

Prescripción de antidepresivos nunha poboación rural

Prescripción de antidepresivos en una población rural

Antidepressant prescription in a rural population

Peleiteiro-Sanchez Fernando¹, Castaño-Carou Ana², Sánchez-Ferreño Noemí³, Gude-Sampedro Francisco⁴

¹Licenciado en Medicina e Cirurxía Xeral pola Universidade de Santiago de Compostela. España.

²Médica de familia. Centro de Saúde de Bertamiráns. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. España.

³Enfermeira. Centro de Saúde da Estrada. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. España.

⁴Unidade de Epidemioloxía Clínica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. España.

Autor para correspondencia: Ana Castaño Carou. anaisabel.castano.carou@sergas.es

Resumo

Introdución: Os antidepresivos (AD) son fármacos amplamente usados para o tratamento da depresión, ansiedade e dor crónica, entre outras. O seu consumo aumentou de forma considerable dende fai anos.

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

Material e métodos: Estudo observacional, cunha mostra aleatoria estratificada por décadas na poboación ≥ 18 anos 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) e Escala Goldberg de ansiedade e depresión.

Resultados: Participaron 838 mulleres e 678 homes. Tomaban AD o 13,5% (19,9% mulleres e 5,5% homes). O uso de AD aumenta coa idade, coa menor escolarización e cos estados civís viuvos/as e separados/as, coa diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipemia, depresión ou enfermidades osteoarticulares, e coa positividade na escala Goldberg para ansiedade e depresión. Todas estas asociacións foron estatisticamente significativas ($p < 0,001$), aínda que na análise multivariada as variables asociadas cun maior consumo de AD foron: a maior idade [(OR (IC 95%) 1,01 (1,00-1,02)], mulleres [3,00 (1,63-4,54)], depresión [3,24 (2,29-4,58)] e hiperlipemia [1,72 (1,20-2,48)].

Conclusións: O perfil do consumidor de AD é o dunha muller maior con depresión e hiperlipemia.

Palabras chave: Depresión, antidepresivos, poboación xeral

Resumen

Introducción: Los antidepresivos (AD) son fármacos ampliamente usados para el tratamiento de la depresión, ansiedad y dolor crónico, entre otros. Su consumo aumentó de forma considerable desde hace años.

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, patologías crónicas.

Material y métodos: Estudio observacional de una muestra aleatoria estratificada por décadas en población ≥ 18 años del Ayuntamiento de A Estrada. N=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% (19,9% mujeres y 5,5% hombres). El uso de AD aumenta con la edad, la menor escolarización y los estados civiles viudos/as y separados/as, con la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipemia, depresión o enfermedades osteoarticulares, y con la positividad en la escala Golberg para ansiedad y depresión. Todas estas asociaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$), aunque en el análisis multivariado las variables asociadas con un mayor consumo de AD fueron: mayor edad [(OR (IC 95%) 1,01 (1,00-1,02)], mujeres [3,00 (1,63-4,54)], depresión [3,24 (2,29-4,58)] e hiperlipemia [1,72 (1,20-2,48)].

Conclusiones: El perfil del consumidor de AD es el de una mujer mayor con depresión e hiperlipemia.

Palabra clave: Depresión, antidepresivos, población general.

Abstract

Introduction: Antidepressants (AD) are drugs used to treat depression, anxiety and chronic pain. Its consumption has increased considerably for years.

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.

Material and methods: An observational study was conducted using a random sample stratified by age. Participants were ≥ 18 years 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 (19,9% women and 5,5% men). AD usage increases with age, widowers and those separated, as well as illiterates, people without studies, and those who completed only primary school, diabetes mellitus, arterial hypertension, hyperlipidemia, depression or osteoarticular diseases. And a positive result in Goldberg's anxiety and depression scale. All these associations were statistically significant ($p < 0,001$), although in multivariate analysis the variables associated with a higher consumption of AD were: older age [(OR (95% CI) 1.01 (1.00-1.02)], women [3.00 (1.63- 4.54)], depression [3.24 (2.29-4.58)] and hyperlipidemia [1.72 (1.20-2.48)].

Conclusions: Consumer's AD profile is an elder woman with depression and hyperlipidemia.

Keywords: Depression, antidepressants, general population

INTRODUCCIÓN

Os antidepressivos (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). Detectándose tamén diferenzas entre xénero, o consumo nas mulleres foi polo menos tres veces maior que o consumo nos homes.

Este consumo leva en auxe dende moitos anos atrás en España: 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% (2). No 2000 acadouse as 30,3 DDD/1000/día e no 2004 as 43,5, representando os inhibidores selectivos da recaptación de serotonina o 70% deste consumo (3).

Un estudo da Comunitat Valenciana describe un aumento na receita de antidepressivos do 2000 ao 2010 dun 83,7% (4).

En relación á prescrición segundo o xénero, nun estudo (5) realizado no 2015 en 10 países da Unión Europea ($n= 34204$) sobre o consumo de psicofármacos nos 12 meses anteriores, encontrouse unha prescrición do 15,1% nas mulleres e 8% nos homes.

Pero os AD son fármacos con efectos secundarios a ter en conta, como a afectación das funcións cognitivas, somnolencia, náuseas, mareos, estrinximento, boca seca, cefalea, entre outros, que poden condicionar a calidade de vida ou afectar negativamente á fragilidade dos usuarios (6-7).

Nexste contexto con este estudo pretendemos coñecer a prevalencia do consumo de AD nunha poboación rural e, determinar se existe asociación entre a súa prescrición e variables sociodemográficas, consumo de alcol e tabaco e patoloxías crónicas.

MÉTODOS

Os datos para este estudo foron extraídos dos recabados para o Estudo de Glicación e Inflamación de A Estrada (AEGIS) (8).

É un estudo observacional transversal. 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.

A mostra estratificouse por décadas (18 a 29 anos, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, ≥ 80 anos), seleccionándose 500 suxeitos en cada grupo (mediante un programa informático). Participaron 1516 persoas. O estudo levouse a cabo entre novembro de 2012 e marzo de 2015.

Incluíuse poboación ≥ 18 anos do concello da Estrada a partir do Rexistro de Sistema Nacional de Saúde de España, sen evidencia de enfermidade aguda, febre ou estrés. Excluíronse persoas incapaces de dar

o consentimento informado, con demencia, retraso mental, enfermidade cerebrovascular, incapacidade para comunicarse, cancro terminal ou que rexeitaron participar no estudo.

No período de estudo tódolos suxeitos foron citados un 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 (comprobándose coa prescripción activa na historia clínica electrónica IANUS).
- Cumprimentación do International Physical Activity Questionnaire (short form, IPAQ) sobre actividade física e, rexistro do consumo de alcol e tabaco.
- Cumprimentación do cuestionario Goldberg de ansiedade e depresión

Recolléronse as seguintes enfermidades crónicas: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hiperlipemia (HPL), 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.

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 de viño de 100ml de 13 graos, un vaso de 300ml de cervexa de 4 graos ou 30ml de licor de 40 graos. 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 (9). 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 ≥ 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 IPAQ (10), versión curta (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) moi activo.

Tamén se avaliou a presenza de ansiedade e depresión coa escala Goldberg de ansiedade e depresión (ANEXO II) (11). 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 ≥ 4 para ansiedade e ≥ 2 para depresión. En poboación xeriátrica propúxose o seu uso como escala única, cun punto de corte ≥ 6 . Non puntúan os síntomas cunha duración inferior a dúas semanas ou que sexan de leve intensidade.

Análise estatística

Dado que se realizou un mostreo aleatorio en cada unha das décadas da vida, utilizamos unha análise baseada neste deseño, con ponderacións que tivesen en conta a selección non proporcional da mostra e os abandonos (12). Para a estimación apropiada 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. Para investigar as variables asociadas coa inxesta de antidepressivos, fíxose un modelo de regresión loxística multivariada, no que entraron todas as variables sociodemográficas, estilos de vida, ansiedade, depresión e enfermidades crónicas. No modelo final só quedaron aquelas estatisticamente significativas, despois dun proceso “backward” de selección. Consideráronse significativos os valores de $p < 0,05$.

Consideracións éticas

Este estudo obtivo a aprobación do Comité de Ética de Investigación de Galicia (CEIC 2012-025). Todos os 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). O consumo destes psicofármacos foi maior nas mulleres, 19,9%, que nos homes, 5,5, existindo unha diferenza estatisticamente significativa de consumo entre ambos grupos (táboa 1).

Táboa 1. Consumo de AD e xénero

	Non consumo AD		Consumo AD		IC 95%	Total	p
	N	%	n	%		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 que o consumo de AD aumenta coa idade dos participantes, estabilizándose a partir dos 60 anos (táboa 2).

Táboa 2. Relación entre a franxa etaria e o consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD		95%IC	Total	P
	N	%	n	%		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	

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) (figura 1). En canto ao nivel de estudos, obsérvase

un consumo maior nos grupos analfabetos, sen estudos ou que completaron a escola ($p < 0,001$) (figura 2).

Figura 1. Relación entre estado civil e consumo AD

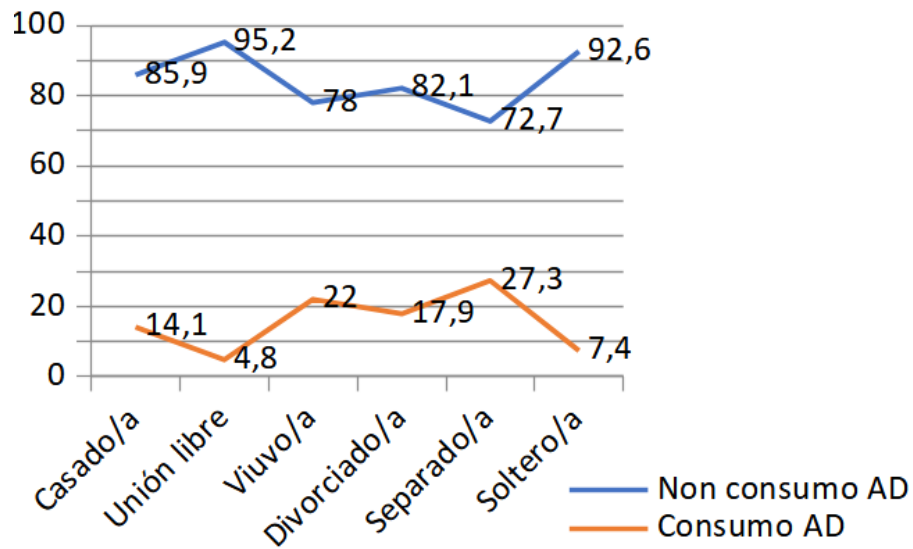
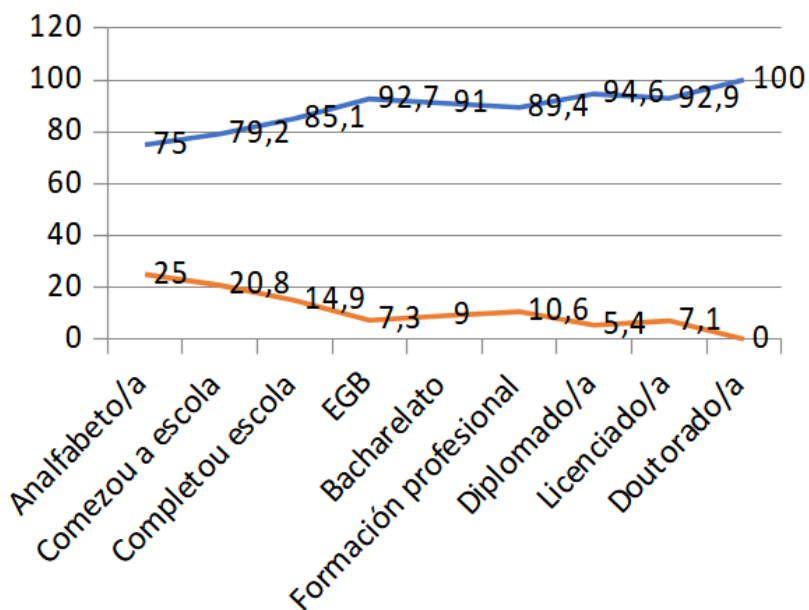


Figura 2. Relación entre nivel de estudos e consumo AD



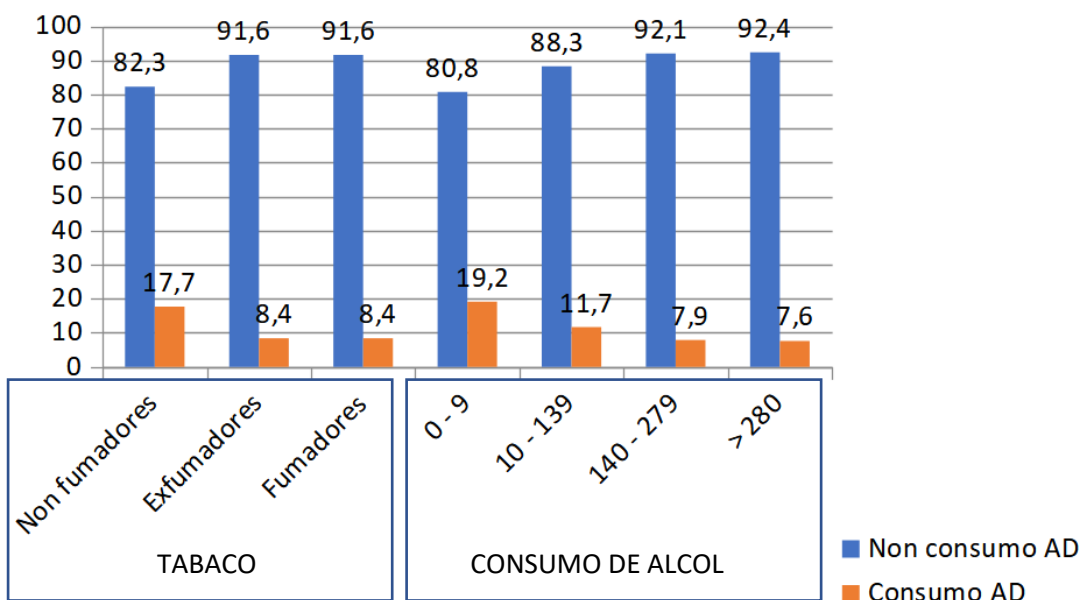
Os suxeitos cumprimentaron tamén o IPAQ. Os suxeitos que menor actividade física realizan consumen AD nunha maior proporción con respecto aos demais grupos (táboa 3).

Táboa3. Relación entre actividade física e consumo de AD

	Non consumo AD		Consumo AD		95%IC	Total n	P
	N	%	n	%			
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 e os que menos alcol toman (figura 3) son tamén os que máis AD consumen dentro dos seus respectivos grupos (p < 0,001).

Figura 3. Relación entre alcol e tabaco e consumo AD



Respecto á asociación entre a toma de antidepressivos e as enfermidades crónicas, padecer DM, HTA, 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 CI, a IC, a IR, a EPOC, as enfermidades reumatolóxicas, nin para o cancro, nas que o valor da p foi maior de 0,05.

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 (táboa 4). Estas diferenzas foron estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Táboa 4. 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	

Análise multivariada. Como pode observarse na táboa 5, o consumo de AD é moito máis alto nas mulleres que nos homes, aumenta lixeiramente ca idade, e nos suxeitos con hiperlipemia e depresión, e é menor nos consumidores de alcol lixeiros a moderados, así como nos que teñen unha actividade física máis intensa.

Táboa 5. Resultados da análise de regresión loxística que analiza a relación entre o consumo de AD e a idade, sexo, estilos de vida e enfermidades crónicas

	OR (IC 95%)	significación
Idade, anos	1,01 (1,00 – 1,02)	0,012
Sexo		
Mulleres	Referencia	
Homes	0,33 (0,22 – 0,61)	0,000
Consumo de tabaco		
Non fumador	Referencia	
Exfumador	0,74 (0,46 – 1,19)	0,216
Fumador	0,80 (0,49 – 1,31)	0,378
Consumo de alcol		
Abstemio - Ocasional	Referencia	
Bebedor lixeiro	0,71 (0,49 – 1,03)	0,076
Bebedor moderado	0,55 (0,30 – 1,00)	0,050
Bebedor excesivo	1,03 (0,47 – 2,26)	0,929
Actividade física		
Baixa	Referencia	
Media	0,70 (0,48 – 1,01)	0,057
Alta	0,55 (0,33 – 0,91)	0,021
Hiperlipemia		
Non	Referencia	
Sí	1,72 (1,20 – 2,48)	0,003
Depresión		
Non	Referencia	
Sí	3,24 (2,29 – 4,58)	0,000

DISCUSIÓN

Os resultados máis interesantes do estudo amosan unha prevalencia no consumo de antidepressivos do 13,2%. Este consumo é maior nas mulleres que nos homes, aumenta coa idade, é menor nos bebedores de alcol lixeiros a moderados e naqueles con maior actividade física, e aumenta nos doentes con depresión e hiperlipemia.

Henares et. al (1) encontraron un consumo de AD do 3,5%, pero por comunidades autónomas (CCAA) o uso de AD na Galiza era dun 18%. Esta diferenza dun 4,6% co presente estudo podería ser debida a que Henares et al. analizaron unha mostra da poboación galega xeral, namentres que este estudo fíxose sobre unha poboación rural.

Encontrouse que as mulleres consumen máis AD que os homes (19,9% vs 5,5%), sendo esta diferenza estatisticamente significativa. Estes resultados concordan con outros estudos. No nomeado traballo de Henares et al (1) acharon que, na Galiza, un 26% das mulleres tomaban AD fronte a un 6,9% dos homes, ademais, en sete CCAA o consumo das mulleres triplicou ao dos homes. Boyd et al. (5), nunha mostra de 34.204 participantes de 10 países da UE, e observaron en España un maior consumo de AD nas mulleres (6,3% vs 3%).

Tamén se observou un incremento do consumo de AD directamente proporcional á idade dos pacientes, estabilizándose a partir dos 60 anos. Esta mesma tendencia xa se obxectivou por Serna et al. (13), que a media da idade dos suxeitos con un AD prescrito foi de 59 ± 17 anos. Marín-Rincón et al. (14) encontraron que o 25,6% dos consumidores de AD da súa mostra tiña entre 45 – 64 anos, seguido polos maiores de 65 (19,1%). Isto pode deberse á tendencia das persoas de maior idade á pluripatoloxía e á dependencia para actividades do coidado personal (15), que se asocian a unha peor calidade de vida, ao igual que a vellez en sí mesma (16).

Encontráronse diferenzas no estado civil: viuvos e separados son os grupos cun maior consumo de AD. Segura-Cardona et al. (17) asocian os estados civís no que o doente se atopa só, cun maior risco de depresión e ansiedade. 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. (18) consideran que a satisfacción marital tamén é un factor que inflúe no risco de desenvolver depresión e ansiedade. 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 (19), no primeiro trimestre de 2022 o 79,94% dos viuvos eran mulleres.

Con respecto ao nivel de estudos encontrouse que a menor nivel maior consumo de AD, esto concorda con outros estudos como o de Segura-Cardona et al. (17) que observaron que a maior grado de escolaridade, menor risco de depresión; Hernández (20) encontrou que o baixo nivel de estudos é un factor de risco para a exclusión social, o cal é á súa vez un factor de risco para depresión (21); AguilarPalacio et al. (22) demostraron que o 60,2% das mulleres tiña un nivel educativo baixo fronte ao 46,5% dos homes. No presente estudo as mulleres consumen máis AD que os homes.

Ao igual que Patiño-Villada et al (23) tamén se encontrou asociación entre a realización de actividade física cun menor consumo de AD. Isto pode ser debido a que a actividade física é maior nos varóns e nos suxeitos máis xóvenes (24), que tamén son os grupos que menos AD consumen.

No presente estudo encontrouse un maior uso de AD entre os non fumadores e os abstemios ou con mínimo consumo de alcol. Na análise multivariada achouse que abstemios ou con consumo ocasional de alcol toman máis AD, mentras que o consumo de alcol lixeiro-moderado se asocia cun menor emprego de AD. Hai estudos (17,25,26) que establecen unha relación causal bidireccional entre alcol e tabaco e a prevalencia de depresión e ansiedade, que contrastan cos resultados achados neste estudo. Cremos que o feito de que os non fumadores e os que menos alcol beben consuman máis 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. Isto apoiase na enquisa EDADES19/20 (27) que detectou un consumo moi superior de ambas drogas en homes e xoves.

A HTA, DM, HLP, depresión e enfermidades osteoarticulares encontráronse asociadas a un maior consumo de AD; aínda que na análise multivariada só a depresión e a hiperlipemia se relacionan cun maior consumo. Hai estudos (28-29) nos que se veu unha asociación entre DM e consumo de AD; Collazos-Perdomo et al. (30) encontraron asociación entre HTA e depresión; Shams et al. (31) entre depresión e osteoartrite e Torres-Zevallos et al. (32) entre HLP e depresión. Cremos que estes

resultados poden deberse á alta prevalencia destas patoloxías na poboación maior (sendo as osteoarticulares e a HTA especialmente prevalentes nas mulleres maiores) (33), e no caso das osteoarticulares tamén á dor crónica como factor de risco de desenvolver depresión (34) e tamén como unha das principais indicacións de uso destes fármacos (14).

En canto ás enfermidades nas que non se atopa un maior consumo de antidepressivos, os nosos resultados discrepan con outros estudos. Hai estudos que encontraron asociación entre depresión e cancro (35), IC e CI (36-37), a EPOC (38), fibromialxia (39), artrite reumatoide (40) e artrite psoriásica (41). Cremos que esta discordancia pode ser debida a que os estudos citados son sobre poboación con estes diagnósticos, mentras que o presente estudo está realizado sobre a poboación xeral, no que existe 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 (42).

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 o 70,7% dos que cumpren criterios para depresión e un 78,1% dos que os cumpren para ansiedade non teñan prescrito estes fármacos. Isto pode ser porque a escala de ansiedade-depresión de Goldberg (11) é un instrumento de cribado que nos permite unha orientación diagnóstica. Tamén pode ser porque exista un infradiagnóstico da depresión na poboación xeral ou tamén un infrarregistro na historia clínica como recolle Chocrón Bentata L. (43) no seu estudo.

Limitacións do estudo: trátase dun estudo transversal, non se pode realizar un seguemento nin do tratamento nin das patoloxías crónicas, 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 nunha mostra representativa dunha poboación xeral.

CONCLUSIÓN

Neste estudo encontrouse un consumo de AD en poboación xeral acorde co publicado, sendo o perfil do consumidor o dunha muller maior, sen hábitos tóxicos, con escasa realización de exercicio físico e con patoloxías crónicas como depresión e hiperlipemia.

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.

Á vista dos resultados deste traballo ponse de manifesto o consumo de psicofármacos, con efectos sobre o sistema nervioso central (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.

Conflictos de interese: Os autores declaran non ter conflitos de interese.

Financiación: O presente traballo non tivo financiación.

Contribución dos autores : Todos os autores contribuíron de forma relevante á realización do artigo de investigación.

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. Alonso MP, De Abajo FJ, Javier Martínez J, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M. Evolucion del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación 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>
3. 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.
4. Sempere Verdú E, Salazar Fraile J, Palop Larrea V, Vicens Caldentey C. Evolución de la utilización de antidepresivos, 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>
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. 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.
7. 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.
8. Gude, F., Díaz-Vidal, P., Rúa-Pérez, C., Alonso-Sampedro, M., Fernández-Merino, C., Rey-García, J., et al. (2017). Glycemic variability and its association with demographics and lifestyles in a general adult population. *Journal of diabetes science and technology*, 11(4), 780-790.
9. SemFYC, PAPPs. GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA PARA ABORDAR EL ABUSO DE ALCOHOL. 2005. <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/07/abuso-alcohol.pdf>
10. 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 física.pdf](file:///C:/Users/Edgar%20Alzate%20Ramirez/Desktop/ARTICULOS%20PROYECTO%20DE%20GRADO/Cuestionario%20Internacional%20de%20actividad%20física.pdf)
11. 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
12. Levy P, Lemeshow S. *Sampling of populations: methods applications.* 3rd ed. John Wiley & Sons, editor. New York; 1999.
13. 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>
14. Marín-Rincón HA, Machado-Duque ME, Machado-Alba JE. For What Indications are Antidepressants Being Used in Adults in Colombia? *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed).* 2020 Dec 29;S0034-7450(20)30116-5. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2020.11.004. Epub ahead of print. PMID: 33735040.
15. 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.
16. 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)
17. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Risk of depresión and associated factors in older adults. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Publica.* 2015;17(2):184–94.

18. 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>
19. 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>
20. 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.
21. 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 Depresión and associated factors in the Peruvian elderly population according to ENDES 2014-2015. *An Fac med*. 2014;78(4):393–400.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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>
30. Collazos-Perdomo D, Ramirez-Ramos CF, Torres de Galvis MY, Correias-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.
31. 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.
32. Torres-Zevallos H, León-Barúa R, Berendson-Seminario R. Estrés emocional, depresión e hipercolesterolemia. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2010;23(1):6–9.
33. Arjona C, Criado J, Sánchez L. Enfermedades crónicas y consumo De fármacos en mayores de 65 años. *Med Gen*. 2002;47:684–95.
34. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*. 1994;74(9):2570–8.
35. 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>
36. 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.
37. 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.
38. López García F, Pineda Cuenca M, Custardoy Olivarrieta J. Ansiedad y depresión en la EPOC. *Rev Clínica Española*. 2007;207(1):53–7.

Fernando Peleteiro-Sanchez et al

39. Revuelta Evrard E, Segura Escobar E, Paulino Tevar J. Depresión, anxiety and fibromyalgia. Rev la Soc Esp del Dolor. 2010;17(7):326–32.
40. Cadena J, Cadavid ME, Ocampo MV, Clara M, Ángel V, Anaya J. Depresion y familia en pacientes con Artritis Reumatoidea. 2002;9(3):184–91. <http://www.mendeley.com/research/depresi%C3%B3n-y-familia-en-pacientes-con-artritis-reumatoide-1>
41. 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.
42. Tajer D, Charask A. Género y enfermedad cardiovascular. Rev Argent Cardiol. 2013;81(4).
43. Chocrón Bentata L. El médico de familia infradiagnostica a pacientes con depresión y sobrediagnostica a pacientes sin depresión. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria-. 2010;17(5):366. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113420721070150X>

ANEXOS**Anexo I: IPAQ versión curta**

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 realizo 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 ansiedade

“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.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	1.Si	0.No
A1: ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
A2: ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
A3: ¿Se ha sentido muy irritable?		
A4: ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando:

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

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	1.Si	0.No
D1: ¿Se ha sentido con poca energía?		
D2: ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
D3: ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
D4: ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		

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

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

PUNTOS CLAVE

O COÑECIDO SOBRE O TEMA

Os AD son fármacos moi usados na poboación xeral con indicación para o tratamento da depresión, ansiedade e dor crónica, entre outros.

Dende fai anos o uso de AD aumentou de forma considerable.

Os AD son fármacos con efectos secundarios importantes a ter en conta na poboación maior

QUE APORTA ESTE ESTUDO

O perfil do usuario a tratamento con AD é o dunha muller maior, sen hábitos tóxicos, con escasa realización de exercicio físico e con patoloxías crónicas como diabetes e hiperlipemia.

Unha alta proporción da poboación con síntomas de ansiedade e depresión na escala Goldberg non toma AD, o que puidera suxerir un infradiagnóstico/infrarregistro destas patoloxías.

Evidénciase un consumo de psicofármacos, con efectos sobre o SNC, en poboación maior, fráxil e pluripatolóxica