



FACULTADE DE MEDICINA  
E ODONTOLOXÍA

Traballo de  
fin de grao

**Prescripción de antidepresivos nunha poboación rural**

**Prescripcion de antidepresivos en una población rural**

**Antidepressant prescription in a rural population**

**Autor:** Fernando Peleteiro Sánchez

**Titor:** Francisco Gude Sampedro

**Cotitora:** Ana Isabel Castaño Carou

**Departamento:** Departamento de  
Psiquiatría, Radioloxía, Salud Pública,  
Enfermería y Medicina

Convocatoria de xuño / Curso académico 2021 / 2022

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Medicina e Odontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Medicina



## Táboa de contido

<b>TÁBOA DE CONTIDO</b> .....	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>4</b>
<b>ÍNDICE DE TÁBOAS, GRÁFICAS E FIGURAS</b> .....	<b>5</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>9</b>
1. <b>PSICOFÁRMACOS</b> .....	<b>9</b>
1.1 <i>Definición</i> .....	<b>9</b>
1.2 <i>Psicofármacos máis usados</i> .....	<b>11</b>
1.3 <i>Efectos adversos dos psicofármacos</i> .....	<b>14</b>
2. <b>ANTIDEPRESIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 <i>Definición</i> .....	<b>15</b>
2.2 <i>Indicacións para o uso de antidepressivos</i> .....	<b>16</b>
2.3 <i>Contraindicacións dos antidepressivos</i> .....	<b>18</b>
2.4 <i>Prevalencia da prescrición de Antidepressivos</i> .....	<b>18</b>
3. <b>CONSUMO DE ALCOL</b> .....	<b>19</b>
3.1 <i>Prevalencia no consumo de alcol</i> .....	<b>19</b>
3.2 <i>Factores asociados ao consumo de alcol</i> .....	<b>22</b>
3.3 <i>Consumo de alcol e patoloxías psiquiátricas</i> .....	<b>23</b>
4. <b>CONSUMO DE TABACO</b> .....	<b>23</b>
4.1 <i>Prevalencia no consumo de tabaco</i> .....	<b>23</b>
4.2 <i>Factores asociados ao consumo de tabaco</i> .....	<b>24</b>
4.3 <i>Consumo de tabaco e patoloxías psiquiátricas</i> .....	<b>25</b>
<b>OBXECTIVOS</b> .....	<b>25</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>25</b>
<b>ANÁLISE ESTADÍSTICA</b> .....	<b>28</b>
<b>CONSIDERACIÓN S ÉTICAS</b> .....	<b>29</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>37</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO I: IPAQ VERSIÓN CURTA</b> .....	<b>46</b>
<b>ANEXO II: ESCALA GOLDBERG</b> .....	<b>48</b>
<b>PARA A DEPRESIÓN E A ANSIEDADE</b> .....	<b>48</b>

## Índice de abreviaturas

5-HT: 5 – hidroxitriptamina.

AD: antidepresivos.

ADH: hormona antidiurética.

ANMDA: antagonistas dos receptores do ácido N-metil-D-aspártico.

ATC: antidepresivos tricíclicos.

BZD: benzodiazepinas.

CI: cardiopatía isquémica.

DDD: doses diarias definidas.

E: especificidade.

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration)

HTA: hipertensión arterial.

IC: insuficiencia cardíaca.

IACE: inhibidores da acetilcolinesterasa.

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire.

IRA: insuficiencia renal aguda.

ISRNA: inhibidores selectivos da recaptación de noradrenalina.

ISRS: inhibidores selectivos da recaptación de serotonina.

NA: noradrenalina.

OMS: Organización Mundial da Saúde.

S: sensibilidade.

SIADH: síndrome de secreción inadecuada de ADH.

SNC: sistema nervioso central.

SNS: Sistema Nacional de Saúde.

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividade.

UE: Unión Europea.

## Índice de táboas, gráficas e figuras.

TÁBOA 1. CLASIFICACIÓN DOS PSICOFÁRMACOS SEGUNDO A OMS NO 1967.....	9
TÁBOA 2. CLASIFICACIÓN DOS PSICOFÁRMACOS SEGÚN “MANUAL DE PSIQUIATRÍA “HUMBERTO ROTONDO”” .....	10
TÁBOA 3. DIFERENZAS NA PROPORCIÓN DE PRESCRICIÓN SEGUNDO O XÉNERO DOS INDIVIDUOS SOMETIDOS A ESTUDO EN DEZ PAÍSES EUROPEOS .....	13
TÁBOA 4. MECANISMO DE ACCIÓN DOS AD.....	16
TÁBOA 5. PRINCIPAIS INDICACIÓNS NA PRESCRICIÓN DE AD EN COLOMBIA (HAMILTON ET AL., 2020) .....	18
TÁBOA 6. CONSUMO DE AD E XÉNERO.....	30
TÁBOA 7. RELACIÓN ENTRE A FRANXA ETARIA E O CONSUMO DE AD.....	30
TÁBOA 8. RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL E CONSUMO DE AD.....	31
TÁBOA 9. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ESTUDOS E CONSUMO DE AD.....	32
TÁBOA 10. RELACIÓN ENTRE ACTIVIDADE FÍSICA E CONSUMO DE AD.....	33
TÁBOA 11. RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE TABACO E CONSUMO DE AD .....	34
TÁBOA 12. RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOL (G/SEMANA) E CONSUMO DE AD.....	34
TÁBOA 13. RELACIÓN ENTRE PATOLOXÍAS CRÓNICAS E CONSUMO DE AD.....	35
TÁBOA 14. RELACIÓN ENTRE PUNTUACIÓN NA ESCALA GOLDBERG E O CONSUMO DE AD.....	36
FIGURA 1. PREVALENCIA DO CONSUMO DE DROGAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES NA POBOACIÓN ACTIVA ESPAÑOLA...20	
FIGURA 2. CONSUMO DE ALCOL DA POBOACIÓN ACTIVA ESPAÑOLA NO INTERVALO 1997 – 2019.....21	
FIGURA 3. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOL DA POBOACIÓN ACTIVA ESPAÑOLA NO INTERVALO 1997 – 2019.....22	
FIGURA 4. CONSUMO DE TABACO NA POBOACIÓN ACTIVA ESPAÑOLA NO INTERVALO 1997 – 2019.....24	
FIGURA 5. SELECCIÓN DA MOSTRA PARA O ESTUDO.....26	
FIGURA 6. CONSUMO DE AD NA MOSTRA.....29	
FIGURA 7. RELACIÓN ENTRE A FRANXA ETARIA E O CONSUMO DE AD.....31	
FIGURA 8. RELACIÓN ENTRE O NIVEL DE ESTUDOS E O CONSUMO DE AD .....	33
FIGURA 9. RELACIÓN ENTRE PATALOXÍAS CRÓNICAS E CONSUMO DE AD.....36	

## Resumo

### Introdución:

Os antidepressivos (AD) son os fármacos empregados para tratar a depresión, sendo esta un dos trastornos afectivos máis frecuentes no mundo.

### Obxectivos:

Coñecer a prevalencia do consumo de AD nunha poboación rural, determinar se existe asociación entre a prescrición de AD, variables socio-demográficas, o consumo de alcol e tabaco, e as patoloxías crónicas na poboación.

### Material e métodos:

Estudo observacional dunha mostra aleatoria estratificada por idade da poboación de 18 anos ou máis do Concello da Estrada. N=1516

Variables: cuestionario estruturado con datos demográficos, enfermidades crónicas, fármacos, tabaco e alcol. Cuestionario International Physical Activity Questionnaire (short form) sobre actividade física e Escala de Goldberg de ansiedade e depresión.

### Resultados:

Participaron no estudo 838 mulleres e 678 homes. Tomaban AD o 13,5% sendo o consumo maior nas mulleres (19,9%), que nos homes (5,5%). O uso de AD aumenta coa idade. Os viuvos/as e separados/as foron os grupos de maior consumo de AD, ao igual que os analfabetos, sen estudos ou que completaron a escola. Encontrouse unha relación inversa entre a realización de actividade física e o uso de AD. Sen embargo, os participantes que non fuman e menos alcohol beben toman máis AD. Achouse unha asociación significativa entre toma de AD e enfermidades crónicas: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), hiperlipemia (HLP), depresión ou enfermidades osteoarticulares. A positividade na escala de Goldberg de ansiedade e depresión tamén se asocia cun maior consumo de AD que se a escala é negativa. Todas estas asociacións foron estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

### Conclusións:

Encontrouse un alto consumo de AD en poboación xeral, sendo o perfil do consumidor o dunha muller maior, fráxil e pluripatolóxica.

### PALABRAS CHAVE:

Depresión, antidepressivos, poboación xeral

### Introducción:

Los antidepresivos (AD) son los fármacos empleados para tratar la depresión, siendo esta uno de los trastornos afectivos más frecuentes en el mundo.

### Objetivos:

Conocer la prevalencia del consumo de AD en una población rural, determinar si existe asociación entre la prescripción de AD, variables socio-demográficas, el consumo de alcohol y tabaco, y las patologías crónicas en la población.

### Material y métodos:

Estudio observacional de una muestra aleatoria estratificada por edad en la población de 18 años o más del Ayuntamiento de A Estrada. M=1516

Variables: cuestionario estructurado con datos demográficos, enfermedades crónicas, fármacos, tabaco y alcohol. Cuestionario International Physical Activity Questionnaire (short form) sobre la actividad física y Escala de Goldberg de ansiedad y depresión.

### Resultados:

Participaron en el estudio 838 mujeres y 678 hombres. Tomaban AD el 13,5%, siendo el consumo mayor en las mujeres (19,9%), que en los hombres (5,5%). El uso de AD aumenta con la edad. Los viudos/as y separados/as fueron los grupos de mayor consumo de AD, al igual que los analfabetos, sin estudios o que completaron la escuela. Se encontró una relación inversa entre la realización de actividad física y el uso de AD. Sin embargo, los participantes que no fuman y que menos alcohol beben toman más AD. Se encontró una asociación significativa entre toma de AD y enfermedades crónicas: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), hiperlipidemia (HLP), depresión o enfermedades osteoarticulares. La positividad en la escala de Goldberg de ansiedad y depresión también se asocia con un mayor consumo de AD. Todas estas asociaciones fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

### Conclusiones:

Se encontró un alto consumo de AD en la población general, siendo el perfil del consumidor el de una mujer mayor, frágil y pluripatológica

### PALABRAS CLAVE:

Depresión, antidepresivos, población general.

## Introduction

Antidepressants (AD) are drugs used to treat depression, one of the most frequent affective disorders in the world.

## Objectives:

This study sought to investigate the AD consumption prevalence in a rural population. It also sought to determine if there is an association between AD prescription, socio-demographic variables, tobacco and alcohol consumption and chronic diseases in the general population.

## Material and methods:

An observational study was conducted using a random sample stratified by age. Participants were 18 years or older and registered in A Estrada's council, from Spain's National Health System. N=1516.

Variables: structured questionnaire with demographic data, chronic diseases, drugs, tobacco and alcohol, International Physical Activity Questionnaire (short form) and Goldberg Anxiety and Depression Scale.

## Results:

838 women and 678 men participated in the study. 13,5% took AD, being consumption higher in women (19,9%), than in men (5'5%). AD usage increases with age. Widowers and those separated had a higher AD consumption, as well as illiterates, people without studies, and those who completed only primary school. An inverse relationship was found between physical activity and AD usage. Nevertheless, participants who do not smoke, as well as those who drink less alcohol, take more AD. A significant association was found between AD consumption and chronic diseases: diabetes mellitus (DM), arterial hypertension (AHT), hyperlipemia (HLP), depression or osteoarticular diseases. A positive result in Goldberg's anxiety and depression scale is also associated with a higher AD usage than a negative one, although this consume is lower among the positives. All these associations were statistically significant ( $p < 0,001$ ).

## Conclusions:

A high AD consumption was found in the rural population, being the consumer's profile an elder woman, fragile and multi-pathological.



KEY WORDS:

Depression, antidepressants, general population.

## Introdución

### 1. Psicofármacos

#### 1.1 DEFINICIÓN

Os psicofármacos defínense como medicamentos que inflúen sobre o estado de ánimo e a conducta. Non obstante, dado que estes índices da función cerebral son difíciles de definir e medir, non existe unha base constante sobre a que establecer unha clasificación para estas substancias.

Existe unha clasificación dos psicofármacos creada pola OMS no 1967, que se amosa na táboa 1.

Táboa 1. Clasificación dos psicofármacos segundo a OMS no 1967. (2)

Fármaco	Sinónimo	Definición	Exemplos
Anestésicos		Utilizados para producir anestesia	Halotano, propofol
Ansiolíticos e sedantes	Hipnóticos, sedantes, tranquilizantes menores	Producen sono e amortiguan a ansiedade	Barbitúricos, benzodiazepinas
Antipsicóticos	Neurolépticos, fármacos antiesquizofrenia, tranquilizantes maiores	Alivian os síntomas da esquizofrenia	Clozapina, clorpromacina, haloperidol
Antidepresivos		Alivian os síntomas da enfermidade depresiva	IMAO, ATC, ISRS
Analxésicos		Alivian a dor	Opiáceos, carbamazepina
Estimulantes psicomotores	Psicoestimulantes	Producen vixilia e euforia	Anfetamina, cocaína, cafeína

Psicoticomiméticos	Alucinógenos, psicodislépticos	Producen alteracións na percepción (principalmente alucinacións visuais)	LSD, mescalina, feniclidina
		Producen alteracións conductuais non caracterizables como sedantes ou estimulantes	
Potenciadores de la cognición	Fármacos noótropos	Melloran a memoria e o rendemento cognitivo	IACE, ANMDA

Nota: IMAO: inhibidores da monoamino oxidasa; ATC: antidepressivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos da recaptación de serotonina; LSD: dietilamida do ácido lisérxico; IACE: inhibidores da acetilcolinesterasa; ANMDA: antagonistas dos receptores do ácido-N-metil-D-aspartico.

Esta clasificación ten a desvantaxe de que certos fármacos actuais non poden ser situados nunha destas categorías. Por exemplo o litio, usado para o trastorno bipolar, ou a ketamina, un anestésico dissociativo cunha acción psicoticotomimética similar á da feniclidina.

Tamén é habitual que na practica clínica un mesmo fármaco poida abarcar varias das categorías terapéuticas eiqüí enumeradas. Un exemplo disto sería o uso dos antipsicóticos como tranquilizantes, ou dos antidepressivos (AD) para tratar dores neuropáticas. (2)

Existe outra definición, máis recente e concisa que atopamos no libro “Manual de Psiquiatría “Humberto Redondo”” (3). Estes autores definen os psicofármacos como toda substancia capaz de modificar a actividade mental dos seres vivos superiores, dado que isto incluíría drogas recreativas como o tabaco, o alcol, a cocaína, etc., restrinxen o significado a drogas utilizadas cunha intencionalidade terapéutica de influir sobre unha conducta anormal e restaurar o equilibrio emocional do doente.

Neste libro a clasificación faise de acordo ás súas propiedades terapéuticas, constituindo os grupos da táboa 2.

Táboa 2. Clasificación dos psicofármacos según “Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”” (3).

Grupo farmacolóxico	Sinónimos	Indicacións	Mecanismo de acción

Antipsicóticos	Neurolépticos, tranquilizantes maiores, atarácicos	Esquizofrenia, manía, depresión psicótica...	Bloqueo de receptores dopaminérxicos post-sinápticos
Antidepresivos	Timoanaléptico, timerético	Depresión unipolar, fase depresiva do trastorno bipolar, trastorno de pánico, anorexia nerviosa, bulimia	Prolongan a presenza de neurotransmisores no espazo sináptico
Ansiolíticos	Tranquilizantes menores, sedantes, hipnosedantes	Trastornos de ansiedad, ansiedad secundaria, epilepsia	Aumentan a afinidade do GABA polo seu receptor no SNC
Sales de litio		Episodio maníaco, profilaxis do trastorno bipolar e unipolar, trastorno da personalidade fronterizo, farmacodependencia	Bloquea as oscilacions dos sistemas monoaminérxicos e colinérxicos
Anticonvulsivantes			
nootrópicos			
hipnóticos			

## 1.2 PSICOFÁRMACOS MÁIS USADOS

Nun estudo de Paulose-Ram et al. nunha poboación adulta de US no intervalo entre o 1999 e o 2002 (4), reportase, unha prevalencia no uso dos AD do 8'1%, representando os ISRS o 62'9% deste grupo (principalmente sertralina e paroxetina). Nos ansiolíticos vemos una prevalencia do 3'8%, representando as BZD o 69'4% deste grupo, sendo as mais usadas alprazolam e lorazepam. Nos fármacos antipsicóticos acharon unha prevalencia do 1%, e nos antimaniacos inferior ó 1%.

En relación á prescrición segundo o xénero, hai un estudo (5) que se realizou no 2015 en 10 países da Unión Europea, no que participaron 34204 persoas no que se preguntaba aos entrevistados se consumiran algún psicofármaco (do grupo dos AD, BZD, antipsicóticos ou

estabilizadores do ánimo) nos 12 meses anteriores (Táboa 3). Este estudo recolleu unha proporción global da prescrición do 15.1% para as mulleres, namentres que dun 8% para os varóns.

Prescripción de antidepresivos nunha poboación rural

Táboa 3. Diferenzas na proporción de prescripción segundo o xénero dos individuos sometidos a estudo en dez países europeos (5)

País	Bélxica		Francia		Alemaña		Holanda		Irlanda do norte		Bulgaria		Rumanía		Italia		Portugal		España	
Calquer psicotrópico	21.4	12.8	20.4	12.1	9.2	5.2	18.6	7.5	16.7	8.3	3.0	1.2	6.3	3.5	17	7.6	30.4	12.4	19.1	10
AD	9.8	4.1	7.3	4.3	5.8	2.8	6.2	2.1	12.6	6.0	0.7	0.2	2.5	1.2	3.7	1.9	13.2	3.4	6.3	3.0
BZD	15.1	10.4	16.5	9.8	3.6	2.3	14.3	6.0	7.2	3.2	2.0	0.5	4.7	2.4	14.6	6.4	24.3	9.8	15.2	7.3
Antipsicóticos	3.2	1.3	1.9	1.5	1.1	0.9	1.2	0.4	2.8	1.8	0.6	0.2	1.3	0.7	1.4	1.0	3.0	1.7	2.8	1.5
Estabilizadores do ánimo	0.1	0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	1.7	0.8	0.3	0.4	1.3	1.1	0.1	0	0.7	0.5	0.2	0.3

AD: antidepresivos; BZD: benzodicepinas.

Unha metaanálise da prescripción de psicofármacos na poboación pediátrica (6) describe que os psicofármacos máis utilizados, neste grupo en cuestión, son do 15'3% para as medicacións para o TDAH, do 6'4% para os AD e do 5'3% para os antipsicóticos. Recolle tamén una estratificación por xénero, indicándose una prevalencia global da prescripción do 7'69% para as mulleres, na mentres que do 4'51% para os varóns.

### 1.3 EFECTOS ADVERSOS DOS PSICOFÁRMACOS (7)

- Cardiovaculares: antipsicóticos, estabilizadores do ánimo e antidepressivos foron asociados con factores de risco cardiovascular como a resistencia á insulina, obesidade e dislipemias. Ademais, fármacos estimulantes, algúns antidepressivos (principalmente os Inhibidores Delectivos da Recaptación de Noradrenalina (ISRNA)), algúns antipsicóticos e mais o ácido valproico relacionanse cun incremento na presión arterial (8). Está tamén aumentado o risco de infarto.

- Endocrinos: aumento do peso, hipotiroidismo (9), diabetes, hiponatremia/síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).

- Nutricionais e metabólicos: obesidade e dislipemias.

- Neumolóxicos: neumonía.

- Gastrointestinais: disfunción hepática.

- Oncolóxicos: lixeiro aumento do risco de cancro de mama.

- Musculoesqueléticos: osteoporose.

- Hematolóxicos: leucitopenia/agranulocitose.

- Nefrolóxicos: o litio pode causar nefrotoxicidade e desembocar nunha insuficiencia renal aguda (IRA).

- Neurolóxicos: Trastornos do movemento e epilépticos.

- Saude sexual: no home empobrece a calidade do semen e a diminúe a fertilidade (10) en ambos xéneros produce disfunción da libido e da satisfacción sexual. (11)

Á parte dos efectos adversos que poden propiciar enfermidades no doente, debemos ter en conta os efectos adversos que afectan á calidade de vida deste, nos antidepressivos tricíclicos (ATC) e nos inhibidores selectivos da recaptación da serotonina (ISRS), que son os grupos máis usados, atopamos molestias entre as que destacan as nauseas, mareos, estrinximento, boca seca ou dor de cabeza (12).

No caso dos ansiolíticos, concretamente as BZD, son moi frecuentes as dificultades de función cognitivas superiores como a memoria e a aprendizaxe. Estes doentes adoitan referir tamén “sedación” e debido á tolerancia e dependencia que xeran tamén son o grupo de psicofármacos con máis tendencia ao abuso. (13)

No caso dos antipsicóticos, máis do 80% dos doentes refiren perda da motivación, dificultade para concentrarse e para sentir emocións, e perda da propia identidade (14)

Neste mesmo estudo de 787 doentes, 548 (o 69'6%) non foron informados polo seu doutor dos posibles efectos secundarios da medicacións. Cabe destacar que dos entrevistados, o 54% referiu que a súa calidade de vida empeorou unha vez comezado o tratamento.

## 2. Antidepressivos

### 2.1 DEFINICIÓN (2)

Os antidepressivos son os fármacos que sirven para tratar a depresión, sendo esta un dos trastornos afectivos máis frecuentes no mundo, caracterizado por abarcar síntomas emocionais (anhedonia, apatía, baixa autoestima...) e biolóxicos (bradipsiquia, trastornos do apetito e do sono...).

A teoría máis aceptada na actualidade sobre a etiología da depresión é a teoría monoaminérxica (postulada por Schildkraut no 1965), cuxa hipótese é que a enfermidade basase nunha diminución da transmisión de monoaminas (noradrenalina e 5 – hidroxitriptamina.) no sistema nervioso central. Esta é a vía principal que os antidepressivos utilizan como mecanismo de acción na actualidade. Resumímola na seguinte táboa (táboa 4):

Táboa 4. Mecanismo de acción dos AD (2,15,16).

Categoría	Mecanismo de Acción	Subcategoría	Exemplos
Inhibidores da recaptación de monoaminas (NA e 5-HT).	Manteñen as monoaminas no espazo sináptico sináptica no SNC.	ISRS	Fluoxetina paroxetina, sertralina...
		ISRNA	Maprotilina, reboxetina...
		Inhibidores non selectivos.	AD tricíclicos (imipramina, amitriptilina, vortioxetina), heterocíclicos ou atípicos (mirtazapina, trazodona) e inhibidores duales (venlafaxina)
IMAO	A MAO é a enzima que degrada as aminas no SNC.	Reversibles competitivos	Fenelcina, tranilcipromina...
		Irreversibles selectivos da MAO-A	Moclobemida, toloxatona.
		Irreversibles selectivos da MAO-B	selegilina
Mecanismo aínda non comprendido na súa totalidade.			Flor de San Juan, brupropión...

AD: antidepressivos; 5-HT: 5 - hidroxitriptamina; ISRNA: inhibidores selectivos da recaptación de noradrenalina; ISRS: inhibidores selectivos da recaptación de serotonina; IMAO: inhibidores da monoaminoxidasa; MAO: monoaminoxidasa; NA: noradrenalina; SNC: sistema nervioso central.

## 2.2 INDICACIÓNS PARA O USO DE ANTIDEPRESIVOS

Na busca dunha folla de ruta para utilización dos antidepressivos, atopamos por un lado un folleto do Royal college of Psychiatrists (15), no que se dan os seguintes usos:

- Depresión moderada a severa (non leve).
- Ansiedade severa e ataques de pánico.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.



-Dor crónica.

-Trastornos da conducta alimentaria.

-Trastorno de estrés postraumático.

Existe outra guía aportada pola páxina oficial de Saúde de Castilla y León (SaCyL) na que se dan as seguintes indicacións (16):

-Depresión moderada a grave.

-Trastornos de ansiedade (xeneralizada, TOC, agorafobia, fobias específicas, stress postramático).

-Trastornos por somatización (Fibromialxia, fatiga crónica, trastorno de sensibilidade múltiple), aínda que só amosan evidencia científica de eficacia na fibromialxia.

-Dor crónica (neuropática, neuropática diabética, lumbar, migraña, ICTUS).

-Neuralxia do trixémimo.

-Insomnio.

-Deshabitación tabáquica.

-Incontinencia urinaria/síndrome da vexiga hiperactiva.

-Parkinson, Demencia.

Hamilton et al. (2020) (17), analiza unha mostra de 351 pacientes de 34 cidades distintas do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Colombia, todos eles con polo menos un AD prescrito, e recolle as indicacións das súas prescricións. Resultando como motivos máis comúns os que podemos ver na táboa 5. Destacan como principais indicacións a depresión (n = 169; 48,1%), a ansiedade (n = 48; 13,7%), a dor (n = 22; 6,3%) e os trastornos do sono (n = 17; 4,8%).

Táboa 5. Principais indicacións na prescrición de AD en Colombia (Hamilton et al., 2020) (17).

Indicación	N	%
Depresión	169	48,1
Ansiedade	48	13,7
Analxesia	22	6,3
Trastornos do sono	17	4,8
Trastorno bipolar	9	2,6
Fibromialxia	6	1,7
Outros	25	7,3%

É importante destacar que 188 receitas (o 56,3%) foron por indicacións aprobadas pola Administración de Alimentos e Medicamentos (FDA), namentres que 163 (46,4%) foron para indicacións non aprobadas, tamén chamadas *off-label*.

A existencia de moitas guías e a non uniformidade nas indicacións que están sendo aportadas amosan una falta de consenso na conciencia colectiva sobre o uso axeitado destes medicamentos.

### 2.3 CONTRAINDICACIÓNS DOS ANTIDEPRESIVOS

Os ATC están contraindicados en doentes con infarto agudo de miocardio recente ou con trastorno bipolar diagnosticado, debido a que poden favorecer a progresión á fase maníaca (18). Respecto ao embarazo, a FDA ten a paroxetina coma un fármaco de categoría D debido ao seu risco de malformacións cardiovasculares (19). Os IMAO irreversibles e os ISRS non deben darse xuntos posto que poden producir un síndrome serotoninérxico, debendo espaciar uns días entre a interrupción da toma dun medicamento e o inicio da toma do outro (distinto en función dos medicamentos) no caso de querer cambiar de principio activo (20) (21).

### 2.4 PREVALENCIA DA PRESCRICIÓN DE ANTIDEPRESIVOS

Os AD son fármacos amplamente usados na poboación xeral. No ano 2020 un 3,6% da poboación española referiu ter consumido antidepressivos nas últimas dúas semanas, chegando esta porcentaxe a ser do 13,2% en Asturias (1). Recollese ademais neste estudo as diferenzas entre xénero, amosando que en sete comunidades autónomas, o consumo nas mulleres foi polo menos tres veces maior que o consumo nos homes: Asturias (18,5% vs. 5,5%), Cantabria (5,5% vs. 1,5%), Castilla-La Mancha (8,1% vs. 2,0%), Comunitat Valenciana (7,3% vs.

2,4%), Extremadura (8,8% vs. 2,5%), Madrid (8,7% vs. 2,2%) e Ceuta e Melilla (2,9% vs. 0,0%).

Este consumo leva en auxe dende moitos anos atrás na atención primaria en España, xa dende o 1985 ao 1995 pasou de 2,7 Doses diarias definidas (DDD)/1000 habitantes/día a 9'3 DDD/1000 habitantes/día, un incremento do 247% (22). No 2000 estariamos xa nas 30.3 DDD/1000/día e no 2004 nas 43.5, representando os ISRS o 70% deste consumo (23).

Un estudo da Comunitat Valenciana describe un aumento na receita de psicofármacos antidepressivos do 2000 ao 2010 dun 83'7% e de un 11'3% no caso dos ansiolíticos e hipnóticos. Neste estudo amósase un lixeiro descenso na prescrición dos ISRS dentro do grupo dos AD (do 78% ao 70%), sen embargo, dentro do grupo dos ISRS, obsérvase un notable aumento na prescrición de escitalopram dende a súa comercialización no 2004 (un 1013%) convertíndose no AD máis prescrito no 2007, só aos tres anos da súa comercialización. (24)

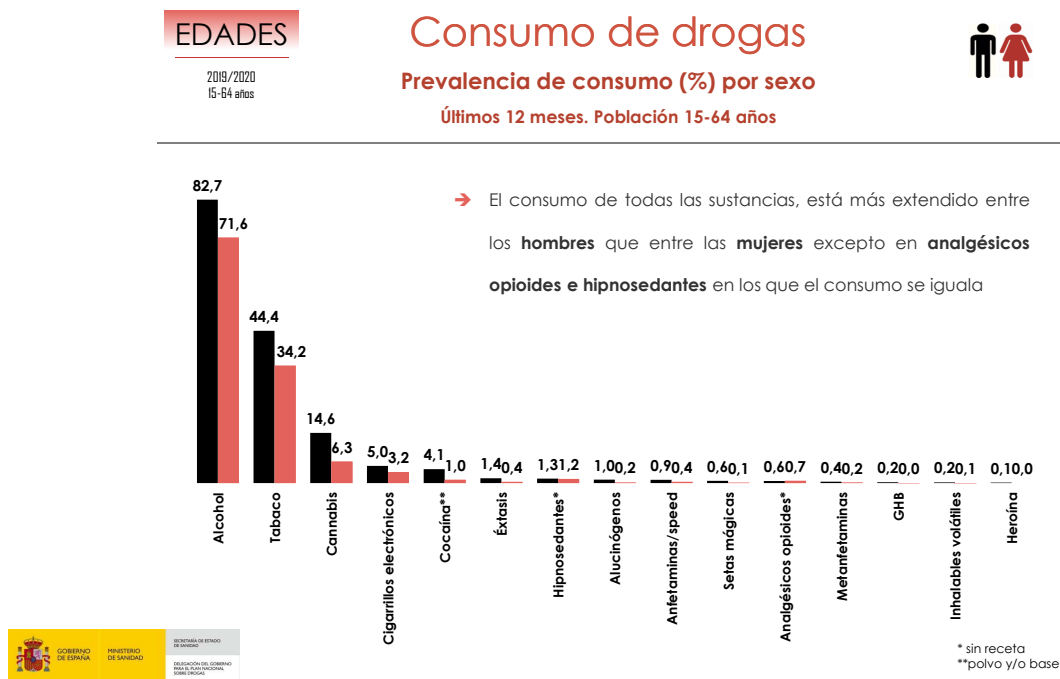
### 3. Consumo de alcol

#### 3.1 PREVALENCIA NO CONSUMO DE ALCOL

O estudo EDADES 2019/20 (25), enquisa realizada bianualmente polo Plan Nacional sobre Drogas dende o 1997 sobre o consumo de substancias por parte da poboación activa (15-64 anos), permite ver a evolución nas prevalencias de consumo de distintas drogas por parte da poboación, neste estudo ímonos centrar no alcol e posteriormente no tabaco.

O alcol é a droga cun consumo máis extendido na poboación española. O 82'7% dos homes e o 71'6% das mulleres consumiran alcol nos últimos 12 meses. Namentres que sendo o tabaco a segunda droga máis consumida nese intervalo, esta foi declarada por un 44'4% da mostra masculina e un 34'2% da mostra femenina (figura 1).

Figura 1. Prevalencia do consumo de drogas nos últimos 12 meses na poboación activa española. (25)



Debido a que é unha das drogas que gozan dunha maior aceptación social e presenta unha gran ubicuidade na vida diaria, é preciso establecer unha diferenza entre os distintos patróns de consumo.

Os patróns de consumo menos perxudiciais para a saúde como son: ter bebido alguna vez na vida, beber nos últimos 12 meses ou no último mes, manteñense estables dende o 1997 (93%, 77,2% e 63% no 2019, respectivamente) (figura 2).

Figura 2. Consumo de alcol da poboación activa española no intervalo 1997 - 2019. (25)

# EDADES

2019/2020  
15-64 años

# Alcohol



### Tendencia:

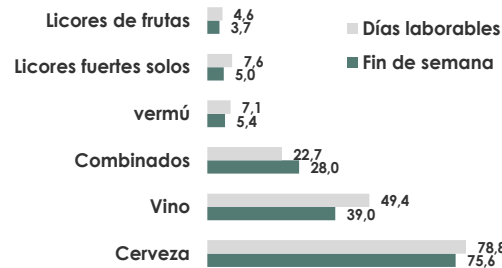
Estable, valores altos

### Sexo:

Mayor consumo en  
hombres que en mujeres en  
todos los tramos temporales

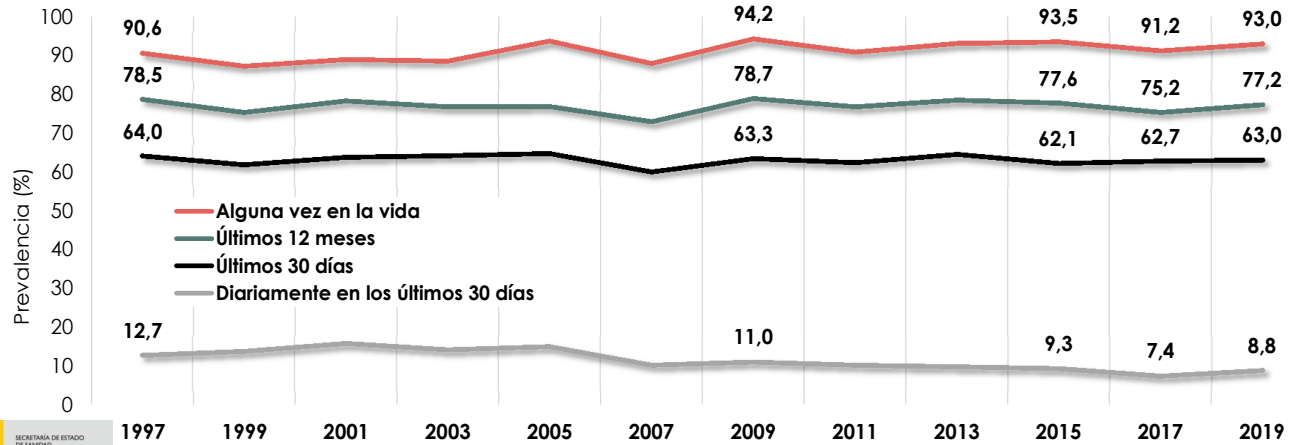
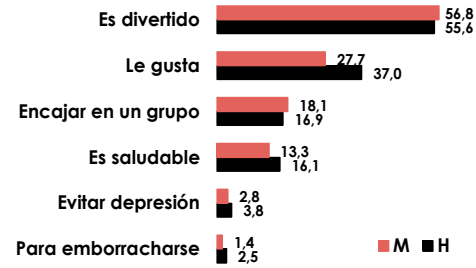
### Consumo por tipo de bebida

entre los consumidores de los últimos 7 días



### Motivos principales para beber

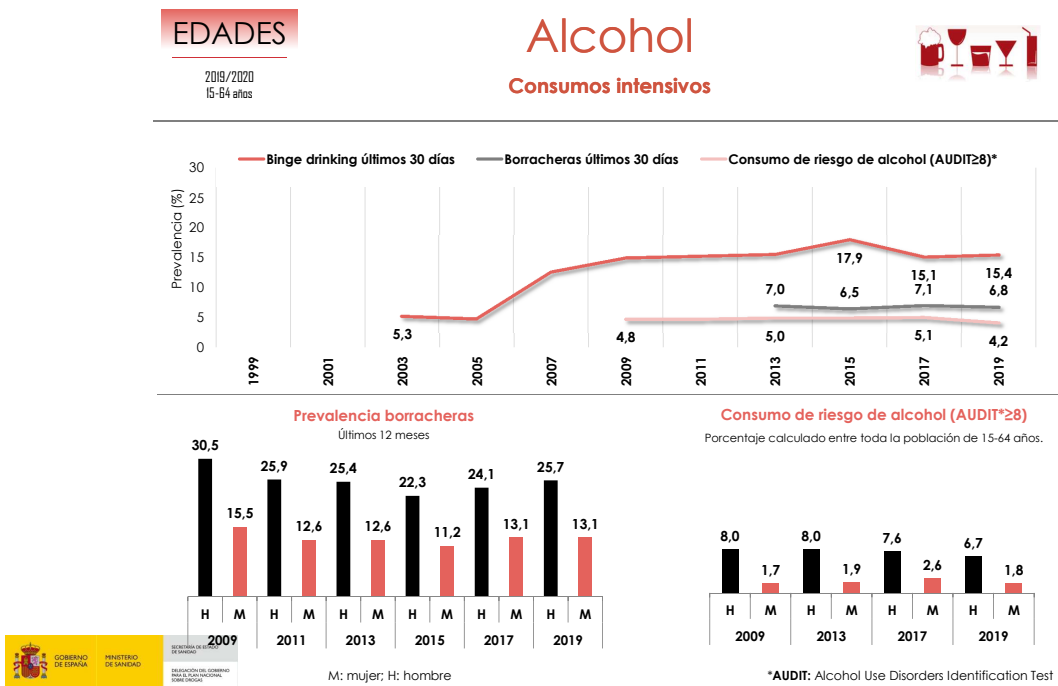
Últimos 12 meses



M: mujer; H: hombre

Sen embargo, existen patróns de consumo, coma o consumo diario, ou o binge drinking (definido coma a inxesta de grandes cantidades de alcol nun espazo reducido de tempo). Se ben vemos un descenso no primeiro (do 12'7% ao 8'8%), no binge drinking nos últimos 30 días observamos un aumento dende o 2003 (cando se incluiu este termo na enquisa) até o 2019, (dun 5'3% a un 15'4%). Cabe destacar tamén que nesta enquisa un 6'8% da poboación referiu terse emborrachado nos últimos 30 días e un 4'2% tiña indicios dun consumo de risco de alcol dando unha puntuación maior de 8 no test AUDIT.

Figura 3. Consumo intensivo de alcol da poboación activa española no intervalo 1997 - 2019. (25)



### 3.2 FACTORES ASOCIADOS AO CONSUMO DE ALCOL

Rahav et al. (2006) (26) realizan un estudo facendo una comparación do consumo de alcol entre homes e mulleres de 29 países. O principal resultado é que en todos os países hai unha maior proporción de consumidores na poboación masculina que na feminina, sen excepción, e independientemente do patrón de consumo que se estude. Ademáis tamen amosan que a prevalencia de consumo (polo menos 1 consumición nos últimos 12 meses) correlaciónase coa urbanización, co desenvolvemento económico, cun maior índice de desenvolvemento humano (IDH) e moderamente con estar divorciado ou divorciada. Existe tamén unha correlación negativa entre o consumo de alcol e a relixiosidade (a proporción de xente que acude á igrexa de forma semanal) e entre consumo de alcol e fertilidade.

A modernización, medida mediante as variables de ratio de urbanización (usado como indicador de estilo de vida moderno) e a relixiosidade (usado como indicador de tradicionalismo), amosa unha correlación positiva coa prevalencia de consumo de alcol nos distintos países do estudo. Sen embargo, existe unha correlación negativa entre a modernización e a mortalidade relacionada co alcol. Outra variable que amosa ser protectora fronte á mortalidade relacionada co alcol é a igualdade de xénero, medida mediante comparacións entre homes e mulleres respecto aos seus salarios, postos de traballo, ou nivel educativo, entre outros.

### **3.3 CONSUMO DE ALCOL E PATOLOXÍAS PSIQUIÁTRICAS**

O alcol ten unha importante comorbilidade coas patoloxías psiquiátricas. Debido a que é a droga máis consumida na poboación e tamén máis normalizada a nivel cultural.

Breglund e Öjehagen (27) realizan unha revisión sistemática no 1998 sobre estudos da poboación estadounidense e a asociación entre o consumo de alcol e patoloxías psiquiátricas, na que obteñen os seguintes datos:

O 19.9% da poboación xeral nos EEUU tivo na vida algún trastorno psiquiátrico, mais entre a poboación con trastornos por abuso de alcol isto ascendía ao 36.6%, en Islandia estas cifras chegaban a ser do 24.2% (poboación sen trastornos por abuso do alcol diagnosticados) vs 52.3% e en Munich 29.9% vs 83.6%.

Existe tamén a relación inversa, namentres que o 13.5% da poboación xeral foi diagnosticada dun trastorno relacionado co alcol, se partimos da poboación con patoloxía psiquiátrica isto ascende ao 22.3%. O RR de padecer trastornos por abuso do alcol foi de 21 en suxeitos co trastorno da personalidade antisocial, 3.3 na esquizofrenia, 1.9 nos trastornos afectivos e 1.5 nos trastornos de ansiedade.

Boden e Fergusson (28) realizaron unha metaanálise no 2011 para establecer unha relación entre trastornos por abuso de alcol e depresión maior, obtendo que a presenza de calquera dos dous tipos de trastornos dobra o risco de padecer o outro (pooled adjusted odds ratio entre 2.00 e 2.09).

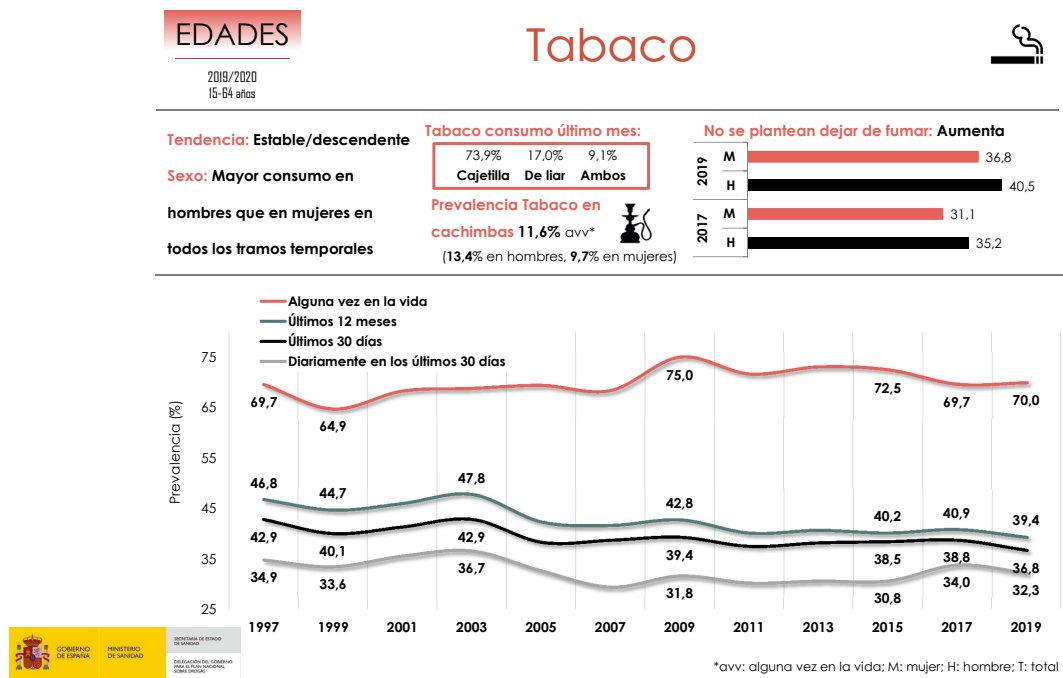
## **4. Consumo de tabaco**

### **4.1 PREVALENCIA NO CONSUMO DE TABACO**

Segundo a enquisa EDADES 2019/20 (25) o tabaco é a segunda droga máis consumida na poboación activa en España.

Como podemos ver na seguinte figura (figura 4), a tendencia dende o 2017 é estable aínda que lixeiramente descendente. Ao igual que no alcol, hai un maior consumo en homes que en mulleres en todos os os tramos temporais. Segundo os resultados do 2019 un 70% da poboación española activa probou o tabaco alguna vez na vida, un 39'4% fumou no último ano, un 36'8% nos últimos 30 días e o 32'3% da poboación fuma de forma diaria.

Figura 4. Consumo de tabaco na poboación activa española no intervalo 1997 - 2019. (25)



## 4.2 FACTORES ASOCIADOS AO CONSUMO DE TABACO

Navarro (2005)(29) identifica como principais factores de risco de cara a fumar nos adultos o feito de ser home, estar traballando e un baixo nivel de escolarización. Tamén aumenta o risco a presenza de fumadores na familia e a disfunción familiar. Sen embargo, non atopou asociación entre padecer depresión ou ansiedade e o consumo desta substancia.

García-Cantó et al (2004) realiza unha enquisa a 533 adolescentes (de 14 a 17 anos) da rexión de Murcia, na que se obtén que o 32,5% das rapazas e 25,7% dos rapaces fuman de forma habitual. Este estudo tamén amosa que os niveis de actividade física se relacionaban de forma significativa co consumo de tabaco ( $p < 0,0005$ ), e que os suxeitos que fumaban habitualmente tiñan uns valores de condición física saudable (analizados mediante unha batería de avaliación denominada COFISA, baseada en testes de forza, resistencia e flexibilidade) inferior á dos suxeitos non fumadores ( $V$  de Cramer = 0,36,  $p < 0,0005$ ) (30)



### 4.3 CONSUMO DE TABACO E PATOLOXÍAS PSIQUIÁTRICAS

Antes de nada, cabe destacar a forza de asociación entre padecer algún tipo de patoloxía psiquiátrica e ser fumador. No estudo de McClave et al. no 2010 (31), que analizou aos datos da National health interview survey do 2007, obtívose que, namentres que o 18.3% da poboación sen patoloxía mental reportaba ser fumadura no momento, esta cifra ascende a máis do 30% na poboación con TDAH, demencia, fobias ou serio distrés psicolóxico, chegando ao 46.4 na xente con trastorno bipolar e acadando a maior prevalencia nos doentes que padecían de esquizofrenia (59.1%). Tamén Diaz e León realizan unha metaanálise no 2005 (32), na que recollendo información de máis de 20 países e 10 anos de literatura en pubmed establecen unha forte asociación entre fumar e padecer esquizofrenia (OR = 5.9, cun IC ao 95%). Isto pode ser explicado, en parte, mediante un estudo de Spring et al. do 2003 (33) no que doentes con esquizofrenia e depresión reportaban maiores beneficios e vantaxes no feito de fumar en comparación á mostra sa, pese a que os tres grupos percibían igual as desvantaxes deste hábito.

Sen embargo, resulta bastante máis difícil atopar estudos que falen acerca dunha relación causal inversa, isto é, que a exposición ao hábito tabáquico implique unha susceptibilidade a padecer patoloxía psiquiátrica. Fluharty et al. (34) realizan unha revisión sistemática no 2017 na que establecen que os estudos que existen sobre este tema até o momento son inconsistentes, polo que non se pode establecer claramente unha causalidade.

## Obxectivos

1. Coñecer a prevalencia do consumo de antidepressivos nunha poboación rural.
2. Determinar se existe asociación entre a prescrición de antidepressivos, variables socio-demográficas e o consumo de alcol e tabaco.
3. Coñecer a asociación entre consumo de antidepressivos e as patoloxías crónicas na poboación.

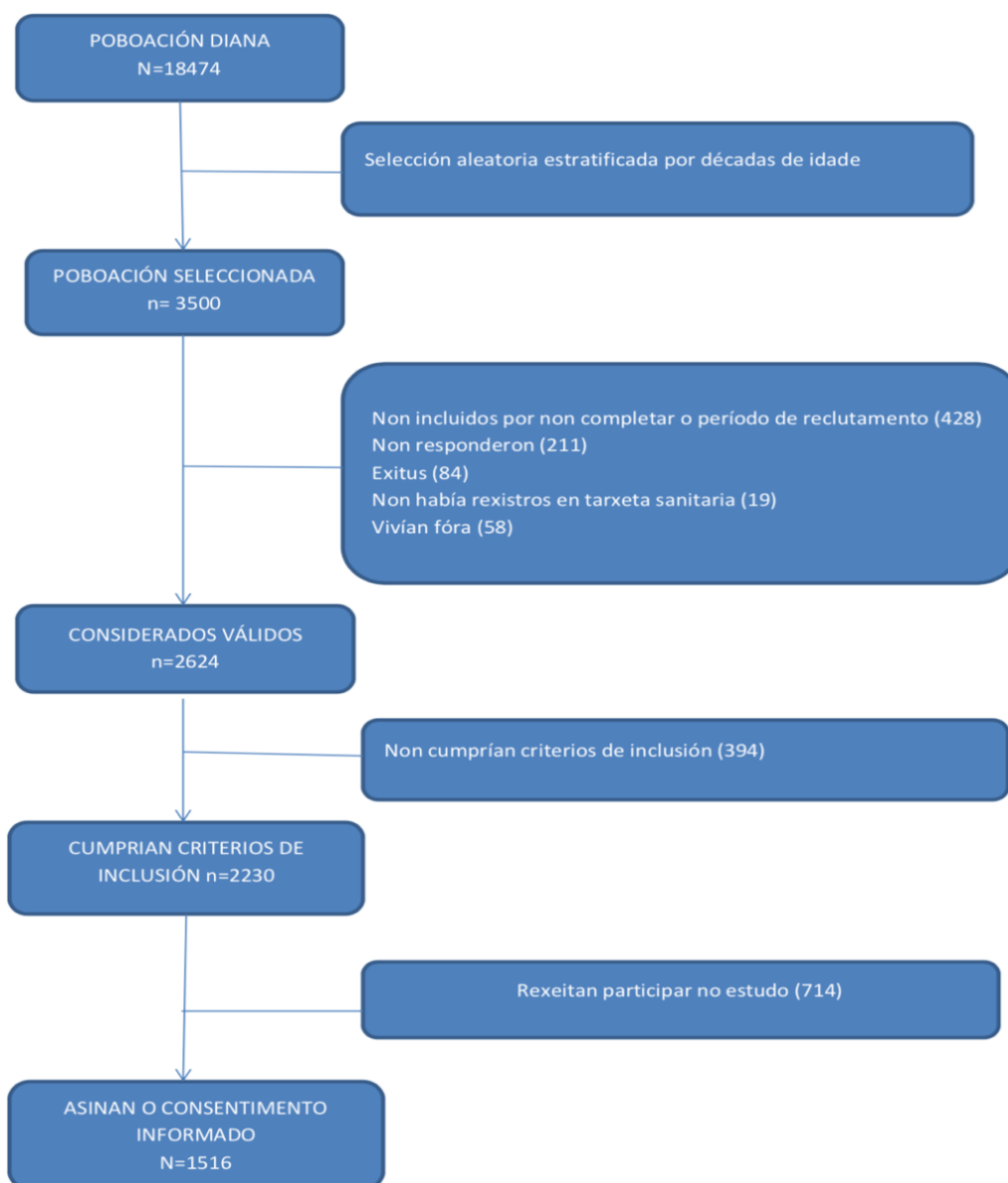
## Material e métodos

Os datos para este estudo foron extraídos dos recabados para o Estudo de Glicación e Inflamación de A Estrada (AEGIS) (21).

Tipo de estudo: Observacional transversal.

Selección da mostra: seleccionouse unha mostra aleatoria estratificada por idade da poboación de 18 anos ou máis do Concello da Estrada a partir do Rexistro do Sistema Nacional de Saúde de España (figura 5).

Figura 5. Selección da mostra para o estudo.



A mostra estratificouse por décadas (18 a 29 anos, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, de 80 ou máis anos), seleccionándose 500 suxeitos en cada grupo (mediante un programa informático).

Participantes : 1516 participantes

Período do estudo: novembro 2012 a marzo 2015

Criterios de inclusión:

Poboación de 18 ou máis anos do concello da Estrada a partir do Rexistro de Sistema Nacional de Saúde de España.

Sen evidencia de enfermidade aguda, febre ou estrés.

Criterios de exclusión:

- Persoas incapaces de dar o consentimento informado ou que rexeitaron participar no estudo
- Demencia, retraso mental, enfermidade cerebrovascular, incapacidade para comunicarse
- Cancro terminal

No período de estudo tódolos suxeitos foron citados 1 día no Centro de Saúde para:

- Cumprimentación dun cuestionario estruturado administrado polo entrevistador no que se recolleron datos demográficos, enfermidades crónicas e qué fármacos consumían.
- Cumprimentación do International Physical Activity Questionnaire (short form) sobre actividade física e, rexistro do consumo de alcol e tabaco.
- Cumprimentación do cuestionario de Goldberg de ansiedade e depresión

Recolléronse as seguintes enfermidades crónicas: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, cardiopatía isquémica (CI) (ángor, infarto...), insuficiencia

cardíaca (IC), insuficiencia renal (IR), enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC), depresión, reumatismo inflamatorio ou artrite, enfermidade osteoarticular e cancro.

Tamén se recolleu o historial fármacoterapéutico que se comprobou co recollido na historia clínica electrónica IANUS.

O consumo de alcol mediuse usando a Unidade de Bebida Estándar (UBE) de alcol, en España equivale a 10g de alcol, que é aproximadamente o contido medio dun vaso viño de 100ml de 13 graos, un vaso de 300ml de cervexa de 4 graos ou 30ml de licor de 40graos. Os límites de consumo promedio de baixo risco establécense en 170g (17 UBE) por semana para homes e 110g (11 UBE) por semana para as mulleres (35). Neste estudo a clasificación do consumo estableciu: 1) abstemios ou consumo ocasional de alcol; 2) bebedores de baixo risco (consumo habitual de 10-139g/semana); 3) bebedores de risco moderado (consumo habitual de 140-279g/semana) ; 4) bebedores de risco alto (consumo habitual  $\geq 280$ g/semana)

En relación ao consumo de tabaco rexistrouse como o número de cigarros consumidos habitualmente por día. Os fumadores de un cigarro diario consideráronse fumadores, tamén os individuos que deixaron de fumar no último ano. Os participantes clasificáronse en 3 grupos: 1) non fumadores; 2) exfumadores; 3) fumadores.

Avaliación do exercicio físico: cumprimentouse o International Physical Activity Questionnaire (short form) (ANEXO I), é un instrumento axeitado para a avaliación da actividade física en adultos entre os 18 e os 69 anos, consta de 9 preguntas referidas aos últimos 7 días, é autocumprimentado e permite calcular o equivalente metabólico a tarefas e horas semanais dedicadas a actividade vigorosa, moderada e camiñar. Clasificouse a actividade física en 3 niveis: 1) inactivo; 2) mínimamente activo; 3) muy activo. A actividade de intensidade moderada considérase como aquela que produce un incremento moderado da respiración, frecuencia cardíaca e sudoración polo menos durante 10 minutos continuados, a actividade vigorosa provoca un aumento durante 10 minutos ou máis. A actividade semanal rexístrase en METs (Metabolic Equivalent of Task ou Unidades de Índice Metabólico) por minuto e semana (36).

Tamén se avaliou a presenza de ansiedade e depresión coa escala de ansiedade e depresión de Goldberg (ANEXO II). Trátase dun instrumento con usos asistenciais e epidemiolóxicos, consta de 2 subescalas de 9 preguntas cada unha de resposta dicotómica, que se refiren ás últimas 2 semanas. O punto de corte é  $\geq 4$  para ansiedade e  $\geq 2$  para depresión. En poboación xeriátrica propúxose o seu uso como escala única, cun punto de corte  $\geq 6$ . Non puntúan os síntomas cunha duración inferior a dúas semanas ou que sexan de leve intensidade. (37)

## **Análise estatística**

Dado que se realizou un muestreo aleatorio en cada unha das décadas da vida, utilizamos unha análise baseada neste deseño, con ponderacións que tivesen en conta a selección no proporcional da mostra e os abandonos (38). Para a estimación apropiado dos erros estándar e dos intervalos de confianza ao 95% (IC95%) utilizouse o programa Stata (StataCorp., College Station, TX, EEUU). Para verificar a existencia de diferenzas nas proporción empregouse a proba de chi-cadrado. Consideráronse significativos os valores de  $p < 0,05$ .

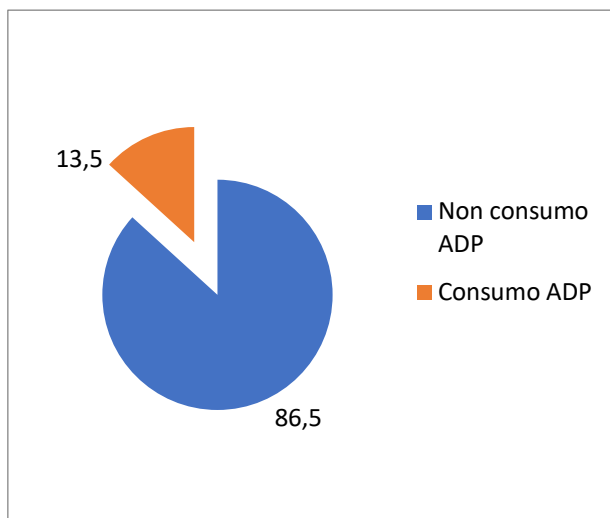
## Consideracións éticas

Este estudo obtivo a aprobación co Comité de Ética de Investigación de Galicia (CEIC 2012-025). Tódolos participantes no estudo asinaron o consentimento informado.

## Resultados

Participaron no estudo 1516 suxeitos, sendo 838 mulleres e 678 homes. Do total de participantes o 13,5% (95%IC 11,7% - 15,2%) consumían polo menos un AD (n=204) (Figura 6). O consumo destes psicofármacos foi maior nas mulleres, 19,9% (95%IC 17,2 - 22,6), que nos homes, 5,5% (95%IC 3,7 - 7,2), existindo unha diferenza estatisticamente significativa de consumo entre ambos grupos (táboa 6) ( $p < 0,001$ ).

Figura 6. Consumo de AD na mostra



Táboa 6. Consumo de AD e xénero

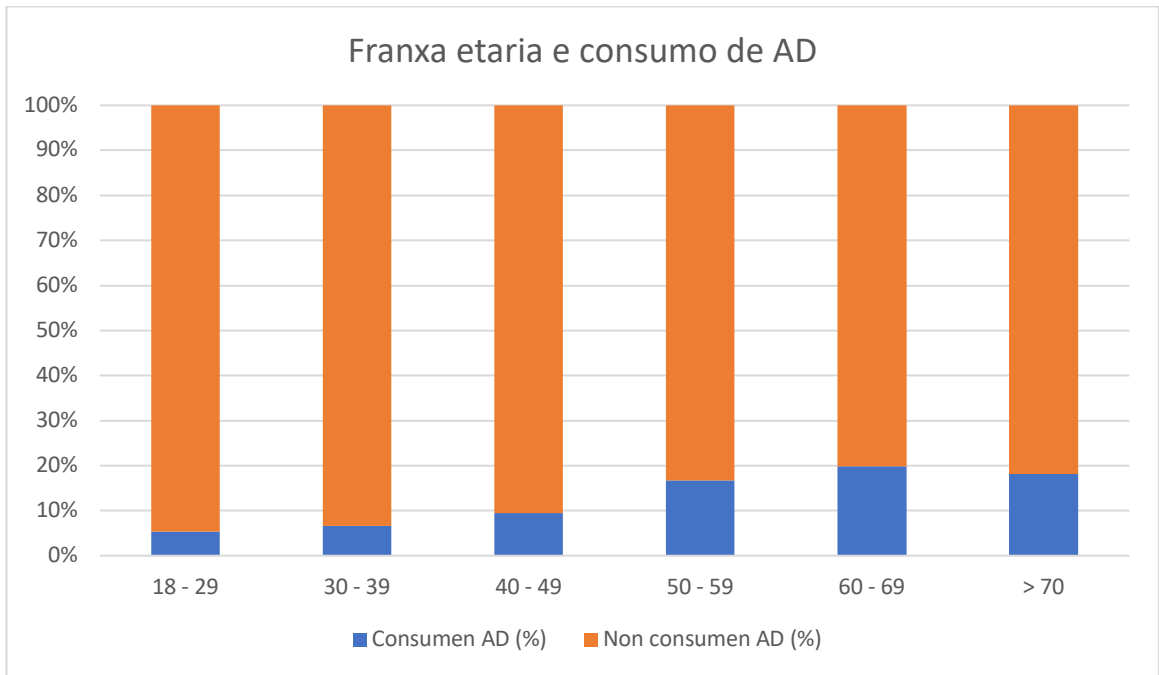
	Non consumo AD		Consumo AD			Total	p
	n	%	n	%	95%IC	n	
Mulleres	671	80.1	167	19.9	17.2,22.6	838	<0.001
Homes	641	94.5	37	5.5	3.7,7.2	678	
	1312		204			1516	

En relación á idade, agrupada por intervalos, observamos tamén que o consumo de AD aumenta coa idade dos participantes, estabilizándose a partir dos 60 anos (táboa 7, figura 7) ( $p < 0,001$ ).

Táboa 7. Relación entre a franxa etaria e o consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD			Total	p
	n	%	n	%	95%IC	n	
18 - 29	161	94.7	9	5.3	2.8,9.9	170	<0.001
30 - 39	211	93.4	15	6.6	4.0,10.7	226	
40 - 49	252	90.6	26	9.4	6.4,13.4	278	
50 - 59	220	83.3	44	16.7	12.6,21.7	264	
60 - 69	221	80.1	55	19.9	15.6,25.1	276	
>70	247	81.8	55	18.2	14.3,23.0	302	

Figura 7. Relación entre a franxa etaria e o consumo de AD



Analizamos o consumo de AD en relación ao estado civil e encontramos que viuvos/as e separados/as son os grupos con maior consumo de AD ( $p < 0.001$ ) (táboa 8)

Táboa 8. Relación entre estado civil e consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD		Total	p
	n	%	n	%	n	
Casado/a	792	85.9	130	14.1	922	<0.001
Unión libre	60	95.2	3	4.8	63	
Viuvo/a	103	78.0	29	22.0	132	
Divorciado/a	46	82.1	10	17.9	56	
Separado/a	24	72.7	9	27.3	33	
Soltero/a	287	92.6	23	7.4	310	

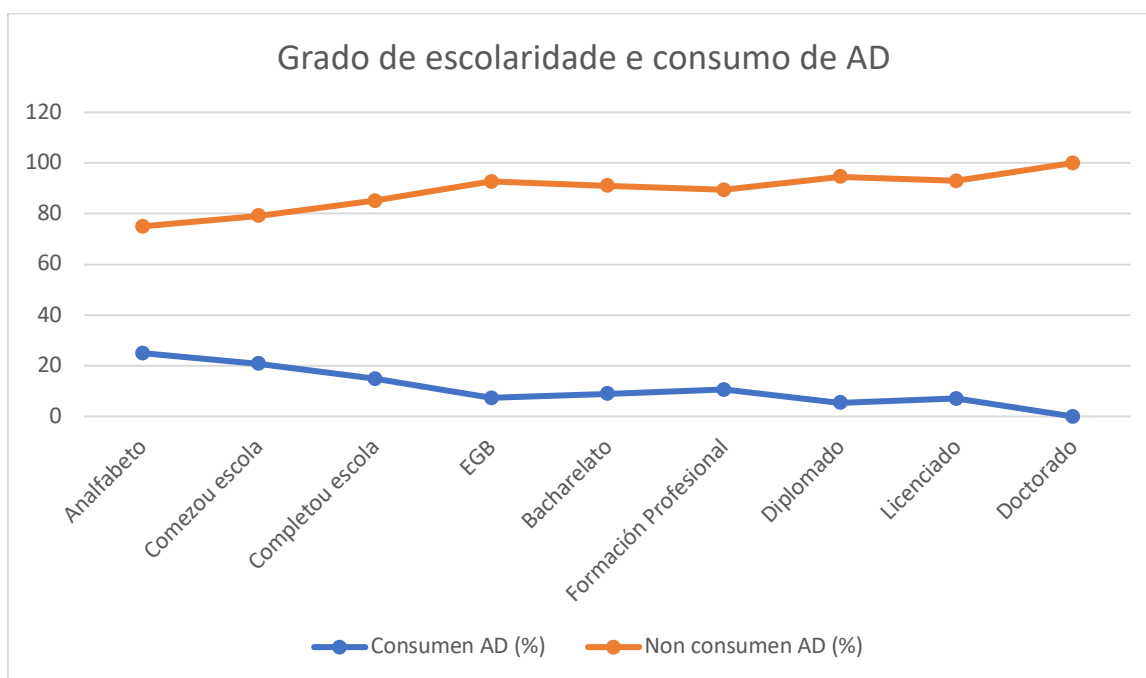
En canto ao nivel de estudos, obsérvase un consumo maior nos grupos analfabetos, sen estudos ou que completaron a escola (táboa 9, figura 8) ( $p < 0,001$ ).

Táboa 9. Relación entre nivel de estudos e consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD		Total	p
	n	%	n	%	n	
Analfabeto/a	9	75	3	25	12	<0.001
Comezou escola	259	79.2	68	20.8	327	
Completoou escola	447	85.1	78	14.9	525	
EGB	115	92.7	9	7.3	124	
Bacharelato	132	91.0	13	9	145	
Formación profesional	186	89.4	22	10.6	208	
Diplomado/a	70	94.6	4	5.4	74	
Licenciado/a	92	92.9	7	7.1	99	
Doctorado/a	2	100	0	0	2	



Figura 8. Relación entre o nivel de estudos e o consumo de AD



Os suxeitos cumprimentaron tamén o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (versión curta). Os suxeitos que menor actividade física realizan consumen AD nunha maior proporción con respecto aos demais grupos (táboa 10) ( $p < 0.001$ ).

Táboa 10. Relación entre actividade física e consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD			Total	P
	n	%	n	%	95%IC		
Inactivos	486	81.5	110	18.5	15.3,21.5	596	<0.001
Mínimamente activos	483	87.5	69	12.5	9.7,15.3	552	
Moi activos	343	93.2	25	6.8	4.2,9.3	368	

No relativo ao alcol e o tabaco, os participantes que non fuman (táboa 11) e os que menos alcol toman (táboa 12) son tamén os que máis AD consumen dentro dos seus respectivos grupos ( $p < 0,001$ ).

Táboa 11. Relación entre consumo de tabaco e consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD			Total	P
	n	%	n	%	95%IC	n	
Non fumadores	679	82.3	146	17.7	15.1,20.3	825	<0.001
Exfumadores	362	91.6	33	8.4	5.6,11.1	395	
Fumadores	271	91.6	25	8.4	5.3,11.6	296	

Táboa 12. Relación entre consumo de alcol (g/semana) e consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD			Total	P
	n	%	n	%	95%IC	n	
0 - 9	441	80.8	105	19.2	15.9,22.5	546	<0.001
10 - 139	528	88.3	70	11.7	9.1,14.3	598	
140 - 279	222	92.1	19	7.9	4.5,11.3	241	
> 280	121	92.4	10	7.6	3.1,12.2	131	

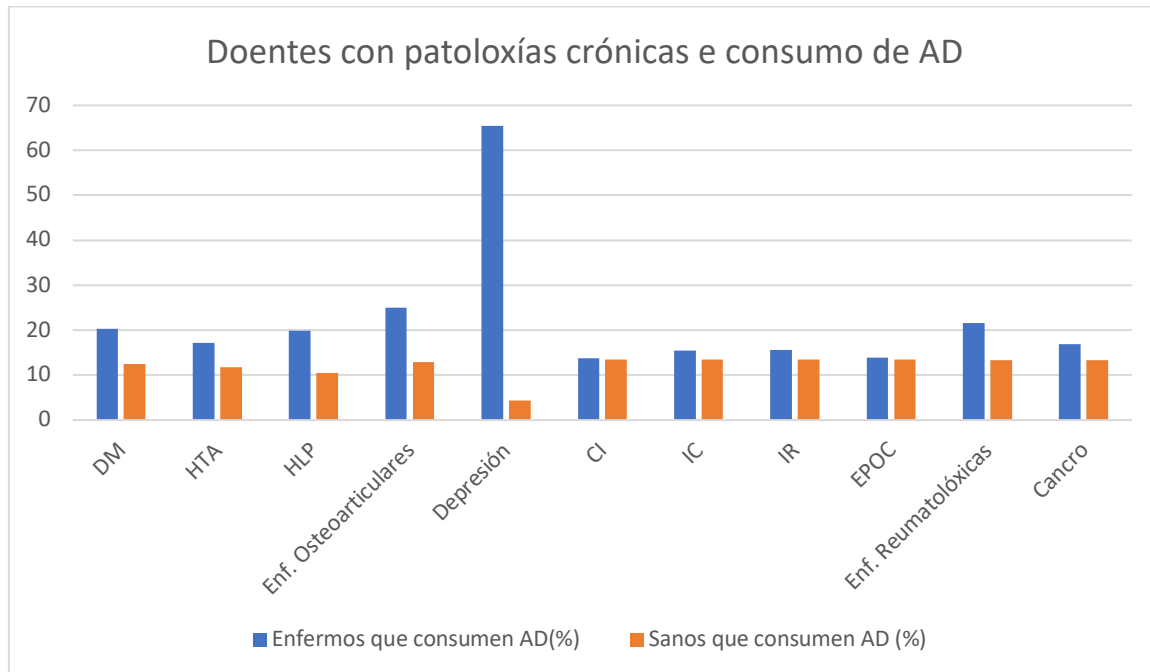
Respecto á asociación entre a toma de antidepresivos e as enfermidades crónicas, padecer Diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), hiperlipemia (HLP), depresión ou enfermidades osteoarticulares asóciase cun maior consumo AD. As diferenzas foron estatisticamente significativas nestes grupos ( $p < 0,05$ ), non foi así para a cardiopatía isquémica (CI), a insuficiencia cardíaca (IC), a insuficiencia renal (IR), a enfermidade pulmonar obstructiva crónica (EPOC), as enfermidades reumatolóxicas, nin para o cancro, nas que o valor da  $p$  foi maior de 0,05 (táboa 13, figura 9).

Táboa 13. Relación entre patoloxías crónicas e consumo de AD

		Non consumo AD		Consumo AD		Total	p	
		n	%	N	%	n		
DM	Non	1163	87.5	166	12.5	1329	<0.05	
	Si	149	79.7	38	20.3	187		
HTA	Non	909	88.3	121	11.7	1030		
	Si	403	82.9	83	17.1	486		
HLP	Non	934	89.5	110	10.5	1044		
	Si	378	80.1	94	19.9	472		
Enfermidades osteoarticulares	Non	1264	87.1	188	12.9	1452		
	Si	48	75	16	25	64		
Depresión	Non	1233	95.7	55	4.3	1288		
	Si	79	34.6	149	65.4	228		
CI	Non	1256	86.6	195	13.4	1451		> 0.05
	Si	56	86.2	9	13.8	65		
IC	Non	1290	86.6	200	13.4	1490		
	Si	22	84.6	4	15.4	26		
IR	Non	1285	86.6	199	13.4	1484		
	Si	27	84.4	5	15.6	32		
EPOC	Non	1281	86.6	199	13.4	1480		
	Si	31	86.1	5	13.9	36		
Enf reumatolóxicas	Non	1283	86.7	196	13.3	1479		
	Si	29	78.4	8	21.6	37		
Cancro	Non	1253	86.7	192	13.3	1445		

	Si	59	83.1	12	16.9	71	
--	----	----	------	----	------	----	--

Figura 9. Relación entre pataloxías crónicas e consumo de AD



Por último, os doentes calificados como con ansiedade e/ou con depresión segundo a escala de Goldberg, consumen máis AD que os doentes que dan negativo no teste (táboa 14). Estas diferenzas foron estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Táboa 14. Relación entre puntuación na escala Goldberg e o consumo de AD

		Non consumo AD		Consumo AD			Total	P
		N	%	n	%	95%IC	n	
Ansiedade	Non	1047	89.1	128	10.9	9.1,12.7	1175	<0.001
	Si	258	77.2	76	22.8	18.2,27.3	334	
Depresión	Non	1043	91.7	94	8.3	6.7,9.9	1137	
	Si	262	70.4	110	29.6	24.9,34.2	372	

## DISCUSIÓN

Os resultados do estudo amosan que, do total da mostra, un 13,2% dos suxeitos consumían AD. No estudo de Henares et. al (1), realizado no 2017, a media española de consumo situábase no 3,5%, sen embargo tamén realizaron unha distinción entre o consumo por comunidades autónomas, obtendo nos seus resultados que, na Galiza, un 18% da poboación tiña prescrito un AD no momento de ser entrevistada. Esta diferenza dun 4,6% podería ser debida en parte a que o estudo de Henares et al. analiza unha mostra da poboación galega xeral (a través da Enquisa Nacional de Saúde Española (ENSE)), namentres que nós recolleemos os nosos datos dunha poboación rural.

En relación ao xénero, o consumo de AD é superior nas mulleres (19.9%) que nos homes (5.5%), sendo esta diferenza estatisticamente significativa. Datos de maior consumo de AD nas mulleres fronte aos homes tamén os encontramos noutros estudos. No xa nomeado traballo de Henares et al (21) encontraron que, na Galiza, un 26% das mulleres tomaban estes psicofármacos fronte a un 6.9% dos homes, ademáis de que en sete comunidades autónomas a proporción de mulleres cun AD prescrito triplicou á proporción nos homes. Pola súa parte, Boyd et al. (4) , realizaron un estudo no 2015, cunha mostra de 34.204 participantes de 10 países da UE, e observaron un maior consumo de AD en España nas mulleres fronte aos homes (6,3% vs 3%).

No traballo obsérvase un incremento da toma de AD directamente proporcional á idade dos pacientes, estabilizándose a partir dos 60 anos. Esta mesma tendencia xa se obxectivou no 2006, nun estudo realizado por Serna et al. (39) no que dun total de 372.895 participantes da provincia de Lleida, a media da idade dos suxeitos con un AD prescrito foi de  $59 \pm 17,3$  anos. No 2020, Hamilton et al. (17) encontraron que, de 351 doentes do SNS de Colombia con polo menos un AD prescrito, o 25,6% tiña entre 45 – 64 anos, sendo o segundo grupo máis prevalente os maiores de 65 (19,1%). Isto pode deberse á tendencia das persoas de maior idade á pluripatoloxía e á dependencia para actividades do coidado persoal(40), que se asocian a unha peor calidade de vida, ao igual que a vellez en sí mesma (41).

Encontráronse diferenzas estatisticamente significativas no estado civil. Viuvos e separados son, neste estudo, os grupos cun maior consumo de AD. Segura-Cardona et al. (2012) asocian os estados civís no que o doente se atopa só, cun maior risco de depresión e ansiedade (42). Sen embargo, no presente estudo o grupo dos casados/as consume máis AD que os solteiros/as, namentres que no estudo anteriormente citado observan un maior índice de depresión nos suxeitos solteiros. Bastida et al. consideran que isto pode deberse a que a satisfacción marital tamén é un factor que inflúe no risco de desenvolver depresión e ansiedade (43). Neste estudo a maior prescrición de AD na viudedade tamén pode estar en relación co maior consumo de AD polas mulleres, sendo este colectivo o que ten a maior taxa de viudedade, segundo o INE, no primeiro trimestre de 2022 o 79,94% dos viuvos eran mulleres (44).

Con respecto ao nivel de estudos os resultados demostran que a menor nivel de estudos existe un maior consumo de AD. Estes datos concordan con outros estudos como o de Segura-Cardona et al. que observan que a maior grado de escolaridade, menor risco de padecer depresión (42). Hernández establece no 2010 o baixo nivel de estudos coma un factor de risco para a exclusión social(45), o cal é á súa vez un factor de risco para desenvolver depresión (46). Quizáis este pode ser o motivo da asociación atopada no noso estudo. Aguilar-Palacio et al. observaron no 2012 que na poboación feminina un 60,2% tiña un nivel educativo baixo (definido segundo a clasificación internacional de educación (ISCED), coma a ausencia de estudos ou ter estudos de primaria completados), en contraposición coa poboación masculina na que só un 46,5% estaba nesta situación (47). Isto pode reforzar que no presente estudo as mulleres consuman AD en maior proporción que os homes.

A realización de maior actividade física asóciase cun menor consumo de AD neste estudo, este resultado concorda con outras investigación que establecen esta relación entre a actividade e síntomas depresivos e/ou ansiosos avaliados mediante cuestionarios (48). Isto pode tamén ser debido a que a actividade física é maior nos varóns e nos suxeitos máis xóvenes (49), que tamén son os grupos que menos AD consumen.

Respecto ao consumo de alcol e tabaco, neste estudo encontrouse un maior uso de AD entre os non fumadores e os abstemios ou con mínimo consumo de alcol. Hai estudos que establecen unha relación causal bidireccional entre estes hábitos e a prevalencia de depresión e ansiedade (31,34,42), que contrastan cos resultados achados neste estudo. Cremos que o feito de que os non fumadores e os que menos alcol beben consuman menos AD pode estar relacionado co achado dun maior uso de AD en mulleres do que en homes (26% vs 6,9%), así como nas etapas máis avanzadas da vida. Na enquisa EDADES19/20 evidénciase que o consumo de ambas drogas é moi superior en homes do que en mulleres, así como tamén na xente máis xoven (25). Ao ser, o perfil de suxeito do noso estudo que en maior proporción consume AD o dunha muller maior, que tamén fai un menor uso deste hábitos tóxicos, pódese entender que non se atope asociación entre o consumo de tabaco e alcol e o consumo de AD.

As enfermidades crónicas nas que se chega a establecer unha relación estatisticamente significativa co consumo de AD son: HTA, DM, HLP, depresión e enfermidades osteoarticulares. Pola contra non se encontrou asociación con EPOC, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermidades reumáticas e cancro. En relación cos estes achados o estudo de revisión bibliográfica de Correll et al., no 2015 (7) fala dunha posible asociación entre DM e consumo de AD (principalmente co uso prolongado de ATC), quizáis debido a unha disregulación da glucosa debida a estes fármacos, aínda que tamén hai que ter en conta que a depresión incrementa a posibilidade de levar un estilo de vida con peor dieta e menor actividade física, os cales son factores de risco establecidos para o desenvolvemento de DM(50). Collazos-Perdomo et al., estableceron no 2020 unha forte asociación entre a HTA e a depresión (51). Así como Shams et al. no 2016 coa osteoartrite (52). Isto pode deberse á alta prevalencia destas patoloxías na poboación maior (sendo as osteoarticulares e a HTA especialmente prevalentes nas mulleres maiores) (53), e no caso das osteoarticulares tamén á dor crónica como factor de risco de desenvolver depresión(54) e

tamén coma unha das principais indicacións de uso destes fármacos (17). Por último, no caso da hiperlipidemia (HLP) Torres-Zevallos et al. establecen unha asociación positiva entre esta entidade e a depresión que concorda cos nosos resultados. Isto podería ser debido a que os doentes con depresión teñen hábitos de vida menos saudábeis (menor exercicio físico e maior consumo de tóxicos(55). De todas formas, no noso estudo, o perfil de doente consumidor de AD son mulleres maiores, con vida sedentaria, o cal podería conlevar alteracións lipídicas postmenopáusicas.

En canto ás enfermidades nas que non se atopa un maior consumo de antidepressivos, os nosos resultados discrepan con outros estudos. No caso do cancro existen estudos que sí establecen unha asociación entre esta patoloxía e a depresión (56). Algo similar sucede coa IC e coa CI, existen multitude de estudos que relacionan estas dúas entidades coa depresión (57,58). Costa et al. identifican no 2014, nunha mostra de 48 doentes do hospital de Paraíba (Brasil), que un 56,3% da mostra presentaba síntomas compatibles coa depresión, así como unha correlación positiva entre este trastorno e o tempo en hemodiálise. No caso da EPOC, existen estudos que indican que os doentes con esta patoloxía teñen un risco de 2,5 veces maior do que a poboación xeral de desenvolver depresión(59). Por último, no que respecta ás enfermidades reumatolóxicas existen estudos que atopan asociación positivas da depresión tanto coa fibromialxia (60), como coa artrite reumatoide (61), como coa artrite psoriásica (62). O principal motivo destas disidencias pode ser debido a que os estudos citados son sobre poboación con estes diagnósticos, a diferenza do que acontece no noso estudo, que está realizado sobre a poboación xeral. Isto conleva tamén a que no noso estudo exista unha escasa participación de doentes con enfermidades reumatolóxicas, EPOC, IR ou IC. Tamén cabe destacar que no caso da IC e da CI, o feito de que sexan enfermidades moito máis prevalentes nos homes do que nas mulleres pode influir sobre os resultados do noso estudo (63).

Tódolos participantes no estudo cumprimentaron a escala de Goldberg, tanto a subescala para ansiedade como para depresión, encontrando que os suxeitos cunha puntuación indicativa de depresión ou ansiedade na escala Goldberg, consumen máis AD que os que non alcanzaron esta puntuación (29,2% e 21,9% respectivamente). Sen embargo, chama a atención que polo tanto un 70,7% dos que cumpren criterios para depresión e un 78,1% dos que os cumpren para ansiedade non teñan prescrito estes fármacos. Carbonell et al.(64), no 2016, realizan un estudo a 548 suxeitos adultos cubanos para analizar o valor diagnóstico desta proba, no cal identifican, para a subescala da depresión, unha sensibilidade (S) do 71% e unha especificidade (E) do 78%, así como para a ansiedade unha S do 85% e unha E do 65%. Unha razón para isto pode ser que a escala de ansiedade-depresión de Goldberg é un instrumento de cribado que nos permite unha orientación diagnóstica. Tamén pode ser porque exista un gran infradiagnóstico da depresión na poboación xeral. Isto foi xa identificado por Chocrón no 2010, que realizou unha metaanálise de 41 estudos, sumando un total de 50.371 doentes, nos que analiza os diagnosticados de depresión polo seu médico de familia sen ningún instrumento de medida validado, e os que posteriormente foron diagnosticados de depresión por un psiquiatra experto ou por unha entrevista estruturada ou semiestructurada validada. Os resultados foron que os médicos de familia identificaron correctamente depresión no 47,3% dos casos, anotando na súa historia clínica só no 33,6% dos casos. Tendo en conta que as precrións de AD proveñen en maior parte do médico de familia que do psiquiatra

(65), entendemos que isto poida levar tanto a doentes cun resultado indicativo de depresión e/ou ansiedade na escala de Goldberg, a non ser diagnosticados (nin polo tanto tratados).

Limitacións do estudo: trátase dun estudo transversal no que non se pode realizar un seguemento nin do tratamento nin das patoloxías crónicas. Tamén está baseado nos rexistros das historias clínicas entre as que pode haber un déficit de rexistros de patoloxías crónicas, e por outro lado pode haber unha infradeclaración por parte do participante en canto a consumo de tabaco e alcol ou actividade física.

Unha fortaleza do estudo é o elevado número de participantes.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, neste estudo encontrouse un alto consumo de AD en poboación xeral, sendo o perfil do consumidor o dunha muller maior, sen hábitos tóxicos, con escasa realización de exercicio físico e con patoloxías crónicas como diabetes, depresión, hipertensión, hiperlipemia e enfermidades osteoarticulares.

Os participantes detectados con síntomas de ansiedade e depresión pola escala de ansiedade e depresión de Goldberg non toman antidepressivos nunha proporción maior que os que sí os toman, o que puidera suxerir un infradiagnóstico destas patoloxías.

A vista dos resultados deste traballo ponse de manifesto o excesivo consumo de psicofármacos, con efectos sobre o SNC, e en poboación maior, fráxil e pluripatolóxica. Unha posible vía de mellora pode ser fomentar a formación no uso racional de medicamentos así como na seguridade do paciente.



## Bibliografía

1. Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gac Sanit.* 2020;34(2):114–9.
2. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. Rang y Dale Farmacología. 2008th ed. Elsevier España S.L., editor. Barcelona: Elsevier; 2008. 830 p.
3. Perales A, Mendoza A, Vásquez-Caicedo G, Zambrano M. Manual de psiquiatría “Humberto Rotondo” [Internet]. 2nd ed. Lima: UNMSM; 1998 [cited 2021 Jun 13]. 503 p. Available from: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual\\_psiquiatría/cap-28.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual_psiquiatría/cap-28.htm)
4. Paulose-Ram R, A. Safran M, FACPM, DFAPA, S. Jonas B, Gu Q, et al. Trends in psychotropic medication use among U.S. adults. *Wiley InterSci.* 2007;16:560–70.
5. Boyd A, Van de Velde S, Pivette M, ten Have M, Florescu S, O’Neill S, et al. Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large cross-sectional, population-based study. *Eur Psychiatry.* 2015;30(6):778–88.
6. Piovani D, Clavenna A, Bonati M. Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75(10):1333–46.
7. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry.* 2015;14(2):119–36.
8. Abosi O, Lopes S, Schmitz S, Fiedorowicz JG. Cardiometabolic effects of psychotropic medications. DE GRUYTER. 2018;
9. Khalil RB, Richa S. Thyroid adverse effects of psychotropic drugs: A review. *Clin Neuropharmacol* [Internet]. 2011 Nov [cited 2021 Jun 13];34(6):248–55. Available from: [https://journals.lww.com/clinicalneuropharm/Fulltext/2011/11000/Thyroid\\_Adverse\\_Effects\\_of\\_Psychotropic\\_Drugs\\_\\_A.9.aspx](https://journals.lww.com/clinicalneuropharm/Fulltext/2011/11000/Thyroid_Adverse_Effects_of_Psychotropic_Drugs__A.9.aspx)
10. Ilgin S. The adverse effects of psychotropic drugs as an endocrine disrupting chemicals on the hypothalamic-pituitary regulation in male. *Life Sci* [Internet]. 2020;253(April):117704. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.117704>
11. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry.* 2018;17(1):3–11.
12. Trindade E, Menon D, Topfer LA, Coloma C. Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: A meta-analysis. *CMAJ.* 1998;159(10):1245–52.
13. Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction.* 2011;106(12):2086–109.
14. Read J, Williams J. Positive and Negative Effects of Antipsychotic Medication: An

International Online Survey of 832 Recipients. *Curr Drug Saf.* 2019;14(3):173–81.

15. Royal College of Psychiatrists. Antidepressivos [Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 13]. p. 3. Available from: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/1-Antidepressivos.pdf>
16. Aguilera Vizcaíno R, Arahuetes Benito MF, Elízaga Corrales J, Guerrero Díaz MT, Lafuente Lázaro SY, Moreno Sánchez E, et al. Guía de utilización de antidepressivos. Gerencias de Atención Primaria y Especializada de Segovia, Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León, editors. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. 2015. 69 p.
17. Marín-Rincón HA, Machado-Duque ME, Machado-Alba JE. Para qué indicaciones se están utilizando los antidepressivos en adultos de Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;(x x).
18. Quintana Rodríguez I, Velasco Fajardo Y. Reacciones adversas de los antidepressivos: consideraciones actuales. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 9];40(2):420–32. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
19. Malo P, Prieto M, Oraá R, Zardoya MJ, Uriarte JJ, Medrano J, et al. Uso de antidepressivos durante el embarazo y la lactancia. *Psiquiatr Biológica.* 2018;25(1):20–5.
20. FICHA TECNICA SERTRALINA CINFA 100 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66058/FT\\_66058.html#4-datos-cl-nicos](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66058/FT_66058.html#4-datos-cl-nicos)
21. FICHA TECNICA PAROXETINA CINFA 20 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66932/FT\\_66932.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66932/FT_66932.html)
22. Alonso MP, De Abajo FJ, Javier Martínez J, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M. Evolucion del consumo de antidepressivos en Espana. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptacion de serotonina. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 1997 Feb 8 [cited 2021 Jun 12];108(5):161–6. Available from: <https://europepmc.org/article/med/9091718>
23. Ubeda A, Cardo E, Sellés N, Broseta R, Trillo JL, Fernández-Llimós F. Antidepressant utilization in primary care in a Spanish region: Impact of generic and reference-based pricing policy (2000-2004). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(3):181–8.
24. Sempere Verdú E, Salazar Fraile J, Palop Larrea V, Vicens Caldentey C. Evolución de la utilización de antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010. *Aten Primaria* [Internet]. 2014;46(8):416–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.006>
25. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Edades 2019/2020. Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España. 2020.
26. Rahav G, Wilsnack R, Bloomfield K, Gmel G, Kuntsche S. The influence of societal level factors on men’s and women’s alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(SUPPL. 1).

27. Berglund M, Öjehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998;22(7 SUPPL.).
28. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction.* 2011;106(5):906–14.
29. Navarro E, Vargas R, Martínez R, Padilla B, López D, Thorne; B. Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2015;21:3–14. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4107/5672>
30. García-Cantó E, Rodríguez García PL, Pérez-Soto JJ, López Villalba FJ, Rosa-Guillamón A. Consumo de tabaco y su relación con el nivel de actividad física habitual y la condición física en adolescentes de la Región de Murcia (España). *Salud Colect.* 2015;11(4):565–73.
31. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 national health interview survey. *Am J Public Health.* 2010;100(12):2464–72.
32. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005 Jul 15;76(2–3):135–57.
33. Spring B, Pingitore R, McChargue DE. Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. *Am J Psychiatry.* 2003;160(2):316–22.
34. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(1):3–13.
35. semFYC, PAPPS. GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA PARA ABORDAR EL ABUSO DE ALCOHOL [Internet]. 2005. Available from: <https://www.semfyc.es/biblioteca/guia-de-referencia-rapida-para-abordar-el-abuso-del-alcohol-2/>
36. Carrera Y. Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Rev Enfermería del Trab* [Internet]. 2017;7(11):49–55. Available from: <file:///C:/Users/Edgar Alzate Ramirez/Desktop/ARTICULOS PROYECTO DE GRADO/Cuestionario Internacional de actividad fisica.pdf>
37. Goldberg D. Cribado de ansiedad depresión- escala de goldberg. *Serv Andaluz Cons Salud* [Internet]. 1986; Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7\\_AnsDepGoldberg.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7_AnsDepGoldberg.pdf)
38. Levy P, Lemeshow S. *Sampling of populations: methods applications.* 3rd ed. John Wiley & Sons, editor. New York; 1999.
39. Serna Arnáiz C, Galván Santiago L, Gascó Eguíluz E, Santafé Soler P, Martín Gracia E, Vila Parrot T. Evolución en el consumo de antidepresivos durante los años 2002 a 2004. *Aten Primaria* [Internet]. 2006;38(8):456–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13094803>
40. Aznar CT, Aznar LAM, Bes CG, E TAN, Esteban A. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de zaragoza. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76:215–26.

41. Casado J, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada R. Health-related quality of life of elderly patients in primary care. *Aten Primaria* [Internet]. 2001;28(3):167–73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78926-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78926-3)
42. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Risk of depression and associated factors in older adults. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Publica*. 2015;17(2):184–94.
43. Bastida R, Valdez J, Valor I, González N, Rivera S. Marital satisfaction and marital status as a protective factor of depression and anxiety. *Rev Argentina Clin Psicol* [Internet]. 2017;26(1):95–102. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281950399009.pdf>
44. Instituto Nacional de Estadística. INE estado civil e sexo 2022T1 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4031#!tabs-tabla>
45. Hernández Pedreño M. El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Rev Interuniv Form del Profr*. 2010;24(3):25–46.
46. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J, Chávez MM. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015 Depression and associated factors in the Peruvian elderly population according to ENDES 2014-2015. *An Fac med*. 2014;78(4):393–400.
47. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: Tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit*. 2015;29(1):37–43.
48. Patiño-Villada FA, Arboleda-Serna VH, Arango-Vélez EF, Botero-Restrepo S, Arango-Paternina CM. Vista de Depresión, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios de educación física y deportes.pdf. *Educ Física y Deport*. 2019;38(2):239–60.
49. Gómez LF, Duperly J, Lucumí DI, Gámez R, Venegas AS. Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia). Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit*. 2005;19(3):206–13.
50. Barnard K, Peveler RC, Holt RIG. Antidepressant Medication as a Risk Factor for Type 2 Diabetes and Impaired Glucose Regulation Systematic review. 2013; Available from: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/suppl/doi:10>
51. Collazos-Perdomo D, Ramirez-Ramos CF, Torres de Galvis MY, Correas-Orozco L, Ramirez-Mendez D, Castilla Agudelo GA, et al. Asociación entre depresión mayor e hipertensión arterial en una población colombiana. *Hipertens y Riesgo Vasc*. 2020 Oct 1;37(4):162–8.
52. Shams A, Hadi SP, Sahaf R. Comparing Levels of Depression in Healthy Active and Inactive Elders versus Those with Knee Osteoarthritis Disease. *Ann Appl Sport Sci*. 2016;4(1):49–56.
53. Arjona C, Criado J, Sánchez L. Enfermedades crónicas y consumo De fármacos en mayores de 65 años. *Med Gen*. 2002;47:684–95.
54. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*. 1994;74(9):2570–8.

55. Torres-Zevallos H, León-Barúa R, Berendson-Seminario R. Estrés emocional, depresión e hipercolesterolemia. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2010;23(1):6–9.
56. Honda K, Goodwin RD. Cancer and Mental Disorders in a National Community Sample: Findings from the National Comorbidity Survey. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2004 [cited 2022 Jan 2];73(4):235–42. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/77742>
57. Montes F, Amorim A, Fassbender C, Jaber R, Cardozo C. Insuficiencia cardíaca y depresión: una asociación con resultados negativos. *Insufic cardíaca*. 2011;6(Vol 6):1–14.
58. García Vicente E, Del Villar Sordo V, García Y García EL. La depresión tras el infarto agudo de miocardio. *An Med Interna*. 2007;24(7):346–51.
59. López García F, Pineda Cuenca M, Custardoy Olivarrieta J. Ansiedad y depresión en la EPOC. *Rev Clínica Española*. 2007;207(1):53–7.
60. Revuelta Evrard E, Segura Escobar E, Paulino Tevar J. Depression, anxiety and fibromyalgia. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2010;17(7):326–32.
61. Cadena J, Cadavid ME, Ocampo MV, Clara M, Ángel V, Anaya J. depresion y familia en pacientes con AR. 2002;9(3):184–91. Available from: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30371756/302-687-1-SM.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1554224118&Signature=O%2BQjW3tOjinUHfuMckw0T0OFYeY%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DDepresion\\_y\\_familia\\_en\\_paciente](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30371756/302-687-1-SM.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1554224118&Signature=O%2BQjW3tOjinUHfuMckw0T0OFYeY%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DDepresion_y_familia_en_paciente)
62. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G, et al. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatol Clínica*. 2011 Jan 1;7(1):20–6.
63. Tajer D, Charask A. Género y enfermedad cardiovascular. *Rev Argent Cardiol*. 2013;81(4).
64. Carbonell MM, Pérez Díaz R, Riquelme Marín A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos\* Diagnostic usefulness of Anxiety and Depression Scale Goldberg (EAD-G) in Cuban adults antonio riquelMe Marín \*\*\*\*. *Univ Psychol* [Internet]. 2016;15(1):177–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/>
65. Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquiús N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2005;36(5):239–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13079144>

## Anexo I: IPAQ versión corta

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los **últimos 7 días**. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense acerca de todas aquellas actividades **vigorosas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades **vigorosas** son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense *solamente* en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

**AF1.** Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas **vigorosas** como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?

\_\_\_\_\_ **días por semana**

Ninguna actividad física vigorosa → **Pase a la pregunta AF3**

**AF2.** ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas **vigorosas** en uno de esos días que las realizó?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ **minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca de todas aquellas actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense *solamente* en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

**AF3.** Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **moderadas** tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.

\_\_\_\_\_ **días por semana**

Ninguna actividad física moderada → **Pase a la pregunta AF5**

**AF4.** Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **moderadas**?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los **últimos 7 días**. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

**AF5.** Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?

\_\_\_\_\_ días por semana

No caminó ➔ *Pase a la pregunta AF 7*

**AF6.** Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **caminando**?

\_\_\_\_\_ horas por día

\_\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció **sentado(a)** en la semana en los **últimos 7 días**. Incluya el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión.

**AF7.** Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuánto tiempo permaneció **sentado(a)** en un **día en la semana**?

\_\_\_\_\_ horas por día

\_\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

## Anexo II: Escala Goldberg para a depresión e a ansiedad

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”.

No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de intensidad leve.

<b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b>
------------------------------

	1	0
	.Sí	.No
<b>A1:</b> ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A2:</b> ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A3:</b> ¿Se ha sentido muy irritable?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A4:</b> ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando:**

	1	0
	.Sí	.No
<b>A5:</b> ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A6:</b> ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A7:</b> ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A8:</b> ¿Ha estado preocupado por su salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A9:</b> ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b>
-------------------------------

	1	0
	.Sí	.No
<b>D1:</b> ¿Se ha sentido con poca energía?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D2:</b> ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D3:</b> ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D4:</b> ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando:**

	1	0
	.Sí	.No
<b>D5:</b> ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D6:</b> ¿Ha perdido peso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D7:</b> ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D8:</b> ¿Se ha sentido usted enlentecido?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D9:</b> ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>