

M. Codony<sup>1</sup>  
J. Alonso<sup>1</sup>  
J. Almansa<sup>1</sup>  
G. Vilagut<sup>1</sup>  
A. Domingo<sup>1</sup>  
A. Pinto-Meza<sup>2</sup>  
A. Fernández<sup>2</sup>  
A. Serrano-Blanco<sup>2</sup>  
M. Márquez<sup>2</sup>  
J. M. Haro<sup>2</sup>

# Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España

<sup>1</sup>Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios  
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)  
Barcelona

<sup>2</sup>Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental  
Fundació Sant Joan de Déu  
Barcelona

**Introducción.** Los fármacos psicotrópicos presentan altos niveles de consumo en la población y tienen un gran peso en el gasto sanitario español. Este estudio pretende describir los patrones de consumo de los fármacos psicotrópicos en la población general española y su relación con la salud mental.

**Métodos.** Cinco mil cuatrocientos setenta y tres individuos no institucionalizados de 18 años o más fueron seleccionados aleatoriamente mediante muestreo multifásico entre la población española. Se les administró la versión española de la encuesta *World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0) para obtener información sobre síntomas mentales y consumo de fármacos psicotrópicos durante los 12 meses previos a la entrevista. Se estimaron las proporciones de individuos que consumieron fármacos psicotrópicos estratificando por tipo de trastorno mental. Se realizaron análisis multivariados para determinar la influencia de factores sociodemográficos sobre el consumo.

**Resultados.** El 16% de la muestra consumió algún fármaco psicotrópico. Las benzodiazepinas (11,4%) y los anti-depresivos (4,7%) fueron los más consumidos y la combinación más frecuente (1,8%). Las mujeres tenían un mayor consumo general (*odds ratio* [OR]: 2,1; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,7-2,5) y de benzodiazepinas (OR: 2,3; IC 95%: 1,9-2,8), anti-depresivos (OR 2,2; IC 95%: 1,6-3,1) y anti-psicóticos (OR: 1,9; IC 95%: 1,2-3). La probabilidad de consumo aumentaba con la edad y con la presencia y número de trastornos mentales.

**Conclusiones.** La utilización de fármacos psicotrópicos en la población general española es frecuente, pero muchos individuos con trastornos mentales no los toma. El género y la edad se asocian con el consumo con independencia de la salud mental.

**Palabras clave:**

Psicofarmacología. Anti-depresivos. Ansiolíticos. Anti-psicóticos. Epidemiología. Trastornos mentales.

*Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(Suppl. 2):29-36

**Correspondencia:**

Jordi Alonso  
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios  
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)  
Edifici PRBB, despatx 145  
Dr. Aiguader, 88  
08003 Barcelona  
Correo electrónico: jalonso@imim.es

## Psychotropic medications use in Spain. ESEMeD-Spain study results

**Introduction.** Psychotropic drugs are frequently used in the population and account for a big share of the Spanish health budget. This study aims to describe the patterns of use of psychotropic drugs in the Spanish general population and its relationship with mental health.

**Methods.** A stratified, multistage, clustered area, probability sample design was used and 5,473 non-institutionalized individuals older than 18 were randomly selected among the Spanish population. They were administered the Spanish version of the World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0). Information on previous 12-months psychiatric symptoms and psychotropic drugs use was obtained. The proportion of individuals using psychotropic drugs was estimated and stratified according mental health diagnosis. Multivariate analyses were carried out in order to assess the influence of sociodemographic factors on use.

**Results.** 16% of the sample had used some psychotropic drug. Benzodiazepines (11.4%) and antidepressants (4.7%) were the most commonly used and the most common combination (1.8%). Women showed the highest use of any drug (*odds ratio* [OR]: 2.1; 95 confidence interval [CI]: 1.7-2.5), benzodiazepines (OR: 2.3; 95 CI: 1.9-2.8), antidepressants (OR: 2.2; 95 CI: 1.6-3.1) and antipsychotics (OR: 1.9; 95 CI: 1.2-3.0). The odds of use did increase with age, and was related with the presence and number of mental disorders.

**Conclusions.** Use of psychotropic drugs in the Spanish general population is high, although many individuals with mental disorders remain untreated. Gender and age showed an association with psychotropic drug use independent of mental health.

**Key words:**

Psychopharmacology. Antidepressants. Anxiolytics. Antipsychotics. Epidemiology. Mental disorders.

## INTRODUCCIÓN

En España el gasto en farmacia corresponde al 19% del presupuesto sanitario<sup>1</sup> y esta cifra ha sufrido un incre-

mento constante durante los últimos años<sup>2</sup>. Los fármacos psicotrópicos, y en particular los antidepresivos y las benzodiazepinas, tienen un gran peso en este gasto y se encuentran entre los más consumidos en la población general<sup>3</sup>, lo que les confiere un interés indudable para la salud pública y les convierte en un reto para la planificación sanitaria.

Existen pocos estudios de base poblacional que describan la utilización de fármacos psicotrópicos en España. Durante los últimos años han aparecido algunos estudios, como el de Carrasco et al.<sup>3</sup>, que analizaron el consumo de fármacos psicotrópicos en la población adulta española, a partir de las encuestas nacionales de salud de 1993, 1995 y 1997, describiendo un incremento en el consumo del 10% en 1993 al 14,4% en 1997. El consumo fue mayor entre las mujeres y existió una tendencia ascendente con la edad. Es difícil comparar estos resultados con los de estudios con objetivos similares en otros países europeos, pues las metodologías y los períodos de tiempo estudiados son muy diferentes. Teniendo esto en cuenta, sin embargo, la prevalencia puntual de consumo de psicofármacos en el conjunto de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido entre 1993 y 1997 fue marcadamente menor, del 6,4%<sup>4</sup>. La prevalencia de consumo oscilaba entre el 2,3% cuando no había ni enfermedad psiquiátrica ni física, el 10,8% cuando existía un trastorno mental y el 24,4% cuando había comorbilidad entre enfermedad psiquiátrica y física. También pudo observarse un aumento del consumo con la edad y un consumo de casi el doble entre las mujeres.

El estudio ESEMeD-España forma parte de un estudio de ámbito Europeo, coordinado por la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud World Mental Health Survey<sup>5</sup>, y tiene como objetivo estudiar la epidemiología de los trastornos mentales en la población general Española<sup>6</sup>. Este artículo estudia la frecuencia de consumo de fármacos psicotrópicos en España y analiza su relación con la salud mental y diferentes características sociodemográficas. Los objetivos de este estudio son: a) describir la epidemiología de la utilización de fármacos psicotrópicos en España durante los últimos 12 meses previos a la entrevista; b) explorar si existen diferencias de sexo en el consumo de fármacos psicotrópicos en España, y c) describir la relación entre el consumo de las diferentes clases de fármacos psicotrópicos y la presencia de trastornos mentales específicos.

## MÉTODOS

### Diseño del estudio y selección de la muestra

Una explicación detallada de los participantes y métodos del estudio ESEMeD ha sido publicada previamente<sup>7,8</sup>. De diseño transversal, el estudio realizó una entrevista domiciliar utilizando metodología CAPI (entrevista asistida por ordenador). El universo de la muestra fue la población adulta (edad de 18 años o mayor) no institucionalizada de Espa-

ña, formada por 33.263.967 individuos según el censo de 2001. El muestreo se realizó mediante una selección aleatoria, estratificada, multifásica sin reemplazo, para asegurar la representatividad respecto a la población general y que todos los individuos tuviesen la misma probabilidad de selección. El trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002. Al final del proceso se seleccionaron 7.587 individuos para participar en el estudio y completaron el estudio 5.473 de ellos (tasa de respuesta ponderada del 78,6%). Todos los individuos seleccionados recibieron una explicación completa del propósito del estudio y firmaron un consentimiento informado en que se aseguraba la confidencialidad de los datos obtenidos y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

### Instrumento diagnóstico

La entrevista se realizó utilizando la versión española de la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0)<sup>9</sup>. La CIDI 3.0 proporciona diagnósticos psiquiátricos según criterios DSM-IV<sup>10</sup> y CIE-10<sup>11</sup>. Para los análisis realizados en este artículo se escogieron los indicadores que aportaban información sobre el período de los 12 meses anteriores a la entrevista. Además, para cada trastorno se recogió información sobre la gravedad, sus síntomas, la discapacidad asociada y su impacto en la calidad de vida del entrevistado, la utilización de servicios sanitarios, la utilización de medicamentos, así como diversos factores de riesgo. Versiones anteriores de este instrumento han sido evaluadas como fiables y válidas<sup>12,13</sup>. Además, estudios previos han establecido niveles de concordancia aceptables o buenos entre la CIDI 3.0 y el diagnóstico ciego hecho por un clínico, siendo el diagnóstico hecho con la CIDI 3.0 más conservador en comparación al diagnóstico hecho por el clínico<sup>14,15</sup>.

La CIDI 3.0 es una entrevista computarizada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos certificados, utilizando el *software* Blaise<sup>16</sup>. La entrevista estaba compuesta por dos fases. En la primera todos los participantes fueron sometidos a un cribado de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad más frecuentes. Únicamente aquellos que mostraban una serie de síntomas característicos de ciertos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, más un 25% aleatorio de los que no mostraban estos síntomas, accedieron a la segunda fase del cuestionario, que incluía una entrevista más detallada sobre otros trastornos mentales e información adicional.

El idioma original de la CIDI 3.0 es el inglés, por lo que se tuvo que adaptar al español. Para que el instrumento fuese comparable conceptual y culturalmente se siguió un proceso de traducción y retrotraducción llevado a cabo por traductores bilingües, revisado por un panel de expertos. El cuestionario obtenido se validó mediante un estudio piloto en la población diana, administrándose a individuos con y sin trastorno mental.

## Consumo de fármacos psicotrópicos

Se preguntó a todos los entrevistados sobre cualquier utilización de un fármaco psicotrópico durante los 12 meses previos a la entrevista, independientemente de su salud mental. Las preguntas sobre los fármacos utilizados (tabla 1) estaban incluidas en una sección diagnóstica de cada trastorno específico. Una sección adicional contenía 191 ítems específicamente diseñados para obtener información detallada sobre las características del consumo (como duración y frecuencia), el profesional sanitario que había realizado la prescripción, motivos de discontinuidad del consumo, etc. Como estrategia para facilitar el recuerdo y prevenir el efecto de un potencial sesgo de memoria se mostró a los entrevistados un cuaderno con fotografías en color de los fármacos más comunes en el tratamiento de los trastornos mentales.

Durante la entrevista los fármacos fueron registrados usando las denominaciones comerciales españolas para ser recodificados posteriormente de acuerdo con la clasificación anatómica-terapéutica-química de la Organización Mundial de la Salud<sup>17</sup>.

En el presente artículo se clasificaron los fármacos psicotrópicos en cinco categorías: *a)* antidepresivos (tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, otros); *b)* benzodiazepinas y sus derivados; *c)* antipsicóticos (convencionales y de segunda generación); *d)* estabilizadores del estado de ánimo, y *e)* otros.

## Otras variables

Las categorías de trastorno mental (según los criterios DSM-IV) consideradas fueron: al menos un trastorno mental (esta definición incluye los diagnósticos episodio de depresión mayor, distimia, fobia social, fobia específica, trastorno

de ansiedad generalizada, agorafobia con o sin trastorno de pánico, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, dependencia del alcohol y abuso de alcohol); algún trastorno del estado de ánimo (incluye los episodios de depresión mayor y la distimia); sólo trastorno del estado de ánimo; sólo presión mayor; algún trastorno de ansiedad (incluye el trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia con o sin trastorno de pánico, trastorno de pánico y trastorno por estrés postraumático, fobia social y fobia específica); sólo trastorno de ansiedad.

Al igual que el consumo de fármacos, en el presente estudio se consideran los trastornos mentales presentes durante los 12 meses previos a la entrevista.

## Análisis estadístico

Se examinó la proporción de individuos de la población general que declaraba haber utilizado fármacos psicotrópicos durante los 12 meses anteriores a la entrevista. Para valorar la asociación entre utilización de fármacos y género se calcularon *odds ratios* bivariadas (OR) y sus intervalos del 95%. Se realizaron análisis de regresión logística bivariados para evaluar la asociación de diversas características socio-demográficas y clínicas de los entrevistados con la utilización de fármacos psicotrópicos en general y por clase terapéutica. Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SAS 9.0 y la versión 8.01 del programa SUDAAN, un paquete estadístico utilizado para estimar los errores estándar de los datos obtenidos mediante diseños muestrales complejos (multietápicos, estratificados y con pesos diferenciales).

## RESULTADOS

### Características de la muestra

Por sexo, grupos de edad y tipo de población de residencia (clasificadas por número de habitantes) la muestra estudiada fue similar a la de la población general española según el censo de 2001, aunque con una proporción ligeramente mayor de mujeres. El 65% de los entrevistados estaba casado, el 46% tenía un empleo remunerado y casi el 8% estaba desempleado (tabla 2).

### Consumo de fármacos psicotrópicos

El 16% de la población declaró haber consumido al menos un fármaco psicotrópico durante el año anterior a la entrevista. Solos o combinados, los fármacos consumidos con mayor frecuencia fueron las benzodiazepinas y sus derivados (11,4%; intervalo de confianza [IC] 95%: 10,4-12,5%), seguidos por los antidepresivos (4,7%; IC 95%: 4,1-5,4%). Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina fueron los antidepresivos más comúnmente consumidos (59,5%; IC 95%: 52,2-66,4%). Analizando el con-

Tabla 1	Preguntas sobre consumo de fármacos psicotrópicos
PH1	Las siguientes preguntas se refieren a los medicamentos que toma. En primer lugar, ¿cuántos tipos diferentes de medicamentos con receta médica ha tomado usted en los últimos 7 días? (Por favor, incluya todos los medicamentos con receta médica a que haya tomado, aunque sólo los tomara una vez)
PH2	Cuántos tipos de medicamentos sin receta médica ha tomado usted en los últimos 7 días? Por favor, incluya las vitaminas, suplementos y cualquier otro tipo de medicamentos que haya adquirido sin receta. (Por favor, incluya todos los medicamentos sin receta médica que haya tomado, aunque sólo los tomara una vez)
PH3	En algún momento durante los últimos 12 meses ¿ha tomado algunos de los medicamentos que se mencionan en este cuaderno de medicamentos?
PH23	¿Todavía está usted tomando (medicamento)?

Tabla 2	Características sociodemográficas de la muestra entrevistada (datos ponderados y sin ponderar)			
	Sujetos entrevistados (datos sin ponderar)		Sujetos entrevistados (datos ponderados)	
	N	%	N	%
Total	5.473	100,00	5.473	100,0
<b>Sexo</b>				
Hombres	2.421	44,24	2.618,77	47,85
Mujeres	3.052	55,76	2.854,23	52,15
<b>Edad (a1os)</b>				
18-24	568	10,38	817,62	14,94
25-34	999	18,25	1.058,02	19,33
35-49	1.431	26,15	1.406,76	25,70
50-64	1.024	18,71	1.062,13	19,41
≥ 65	1.451	26,51	1.128,48	20,62
<b>Estado civil</b>				
Casado	3.645	66,60	3.556,80	64,99
Anteriormente casado	753	13,76	510,97	9,34
Nunca casado	1.075	19,64	1.405,24	25,68
<b>Educaci3n</b>				
0-4 a1os	845	15,45	739,05	13,52
5-8 a1os	1.456	26,62	1.427,88	26,11
9-12 a1os	1.302	23,80	1.276,51	23,34
13 o más a1os	1.867	34,13	2.024,82	37,03
Datos perdidos	3	0,00	4,75	0,00
<b>Trabajo</b>				
Empleo remunerado	2.402	43,89	2.335,69	46,33
Desempleo	354	6,47	421,94	7,71
Jubilado	1.316	24,05	1.052,01	19,22
Ama de casa	909	16,61	876,49	16,01
Estudiante	212	3,87	320,70	5,86
Baja maternal	19	0,35	13,37	0,24
Baja por enfermedad	67	1,22	82,74	1,51
Discapacitado	135	2,47	1.18,94	2,17
Otros	22	0,40	19,18	0,35
NS/NC	37	0,68	31,94	0,58
<b>Tipo de poblaci3n (habitantes)</b>				
Menos o igual a 10.000	1.411	25,78	1.399,62	25,57
De 10.001 a 50.000	1.377	25,16	1.348,57	24,64
De 50.001 a 500.000	1.732	31,65	1.793,10	32,76
Más de 500.000	953	17,41	931,72	17,02

NS/NC: no sabe/no contesta.

sumo en funci3n de si se realizaba para un único tipo de fármaco o para más de un tipo por un mismo individuo, en el primer caso los fármacos utilizados más frecuentemente fueron las benzodiazepinas y sus derivados (8,1%; IC 95%:

7,3-9,0%), seguidos por los antidepresivos (1,8%; IC 95%: 1,4-2,3%). Estos dos grupos fueron también la combinaci3n más frecuente (1,8%; IC 95%: 1,5- 2,3%) en el segundo caso (tabla 3).

### Influencia de las características sociodemográficas

En la tabla 4 se muestra la relaci3n del consumo de fármacos psicotr6picos con diferentes características sociode-

Tabla 3	Consumo de fármacos psicotr6picos. Proporción de consumidores y odds ratio por sexo por categoría terapéutica del fármaco (N = 5.473)		
Fármaco	Consumidores % (n)	IC 95%	Comparaci3n por género OR (IC 95%)
Al menos una clase	16,1 (991)	14,9-17,4	2,1 (1,7-2,5)
Uso en general <sup>1</sup>			
Antipsic3ticos	2,1 (122)	1,7-2,6	1,9 (1,2-3,0)
Antipsic3ticos convencionales <sup>2</sup>	85,5 (105)	75,8-91,8	3,1 (0,9-11,1)
Antipsic3ticos de segunda generaci3n <sup>2</sup>	17,8 (20)	10,7-28,1	0,3 (0,1-0,9)
Antidepresivos	4,7 (290)	4,1-5,4	2,2 (1,6-3,1)
Triciclicos <sup>3</sup>	25,5 (75)	19,8-32,1	1,4 (0,7-2,9)
ISRS <sup>3</sup>	59,5 (179)	52,2-66,4	1,6 (0,8-3,1)
Otros antidepresivos <sup>3</sup>	25,2 (65)	19,3-32,3	0,4 (0,2-0,9)
Benzodiazepinas y derivados	11,4 (722)	10,4-12,5	2,3 (1,9-2,8)
Estabilizadores del estado de ánimo	0,2 (15)	0,1-0,5	0,8 (0,2-3,0)
Otros	2,4 (143)	2,0-3,0	1,8 (1,2-2,9)
Uso exclusivo			
Antipsic3ticos	0,7 (39)	0,5-1,0	1,1 (0,6-2,2)
Antidepresivos	1,8 (104)	1,4-2,3	1,5 (0,9-2,6)
Benzodiazepinas y derivados	8,1 (507)	7,3-9,0	1,9 (1,5-2,4)
Estabilizadores del estado de ánimo	0,1 (4)	0,0-0,4	0,4 (0,0-4,8)
Otros	1,4 (81)	1,0-1,8	1,4 (0,8-2,6)
Uso combinado			
Antidepresivos + benzodiazepinas	1,8 (127)	1,5-2,3	3,3 (1,8-5,9)
Antidepresivos + estabilizadores del estado de ánimo	0,0 (1)	0,0-0,0	1,0 (1,0-1,0)
Antidepresivos + antipsic3ticos	0,3 (14)	0,1-0,5	0,9 (0,2-3,2)
Antipsic3ticos + benzodiazepinas	0,5 (29)	0,3-0,8	11,6 (3,8-36,1)
Antipsic3ticos + estabilizadores del estado de ánimo	0,0 (2)	0,0-0,1	0,3 (0,0-5,3)

\*Categoría de referencia: hombre. ISRS: inhibidores selectivos de la recaptaci3n de la serotonina. <sup>1</sup>«Uso en general» se ha definido como cualquier utilizaci3n del fármaco de interés durante los últimos 12 meses, independientemente de que se haya utilizado cualquier otro tipo de fármaco, por lo que las proporciones podrian sumar más de 100%. <sup>2</sup>Consumo entre los que reciben algún antipsic3tico. <sup>3</sup>Consumo entre los que reciben algún antidepresivo.

Tabla 4 Consumo de fármacos psicotrópicos. Proporción de consumidores y <i>odds ratio</i> según variables sociodemográficas (N = 5.473). Análisis bivariado		
	Consumidores % (n)	OR (IC 95 %)
Consumo global	16,1 (991)	—
<b>Sexo</b>		
Mujeres	20,7 (706)	2,1 (1,7-2,5)
Hombres	11,1 (285)	1,0 (1,0-1,0)
<b>Edad (años)</b>		
18-24	8,7 (47)	1,0 (1,0-1,0)
25-34	8,7 (92)	1,0 (0,7-1,5)
35-49	15,0 (225)	1,9 (1,3-2,8)
50-64	20,4 (232)	2,7 (1,8-4,0)
65+	25,9 (395)	3,5 (2,4-5,2)
<b>Estado civil</b>		
Casado	16,1 (615)	1,0 (1,0-1,0)
Previamente casado	28,5 (240)	1,7 (1,4-2,2)
Nunca casado	11,7 (136)	0,7 (0,6-0,9)
<b>Años de educación</b>		
0-12	17,4 (722)	1,0 (1,0-1,0)
13+	13,9 (269)	0,8 (0,6-1,0)
<b>Situación laboral</b>		
Empleo remunerado	11,2 (312)	1,0 (1,0-1,0)
Estudiante	8,0 (16)	0,6 (0,4-1,2)
Labores domésticas	22,5 (221)	1,6 (1,3-2,1)
Jubilado	23,2 (326)	2,4 (1,9-2,9)
Otras situaciones	22,3 (116)	2,2 (1,6-2,9)
<b>Ámbito geográfico</b>		
Rural	14,4 (240)	1,0 (1,0-1,0)
Urbano de tamaño medio	16,2 (333)	1,1 (0,9-1,5)
Urbano de gran tamaño	17,2 (418)	1,2 (1,0-1,5)

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

mográficas de la muestra. La frecuencia de consumo de fármacos psicotrópicos de las mujeres fue dos veces mayor que la de los hombres en todas las categorías analizadas. También se observó un aumento del consumo de psicofármacos conforme aumentaba la edad. Según el estado civil, el consumo fue mayor entre aquellos que habían estado casados previamente y menor entre los solteros. Los años de estudio no mostraron ninguna asociación con el consumo de fármacos psicotrópicos. En relación con la situación laboral, las mayores probabilidades de consumo se encontraron entre los jubilados (*odds ratio* [OR]: 2,4; IC 95 %: 1,9-2,9) y los que se dedicaban a labores domésticas (OR: 1,6; IC 95 %: 1,3-2,1).

## Relación de los trastornos mentales con el consumo de fármacos psicotrópicos

El consumo de fármacos psicotrópicos fue casi tres veces mayor entre aquellos con algún trastorno mental en el año previo a la entrevista que entre aquellos que no tenían trastornos (41,2 frente a 11,9 %). De manera similar el consumo fue mayor cuando había comorbilidad (70,3 %) que cuando no la había (30,3 %). En general utilizaron más fármacos psicotrópicos los afectados por algún trastorno del estado de ánimo (62,4 %) que los afectados por algún trastorno de ansiedad (35,5 %). Esta diferencia se acentuó en el grupo con trastorno de ansiedad puro (21,7 %). Por tipo de fármaco, las benzodiazepinas fueron los fármacos más utilizados en todos los trastornos, seguidos por los antidepresivos. En general la probabilidad de consumo para las mujeres fue alrededor del doble que la de los hombres para todos los tipos de fármaco, aunque esta asociación no era patente cuando se comprobaba el consumo de cualquier fármaco ante la presencia de cualquier trastorno (tabla 5).

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio, aproximadamente 1 de cada 6 personas entrevistadas declaró haber consumido al menos un fármaco psicotrópico, siendo la probabilidad de consumo el doble para las mujeres. Más de 1 de cada 10 individuos consumió ansiolíticos, el doble de los que declararon haber tomado antidepresivos. Conforme aumentaba la edad aumentaba la utilización de psicofármacos. Los años de educación mostraron una asociación inversa con el consumo.

Resulta difícil comparar nuestros resultados con los de estudios previos debido a la gran variabilidad en los métodos y en las muestras. Sin embargo, la magnitud del consumo y la influencia del sexo, la edad y los años de estudio sobre el consumo son hallazgos constantes en la literatura<sup>3,4,18,19</sup>.

Nuestros análisis revelan escasa relación entre el tipo de trastorno mental padecido y el fármaco psicotrópico consumido. Este dato es especialmente relevante en el grupo de individuos afectados por algún trastorno del estado de ánimo que recibieron ansiolíticos con una frecuencia casi dos veces superior a la de los antidepresivos (cinco veces superior si nos fijamos en la utilización de uno de los tipos de fármacos de forma exclusiva). Esta inespecificidad es más evidente en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y, en menor medida, en el de los trastornos de ansiedad. Ello, junto con la insuficiente tasa de prescripción de este tipo de tratamiento en caso de trastorno mental y su elevada tasa de abandono, contribuye a un panorama preocupante<sup>20</sup>. Estrategias como el uso de guías clínicas basadas en la evidencia<sup>21</sup>, que establecen pautas para el tratamiento farmacológico adecuado de los trastornos mentales, e intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia al tratamiento prescrito<sup>22</sup> podrían contribuir a reducir la magnitud de este problema.

**Tabla 5** Utilizaci3n de f1rmacos psicotr6picos seg1n el tipo de trastorno y la clase terap6utica. Proporci3n de consumidores y *odds ratio* seg1n el sexo (N = 5.473)

	Cualquier f1rmaco psicotr6pico		Cualquier antidepresivo		Cualquier benzodiazepina		Cualquier antipsic3tico		Cualquier estabilizador del estado de 1nimo		Cualquier f1rmaco psicotr6pico	
	% (n)	Comparaci3n por sexo OR (IC 95 %)	% (n)	Comparaci3n por sexo OR (IC 95 %)	% (n)	Comparaci3n por sexo OR (IC 95 %)	% (n)	Comparaci3n por sexo OR (IC 95 %)	% (n)	Comparaci3n por sexo OR (IC 95 %)	% (n)	Comparaci3n por sexo OR (IC 95 %)
Global	16,1 (991)	2,1 (1,7-2,5)	4,7 (290)	2,2 (1,6-3,1)	11,4 (722)	2,3 (1,9-2,8)	2,1 (122)	1,9 (1,2-3,0)	0,2 (15)	0,8 (0,2-3,0)	2,4 (143)	1,8 (1,2-2,9)
Sin trastorno 12 meses*	11,9 (335)	2,3 (1,6-3,2)	2,8 (98)	3,3 (1,6-6,8)	8,7 (245)	2,6 (1,7-3,9)	1,5 (38)	1,6 (0,6-4,1)	0,1 (5)	20,4 (2,2-190)	1,3 (40)	1,6 (0,6-4,4)
Cualquier trastorno*	41,2 (230)	1,7 (0,8-3,6)	19,2 (110)	1,3 (0,6-3,1)	32,7 (182)	1,8 (0,8-3,8)	8,8 (37)	0,6 (0,2-1,8)	0,8 (5)	0,3 (0,0-2,2)	5,6 (33)	2,0 (0,5-8,4)
Cualquier trastorno del estado de 1nimo	62,4 (175)	1,6 (0,8-3,2)	27,1 (83)	1,2 (0,5-2,9)	51,1 (141)	2,1 (1,1-4,0)	11,8 (26)	0,6 (0,2-1,7)	1,4 (3)	0,1 (0,0-1,6)	8,1 (27)	2,1 (0,5-9,2)
Depresi3n mayor pura*	61,4 (72)	3,8 (1,3-10,9)	29,1 (36)	4,1 (1,2-14,4)	51,1 (58)	3,2 (1,1-9,2)	11,7 (10)	1,9 (0,4-9,8)	3,1 (3)	0,2 (0,0-2,8)	8,3 (11)	14,7 (1,7-128)
Trastorno del estado de 1nimo puro*	59,0 (104)	2,6 (1,1-6,4)	23,8 (47)	4,2 (1,3-13,3)	49,5 (84)	2,2 (0,9-5,6)	10,9 (16)	1,9 (0,5-7,4)	2,1 (3)	0,2 (0,0-2,4)	7,9 (16)	18,1 (2,2-148)
Cualquier trastorno de ansiedad*	35,5 (126)	1,1 (0,4-3,1)	18,2 (63)	0,7 (0,2-2,1)	27,1 (98)	1,2 (0,4-3,4)	8,3 (21)	0,3 (0,1-1,2)	0,3 (2)	0,7 (0,0-11,7)	4,9 (17)	0,9 (0,2-4,7)
Trastorno de ansiedad puro*	21,7 (55)	1,2 (0,3-4,5)	11,7 (27)	0,9 (0,2-4,2)	16,1 (41)	1,0 (0,2-4,0)	5,9 (11)	0,5 (0,1-3,2)	0,4 (2)	0,7 (0,0-12,5)	2,5 (6)	2,2 (0,3-15,3)
1 trastorno*	30,3 (126)	2,3 (0,9-5,7)	15,4 (63)	1,9 (0,6-6,0)	24,0 (99)	1,8 (0,7-4,5)	7,3 (22)	1,3 (0,3-5,0)	1,1 (5)	0,4 (0,1-2,5)	4,0 (18)	11,8 (2,3-59,1)
> 1 trastorno*	70,3 (104)	0,6 (0,3-1,6)	29,2 (47)	0,6 (0,2-1,9)	56,2 (83)	1,6 (0,6-4,1)	12,9 (15)	0,2 (0,0-0,8)	0,0 (0)	—	9,9 (15)	0,6 (0,1-3,1)

Categoría de referencia: hombre. \*S3lo la parte II de la muestra fue analizada. OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

## Fortalezas del estudio

La principal fortaleza de este estudio radica en la robustez de las inferencias que permiten las entrevistas poblacionales<sup>23</sup>. Nuestros resultados tambi3n son relevantes por el uso de un instrumento com1n con otros países como parte del proyecto ESEMeD Europa y del m1s ambicioso World Mental Health Survey<sup>24</sup>. Estos an1lisis tambi3n pueden proveer informaci3n 1til para dise1ar intervenciones y políticás de salud que aumenten el grado de especificidad de los f1rmacos psicotr6picos en el tratamiento de trastornos mentales concretos.

## Limitaciones del estudio

Si bien se utiliz3 una estrategia de ayuda visual (fotos de buena calidad de los envases comerciales de los f1rmacos m1s comunes) para mejorar la precisi3n de las respuestas, la reticencia a informar del uso de medicaci3n psicotr6pica y un cierto grado de sesgo de memoria no pueden descartarse

absolutamente, por lo que nuestras estimaciones deben ser consideradas de una manera conservadora<sup>4,19</sup>.

Tampoco en este artículo se ha diferenciado el consumo ocasional de f1rmacos psicotr6picos del consumo cr3nico, ni se han analizado las dosis utilizadas. Esto impide cualquier intento serio de estudiar la adecuaci3n del tratamiento psiqui1trico. Éste es un tema importante que deben tratar futuros artículos, ya que otros estudios sugieren una elevada inadecuaci3n del tratamiento farmacol3gico de los trastornos psiqui1tricos<sup>3,4,19,25,26</sup>.

En este estudio no hemos abordado el papel que desempe1an los diferentes niveles asistenciales, ya que esto va m1s all1 de los objetivos de este artículo. Se han descrito diferencias importantes tanto en la probabilidad de recibir tratamiento como en su adecuaci3n y adherencia entre diferentes tipos de proveedores<sup>27</sup>, afectando el curso de la enfermedad mental. Los factores que determinan la elecci3n del profesional sanitario son complejos y de naturaleza diversa, interviniendo elementos de accesibilidad geogr1fica,

contexto socioeconómico y valores del individuo. Si el conocimiento sobre la utilización de los fármacos psicotrópicos ha de servir para diseñar estrategias que permitan mejorar su utilidad para los afectados por trastornos mentales, hace falta una mayor comprensión de cómo se utilizan en los diferentes niveles del sistema sanitario.

## Implicaciones

Éste es el primer estudio poblacional sobre uso de psicofármacos y su relación con los trastornos mentales realizado mediante entrevista directa en España. Frente a la falta, a nivel nacional, de una fuente de datos única y fiable sobre utilización de medicamentos, y en el contexto del crecimiento constante del consumo e importancia presupuestaria de estos fármacos durante los últimos años<sup>2</sup>, esta información reviste utilidad directa para los encargados de establecer políticas de salud y planificar sistemas de salud. Los resultados de este y futuros estudios similares deberían servir para crear un clima de discusión, tanto científica como política, que permita iniciar un proceso de cambio que lleve a una utilización óptima de los recursos limitados de nuestro sistema sanitario desde una perspectiva ética y económica. Asimismo, este estudio proporciona indicaciones generales sobre cuáles son las necesidades de conocimiento científico más acuciantes en la epidemiología del tratamiento psiquiátrico farmacológico en España. Específicamente, la adecuación del tratamiento y la adherencia al mismo, el grado de implementación de guías de práctica clínica, la importancia de los diferentes niveles asistenciales y las razones que explican las diferencias existentes ligadas al sexo y a la edad son aspectos que deberían contemplarse en estudios futuros.

## Agradecimientos

Proyecto financiado por: Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042 y SANCO 2004123), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), REM-TAP (FIS RD06/0011/0013), REDIAP (FIS RD06/0018/0017), Red IRYSS (RETICS), Cat Salut-Servei Català de la Salut, y por una beca sin restricciones de GlaxoSmithKline.

El estudio ESEMeD-España se ha realizado en coordinación con la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud Encuestas de Salud Mental (WHO World Mental Health Survey Initiative, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). Agradecemos a los miembros del equipo de coordinación de WMH su ayuda en el uso de los instrumentos y en el diseño de los procedimientos de campo. Esas actividades han sido apoyadas por John D. y Catherine T. MacArthur Foundation, Pfizer Foundation, US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, y R01 DA016558), Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), Organización Panamericana de Salud, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline and Bristol-Myers Squibb. Una lista comple-

ta de las publicaciones se puede encontrar en <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>.

Los autores quieren expresar su gratitud al comité asesor del proyecto ESEMeD-España formado por el Juan José López Ibor (presidente), Enrique Baca Baldomero, Antonio Bulbena, Antonia Domingo, José Giner Ubago, Carmen Leal Cercós, Marcelino López, Luis Rajmil, Josep Ramos, Julio Vallejo Ruiloba y José Luis Vázquez-Barquero.

Agradecemos a IPSOS-Ecoconsulting su colaboración en la realización del trabajo de campo en España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simo Minan J, Pablo González R, Ramos Maestre MJ, Gaztambi-de Ganuza MS. Do we spend too much on medications? Pharmaceutical expenditures, an absolutely essential item in European countries. *Aten Prim* 2004;33:244-53.
2. Salvador-Carulla L, Rodríguez-Blázquez M, Magallanes T, Romero C. La evaluación del uso de medicamentos: implicaciones de una nueva disciplina sanitaria para la salud mental. I Congreso Virtual de Psiquiatría 2000; 45-CI-B. (Consulta el 6-5-2005).
3. Carrasco P, Asturias P, Ortega P, Jiménez R, Gil A. Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Surveys for 1993, 1995 and 1997. *Med Clin* 2001;116:324-9.
4. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63:817-25.
5. Kessler RC, Ustun TB. The World Health Organization World Mental Health 2000 Initiative. *Hosp Manag Internat* 2000;195-6.
6. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin* 2006;126:445-51.
7. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:182-91.
8. Alonso J, Angermeyer MC, Bernet S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(Suppl. 420):8-20.
9. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
10. Americana AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1996; p. 181-278.
11. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
12. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (published erratum appears in *Br J Psychiatry* 1992 Jan;160:136). *Br J Psychiatry* 1991; 159:645-53.

13. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-84.
14. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
15. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the composite international diagnostic interview version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* (en prensa).
16. Statistics Netherlands. Blaise developer's guide. Herleen: Department of Statistical Informatics, 1999.
17. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2002.
18. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(Suppl. 420): 55-64.
19. Pariente P, Lépine JP, Lellouch J. Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample. *Psychol Med* 1992;22:181-90.
20. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160:2101-7.
21. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2005. (Consultado el 6-5-2005).
22. Reich LH, Jaramillo BM, Kaplan LJ, Arciniega J, Kolbasovsky AD. Improving continuity of care: success of a behavioral health program. *J Healthc Qual* 2003;25:4.
23. Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:2-14.
24. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lépine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
25. Paulose-Ram R, Jonas BS, Orwig D, Safran MA. Prescription psychotropic medication use among the U.S. adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Clin Epidemiol* 2004;57:309-17.
26. Vázquez-Barquero J, Díez Manrique J, Pena C, Arenal González A, Cuesta M, Artal J. Patterns of psychotropic drug use in a Spanish rural community. *Br J Psychiatry* 1989;155:633-41.
27. Kniesner TJ, Powers RH, Croghan TW. Provider type and depression treatment adequacy. *Health Policy* 2005;72:321-32.