



FACULTAD DE FARMACIA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia

TRABAJO FIN DE GRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS
CONSUMIDORES DE ANTIDEPRESIVOS EN
ESPAÑA, ENS 2014.**

Autora: Paula del Campo Barrientos

Tutora: Juana María Santos Sancho

Convocatoria: Julio 2016

INTRODUCCIÓN

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.

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.

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.(1)

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. No tiene nada que ver con las variaciones habituales del estado de ánimo y con las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración y su intensidad oscila de moderada a grave, pudiendo causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800.000 personas por esta causa, y es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Esto se debe a la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, y también a la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz a estos enfermos es la evaluación errónea. Los diagnósticos erróneos son frecuentes, independientemente del nivel económico de los países, y personas a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

A nivel mundial, la carga de depresión y de otros trastornos mentales va en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. (2)

La depresión afecta a cada persona de una manera diferente. Muchas personas solamente manifiestan algunos síntomas, y estos pueden variar en severidad y duración. Para algunas personas, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otras, pueden durar mucho tiempo si no se implanta un tratamiento. Tener algunos síntomas de depresión no significa que la persona padezca depresión. Por ejemplo, es normal que quien haya perdido a un ser querido se sienta triste y no muestre interés en las actividades cotidianas.

Pero si estos síntomas persisten por un período largo de tiempo, entonces se puede sospechar que la tristeza se ha convertido en depresión. De igual manera, vivir con el estrés de la posibilidad de perder el empleo, de exceso de trabajo, o de problemas económicos o familiares, puede causar irritabilidad y “bajas” en el estado de ánimo.

Hasta cierto punto, sentirse así es simplemente parte de la vida. Pero si la persona siente estas cosas por mucho tiempo y con mayor intensidad, y llega a afectarse también su vida cotidiana, entonces lo que parecía ser un cambio en el estado de ánimo, puede haberse convertido en una condición clínica. (3)

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (4)

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia, y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. (5)

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.

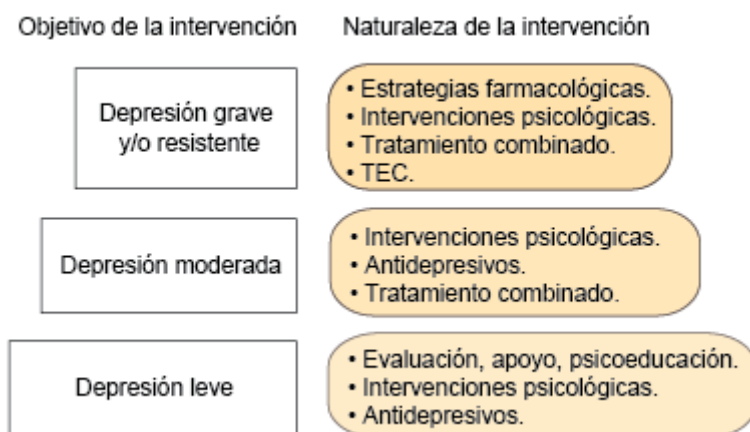


Figura 1. Modelo escalonado en el manejo de la depresión.

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes

(Palao DJ, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009)

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. (6)

Los antidepresivos constituyen el tratamiento farmacológico más utilizado en los trastornos depresivos por su eficacia, pocas contraindicaciones, relativo margen de seguridad y reversibilidad de los efectos adversos.

La elección del fármaco a emplear depende, entre otros factores, de la gravedad de la depresión, de los síntomas acompañantes (ansiedad, inhibición, etc.), patología somática y efectos secundarios del antidepresivo.

Los antidepresivos se clasifican en:

- Antidepresivos tricíclicos (ATC). Constituyen un grupo de fármacos de acción central, capaces de aumentar la concentración de aminas neurotransmisoras en las sinapsis por diversos mecanismos. Su inconveniente es que causan muchos efectos secundarios, especialmente en ancianos. Hoy en día están indicados en los trastornos depresivos mayores con melancolía y cuando otros antidepresivos no son eficaces. Entre ellos encontramos: Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Mirtazapina, Trazadona.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Son antidepresivos eficaces y con pocos efectos secundarios. Hoy en día se consideran de primera elección en sus indicaciones. Su coste es mayor que los anteriores. Se emplean en trastornos depresivos, obsesivo-compulsivos, de pánico, de ansiedad generalizada, fobias, bulimia nerviosa y trastornos de estrés postraumático. Entre ellos encontramos: Citalopram, Duloxetina, Escitalopram, Fluoxetina, Sertralina, Venlafaxina.
- Inhibidores de la MAO (IMAO). La eficacia de los IMAO es comparable a la de los ATC, pero hay subgrupos de pacientes que responden mejor a ellos, como los que padecen la llamada “depresión atípica” o acompañada de ansiedad intensa o fobias. Se utilizan también en depresiones resistentes a otros antidepresivos. La capacidad de los IMAO de inhibir de forma total y no selectiva a la MAO, favorece la acumulación en el organismo de aminas vasopresoras endógenas, pudiendo aparecer una crisis hipertensiva con el consumo de algunos medicamentos o alimentos ricos en tiramina. Entre ellos encontramos: Moclobemida, Fenelzina.
- Otros antidepresivos. Se trata de sustancias precursoras de las aminas cerebrales. Su efecto terapéutico es mayor cuando se utiliza concomitantemente con algún antidepresivo en las depresiones resistentes. En la práctica clínica casi nunca se utilizan solos. Un antidepresivo de este tipo es el: Oxitriptan. (7)

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 como:

- 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.

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 al menos 12 meses tras la remisión. En pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión. La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión.

El cese de un tratamiento antidepresivo debe realizarse 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. (6)

Teniendo en cuenta la prevalencia y la gravedad para las personas y la sociedad de esta enfermedad y su tratamiento, y con el fin de poder identificar más fácilmente los factores de riesgo que pueden desencadenarla, en nuestro estudio nos hemos planteado el siguiente objetivo.

OBJETIVO

Conocer las características epidemiológicas de los individuos que padecen depresión y toman antidepresivos en España a través del análisis de la información recogida en la Encuesta Nacional de Salud de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio epidemiológico de tipo observacional, descriptivo y transversal sobre las características de la población adulta española que padece depresión y toma antidepresivo, así como sobre los posibles determinantes de salud relacionados con el estilo de vida, a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud del año 2014-2015 (ENSE 2014-2015) (8, 9)

La ENSE es un estudio seriado de encuestas que se realizan a la población española de más de 15 años de forma periódica a través del Sistema de Información Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), y dentro del Plan Estadístico Nacional (PEN), y en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). Sus objetivos principales son proporcionar información sobre la salud de los ciudadanos y los factores que la determinan, y poder planificar y evaluar las medidas tomadas en materia de salud. A nivel europeo también se ha desarrollado una Encuesta Europea de Salud (EES) con el mismo fin que la ENSE pero a nivel de la Unión Europea.

Para la recogida de información de esta edición de la ENSE se ha utilizado la entrevista personal asistida por ordenador (CAPI). Con el fin de abreviar el cuestionario se limitó su duración a un máximo de 60 minutos y para armonizar la encuesta con la EES se reordenaron las preguntas en tres módulos: módulo de estado de salud, módulo de asistencia sanitaria y módulo de determinantes de salud.

Diseño muestral: Para obtener una muestra representativa se utilizó un muestreo trietápico estratificado por tamaño de municipio. Las unidades de primera etapa son las secciones censales y las de segunda etapa son las viviendas familiares principales. En la tercera etapa se selecciona, dentro de cada hogar, a un adulto (15 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos (10). Para la elección de la muestra, se seleccionaron aleatoriamente en las 2.000 secciones censales 12 viviendas, quedando al final un tamaño muestral de aproximadamente 22.842 entrevistas. La población que consume antidepresivos se corresponde por tanto con la variable dependiente en nuestro estudio.

VARIABLES ESTUDIADAS Y DEFINICIONES

- Características socio-demográficas. Se consideraron las siguientes variables con sus respectivas categorías:
 - **Sexo.** Variable cualitativa dicotómica: hombre, mujer.
 - **Edad.** Variable cuantitativa.
 - **Comunidad autónoma.** Variable cualitativa.
 - **Nacionalidad.** Variable cualitativa dicotómica: española, extranjera.
 - **Estado civil.** Variable cualitativa clasificada en cinco categorías: Soltero / Casado / Viudo / Separado / Divorciado.
 - **Actividad económica actual: tiempo que lleva desempleado.** Variable cualitativa agrupada en las siguientes categorías: No ha trabajado nunca / Menos de 6 meses / De 6 meses a menos de un año / De un año a menos de 2 años / Más de 2 años.
 - **Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.** Variable cualitativa con las siguientes categorías de respuesta: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as / Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/a / Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. / Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. / Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as./Trabajadores/as no cualificados/as.
 - **Nivel educativo.** Variable cualitativa clasificada en distintas categorías: No sabe leer o escribir / Educación primaria incompleta / Educación primaria completa / Secundaria / Bachillerato.
 - **Salud mental en población adulta.** Variable cualitativa con las siguientes categorías de respuesta: Ninguna / Leve / Moderada / Moderadamente grave / Grave.

- VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD. Se estudiaron las siguientes variables:
 - **Estado de salud percibido en los últimos 12 meses.** Variable cualitativa. Se creó a partir de las respuestas a la pregunta: “En los últimos 12 meses, ¿cómo diría que ha sido su estado de salud?”. Las categorías de respuesta eran: “Muy bueno” / “Bueno” / “Regular” / “Malo” / “Muy malo”.
 - **Problemas de salud crónicos.** Variable cualitativa dicotómica. Si, No.

- **Diagnóstico médico de depresión.** Variable cualitativa dicotómica. Sí, No.
 - **Migraña o dolor de cabeza frecuentes.** Variable cualitativa dicotómica: Sí, No.
 - **Dificultad para ver.** Variable cualitativa. Categoría de respuesta: “No, ninguna”/ “Sí, alguna” / “Sí, mucha” / “No puedo ver en absoluto”.
 - **Visita en los últimos 12 meses al psicólogo.** Variable cualitativa dicotómica. Sí, No.
 - **Tranquilizantes, relajantes, o pastillas para dormir recetados:** Variable cualitativa dicotómica. Sí, No.
 - **Frecuencia de consumo de antidepresivos en los últimos 12 meses.** Variable cualitativa. Categoría de respuesta: “A diario o casi a diario” / “X días a la semana” / “X días al mes” / “
- Variables relacionadas con la calidad de vida. Se determinó la autopercepción del estado de salud y se estudiaron además distintos aspectos de la vida cotidiana con el fin de determinar la dependencia funcional de la población adulta.
 - **Dificultad para actividades básicas diarias. alimentarse sin ayuda:** Variable cualitativa. Categoría de respuesta: “No, ninguna” / “Sí, alguna” / “Sí, mucha” / “No puedo hacerlo por mí mismo”.
 - **Dificultad para realizar tareas del hogar. Preparar la comida sin ayuda, tomar sus medicamentos sin ayuda.** Variables cualitativas. Categoría de respuesta: “No, ninguna” / “Sí, alguna” / “Sí, mucha” / “No puedo hacerlo por mí mismo”.
 - **Dificultad para ver.** Variable cualitativa con las siguientes categorías de respuesta: “No, ninguna” / “Si, alguna” / “Sí, mucha” / “No puedo ver en absoluto”.
 - **Utiliza audífono.** Variable cualitativa dicotómica. Sí, No.
 - Variables relacionadas con los estilos de vida. Se consideraron las siguientes variables:
 - **Frecuencia con la que realiza actividad física.** Variable cualitativa. Las categorías de respuesta eran: “No hago ejercicio, soy sedentario/a” / “Hago alguna actividad física ocasional” / “Hago entrenamiento físico o deportivo varias veces a la semana”.
 - **Hábito tabáquico.** Variable cualitativa. Se construyó a partir de la pregunta “¿Podría decirme si actualmente fuma?” de donde se trataron los datos para agrupar las respuestas, de manera que la variable para el

- estudio se clasificó en cuatro categorías: “Diariamente”, “No diariamente”, “Ha fumado antes”, “No ha fumado nunca”. Se entiende como fumador aquella persona que consume cigarrillos, puros y/o pipas.
- **Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses.** Variable cuantitativa con las siguientes categorías de respuesta: A diario o casi a diario / 5-6 días por semana / 3-4 días por semana / 1-2 días por semana / 2-3 días en un mes / Una vez al mes / Menos de una vez al mes / No en los últimos 12 meses / Nunca.
 - **Índice de masa corporal.** Variable cuantitativa. Esta variable se calculó a partir de la talla (m) y del peso (Kg) auto-declarados, calculando el IMC mediante la ecuación $IMC = \text{Peso} / (\text{Talla})^2$. Se clasificaron las respuestas en cuatro categorías:
 - Peso insuficiente: $IMC < 18,5$
 - Normopeso: IMC entre 18,8 y 24,9
 - Sobrepeso: $IMC \geq 25$
 - Obesidad: $IMC \geq 30$

Análisis estadístico

Se utilizó el programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 19.0 para Windows. Se agruparon variables cuando fue necesario, así como las categorías de respuesta.

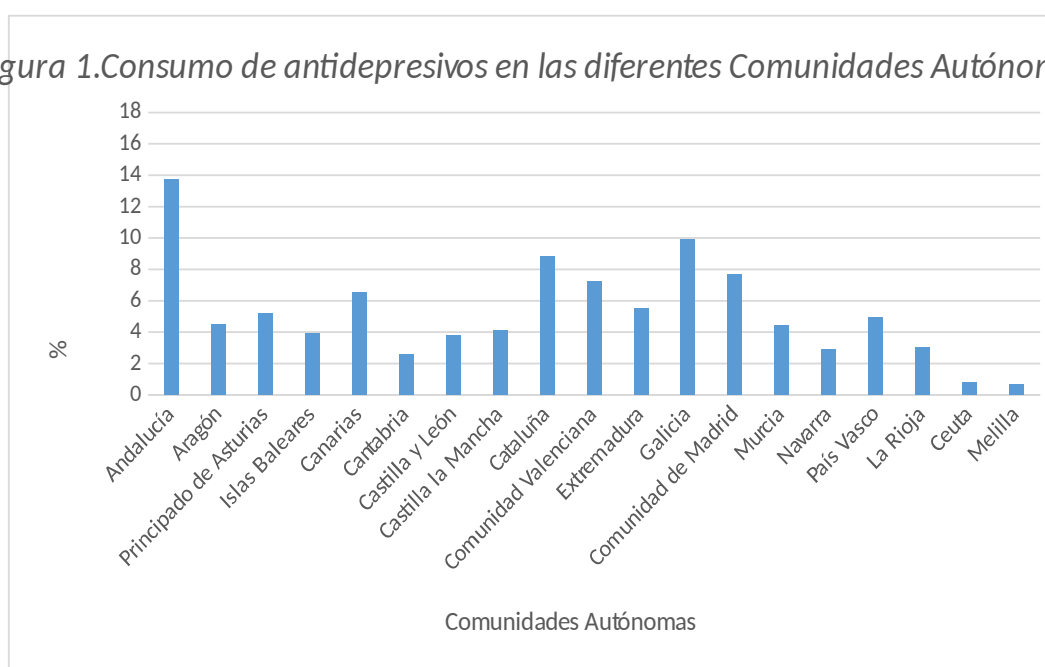
Para evaluar si existía una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con las variables cualitativas se realizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y con las variables cuantitativas la prueba de T-Student. Con estas variables cuantitativas se ha calculado la media y su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

A partir de la Encuesta Nacional de Salud de 2014, con 22.842 personas encuestadas, podemos observar que en España la depresión afecta a 2703 individuos, lo que representa el 11.8% de la población. De estos individuos, 1527 (6.7%) consumen antidepresivos.

Teniendo en cuenta las Comunidades Autónomas, como muestra la *Figura 1*, donde más antidepresivos se consumen es en Andalucía, en contraposición con Ceuta y Melilla.

Figura 1. Consumo de antidepresivos en las diferentes Comunidades Autónomas



Con respecto a sus características socio-demográficas (*Tabla 2*), el porcentaje de consumidores de antidepresivos es superior en mujeres que en hombres y la mayoría de éstos se encuentra en situación de viudedad o soltería.

Se aprecia un mayor número de casos en individuos de nacionalidad española respecto a los extranjeros. Y la mayor parte de la población consumidora de antidepresivos no trabaja y posee un nivel educativo primario.

La media de edad en el consumidor de estos fármacos es de 61,6 años, con un IC_{95%} (60,9-62,1) y sólo el 30% de ellos se tiene un índice de masa corporal adecuado (Normopeso).

Más del 60% de los consumidores de antidepresivos llevan más de 2 años en paro.

Tabla 2. Porcentajes de las principales características socio-demográficas estudiadas en consumidores de antidepresivos.

Consumidores de antidepresivos				
			%	p
Características Socio-demográficas	Sexo	Hombre	23,6	<0,05
		Mujer	76,4	
	Nacionalidad	Española	96,5	<0,05
		Extranjera	3,5	
	Estado civil	Soltero	16	<0,05
		Casado	46,5	
		Viudo	27,5	
		Separado	3,7	
		Divorciado	6,2	
	Actividad económica actual: tiempo que lleva desempleado	Más de 2 años	38,4	<0,05
		Menos de 2 años	61,6	
	Nivel Educativo	Primarios o menos	55,9	<0,05
		2º Grado 1er Ciclo	17,7	
		2º Grado 2º Ciclo	16,5	<0,05
Universitarios		9,8		

Las características relacionadas con su estado de salud se pueden apreciar en la *Tabla 3*. Más de un 30% de los consumidores de antidepresivos perciben su salud en los últimos doce meses como mala o muy mala. Y el 34% acude al psicólogo o psiquiatra.

El 96% de los consumidores padecen problemas de salud crónicos, y el 92% tiene dolores de cabeza frecuentes o migraña.

Casi al 100% de estos consumidores, se les ha prescrito medicación tranquilizante, relajante o pastillas para dormir.

El porcentaje de estos pacientes consumidores de antidepresivos a los que se las ha diagnosticado depresión o ansiedad crónica, es de un 98%.

Tabla 3. Porcentajes de las principales características relacionadas con el estado de salud de la población española consumidora de antidepresivos.

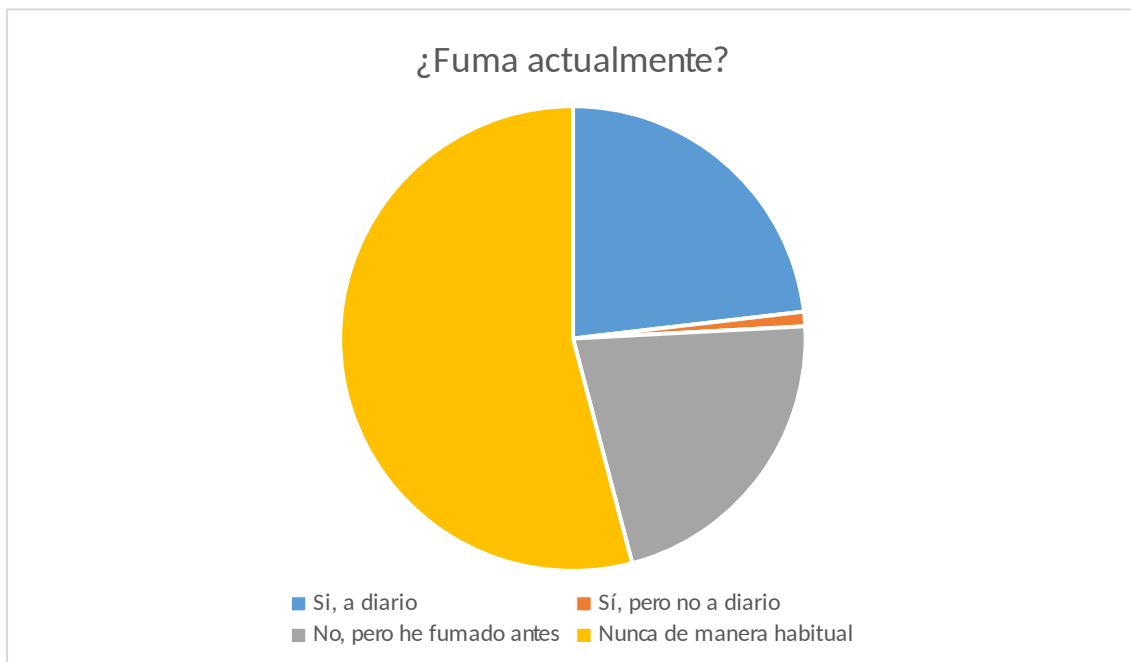
Consumidores de antidepresivos				
			%	P
Estado de salud	Salud percibida últimos 12 meses	Muy bueno	1,8	<0,05
		Bueno	19,1	
		Regular	40,9	
		Malo	26,2	
		Muy malo	12	
	Problemas salud crónicos	Sí	96,2	<0,05
		No	3,7	
	Visita a psicólogo o psiquiatra en los últimos 12 meses	Sí	34,3	<0,05
		No	65,7	
	Migraña o dolor de cabeza frecuente	Sí	92,2	<0,05
		No	1,4	
	Medicamentos tranquilizantes recetados	Sí	99,7	<0,05
		No	0,3	
	Ansiedad crónica	Sí	98,6	<0,05
No		1,4		

Entre los consumidores de antidepresivos, la mayoría (68%) no consume alcohol o lo consume menos de una vez al mes, (*Fig.2*) y casi el 76% no fuma actualmente, aunque si lo ha hecho en el pasado. (*Fig.3*)

Figura 2. Representación de los porcentajes de alcoholismo entre la población consumidora de antidepresivos.



Figura 3. Representación de los porcentajes de tabaquismo entre la población consumidora de antidepresivos.



En la *Tabla 4* vemos las variables relacionadas con la calidad de vida. Podemos observar que, por lo general, los consumidores de antidepresivos tienen buenas condiciones de calidad de vida, pero paradójicamente, la mayoría de ellos tienen de 2 a 5 personas para ayudarles en caso de tener algún problema personal.

Las personas sedentarias, consumen más antidepresivos que las que realizan alguna actividad física diariamente, semanalmente o de forma ocasional, en un porcentaje de un 55 frente a un 45% respectivamente.

Tabla 4. Porcentaje de las principales características relacionadas con la calidad de vida de la población consumidora de antidepresivos.

Consumidores de antidepresivos				
			%	p
Calidad de vida	Dificultad para ver	No, ninguna dificultad	70,5	<0,05
		Sí, alguna dificultad	22,5	
		Sí, mucha dificultad	6,8	
		No puedo ver en absoluto	0,2	
	Dificultad para oír	Sí, utilizo audífono	6,4	<0,05
		No, no utilizo audífono	93,2	
		Soy sordo profundo	0,3	
	Actividades cotidianas	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	59,6	<0,05
		Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas	7,9	
		Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas	9,1	
		Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas	6	
		No puedo realizar mis actividades cotidianas	17,4	
	Tomar medicamentos sin ayuda	No, ninguna dificultad	68,8	<0,05
		Sí, alguna dificultad	9,1	
Sí, mucha dificultad		4,7		
No puedo hacerlo en absoluto		17,2		

En caso de problema, ¿con cuántas personas puede contar?	Ninguna	2,4	<0,05
	Una o dos personas	27,9	
	De 3 a 5 personas	41,4	
	Más de 5 personas	27,9	

Hemos encontrado otras variables que no presentan asociación estadísticamente significativa con los consumidores de antidepresivos, entre las que se encuentran: Haber trabajado antes, padecer tumores malignos, tener problemas relacionados con la menopausia y tener una lesión o defecto permanente causado por un accidente.

DISCUSIÓN

En la Encuesta Nacional de Salud de 2014 la frecuencia de consumo de antidepresivos, en el total de encuestados, es del 6,7%, para una muestra de 22.842 individuos. Secades Villa y cols. (11) en 2003 encontraron en Asturias un valor ligeramente mayor (9%) al que hemos obtenido.

En cuanto a la distribución por sexo, observamos que la frecuencia de consumo de antidepresivos es claramente mayor en mujeres (76,4%), quizás esto sea debido a que, en general, la situación socio-laboral de la mujer es más precaria que la de los hombres. Este resultado es semejante al obtenido en otros estudios como el de Eduardo A. Leiderman y cols (12) que obtienen un porcentaje del 60,9%.

La media de edad de estos pacientes en nuestro estudio es de 62 años. Comparándolo con el estudio de Roberto Secades Villa (11), la media de edad es prácticamente igual; 63 años. Otros estudios como el de García Posada y cols, demuestran que no sólo se consume antidepresivos a estas edades, sino que el 9,06% de la población estudiantil, también lo hace (13), quizás debido a problemas de competitividad y de relación con los otros alumnos, con los profesores y con los padres. También debido a la presión y el estrés que ejerce sobre los jóvenes el estudiar cierto tipo de carreras.

En cuanto al estado civil, observamos que las personas solteras y que conviven solas, tienen una mayor tendencia a consumir antidepresivos, no habiendo encontrado datos sobre este hecho en la literatura. Esto puede ser debido a la dificultad de afrontar los problemas de la vida sin alguien que te apoye.

Valorando la situación de empleo, hemos observado que las personas que llevan más de 2 años en paro, son las que presentan mayor frecuencia de consumo de antidepresivos (61,6%) frente a las que llevan menos años desempleadas. Comparándolo con el estudio de Secades (11) vemos que este dato también es coincidente.

En nuestro estudio hemos obtenido que las personas con un nivel educativo bajo, son las que más antidepresivos consumen (60%). Este dato es muy similar al obtenido por Roberto Secades y colaboradores (11) donde obtuvieron un resultado de un 70%. M.J García y col. (14) encontraron igualmente, un porcentaje mayor (61%) de consumo de antidepresivos en pacientes con estudios primarios o analfabetos. Esto puede deberse a que estas personas están menos preparadas y disponen de menos recursos para afrontar los problemas de la vida.

La relación entre enfermedades crónicas y consumo de antidepresivos, es estadísticamente significativa, y hemos obtenido un 96,2% de personas con patologías crónicas que son consumidores de antidepresivos. Según el estudio de López Trigo y cols. (15) la insuficiencia cardíaca (enfermedad crónica) es un factor de riesgo de depresión. Este es un resultado lógico ya que a los problemas de la vida se le suma la enfermedad lo que hace que al paciente le resulte más difícil sobrellevar su situación.

En cuanto a consumo de medicamentos tranquilizantes (ansiolíticos) relacionados con problemas de ansiedad, hemos observado que casi el 100% de los pacientes que toman antidepresivos, también toman tranquilizantes. En el estudio anterior de Lopez Trigo (15) los investigadores observaron que ansiolíticos como las benzodiazepinas, son factores de riesgo de depresión en ancianos.

Al relacionar la presencia de trastornos depresivos con el apoyo social percibido, obtenemos que los pacientes que cuentan con mayor número de personas a su cuidado, son los que más antidepresivos consumen, con un porcentaje contrapuesto al que reflejan estudios como el de J.A Domínguez y cols. (16). Esta variabilidad podría deberse al uso de diferentes escalas para la detección de la depresión.

CONCLUSIONES

El perfil del consumidor de antidepresivos en España es una mujer de 61 años, que vive sola, con problemas de salud crónicos, que percibe su salud como regular o mala, ama de casa o en situación de desempleo, con escaso nivel de estudios y tratamiento concomitante de ansiolíticos, diagnosticada de depresión o ansiedad crónica.

Nuestro estudio confirma la utilidad de la Encuesta Nacional de Salud de 2014 como fuente de información válida para la investigación de las características epidemiológicas de los individuos que consumen antidepresivos en España.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fisterra.com. Atención primaria en la red. Guías Clínicas. Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-adulto/>
- 2- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Nota descriptiva 360. Octubre del 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- 3- NIMH (National Institute of Mental Health). Depresión. Lo que toda mujer debe saber. Publicación núm. 01-4794 (SP) agosto 200.
- 4- Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. CMAJ 2002; 167:1253-1260.
- 5- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1498-1504.
- 6- Fisterra.com. Atención primaria en la red. Guías clínicas. Depresión mayor en el adulto: medidas generales y tratamiento farmacológico. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-mayor-adulto-medidas-generales-tratamiento-farmacologico/#21709>
- 7- MEDIMECUM guía de terapia farmacológica 2016. 1019-1043.
- 8- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud. España 2014/15. Metodología. Madrid 2016. [Internet]. Disponible en:
http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2014/MetodologiaENSE2014_15.pdf

9- Instituto Nacional de Estadística (INE). Sociedad. Salud. Encuesta Nacional de Salud. España 2014/15. Descripción de las variables compuestas, Madrid 2016. [Internet]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2014/ENSE14_Descripcion_variables_compuestas.1.pdf

10- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud de España 2016: Cuestionario de Adultos [Internet]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2014/Cuestionario_Adultos.pdf

11- Roberto Secades Villa y cols. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicotherma* 2003;15(4); 650-655.

12- Eduardo A. Leiderman y cols. Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Revista de experiencias clínicas y neurociencias*, 2006;17:87.

13- Lina María García Posada y cols. Prevalencia del consumo de antidepresivos en la Facultad de Medicina del CES en el año 2006. Pág 38.

14- M. J García Serrano y J. Tobías Ferrer. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. *Perfil del anciano de riesgo. Atención primaria* 2001;27(7):485-486.

15- José Antonio López Trigo y cols. La depresión en el paciente anciano. *Manual Merk de Geriátría*. 2ª Ed. 2001. Edit. Harcot. Pág 14.

16- J.A Dominguez y cols. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. Publicado en *Medicina de Familia, Semergen*. 2012. 30:10.