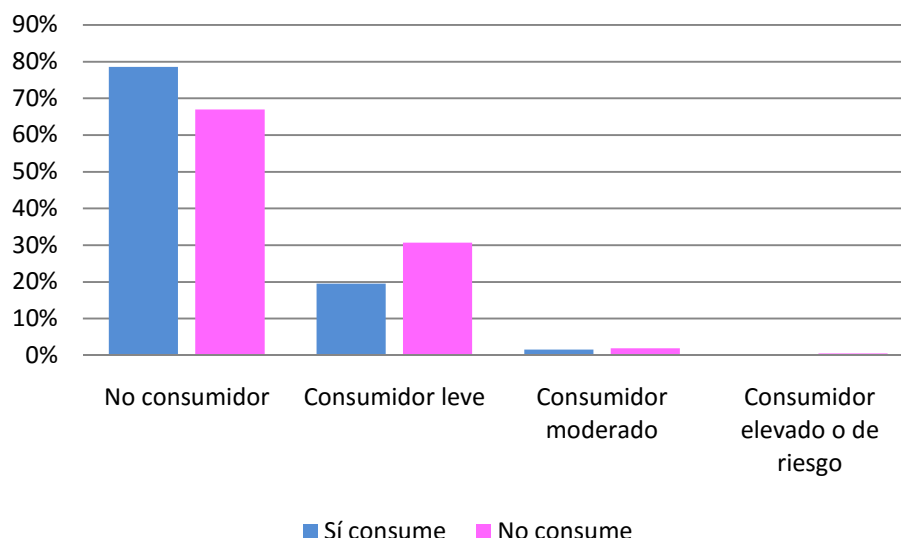


Ilustración 33 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Esta asociación está abalada, en primer lugar, por otros estudios, p.e. el realizado en Zaragoza que concluyó que el consumo excesivo de alcohol es mayor en varones, separados o divorciados y de nivel económico alto, y en los más jóvenes. Los sujetos con un consumo excesivo de alcohol son menos consumidores de medicamentos y psicofármacos (136).

Por otro lado, el consumo de alcohol potencia la acción inhibitoria de los psicofármacos, por lo que está totalmente contraindicado combinar ambos. Parece que la población en general conoce esto perfectamente y, la mayoría, sigue este consejo médico. Pero hay una minoría que, basándose en dicha interacción, utilizan ambas sustancias con fines recreativos.

En varios países latinoamericanos se ha dado la voz de alarma por esta "moda" entre los jóvenes de consumo de lo que llaman la "jarra loca", que es la mezcla de alcohol con todo tipo de medicamentos, principalmente hipoglucemiantes y psicofármacos, que consiguen en sus propias casas o, por un precio muy inferior al del resto de drogas ilegales, en las propias farmacias (137) (138). Esta práctica de riesgo también está presente en nuestra sociedad.

Si nos fijamos en la Encuesta Nacional de Salud(134), descubrimos que el consumo de alcohol está ampliamente extendido y aceptado en nuestra sociedad.

El 65,6% de la población de 15 y más años había consumido alcohol alguna vez en el último año (77,5% hombres y 54,3% mujeres). El porcentaje de personas con un consumo elevado de alcohol, considerado de riesgo, se sitúa en el 4,7% de la población española, siendo este consumo muy superior en los hombres (6,8%) que en las mujeres (2,7%). En el grupo de edad de 45 a 54 años se acumula el mayor porcentaje de este tipo de bebedores, llegando hasta el 10,4% entre los hombres. Si bien, dicho grupo de edad, es también el de mayor consumo en las mujeres (3,6%), se mantiene una elevada diferencia respecto al de hombres. Sin embargo, como hemos comentado anteriormente, este rango de edad es donde se produce el mayor índice de consumo de psicofármacos pero, al revés, predominando en las mujeres. Dicha diferencia entre sexos, tanto del consumo de alcohol como del consumo de psicofármacos, se observa en todos los grupos de edad. Entre los más jóvenes esta diferencia es menos acusada. Este indicador confirma que en el consumo de alcohol aparece otra diferencia por sexos, debida a la socialización de género y para cuya prevención y asistencia debe tratarse de intervenir sobre las actitudes de género (121).

Por otra parte, los trabajos publicados antes de la crisis financiera del año 2008, sugieren que las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental. El estudio IMPACT (131), realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. Los autores concluyen que las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidad que los hombres de sufrir depresión y ansiedad. Estos últimos presentan mayores prevalencias de abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias (125). También se observan diferencias de género, con un aumento de la dependencia de alcohol en mujeres durante el periodo de crisis. El desempleo constituye el factor de riesgo más importante para este aumento. Paralelamente se observa, en los últimos años, un aumento del consumo de fármacos anti-depresivos, aunque no una variación al alza significativa del número de suicidios(131).

Resumiendo los comentarios anteriores, podríamos concluir que el consumo de alcohol es una práctica usual, cultural y ampliamente establecida entre más de la mitad de la población Española. En ocasiones esta práctica está relacionada con la búsqueda de solución de síntomas ansiosos y depresivos, principalmente en los hombres. De forma transversal, en la cultura mediterránea, el consumo de alcohol está en relación con las redes sociales y de apoyo (137). El consumo de psicofármacos es un factor protector para el consumo de alcohol, seguramente, por las interacciones entre ambos. Puede que el consumo de psicofármacos suponga un mayor aislamiento social del individuo, ya que, la mayoría de los acontecimientos sociales en España están relacionados con el alcohol en alguna medida.

#### ***DROGAS ILEGALES Y CONSUMO DE BEBIDAS ESTIMULANTES***

Para continuar valorando sustancias habituales que generan dependencia, observamos la frecuencia de consumo de bebidas estimulantes, sin que exista una asociación significativa con el consumo de psicofármacos.

El café, el té, el chocolate y los refrescos de cola son las principales fuentes de cafeína, junto con la bebida energética ahora en auge (que es consumida en casi todas las edades y estratos socioeconómicos). La cafeína es un antagonista competitivo de los receptores adenosínicos del SNC. Sus principales efectos son psicoestimulantes, respiratorios, músculo-esqueléticos y cardiovasculares genera tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (140). En nuestra muestra destacamos que casi el 48% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias no consumen ningún tipo de bebida estimulante. Dentro de este grupo de abstemios encontramos a la mitad de consumidores de ansiolíticos, el 51%, casi un 6% más los no consumidores de ansiolíticos que suponen un 45,4%. El segundo grupo más numeroso lo encabezan los consumidores de café, suponiendo casi el 36% de la población total, siendo en este caso un poco mayor el porcentaje de consumidores de café entre los que no consumen psicofármacos que entre los consumidores de psicofármacos (el 36,5% y 35% respectivamente). El consumo de otras bebidas esti-

mulantes es mucho menor y continua sin existir asociación estadísticamente significativa con el consumo de psicofármacos.

Tabla 43 FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ESTIPULANTES

		CONSUMO CAFEÍNA O TEÍNA						Total	"P"valor
		NO CONSUMIDOR	CONSUMIDOR DE CAFE	CONSUMIDOR DE TE	CONSUMIDOR DE BEBIDAS CAFEINA-DAS (coca cola)	CONSUMIDOR DE BEBIDAS CON TAURINA (red-bull)	CONSUMIDOR DE VARIAS BEBIDAS ESTIMLANTES DIFERENTES		
<b>CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS</b>	Sí	162 (50,9%)	111 (34,9%)	17 (5,3%)	12(3,8%)	12(3,8%)	4 (1,3%)	318 (100%)	0,119
	No	194 (45,4%)	156(36,5%)	25 (5,9%)	26(6,1%)	10(2,3%)	16(3,7%)	427(100%)	
	Total	356(47,8%)	267(35,8%)	42(5,6%)	38(5,1%)	22(3,0%)	20(2,7%)	745(100%)	

Con respecto a las drogas "ilegales" en nuestra muestra la gran mayoría (97,2%) de los pacientes que acuden al servicio de urgencias niegan consumir otros tipos de drogas y, de forma concomitante con psicofármacos, menos de 1%. Contrastando nuestros resultados con otros datos, hallamos que según la Encuesta Nacional de Sanidad (121) la edad media de inicio de consumo de otras drogas psicoactivas se sitúa entre los 13 y los 16 años y su consumo en estudiantes aumenta con la edad. El cannabis es la droga ilegal más consumida (26,6% en los últimos 12 meses y 16,1% en los últimos 30 días), asociándose a un peor rendimiento escolar. En el 35% de los estudiantes se observó poli consumo. Por tanto, podríamos concluir con que este valor se encuentra infravalorado en nuestra muestra, posiblemente las personas que acudieron a urgencias no fueron del todo sinceras en este aspecto.

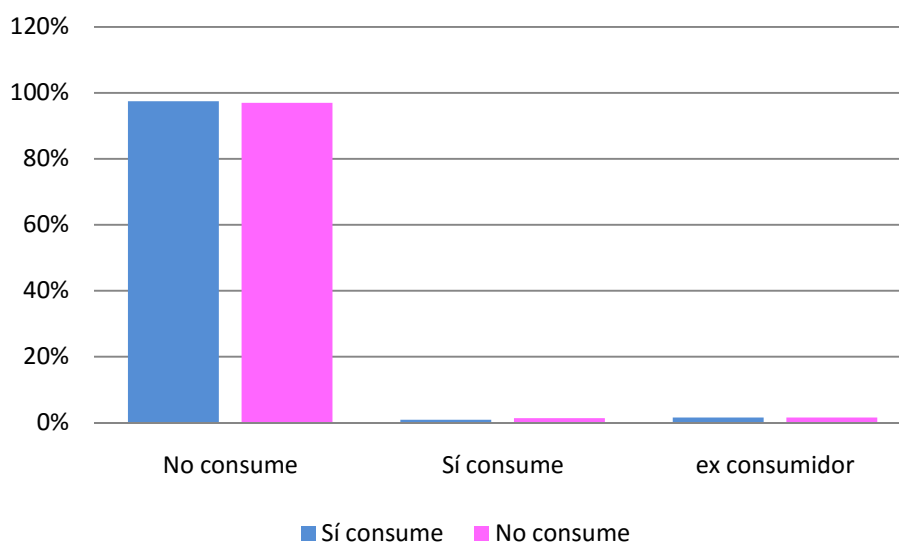


Ilustración 344 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Por otra parte, el éxito para una deshabituación completa, tendremos que equiparar los psicofármacos al resto de drogas y así, para no incurrir en recaídas ni reaparición de los síntomas iniciales, la retirada progresiva, programada, con medicación coadyuvante si fuera necesario y bajo la supervisión de un facultativo es esencial.

Podrías concluir, que el conocimiento y la concienciación de este problema sanitario y social, puede ayudarnos, en primer lugar, a una mejor práctica médica en el servicio de urgencias y, en segundo lugar, a tomar medidas preventivas orientadas a paliar, de alguna forma, este consumo abusivo de psicofármacos.



## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para finalizar, es importante interpretar nuestros resultados en el contexto de algunas limitaciones:

- Se trata de un estudio transversal, es difícil la extrapolación en el tiempo.
- La muestra pertenece a un área muy concreta de la Comunidad de Madrid, con lo que la extrapolación a toda la población presenta un intervalo de confianza del 95%.
- El periodo de tiempo seleccionado corresponde a un momento muy concreto, de recesión económica, en la historia de España.



## CONCLUSIONES

- El 35,5% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, reconocen consumir de forma activa psicofármacos; De estos, el 58% presentan un patrón de consumo abusivo.
- Los ansiolíticos son los psicofármacos que con mayor frecuencia se consumen de forma abusiva; siendo estos a su vez utilizados sin prescripción médica.
- La ansiedad, la depresión y el insomnio suponen el 95% de los motivos del consumo de psicofármacos.
- Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de psicofármacos y las siguientes variables:
  - El sexo (el hombre consume un 38,8% menos psicofármacos que las mujeres)
  - La edad (el rango de edad de mayor prevalencia de consumo es el comprendido entre 51-65 años)
  - El estado civil (el consumo de psicofármacos es mayor en las mujeres viudas, concretamente casi un 20%)
  - La Situación laboral (los “no trabajadores” consumen un 10% más que aquellos que están activos laboralmente).
  - El consumo de medicación habitual (el 80% de los casos incluyen algún psicofármaco)
  - El consumo de alcohol (los consumidores de psicofármacos consumen un 12% menos alcohol)



## ANEXOS

### ANEXO 1: CONCEPTO DE ABUSO DE PSICOFÁRMACOS: ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS

Concepto de abuso de antidepresivos y ansiolíticos: según la guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada que la OMS publicó en 2010 se debe suspenderla medicación antidepresiva (antidepresivos y ansiolíticos) cuando la persona(a) no tiene síntomas o tiene síntomas mínimos de depresión durante 9 – 12 meses y (b) ha podido realizar actividades de rutina durante ese período de tiempo.

La abstinencia efectiva de benzodiazepinas utiliza una disminución gradual de la dosis durante 8 – 12 semanas y con conversión a benzodiazepinas de acción prolongada; conjuntamente con apoyo psicosocial.

Siguiendo las referencias anteriores podemos hablar de abuso si el consumo es mayor a 12 meses de tratamiento más 3 meses de disminución gradual para la correcta deshabitación.

## ANEXO 2: CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES DE BEBIDA ESTANDAR (UBEs)

La Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre drogas publicado en febrero de 2007, propone en su apartado sobre el consumo de alcohol una forma sencilla de clasificación de los consumidores de alcohol en diferentes categorías. Basándose en el contenido en gramos de alcohol que tienen las diferentes bebidas habituales presenta una tabla sencilla para la conversión de los mismos en Unidades de Bebida Estándar. Según el número de unidades de bebida consumidos a la semana se establece el patrón de consumo de la persona. Para nuestro estudio utilizaremos la tabla de UBEs básica como referencia.

La graduación alcohólica se expresa en grados y mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc, o sea el porcentaje de alcohol que contiene una bebida; es decir un vino que tenga 13 grados, significa que 13 cc de cada 100 cc son de alcohol absoluto, es decir el 13%. El grado alcohólico viene expresado en los envases como (°) o bien como vol%.

Desde la perspectiva sanitaria tiene mayor relevancia determinar los gramos de etanol absoluto ingerido, que no el volumen de bebida alcohólica.

Para calcular el contenido en gramos de una bebida alcohólica basta con multiplicar los grados de la misma por la densidad del alcohol (0,8).

La formula sería:

$$\text{gramos alcohol} = \frac{\text{volumen (expresado en c.c.)} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$

Es decir si una persona consume 100 c.c. de un vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto ingerida es:

$$\frac{100 \text{ c.c.} \times 13 \times 0,8}{100} = 10,4 \text{ gr alcohol puro}$$

Otro ejemplo, en una cerveza de cuarto (250 c.c.) y de graduación 4,8 grados, la cantidad de alcohol absoluto es:

$$\frac{250 \times 4,8 \times 0,8}{100} = 9 \text{ gr alcohol puro}$$

### Cálculo del consumo de alcohol

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países.

Un estudio de la OMS indicó que la cerveza contenía entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10,5 y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%, y la sidra entre el 1,1% y el 17%. Por ello, es esencial adaptar los tipos de las bebidas a lo que es más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio.

Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE).

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº UBE
VINO	1 vaso (100 c.c.)	1
	1 litro	10
CERVEZA	1 caña (200 c.c.)	1
	1 litro	5
COPAS	1 carajillo (25 c.c.)	1
	1 copa (50 c.c.)	2
	1 combinado (50 c.c.)	2
	1 litro	40

Tipos de bebidas y su equivalencia en Unidades de Bebida Estándar

**ANEXO 3: MODELO INFORME DE ALTA DE URGENCIAS DEL PROGRAMA  
BALMIS 2006 UTILIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCD  
GOMEZ ULLA**

**Informe de Alta**

Fecha de Ingreso:                      Fecha de Alta:

**Motivo de Ingreso o Consulta:**

**Antecedentes**

Reacciones Alérgicas o Intolerancias

Antecedentes Médicos

Antecedentes quirúrgicos

Hábitos tóxicos

- Tabaquismo:
- Alcoholismo
- Consumo de otras drogas

Tratamiento habitual:

- Consumo de psicofármacos
  - o Ansiolíticos
  - o Antidepresivos
  - o Ambos grupos (ansiolíticos y antidepresivos)
- Persona que prescribió
- Desde cuándo lo toma
- Recaídas/intentos de retirada
- Tiempo transcurrido entre el fin del tratamiento y la recaída
- Diagnostico (¿por qué lo toma?)

**Anamnesis**

**Situación Basal:**

- Estado civil:
- Nivel cultural
- Estado laboral
- Profesión:

**Historia Actual:**

**Exploración Física:** TA:      FC:      T°:      SatO<sub>2</sub>:

**Exploraciones Complementarias**

**Procedimientos Terapéuticos**

**Evolución y Comentarios**

**Juicio Clínico**

**Tratamiento**

**Indicaciones al Alta**

- Si precisa citas en el hospital, asegúrese de disponer de la misma antes de abandonar el centro. - Todos los pacientes deberán acudir provistos de la Tarjeta Sanitaria actualizada o documento que acredite el derecho a la asistencia.

Firmado:	Fecha
<b>NOGUERA MARÍN MARÍA JOSÉ (nºCol: 282868117)</b>	

"De acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que los datos personales que Vd. ha facilitado a través de este formulario, se incorporarán a un fichero, cuyo responsable es la Inspección General de Sanidad, y que se encuentra registrado en la Agencia Española de Protección de Datos. Le asiste, si lo desea, ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente de este Centro (Art. 15 y 16 de la ley)"



## ANEXO 4: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (HIP)

**Título del estudio:** CONSUMO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A UN SERVICIO DE URGENCIAS

### **¿En qué consiste este registro? ¿Cuáles son sus objetivos?**

En el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla se está llevando a cabo un registro más detallado sobre el consumo de fármacos en la población que acude a nuestro servicio de Urgencias. Concretamente se quiere comprobar si el consumo de ansiolíticos y antidepresivos en esta población supera el tiempo recomendado por la OMS de utilización de dichos fármacos. El estudio forma parte de un proyecto de investigación postgrado de la Universidad de Alcalá de Henares y está coordinado por tres profesores de esa universidad, que a su vez pertenecen al departamento de Medicina Preventiva de este hospital: Dr. Natalio García Honduvill, Dra. Ana Isabel López Figueras y el Dr. Carlos Gutiérrez Ortega.

Mediante esta hoja de información la Dra. María José Noguera Marín, investigadora y médico residente de medicina de familia y comunitaria, le invita a participar en el estudio mediante la autorización de la recogida de datos de su historia clínica, a través de una entrevista personal, manteniendo su anonimato en todo momento. Para que usted pueda decidir si desea participar o no, se le entrega esta “hoja de información al paciente” rogándole por tanto que proceda a su lectura detenidamente. Por favor, firme el consentimiento informado si está de acuerdo en participar en este estudio autorizando la recogida de datos de su historia clínica mediante una entrevista personal y manteniendo en todo momento su anonimato. Tras firmar el documento, recibirá una copia del mismo.

### **¿Cuáles son sus objetivos? ¿Cómo se realizará el estudio?**

Determinar si existe abuso de fármacos antidepresivos y ansiolíticos entre la población que acude al servicio de urgencias. Los datos se obtendrán de la historia clínica de todos los pacientes que acuden a urgencias, a través de una entrevista personal y anónima. Los datos obtenidos se trasladarán a una hoja de registro informática y desde ahí se analizarán. En ningún momento se verá interferida la asistencia sanitaria durante la recogida de datos.

**¿Cuáles son los beneficios esperables y los riesgos potenciales de este estudio?** El objetivo que se espera obtener de este registro es la recogida de datos veraces de la situación basal farmacológica de los pacientes que acuden al servicio de urgencias. Concretamente se espera estimar el porcentaje de pacientes que al acudir consumen ansiolíticos y antidepresivos superando en tiempo las recomendaciones de uso de los mismos de la Organización Mundial de la Salud. Conociendo estos datos se espera facilitar y mejorar la asistencia prestada en el servicio de urgencias, así como ajustar mejor los protocolos de actuación en la misma. La participación en este registro no supone riesgos adicionales en comparación con la práctica asistencial habitual. No se realizarán pruebas, ni exploraciones clínicas ni analíticas distintas de las habituales en la práctica clínica. **Su participación es voluntaria.** Si interviene en este estudio debe saber que en cualquier momento puede decidir abandonarlo, comunicándoselo a la investigadora que realiza las entrevistas, sin tener que manifestar razón alguna para ello ni que interfiera en su asistencia en el servicio de Urgencias.

**Revisión de Documentos Originales, Confidencialidad y Protección de Datos de Carácter Personal** Usted comprende y es consiente: Al firmar este consentimiento, usted concede permiso a la investigadora para que traslade los datos de su historia clínica obtenida mediante entrevista, y que estén relacionados con el estudio, al mismo. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este registro, será preciso que la investigadora tenga acceso a su historia clínica comprometiéndose a la más estricta confidencialidad, de acuerdo con la

Ley de Protección de Datos 15/1999 vigente en España. De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren (por ejemplo: edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del registro. La hoja de registro de datos electrónica será anónima. Su nombre, iniciales, fecha de nacimiento, número de historia clínica o cualquier tipo de información que pueda permitir su identificación no aparecerán en los formularios electrónicos, ya que previamente se le habrá asignado un código numérico. Solamente su la investigadora sabrá a qué paciente corresponde cada código.

También da su consentimiento para que toda información relativa al estudio pueda comunicarse, en conformidad con la legislación vigente, o para publicar los resultados del estudio o realizar investigaciones médicas y científicas relacionadas con el estudio. Puede retirar el consentimiento para procesar y transferir sus datos personales en cuyo caso no participará en el estudio sin que esto tenga repercusiones en la asistencia recibida en el servicio de urgencias. Se le entregará copia de este documento firmado y fechado.

Fecha:

Firma de la investigadora  
Fdo.: *M<sup>a</sup>José Noguera Marín*

Firma del paciente  
Fdo.: Nombre y apellidos (EN MAYÚSCULAS)

## **ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Recogida de datos para estudio: CONSUMO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A UN SERVICIO DE URGENCIAS**

Yo, (nombre y apellidos del paciente), habiendo leído la información sobre el estudio que están realizando sobre “consumo abusivo de psicofármacos en la población que acude a urgencias” que me ha proporcionado el Dr. /Dra. (Nombre y apellidos), autorizo a que mis datos sean utilizados en dicho estudio.

Entiendo que la negación de información y/o la no participación del estudio no me excluirán en ningún caso de la asistencia médica del servicio de Urgencias ni tendrá repercusiones de ningún tipo.

He sido informado comprensiblemente, estoy satisfecho con la explicación y doy el consentimiento para el uso de los datos de mi historia clínica.

#### **PACIENTE:**

Firma

Nombre y apellidos (EN MAYÚSCULAS)

Teléfono de contacto:

Fecha:

#### **INVESTIGADORA**

*M<sup>a</sup> José Noguera Marín*

**ANEXO 6: ACEPTACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Glorieta del Ejército, s/n  
Teléf.: 91 422 21 86  
28047 Madrid**INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

D<sup>a</sup>. Amelia García Luque, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la Inspección General de Sanidad de la Defensa

**CERTIFICA:**

Que este Comité ha evaluado la propuesta para que se realice el estudio:

**Código:** 20/13; **Versión:** Versión 2.0

**Título:** Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un Servicio de Urgencias

**Investigador principal:** D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Noguera Marín-Medicina de Familia

**Promotor:** D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Noguera Marín-Medicina de Familia

Y considera que:

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos y postulados éticos y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previstos.

Por tanto, este CEIC **ACEPTA** que dicho estudio sea realizado en:

- El Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, por D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Noguera Marín, como investigador principal (Medicina de Familia).

Lo que firmo en Madrid a 04 de diciembre de 2013

Fdo.: Dra. Amelia García Luque



INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Glorieta del Ejército, s/n  
Teléf.: 91 422 21 86  
28047 Madrid

La composición del CEIC de la Inspección General de Sanidad de la Defensa presente en la reunión en la que se aprobó este estudio ha sido la siguiente:

D. Miguel Puerro Vicente (Presidente)  
D. Miguel Ángel Santos-Ruíz Díaz (Vicepresidente)  
D. José Antonio Borrego Caballero  
D. Antonio Garrido Carrión  
D<sup>a</sup> Ana Margarita Montoro de Francisco  
D<sup>a</sup> Gloria Gema Cáceres Bermejo  
D<sup>a</sup> Flor Esteban López  
D. Ignacio García González  
D<sup>a</sup> Amelia García Luque (Secretaria)

Lo que firmo en Madrid a 04 de diciembre de 2013

Fdo.: Dra. Amelia García Luque



## Bibliografía

1. wordreference. [Online].; 2015 [cited 2015 Enero 25. Available from: <http://www.wordreference.com/es/>.
2. Patiño N. «Desarrollo histórico de los conceptos básicos de la farmacología». Primera ed. México D.F: Editorial Médica Panamericana; 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. WHO Expert Committee on Drug Dependence- Thirty-fifth. In meeting of the Expert Committee on Drug Dependence; 2012; Tunisia: WHO Technical Report.
4. Montilla D. Schola Eeuropea Luxemburg Kirchberg. [Online]. [cited 2014 Noviembre 22. Available from: [http://www.euroschool.lu/prof.montilla/ficherotemas/integradas3/tema3\\_IV.pdf](http://www.euroschool.lu/prof.montilla/ficherotemas/integradas3/tema3_IV.pdf).
5. Carabantes M. Redem. [Online].; 2014 [cited 2014 Junio 21. Available from: <http://www.redem.org/como-se-relaciona-la-epigenetica-con-el-aprendizaje/>.
6. UNED. PSIKIPEDIA. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril 9. Available from: <http://www.pskipedia.com/>.
7. Organización Mundial de la Salud. WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology. [Online].; 2015 [cited 2015 Marzo 8. Available from: [http://www.whocc.no/news/new\\_atc\\_ddd\\_included\\_in\\_the\\_index\\_of\\_2016](http://www.whocc.no/news/new_atc_ddd_included_in_the_index_of_2016).
8. Organización Mundial dela Salud. Cancer pain. Centro Colaborador de la OMS para legislación y comunicación sobre el cuidado del cáncer. 2006; 19(1).
9. Carretero M. Los AINE en el tratamiento del dolor ginecológico. ELSEVIER. 2003 Abril; 22(4).
10. Micheloud D, Sevillano JA, Gil FJ, García ME. Protocolo del manejo del dolor en Urgencias. Medicine. 2011 Noviembre; 10(90).
11. IGLESIAS MDP. UTILIZACIÓN DE HIPNÓTICOS EN ESPANA Madrid: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; 1997.
12. Fernández A, González A, Peña MdiÁ. Bases científicas para el uso de las benzodicepinas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003; 19(1).
13. Luanda J, Susan M, Thomas R, Ruth MM, Atack JR. Selective labelling of diazepam-insensitive GABAA receptors in vivo using [3H]Ro 15-4513. Pubmed. 2005 Noviembre; 146(6).

14. Wulf H, Hartmut L. The diversity of GABAA receptors. 1998 August; 18(1, pp 35-86).
15. Lorenzo P, Moreno A, Lisasoain I, Laza J., Moro M, Portolés A. Farmacología Básica y Clínica madrid: Panamericana; 2008.
16. W B, Pyle H, T T. Enzymatic synthesis of valerena-4,7(11)-diene by a unique sesquiterpene synthase from the valerian plant (*Valeriana officinalis*). Pubmed. 2012; 279(17).
17. Barnes, PM; Powell-Griner,E; McFann ,K; Nahin, RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. Pubmed. 2004 may.
18. Jan van Amsterdam J, Talhout R, Vleeming W, Opperhuizen A. Contribution of monoamine oxidase (MAO) inhibition to tobacco and alcohol addiction. ELSEVIER. 2006; 79(21).
19. Baca E, Iruela L. PSQUIATRIA. [Online].; Capítulo 37 y 38 [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://www.psiquiatria.com/acercade/?sCl=50625>.
20. Zahajszky J, Rosenbaum J, Tollefson G. Libro de texto de Psicofarmacología. La fluoxetina. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2009.
21. ROSEL P, RAMÍREZ N, SAN L AB. Disfunción genética del receptor de serotonina 5-HT2A en los trastornos psiquiátricos. Actas Españolas de Psiquiatria. 2001; 29(2).
22. Morgan LC, Gartlehner G. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants in the pharmacologic treatment of depression in older adults and populations with comorbid conditions. ELSEVIER. 2012; 27(1).
23. Ferre F, Camarillo L. Current status of the the treatment of anxiety. Medicine. 2013 Diciembre; 11(46).
24. Parkinson, Federación española de. Federacion Española de Parkinson. [Online].; 2016 [cited 2016 Enero 26. Available from: [http://www.fedeparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9 es la enfermedad de Parkinson&idm=36](http://www.fedeparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9%20es%20la%20enfermedad%20de%20Parkinson&idm=36).
25. Fernández-Sanchis D, Frutos Pérez-Surio A, López del Val L. Prevalencia de las complicaciones del tratamiento antiparkinsoniano: revisión sistemática y estimación de proyecciones. Neurol. 2015 Mayo; 61(3).
26. Rang HP. Farmacología. Quita ed. New York, Churchill Livingstone: Edinburgh; 2003.
27. Cavazos JE, Mark S. eMedicine.com. [Online].; 2009 [cited 2016 Febrero 8. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1184846-overview>.
28. Gejman PV, Sanders AR. La etiología de la esquizofrenia. Medicina. 2012;(72).



29. Stevenson DG, Decker SL, Dwyer L., Huskamp H, Grabowski DC, Metzger ED, et al. Antipsychotic and Benzodiazepine Use Among Nursing Home Residents: Findings From the 2004 National Nursing Home Survey. Pubmed. 2010 Dec; 18(12).
30. García-Cabezaa I, Epifanio-Gutiérrezb M, Medinaa O, Vidalc J, Arangoa C. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. ELSEVIER. 2008 Enero; 10(1).
31. Español, Real Academia de la Lengua. Diccionario [Libro].; 2014.
32. Organización Mundial de la Salud. Glosario de terminos para alcohol y drogas. Madrid; 1994.
33. association, American Pshiquiatric. DSM-V manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (Spanish). Quinta ed.: Panamericana; 2014.
34. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Primera ed.; 2011.
35. CP O. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. Pubmed. 2005; 66(2).
36. Turet MS. "Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos." Anuario de Psicología. 1991;(49).
37. Organización Mundial de la Salud. Informe 33 comité de expertos en farmacodependencia. In ; 2002; Ginebra.
38. Capitán L, Selfa M, Méndez M, Franco M. Trastornos Adictivos. Dependencia a benzodiacepinas. ELSEVIER. 2009 Abril- Junio; 11(2).
39. Ayuntamiento de Madrid. Plan de Adicciones de la Comunidad. Madrid; 2011-2016. Report No.: BOAM, Año CXV, núm. 6.396, página 3, de 22 de marzo de 2011.
40. Félix MJ, Martín A, Valero M, Salguero M. Síndrome de Abstinencia en Unidad de Cuidados Críticos. 2014..
41. L M, Fuentes ME, Suárez JP, Arranz MI, Ochoa E. Epidemiología de las intoxicaciones medicamentosas durante un año en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Revista Clinica Española. 2008; 208(9).
42. C Heather Ashton DM. Benzo. [Online].; 2002 [cited 214 Octubre 19. Available from: <http://benzo.org.uk/>.
43. ZITMAN FG, COUVÉE JE. Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off. Pubed. 2001 Abril; 178(4).

44. Gerra G, ZA, Giusti F, Moi G, Brewer C. Intravenous flumazenil versus oxazepam tapering in the treatment of benzodiazepine withdrawal: a randomized, placebo-controlled study. Pubmed. 2002 Octubre; 7(4).
45. Auta J, Costa E, Davis J, Guidotti A. Imidazenil: an antagonist of the sedative but not the anticonvulsant action of diazepam. Pubmed. 2005 Septiembre; 49(3).
46. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. [Online].; 2016 [cited 2015 Febrero 5. Available from: <http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano>.
47. Acuña JP. Intoxicación grave por psicofármacos. ELSEVIER. 2011 May; 22(3).
48. Pacher P, Kecskemeti V. Cardiovascular Side Effects of New Antidepressants and Antipsychotics: New Drugs, old concerns? PMC. 2004 Aug; 10(20).
49. Gavilán E, Villafaina A. Fistera. [Online].; 2014 [cited 2015 Noviembre 1. Available from: [www.fistera.com](http://www.fistera.com).
50. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon J. Polypharmacy in elderly patients. Pubmed. 2007 Dec; 5(4).
51. Gavilán E, Morales MT, H,JA, Pérez AM. Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. ELSEVIER. 2006 Noviembre; 38(9).
52. Beraún LV. En una emergencia médica, la 'hora de oro' es vital para salvar una vida. RPP Noticias. EsSalud. 2012 Junio.
53. Oterino D, Peiró D, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gaceta Sanitaria. 1999 Abril; 13(5).
54. Ministerio de Defensa. Exposición: Cinco siglos de Sanidad Militar. In ; 2014; Granada.
55. Convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid. Madrid.; 2011. Report No.: Disposición 2741 del BOE núm. 37 de 2011.
56. PALLARÉS J. Las drogas en la sociedad contemporánea. In Deusto Ud, Unibertsitatea D, editors. Drogas, Sociedad y Ley. Avances en drogodependencia. Las drogas en la sociedad contemporánea. Bilbao: casa del libro; 2003. p. 135-158.
57. Molina MdC. Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto clasificación e implicaciones del consumo prolongado. International e-Journal of Criminal Science. 2008; 2(2).

58. 10:25-37 L. Biblia de Jerusalen.
59. ESCOHOTADO A. Libro de los venenos. Guía de drogas lícitas y las otras Madrid: Mondadori; 1990.
60. Alfonso M, Ibáñez P. Todo sobre las drogas legales e ilegales (incluido alcohol y tabaco). Primera ed. España: Dykinson; 1992.
61. Baldessarini RJ. Commentary: The Current State of Psychopharmacology and Psychiatry. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2011 January; 4(1).
62. Iversen L, Iversen S, E. Bloom F, H. Roth R. Introduction to neuropsychopharmacology: Oxford University Press; 2009.
63. De la Mata I, Ortiz A. Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2003 Junio;(86).
64. Dirección General de Investigación FeIS. Guías Clínicas en Atención Primaria. [Online].; 2015. Available from: <http://www.fisterra.com/>.
65. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) Ginebra; 2010.
66. Combs H, Markman J. Anxiety disorders in primary care. *Pubmed*. 2014 Septiembre; 98(5).
67. Moylan S, Staples J, Ward S, Rogerson J, Stein D, Berk M. The efficacy and safety of alprazolam versus other benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2011; 31(5).
68. Boadie W, Dunlop MD, Paula G D. Combination Treatment With Benzodiazepines and SSRIs for Comorbid Anxiety and Depression: A Review. *PMC*. 2008; 10(3).
69. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010 Marzo; 17(3).
70. Tampi R, Tampi D. Efficacy and Tolerability of Benzodiazepines for the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*. 2014 Marzo; 6.
71. Dell'osso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrist*. 2013 Enero; 28(1).
72. Bakken M, Engeland A, Engesæter L, Ranhoff A, Hunskaar S, Ruths S. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs. *European Journal of clinical*

- pharmacology. 2014 Julio ; 70(7).
73. Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J. Depressive Disorders. *American family physician*. 2006 Junio; 73(11).
  74. N. Klein D, Kotov R, J. Bufferd S. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual reviews of clinical psychology*. 2011; 7.
  75. (UK)., National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. 2010.
  76. Thota A, Sipe T, Byard G, Zometa C, Hahn R, McKnight-Eily L, et al. Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders-A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of preventive medicine*. 2012 Mayo; 42(5).
  77. Hospital Universitario 12 de Octubre. Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. In Angora-Cañego R, Esquinas-Requena JL, Agüera-Ortiz LF. *Guía clínicas de Psiquiatría*. Madrid: CIBERSAM; 2012.
  78. García-Herrera BJ, Nogueras E, Muñoz M, Morales J. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria Málaga: Hospital Regional Universitario "Carlos Haya"; 2011.
  79. Gartlehner G, Hansen R, Thieda P, DeVeugh-Geiss A, Gaynes B, Krebs E. Comparative Effectiveness of Second-Generation Antidepressants in the Pharmacologic Treatment of Adult Depression Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
  80. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre Manejo de la Depresión en el Adulto Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia atCdSdMdSSSeI, editor.; 2014.
  81. British Psychological Society. DEPRESSION: The Treatment and Management of Depression in Adults Leicester (UK): NICE Clinical Guidelines 90; 2010.
  82. Danielsson L, Noras A, Waern M, Carlsson J. Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence. *Physiotherapy theory and practice*. 2013 Noviembre; 29(8).
  83. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008 Octubre; 4(5).
  84. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M. Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ. [Online].; 2005 [cited 2016 Enero 17. Available from: <http://www.ahrq.gov/>.

85. (NICE), National Institute for Health and Care Excellence. NICE. [Online].; 2004 [cited 2014 Mayo 4. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/TA77/chapter/2>.
86. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Comunidad de Madrid. [Online].; 2009 [cited 2015 Julio 26. Available from: <http://www.madrid.org/>.
87. Tafoya SA, Lara MdC. Intervenciones no farmacológicas en el insomnio primario: la evidencia de los ensayos clínicos controlados en los últimos diez años (1998–2008). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011 Junio; 40(2).
88. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report. *An American Academy of Sleep Medicine Report*. 2006; 29(11).
89. (AMDA), American Medical Directors Association. Agency for healthcare research and quality. [Online].; 2011 [cited 2016 Enero 25. Available from: [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).
90. Organización Mundial de la Salud (WHO). *The International Classification of adult underweight*. Ginebra.; 2004.
91. Borrego O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2000; 24(2).
92. The American Academy of Pain Medicine. [Online].: <http://www.painmed.org/>; 2013 [cited 2015 Junio 23. Available from: <http://www.painmed.org/>.
93. Institute for clinical systems improvement. *Anestesia.tk*. [Online].; 2008 [cited 2015 Diciembre 12. Available from: <http://lnx.mednemo.it/wp-content/uploads/2008/12/assessment-and-management-of-acute-pain.pdf>.
94. Macintyre PE, Walker SM. The scientific evidence for acute pain treatment. *Current Opinion in Anesthesiology*. 2010 Octubre; 23(5).
95. Bennett MI, Hughesb N, Johnsonc MI. Methodological quality in randomised controlled trials of transcutaneous electric nerve stimulation for pain: Low fidelity may explain negative findings. *Pain*. 2011 Junio; 152(6).
96. Sun Y, Gan TJ, Dubose JW, Habib AS. Acupuncture and related techniques for postoperative pain: a systematic review of randomized controlled trials. *British journal of anaesthesia*. 2008 Agosto; 101(2).
97. Shinde S, Gordon P, Sharma P, Gross J, Davis M. Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements? *Supportive care in cancer: official*

- journal of the multinational association of supportive care in cancer. 2015 Marzo; 23(3).
98. Vindel AC. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). [Online].; 2013 [cited 2016 02 29. Available from: <http://www.ansiedadystres.org/>.
  99. Ellison J, Jacobs D. Emergency psychopharmacology: a review and update. Annals of emergency medicine. 1986 August; 15(8).
  100. MINISTERIO DE SANIDAD SSEI. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio del Sistema Nacional de Salud; 2013.
  101. Retolaza A. Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados? Norte de Salud Mental. 2007 Octubre; 7(29).
  102. Haroa JM, Palacina C, Vilagutb G, Martínez M, Bernala M, Luquea I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica. 2006 Abril; 126(12).
  103. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, Comité de seguimiento y evaluación; 2009.
  104. Baldessarini RJ. Commentary: The Current State of Psychopharmacology and Psychiatry. Psiquiatría y Salud Mental. 2011 Enero; 4(1).
  105. Moynihan R, Cassels A. Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes: El gran engaño. 5th ed. Byron Bay (Australia): Contrapunto; 2006.
  106. Cerecedo MJ, Tovar M, Rozadilla A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? Atención Primaria. 2013 Diciembre; 45(10).
  107. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization. In Conferencia Sanitaria Internacional; 1946; Nueva York. p. Nº2 p100.
  108. Vicente MP, Macías D, de la Fuente C, González D, Montero D, Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. Revista española de Salud Pública. 2013 junio; 87(3).
  109. Periodico ABC. [Online].; 2009 [cited 2014 5 2. Available from: [http://www.abc.es/hemeroteca/historico-03-01-2009/abc/Nacional/los-expertos-advierten-de-que-los-tranquilizantes-crean-adiccion-en-lugar-de-curar-la-ansiedad\\_912232930771.html](http://www.abc.es/hemeroteca/historico-03-01-2009/abc/Nacional/los-expertos-advierten-de-que-los-tranquilizantes-crean-adiccion-en-lugar-de-curar-la-ansiedad_912232930771.html).

110. España triplica en 10 años el consumo de antidepresivos. El Mundo. 2015 Enero.
111. Gilia M, García J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria. 2014 junio; 28(1).
112. Grupo coordinado por Inés Palanca Sánchez. Unidad de urgencias Hospitalarias estándares y recomendaciones. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, Informes, estudios e investigación ; 2010.
113. Defensor del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud:derechos y garantías de los pacientes. Informe monográfico. Madrid: Estudio conjunto de los defensores del Pueblo; 2015. Report No.: ISSN: 2254-3910.
114. Monsó C, Curtiellas M. ¿HA MODIFICADO LA CRISIS EL PERFIL DEL USUARIO DE URGENCIAS AMBULATORIAS? ANÁLISIS DE AFLUENCIA DE URGENCIAS¿HA MODIFICADO LA CRISIS EL PERFIL DEL USUARIO DE URGENCIAS AMBULATORIAS? ANÁLISIS DE AFLUENCIA DE URGENCIAS DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL ÁREA BÁSI. Medicina de Familia y Atención Primaria. 2013 febrero; 17(13).
115. Vázquez B, Pardo G, Fernández G, Canals M, Delgado MA, Navas M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? Atención Primaria. 2000 febrero; 25(03).
116. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Comunidad de Madrid. [Online].; 2013 [cited 2016 02 29. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeanual2013/CdeMadrid.pdf>.
117. Haroa JM, Palacina C, Vilagutb G, Martínezb M, Bernala M, Luquea I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica. 2006 abril; 126(12).
118. De Andrés A, Sevilla D, Ortega M, Codina C, Ribas J, Sánchez M. EVALUACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS ORIGINADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Emergencias. 2013 octubre; 25(5).
119. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Informe estadístico. Madrid:, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011-2012. Report No.: ISSN 1135-5727.
120. BURÓN J. Debilidad aprendida y fuerza para luchar. Nuevos horizontes de la Psicología. Ciencias sociales y humanidades. Universidad pontifica de Comillas. 2012 marzo; 70(137).
121. Las memorias del Sermas de 2015, en febrero de 2016. [Online].; 2015 [cited 2016 2 5. Available from: <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2015-10-23/edicion-madrid/las-memorias-del-sermas-de-2015-en-febrero-de->

[2016/pagina.aspx?idart=943809](http://2016/pagina.aspx?idart=943809).

122. Pletche MJ, Kertesz SG, Kohn M, MPP , Gonzales R. Trends in Opioid Prescribing by Race/Ethnicity for Patients Seeking Care in US Emergency Departments. JAMA: the Journal of the American Medical Association. 2008 March; 299(1).
123. Markez Iñaki, Póo Mónica, Romo Nuria, Meneses Carmen, Gil Eugenia, Vega Amando. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.. 2004 sep;(91).
124. Cozzetti E, Lewintal C, Morandi T. Aspectos psicológicos del proceso de salud y enfermar en la mujer. Las mujeres y la salud en España. Informe básico. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 1994.
125. Mabel B. Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. [Online].; 2003 [cited 2015 04 16. Available from: <http://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos.htm>.
126. Freeman D FJ. The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health University O, editor. oXFORD: Oxford; 2013.
127. Luciana RL. ¿Por qué hablar de género y salud mental? Salud Ment. 2014 jul/ago; 37(4).
128. Montero Isabel ADMGBMMKBRB. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit. 2004 mayo; 18(supl 1).
129. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Encuesta de Población Activa (EPA. Madrid: (INE), Notas de Prensa; Cuarto trimestre de 2013.
130. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Resultados por comunidades y ciudades autónomas y provincias. Madrid: INE, Encuesta de población Activa; 2014.
131. Gilia Margalida GJRM. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria. 2014 fe; 28(supl 1).
132. Gabilondo Andrea RFSVGJFAPMAAJ. Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results from the ESEMeD-Spain Project. J Affect Disord. 2010 Jan; 120(0 76-85).
133. N. Parejo Maestre JMLdIC,FMBTLGCMPEdIMTEAM. Prevalencia y factores asociados a la hiperfrecuentación en la consulta de medicina de familia. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2015 jun; 41(0).
134. N. Sobradíel VGV. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. Trastornos Adictivos. 2007 March; 9(1).
135. Mercedes Vinuesa. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Indicadores de Salud 2013. Madrid:



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2014; 2013.

136. Enrique Alonso Formentoa Saz P, Lobo A, Ventura T, De La Cámara C, Marcos G. Consumo excesivo de alcohol en la población geriátrica y su relación con los psicofármacos. *Atención Primaria*. 2007 October; 39(10).
137. Cabrerizo S, Docampo P. Alcohol y mezcla de fármacos: modalidad de abuso frecuente. *Arch. argent. pediatr*. 2010 sept/oct; 108(5).
138. line PLo. La peligrosa mezcla de las "farma-fiestas": Sicotrópicos y alcohol. [Online].; 08-08-2014 [cited 2015 11 22. Available from: <http://www.lasegunda.com/Noticias/Impreso/2014/08/954347/la-peligrosa-mezcla-de-las-farma-fiestas>.
139. Gómez-Talegóna T, García E. Alcoholismo en el arco mediterráneo: hacia un consenso sobre su abordaje. *Trastornos Adictivos*. 2005 June; 7(2).
140. Pardo R, Alvarez Y, Barral DAM. cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. *Adicciones*. 2007 feb; 19(3).
141. Lichtenstein M. [Online].; 2011.
142. Shneerson JM. *Sleep Medicine: A Guide to Sleep and its Disorders* Francia: Wiley; 2005.
143. Irina V. Zhdanova RJWMMRJATJPSaOUL. Melatonin Treatment for Age-Related Insomnia. 2013; Vol 86(issue 10).
144. Tournier M1 GACAMMVH. Factors associated with choice of psychotropic drugs used for intentional drug overdose. 2008; 259(2).
145. Tournier M1 GACAMMVH2. Factors associated with choice of psychotropic drugs used for intentional drug overdose. 2008; 259.
146. Sinikka Sihvocorrespondenceemail JHOKSPEI. Treatment of anxiety disorders in the Finnish general population. 2006; 96(1-2).
147. Tyrer P1 BD. Generalised anxiety disorder. 2006; 16(368).
148. F. Ferre Navarrete LCG. Estado actual del tratamiento de la ansiedad. 2013; 11(46).
149. Andrea Gabilondo SRFGVJMhaf. Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results from the ESEMeD-Spain Project. 2010; 120(29).
150. Serna MC CIRJEGEL. Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database.. 2010; 25(4).

151. Mark J. Pletcher MM, Stefan G. Kertesz MM, Michael A. Kohn MM, Ralph Gonzales MM. Trends in Opioid Prescribing by Race/Ethnicity for Patients Seeking Care in US Emergency Departments. 2008; 299(1).
152. Josep M. Haroa ,CPGVMMMBILMCMDJA. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica. 2006 abril; 126(12).
153. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Madrid:, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ; 2011-2012. Report No.: ISSN 1135-5727.