

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PRESCRIPCIONES DE
PSICOFÁRMACOS EN CANARIAS DURANTE EL
CONFINAMIENTO (2019-2020)**

COMPARATIVE STUDY OF PSYCHOTROPIC DRUGS PRESCRIPTIONS IN THE
CANARY ISLANDS DURING THE SPANISH LOCKDOWN (2019-2020)

Autor: Jorge Javier Davila Abal

Tutor: Francisco Rodríguez Pulido

Departamento: Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría

Hospital Universitario de Canarias

ÍNDICE

1. Justificación.....	5
2. Revisión y antecedentes	7
2a. La COVID-19 como fenómeno pandémico: su impacto sanitario, social y económico.....	7
2b. Pandemia y salud mental	9
2c. El estado de la salud mental en Europa, España y Canarias	12
2d. Prescripción y consumo de psicofármacos en Europa, España y Canarias	14
3. Hipótesis y objetivos	17
4. Material y métodos.....	18
5. Resultados	21
6. Discusión.....	31
7. Conclusiones	34
8. Agradecimientos.....	35
9. ¿Qué he aprendido con este TFG?	36
10. Bibliografía.....	37
11. ANEXO	40

RESUMEN

Introducción. La atención a la salud mental en los países europeos se hallaba en situación de vulnerabilidad antes de que la COVID-19 irrumpiera en el escenario global. Las carencias en los sistemas de atención se han visto incrementadas por la carga asistencial derivada de la pandemia y probablemente exista un aumento del consumo de psicofármacos.

Objetivos. Analizar la influencia del confinamiento en el patrón de consumo de los principales grupos de psicofármacos por parte de la población canaria e investigar si se ha producido un aumento del consumo paralelo al aumento de trastornos emocionales, Realizar un análisis descriptivo del uso de fármacos psicoactivos por parte de la población residente en las Islas Canarias, atendiendo a variables como el sexo, la edad y el área de salud.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo en el que recabaron los datos de dispensación de estos psicofármacos en Canarias durante dos períodos diferentes, de marzo a diciembre de 2019 y de marzo a diciembre del 2020. Se realizó un cálculo de tasas expresadas en número de envases dispensados por cada 100.000 habitantes y se usaron dichas tasas y su estandarización como indicador para describir el consumo de psicofármacos y comparar ambos periodos.

Resultados. Los ansiolíticos fueron con diferencia los fármacos más dispensados en los dos períodos. Las tasas de dispensación por rangos etarios fueron mayores en las personas de 65 y más años. Por sexos, la tasa de dispensación global fue mucho mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres en ambos períodos, especialmente de antidepressivos (más de 7 de cada 10 envases fueron dispensados a mujeres). Las mayores tasas de dispensación se dieron en Gran Canaria, La Palma y Tenerife, mientras que las más bajas se dieron en Fuerteventura y Lanzarote. Se observa un aumento significativo en la dispensación global de marzo a diciembre de 2020 con respecto al mismo período de 2019. Las tasas de dispensación tanto en como en hombres también se han visto incrementadas, así como las dispensaciones en Fuerteventura, Gran Canaria y Tenerife.

Conclusiones. Existen distintas aproximaciones metodológicas a la cuantificación del consumo de psicofármacos en las poblaciones humanas: la prescripción, la dispensación,

o la autodeclaración. Los ansiolíticos fueron los fármacos más dispensados, seguidos por los antidepresivos y por los hipnóticos y sedantes.

Palabras clave: Pandemia COVID-19. Trastornos emocionales. Trastornos mentales. Psicofármacos. Prescripción. Consumo. Epidemiología.

ABSTRACT

Introduction. Mental health care in European countries was in a vulnerable state before COVID-19 burst onto the global stage. The care burden derived from de pandemic exacerbated the shortcomings in the care systems and simultaneously demonstrated an increase in the population's psychomorbidity due to the health emergency and mandatory confinement.

Objectives. To analyse the influence confinement has had on the consumption patterns of the main groups of psychoactive drugs among the Canarian population and investigate whether there has been an increase in consumption parallel to the rise in emotional disorders. Additionally, to conduct a descriptive analysis of the use of psychoactive drugs among the Canary Islands population, based on variables such as gender, age and health area.

Material y methods. An observational, descriptive study was conducted in which they collected data on the dispensing of these psychoactive drugs in the Canary Islands during two different periods, from March to December 2019 and from March to December 2020. A calculation of rates expressed in number of containers dispensed per 100,000 inhabitants and their standardization were used as an indicator to describe the consumption of psychotropic drugs and compare both periods.

Results. Anxiolytics were by far the most dispensed drugs in both periods. Dispensing rates by age range were higher in people aged 65 and over. By gender, the overall dispensing rate was much higher for women than for men in both periods, especially for antidepressants (more than 7 out of 10 packages were dispensed to women). The highest dispensing rates were in Gran Canaria, La Palma and Tenerife, while the lowest occurred in Fuerteventura and Lanzarote. A significant increase in dispensing is observed from March to December 2020 compared to the same period in 2019. Dispensing rates in both women and men have also increased, as well as dispensations in Fuerteventura, Gran Canaria and Tenerife.

Conclusions. There are different methodological approaches to quantifying the consumption of psychotropic drugs in human populations: prescription, dispensing, or self-declaration. Anxiolytics were the most widely dispensed drugs, followed by antidepressants and hypnotics and sedatives.

Keywords: COVID-19 pandemic. Emotional disorders. Mental disorders. Psychopharmaceuticals. Prescription. Consumption. Epidemiology.

1. Justificación

En la última década ha surgido con fuerza en las publicaciones científicas la idea de la importancia de abordar la salud mental como un problema prioritario de salud pública. Además, a raíz de la pandemia se ha generalizado un consenso internacional sobre la relevancia de esta cuestión para proteger y mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. De esta forma se puede aumentar la fortaleza y la resiliencia de la sociedad en su conjunto (1).

Se estima que los costos económicos derivados de la mala gestión de los problemas de salud mental suponen más del 4% del PIB de un país (2). Además, las personas diagnosticadas con enfermedades mentales tienen peores resultados educativos, laborales y de salud física que aquellos con buena salud mental.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada cuatro personas sufrirá una enfermedad mental a lo largo de su vida. Sin embargo, la atención psiquiátrica y psicológica sigue sin ser una prioridad en las políticas de salud. En su “Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020”, la OMS subrayó la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social por parte de los países miembros con el objetivo de alcanzar los objetivos de salud mental fijados para el 2020 (3). Los resultados del informe “Atlas de salud mental” publicado por la OMS en 2021, sin embargo, dibujan un panorama decepcionante. Ninguno de los objetivos de liderazgo y gobernanza efectivos, prestación de servicios de salud mental en entornos comunitarios y promoción y prevención de la salud mental estuvieron cerca de cumplirse. Solo el 51% de los 194 estados miembros de la OMS informaron que sus políticas de salud mental estaban en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, muy por debajo del objetivo del 80%. Sólo el 52% de los países cumplieron el

objetivo relativo a programas de prevención y promoción de la salud mental, también muy por debajo del 80%.

En 2020, los gobiernos del mundo gastaron en promedio poco más del 2% de sus presupuestos de salud en salud mental y muchos países de bajos ingresos informaron tener menos de 1 trabajador de salud mental por cada 100.000 personas (3). Según datos de la Sociedad Española de Psiquiatría, en España apenas hay 2,16 psicólogos clínicos y 1,96 enfermeros especializados en salud mental por cada 100.000 habitantes, cuando la media europea ronda los 18 profesionales por cada 100.000 habitantes (4).

Las carencias de personal y la ausencia de un plan integral que favorezca el acceso y la disponibilidad de una atención adecuada chocan frontalmente con la necesidad de abordar la mala salud mental como un problema prioritario de salud pública. Siendo este el escenario de partida no resulta difícil imaginar lo vulnerables que han podido ser los servicios de atención a la salud mental durante la pandemia de COVID-19. En junio de 2020, el director general de la OMS subrayaba la amenaza que suponía la pandemia para la salud mental y establecía como prioridad fortalecer los sistemas de salud mental para poder hacer frente al impacto. En ese momento, ya existían informes que indicaban que la enfermedad por SARS-CoV-2 se asociaba con manifestaciones mentales y neurológicas, incluido delirio, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño y depresión. Consideraba probable que la enfermedad pudiese exacerbar problemas de salud mental, neurológicos y de abuso de sustancias, al tiempo que limitar el acceso a los servicios de salud (5). Efectivamente, debido a la alta carga asistencial se cancelaron consultas en las unidades de salud mental y se redujo la disponibilidad de recursos para los pacientes. El 5 de octubre de 2020, la OMS publicó los resultados de una encuesta llevada a cabo entre sus estados miembros que mostró que la COVID-19 había perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales en el 93% de los 130 países estudiados. El 30% se vieron obligados a redistribuir a los trabajadores de salud mental a otros servicios para poder dar respuesta a las necesidades generadas por la pandemia y el 19% tuvieron que reasignar instalaciones psiquiátricas para darle un uso diferente (6).

Por otra parte, las intervenciones no farmacológicas destinadas a ralentizar la propagación de los brotes, basadas en el aislamiento social, la distancia física y el confinamiento de la población han podido contribuir al impacto negativo de esta crisis sobre la salud mental de las poblaciones y resulta importante a la hora de identificar grupos sociales vulnerables

y diseñar estrategias de mitigación (7). España fue uno de los países más afectados durante los primeros compases de la pandemia, tanto por el número de infectados y personas fallecidas, como por las estrictas medidas de aislamiento domiciliario dispuestas para reducir la propagación del virus.

En marzo de 2022, la OMS publicó un informe que confirma un aumento de problemas de salud mental durante la pandemia en la población general, aunque el informe subraya la necesidad de un mayor número de estudios con mejor calidad metodológica (8).

Bien merece por todo esto, estudiar y analizar el impacto de esta pandemia a través de la dispensación de psicofármacos como una medida indirecta del estado de salud de una comunidad.

2. Revisión y antecedentes

2a. La COVID-19 como fenómeno pandémico: su impacto sanitario, social y económico

Tras la aparición del SARS-CoV-2, un nuevo tipo de coronavirus con capacidad de infectar humanos en Wuhan (Hubei, China), la enfermedad se fue extendiendo a todas las provincias de China, así como a otros 27 países, superando los 70.000 casos confirmados el 17 de febrero de 2020 (9). El 13 de marzo, la OMS declaró que Europa se había convertido en el epicentro de la pandemia, con más casos y muertes notificadas que el resto del mundo junto, al margen de la República Popular de China (10). El 3 de abril de 2020 ya había más de 1.039.000 casos confirmados en todo el mundo y más de 55.000 personas habían fallecido a causa del virus. Ese día, el número de casos confirmados en España fue de 117.166, convirtiéndose en uno de los países más afectados a nivel mundial junto con Estados Unidos, Italia y China (11).

Desde el inicio de la pandemia, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) propuso una estrategia de acción guiada por la OMS basada en tres pilares: una respuesta sanitaria a gran escala; la prestación de asistencia humanitaria inmediata ampliando la cobertura a los más vulnerables; y un proceso de recuperación centrado en una reconstrucción orientada a lograr economías y sociedades más equitativas, inclusivas, resilientes y sostenibles. Se considera que el acceso universal a la salud es un bien público mundial

fundamental y que debería protegerse (6). Por su parte, el Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OMS, se coordinó con el resto de los grupos de respuesta para promover la integración de la salud mental y el apoyo psicosocial (MHPSS, por sus siglas en inglés) en el esfuerzo de respuesta a la COVID-19.

La rápida propagación de la enfermedad hizo que muchos países implementasen políticas de salud pública centradas principalmente en el distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarilla y el confinamiento de la población. Esta combinación de estrategias de contención y mitigación se apoyaron en las recomendaciones de la OMS, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y otras agencias de salud de todo el mundo. Tuvieron por finalidad retrasar las grandes oleadas de pacientes y disminuir la demanda de camas de hospital, al tiempo que se intentaba proteger a los más vulnerables, incluidos ancianos y personas con comorbilidades. La mayoría de las estrategias de respuesta nacionales incluyeron autoaislamiento obligatorio; la promoción de medidas de salud pública, incluido el lavado de manos, el uso de mascarilla y el distanciamiento social; la preparación de los sistemas de salud para pacientes graves que podrían requerir aislamiento, oxígeno y ventilación mecánica; el fortalecimiento de la prevención y el control de infecciones en los centros sanitarios (especialmente en las residencias de ancianos); y el aplazamiento o cancelación de reuniones públicas a gran escala (12). Las restricciones a la movilidad se impusieron basándose en evaluaciones de riesgo a nivel nacional que utilizaron indicadores tales como el número estimado de pacientes que requerían hospitalización y soporte de ventilación, la disponibilidad de camas o el porcentaje de ocupación de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Si bien las cuarentenas se han empleado a lo largo de la historia para controlar la propagación de enfermedades infecciosas, el confinamiento generalizado en tantos países no tenía precedentes (11). En España, las escuelas y las universidades se cerraron progresivamente entre el 9 y el 13 de marzo. El 16 de marzo de 2020 se anunció la imposición de un confinamiento para toda la población como parte del paquete de medidas de emergencia para combatir la enfermedad en nuestro país. El confinamiento contemplaba diversas excepciones, como adquirir alimentos o medicinas, acudir al puesto de trabajo o atender emergencias (13). Esta situación se prorrogó hasta el 8 de mayo e incluyó la paralización de todas las actividades no esenciales como ocio y restauración, negocios comerciales y minoristas. Pasado ese tiempo se anunció la puesta en marcha de

un plan de desescalada por fases y por islas y provincias que empezó el 11 de mayo y se extendió hasta finales de junio (14).

El impacto de la pandemia ha tenido un efecto devastador en las actividades económicas, reflejada en una notable reducción de la producción de bienes y servicios a nivel mundial. La recesión económica ha sido inevitable y muchos gobiernos han implementado medidas para mitigar su efecto. Estas consecuencias económicas y sanitarias se hacen más evidentes en aquellas zonas cuyas comunidades ya se encontraban lidiando con crisis en curso en un contexto de falta crónica de recursos. En estos casos, la pandemia ha cristalizado en forma de una emergencia compleja, con un impacto compuesto en la salud física y mental de estas comunidades y en el estado general de bienestar (15).

2b. Pandemia y salud mental

El impacto social, económico y laboral que ha supuesto la pandemia ha afectado a toda la población a muchos niveles diferentes. Los eventos de alto impacto, como las crisis económicas o los brotes pandémicos, pueden tener efectos psicológicos nocivos en las personas y existe un amplio consenso en cuanto a que la salud mental se ve negativamente afectada en los periodos de recesión económica (16).

Aunque las medidas gubernamentales de distanciamiento social y cuarentena resultaron ser medidas bastante efectivas para ralentizar la propagación del virus, su implantación trajo consigo un costo para la salud mental. Una revisión bibliográfica de 24 artículos sobre el impacto psicológico de las cuarentenas en la población mostró efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión e ira. Los factores estresantes incluyeron el temor a una cuarentena más prolongada, miedo al contagio, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada y pérdidas financieras (17).

En la población sanitaria, el estudio más ambicioso ha sido llevado a cabo por el proyecto MINDCOVID. Se analizaron datos de más de 9.000 trabajadores sanitarios de 18 centros de España; más de 2.500 pacientes con COVID-19 y sus contactos; y 3.500 personas como muestra de la población general. A lo largo de 2020 y 2021, el equipo de MINDCOVID ha observado un aumento en los problemas de salud mental en comparación con el periodo prepandemia, especialmente entre los profesionales sanitarios. Aquellos con problemas mentales preexistentes, las personas hospitalizadas

con COVID-19 y las mujeres sanitarias jóvenes son algunos de los grupos más afectados. Los estudios, publicados en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental y en *Depression & Anxiety*, informaron que la mitad de las personas encuestadas presentaba un cribado positivo de un trastorno mental y que casi un 15% sufría un trastorno mental discapacitante, con repercusiones negativas en su vida profesional y social. Los síntomas principales observados indicaron una alta probabilidad de padecer depresión, ansiedad, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático y, en menor medida, abuso de sustancias (18).

Se destaca que, después de un año, el impacto de la pandemia en la salud mental de los trabajadores sanitarios seguía siendo alto, y se han señalado los factores de riesgo de aparición y persistencia de posibles trastornos mentales: cambios en el trabajo y estrés ligado a relaciones interpersonales, la salud personal y de las personas más próximas, y las dificultades económicas. Todo ello ha contribuido probablemente a una alta frecuencia mantenida de desgaste laboral (*burnout*). Se advierte de la necesidad de monitorizar la salud mental del colectivo y de reducir los riesgos personales, laborales y organizativos, para los que existen ciertas intervenciones eficaces a distintos niveles (18).

En el informe de la OMS de marzo de 2022 sobre las consecuencias de la COVID-19 en la salud mental, se recoge que entre los principales factores para el aumento de problemas de salud mental destacan: la soledad, el miedo al contagio o a la muerte, el duelo por haber perdido un ser querido y las preocupaciones económicas. En el caso concreto de los sanitarios, el agotamiento físico y mental ha sido también un especial factor de riesgo para el desarrollo de pensamientos suicidas. La pandemia ha afectado especialmente a la salud mental de los jóvenes, que tuvieron mayor riesgo de suicidio y autolesiones. También las personas con problemas de salud física tales como el asma, el cáncer, o los trastornos cardíacos han tenido mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental. Las personas que previamente a la pandemia ya experimentaban problemas de salud mental no han tenido mayor riesgo de contagio, pero si se contagiaron, han tenido mayor gravedad de la enfermedad, más hospitalizaciones y mayor mortalidad en comparación con las personas sin problemas de salud mental. Dentro de este grupo, el de las personas con problemas de salud mental severos ha sido de los colectivos más afectados. Paralelamente al incremento de problemas de salud mental, se han añadido interrupciones y limitaciones de acceso en los servicios de salud mental, que repercuten negativamente en la atención sanitaria. Se han detectado además deficiencias en algunos

servicios de urgencias psiquiátricas, como en los servicios de prevención del suicidio. Aunque existen intervenciones psicológicas que se han mostrado eficaces para prevenir y combatir los problemas de salud mental relacionados con la pandemia, es necesario llevar a cabo una mayor investigación sobre el tema, puesto que los datos disponibles son aún limitados (8).

En la actualidad proliferan distintos trabajos valorando el impacto de la pandemia en los estados emocionales como consecuencia de los miedos a los grados de exposición al coronavirus, al confinamiento, a las muertes de familiares, al estrés crónico, la incertidumbre o los problemas económicos. Estos han generado malestares como trastornos de sueño y síntomas emocionales: preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud (11,19).

Por su parte, el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) publicó en marzo del 2021 la "Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19". Este sondeo revela que el 23,4% de la población ha sentido mucho o bastante "miedo a morir debido al coronavirus", un 18,4% de los hombres y un 28,3% de las mujeres. Por edad, los que más miedo han sentido a morir a causa del COVID-19 fueron las personas de 55 a 64 años (26,2%). Un 68,6% ha sentido mucho o bastante "miedo a que pueda morir algún familiar o ser querido" y un 72,3% reconoce que ha sentido mucha o bastante preocupación de que "se contagie algún familiar o ser querido". El 35,1% admite que "ha llorado debido a esta situación", un 16,9% de hombres y un 52,8% de mujeres. Por edad, los más jóvenes (18-24 años), son los que más reconocen que han llorado por la situación de pandemia (42,8%). También se ha preguntado si desde que empezó la epidemia se han sentido mal por algún motivo. Un 41,9% "ha tenido problemas de sueño", un 51,9% ha reconocido "sentirse cansado o con pocas energías" y un 38,7% ha tenido "dolores de cabeza", entre otros problemas como taquicardias, mareos o desmayos. Además, en este último año un 61,2% de los españoles se siente más preocupado por su salud que antes. También se han reflejado cambios en el comportamiento de los niños y adolescentes. Un 52,2% de los padres que tienen hijos menores de edad (843 entrevistas de la muestra) con los que han convivido durante la pandemia han notado cambios en la manera de ser de sus hijos. De aquellos que han notado algún cambio en el comportamiento de sus hijos o nietos convivientes, un 72,7 % asegura que sus hijos o nietos han sufrido "cambios de humor", un 78,6% "cambios en los hábitos de vida" y un 30,4% "cambios en el sueño" (20).

2c. El estado de la salud mental en Europa, España y Canarias

En Europa, la salud mental es uno de los principales desafíos de salud pública en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y de discapacidad.

Respecto a la prevalencia, el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD, 2006) se basó en una muestra de 21.425 adultos no institucionalizados, representativa de una población general de más de 212 millones de Bélgica, Francia, Alemania, Italia, los Países Bajos y España. El 25,9 % de los participantes informó haber sufrido algún trastorno mental durante su vida y el 11,5 % había experimentado un trastorno mental durante los últimos 12 meses. Los niveles asociados de discapacidad y reducciones en la calidad de vida excedieron los niveles observados en pacientes con condiciones físicas crónicas (21). Datos más recientes de la OMS apuntan a que los trastornos mentales afectarían a más de un 33% de la población, siendo los más comunes depresión y ansiedad. Alrededor del 1-2% de la población está diagnosticada de algún trastorno psicótico, hombres y mujeres por igual, y el 5,6% de los hombres y el 1,3% de las mujeres tienen trastornos por consumo de sustancias. En todos los países, los trastornos mentales tienden a ser más frecuentes entre las personas más desfavorecidas (1).

En términos de carga de enfermedad, existe una variación considerable relacionada con las diferentes condiciones socioeconómicas. Los trastornos mentales ocupan el primer lugar en muchos países de Europa occidental de ingresos altos, mientras que ocupan el cuarto o quinto lugar en algunos países de ingresos bajos debido a la alta prevalencia de enfermedades perinatales y cardiovasculares. En el conjunto de la región, los trastornos neuropsiquiátricos son el segundo factor que más contribuye a la carga de la enfermedad global medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), con un 19% del total (1).

En cuanto a la discapacidad, los trastornos mentales son el grupo de enfermedades crónicas más significativas que afectan a la población europea, contribuyendo casi al 40% de los años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVD). El trastorno depresivo unipolar por sí solo es responsable del 13,7 % de la carga de discapacidad. Además, existe una alta prevalencia de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes entre las personas con enfermedades mentales (1).

En muchos países europeos, un alto porcentaje de las personas que perciben prestaciones sociales o pensiones por invalidez tienen como padecimiento primario un trastorno mental, lo que aumenta la carga financiera de los problemas de salud mental en un país. El proyecto Roadmap for Mental Health Research in Europe (ROAMER, 2010) estimó el coste de los trastornos mentales en Europa en 461.000 millones de euros (22).

Por otra parte, los trastornos mentales están fuertemente relacionados con el suicidio. Las tasas de suicidio en la Región de Europa son muy altas en comparación con otras partes del mundo. La tasa media anual de suicidios en la región de Europa es de 13,9 por 100.000 y, aunque existe una amplia variación entre regiones, los 9 países con las tasas de suicidio más altas del mundo están todos en la región europea (1). Según datos de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, éste se convirtió en 2019 en la primera causa de muerte en los jóvenes españoles, algo que nunca había pasado desde que existen estadísticas. En Canarias, las tasas de suicidio están por encima de la media nacional según datos del Observatorio del Suicidio en España (23).

Según los datos de la ENSE (Encuesta Nacional de Salud en España) de 2017 relativos a Canarias, el 9,66% de los adultos refirió haber sido diagnosticado de algún problema de salud mental (ansiedad crónica, depresión u otras) en los últimos 12 meses (prevalencia-año). Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 12,36% frente a 6,87%. La ansiedad crónica fue la enfermedad más frecuente, declarada por el 6,78% (4,3% en hombres vs 9,19% en mujeres); seguida por la depresión, declarada por el 5,57% (3,40% en hombres vs 7,69% en mujeres). El 1,66% de la población canaria declaró que sufría “otros problemas mentales” (2,57% en hombres vs 0,28% en mujeres). Al comparar los datos de 2017 con los resultados de las ENSE anteriores, se observa que desde 2011 no se han producido cambios importantes en la prevalencia declarada de ansiedad crónica. En cuanto a la prevalencia de “alguna enfermedad mental”, se observa un ligero aumento en ambos sexos, algo mayor en hombres. La variación de la “depresión crónica” no es valorable por un cambio de terminología (24).

La Encuesta de Salud de Canarias publicada en 2016 utilizó el cuestionario GHQ-12 para el cribado de trastornos mentales (útil para detectar depresión, ansiedad, desajuste social e hipocondría, pero no para psicosis funcionales) en personas de 16 y más años y el SDQ para la evaluación de la salud mental de la población infanto-juvenil (entre 4 y 15 años)

residente en Canarias. Según sus resultados, el 23,7% de la población de 16 y más años tuvo puntuaciones sugestivas de un trastorno mental (puntuación igual a 3 o mayor). Las franjas de edad con mayores prevalencias fueron las de 45 a 64 años (27%) y de mayores de 64 años (26,6%). La franja de edad con menor prevalencia fue la de 30 a 44 años (19,1%). Comparando por sexo, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (27,1% vs. 20,2%). En mujeres, las franjas de edad con mayor prevalencia fueron las de mayores de 64 años (33,6%) y la de 45 a 64 años (30,4%). En hombres, la mayor prevalencia estuvo en la franja de 45 a 64 años (23,5%). Sin embargo, la franja de mayores de 64 años fue la segunda con menor prevalencia (18,2%) (25).

Al comparar por islas y áreas, las mayores prevalencias se dieron en La Palma (29,6%), Tenerife - Área metropolitana (29,3%) y Gran Canaria - Área metropolitana (26,6%). Gran Canaria y Tenerife presentaron prevalencias por encima de la media (24,4% y 24,3% respectivamente). La menor prevalencia se registró en Fuerteventura (11,1%) (25).

La puntuación media del SDQ en la población de 4 a 15 años de Canarias fue de 9 (frente al punto de corte de 19), siendo ligeramente superior en la franja de edad de 4 a 9 años, respecto a la de 10 a 15 años (9,2 vs. 8,8). La puntuación fue similar en ambos sexos (niños: 9,1 vs. niñas 9). Todas las subescalas mostraron medias propias de normalidad: por debajo de los puntos de corte en síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros; y por encima en la escala pro-social (25).

Al comparar por islas, las mayores puntuaciones se registraron en Tenerife y Gran Canaria (9,2 ambas), mientras que las menores correspondieron al grupo de Lanzarote y Fuerteventura (8,2) (25).

2d. Prescripción y consumo de psicofármacos en Europa, España y Canarias

La historia moderna de la psicofarmacología comenzó en 1950 con la síntesis de la clorpromazina. Desde 1950 hasta mediados de la década de 1960, la industria farmacéutica sintetizó y comercializó los compuestos que definirían las clases actuales de psicofármacos. La lista incluye los fármacos antipsicóticos (clorpromazina), ansiolíticos (meprobamato en 1950, clordiazepóxido en 1955) y antidepresivos (iproniazida e imipramina en 1951). Durante la década de 1980 se redescubrió la clozapina, un antipsicótico que prácticamente no produce efectos secundarios motores extrapiramidales

y se produjo el auge de los antipsicóticos “atípicos” y su introducción en el mercado: la risperidona, la olanzapina y la quetiapina fueron los primeros. Desde los años noventa y a lo largo de las primeras décadas del siglo XXI se han incorporado al mercado nuevos antipsicóticos atípicos (aripiprazol en 2002, paliperidona y lurasidona en 2010) y han aparecido nuevas pautas de administración de largo plazo. Por otra parte, en 1988 se empezó a comercializar la fluoxetina, un antidepresivo que bloqueaba selectivamente la recaptación de serotonina (ISRS). A diferencia de los medicamentos más antiguos para la depresión, la fluoxetina era relativamente fácil de administrar debido a su perfil de efectos secundarios y rápidamente le siguieron otros ISRS (sertralina en 1991, paroxetina en 1992 y citalopram en 1998). Desde una perspectiva científica, los psicofármacos han influido profundamente en nuestra comprensión científica y cultural de las enfermedades psiquiátricas. Desde el punto de vista clínico, en los 50 años posteriores a su aparición, el tratamiento psiquiátrico de las enfermedades mentales ha cambiado radicalmente. Desde una perspectiva económica, actualmente se gasta más dinero en psicofármacos que en cualquier otro producto farmacéutico (26).

Desde que la OCDE registra los datos, el aumento del consumo de ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos y sedantes en España ha sido constante. El caso de los antidepresivos es especialmente llamativo; en 2016 se emplearon un 53% más que en 2006. Otros países como Eslovaquia, Estonia o República Checa también han duplicado su consumo en el mismo periodo. Islandia es el país donde, con diferencia, existe el mayor consumo por habitante de sedantes y antidepresivos. España es el segundo país de la OCDE donde más ansiolíticos se consumen, solo superado por Portugal. Los tranquilizantes y las pastillas para dormir se compraron en 2016 un 25% más que hace una década. Su empleo ha crecido más entre los hombres, aunque su consumo es superior entre las mujeres (4).

El consumo declarado, incluyendo automedicación, en las 2 semanas previas es otra variable que se recoge en el ENSE 2017. El 5,6% de la población española de 15 y más años refirió haber consumido antidepresivos o estimulantes. Los hombres lo hicieron con menor frecuencia (3,2%) que las mujeres (7,9%), siendo esta diferencia casi inexistente en el grupo más joven (15-24 años) y máxima en el grupo de 65 y más años. Los datos para Canarias son similares: el 6,3% de la población reportó haberlos consumido (4,6% hombres vs 7,5% mujeres) (24).

Además, el 10,7% de la población de 0 y más años consumió ansiolíticos o hipnosedantes en las dos semanas previas a la encuesta, 7,4% de los hombres vs 13,9% de las mujeres. Por una parte, el 12,5% de la población de 15 y más años refirió haberlos consumido, 8,6% de los hombres vs 16,1% de las mujeres, y estas diferencias por sexo fueron también mayores a mayor edad. En cuanto a la población canaria del mismo rango de edad, el porcentaje reportado es el mismo, 12,5% (9,2% de hombres vs 15,6% de mujeres). Por lo que respecta a la población infantil (0-14 años), el 0,7% había consumido alguno de esos fármacos (0,9% de los niños vs 0,6% de las niñas) (24).

Tanto el consumo de tranquilizantes como el de antidepresivos fueron mayores en el grupo de mayor edad. Una de cada cuatro personas de 65 y más años tomó ansiolíticos o hipnosedantes (25,9%) y una de cada diez tomó antidepresivos (10,4%) (24).

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) hace público un informe anual, que incluye los resultados de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2019. Según los datos del Informe 2021, la prevalencia del consumo de ansiolíticos o hipnosedantes (incluyendo automedicación) alguna vez en la vida en la población de 15-64 años se situó en el 22,5% en 2019. Se trata del máximo de la serie histórica, siguiendo así con una tendencia al alza observada desde 2015. Igualmente, los consumos en el resto de los tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) también registraron un ligero aumento. Cabe destacar que un 6,4% de los encuestados refirió un consumo diario o casi a diario en los últimos 30 días. Existen diferencias en el consumo por sexos, que es mayor entre las mujeres: más de una cuarta parte de las mujeres de 15 a 64 años ha consumido ansiolíticos o hipnosedantes con o sin receta alguna vez en su vida (26,8%) frente al 18,3% de los hombres. Por edad, se registra un mayor consumo entre los mayores de 35 años: el 27% de la población general de 35 a 64 años ha consumido estos psicofármacos con o sin receta alguna vez en la vida (31,9% entre las mujeres de este tramo de edad). Las prevalencias de consumo en el resto de los tramos temporales ofrecen datos muy similares: prevalencias más elevadas en mujeres y en el grupo de mayor edad (35 a 64 años) (27). Pese a lo anterior es notable destacar que ha habido un aumento en el consumo entre la población de 15 a 29 años. Según resultados del “Barómetro Juvenil. Salud y Bienestar” de 2022, uno de cada cuatro jóvenes (24,9%) ha consumido algún psicofármaco con o sin prescripción médica en el último año (28).

En el informe BDCAP-Series 2, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2020 y realizado con datos de 2017, se utilizaron registros clínicos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) para analizar el consumo de psicofármacos en la población española con tarjeta sanitaria. El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años retiró al menos un envase de un antidepresivo, un ansiolítico o un hipnosedante durante el 2017. En términos cuantitativos, se dispensaron 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día) de estos psicofármacos. El grupo más dispensados fueron los antidepresivos, con 98,8 DHD (40,3 en mujeres y 52,8 en hombres), seguidos por los ansiolíticos con 64,5 DHD (83,5 en mujeres y 43,4 en hombres) y los hipnóticos y sedantes (40,2 DHD, 52,2 en mujeres y 26,9 en hombres). El consumo de estos 3 grupos de psicofármacos siguió un patrón similar: su uso fue mayor en mujeres que en hombres, se incrementó con la edad hasta los 80 años, se observó gradiente social (mayor consumo en los niveles más bajos de renta), y la dispensación creció conforme menor fue el tamaño del municipio, con independencia de la edad. En cuanto al grupo de antipsicóticos, se dispensaron 241,7 DHD de neurolepticos en personas diagnosticadas de psicosis de cualquier edad. La dispensación fue el doble en hombres que en mujeres y mayor en niveles de renta bajos (29).

Alrededor de un 30-60% de las consultas de atención primaria están relacionadas con patologías como ansiedad o depresión, cuyo tratamiento farmacológico se basa en antidepresivos o ansiolíticos. Esto supone un coste total de, aproximadamente, 745 y 231 millones de euros anuales respectivamente. En Canarias se destinaron algo más de 15,2 millones de euros en fármacos psiquiátricos en el primer trimestre del año 2020, totalizando 759.563 cajas de antipsicóticos y antidepresivos, según datos del Ministerio de Sanidad. Desde 2004, el gasto anual nunca ha sido inferior a los 40 millones de euros y el máximo anual ha superado los 50 millones de euros (30).

3. Hipótesis y objetivos

Por lo reseñado las hipótesis de nuestro estudio serán:

- Hipótesis nula (H_0): El consumo de los principales grupos de psicofármacos, (medido en tasa de dispensación cada 100.000 habitantes) por parte de la

población canaria en de marzo a diciembre de 2020 no presenta diferencias significativas con respecto al mismo período del año 2019.

- Hipótesis alternativa: El sufrimiento psicosocial generado como consecuencia del impacto de la pandemia y el período de confinamiento se traduce en un aumento significativo del consumo de psicofármacos por parte de población canaria de marzo a diciembre de 2020 con respecto al mismo período del año anterior.

Objetivo primario:

- Analizar la influencia del confinamiento en el patrón de consumo (estimado mediante número de envases dispensados cada 100.000 habitantes) de los principales grupos de psicofármacos por parte de la población residente en las Islas Canarias.

Objetivos secundarios:

- Realizar un análisis descriptivo del uso de diferentes grupos de psicofármacos por parte de la población canaria, atendiendo a variables como el sexo, la edad y el área de salud.
- Comparar la tasa de dispensación cada 100.000 habitantes como estimador indirecto del consumo de psicofármacos en dos periodos de tiempo diferentes, de marzo a diciembre del 2019 y de marzo a diciembre del 2020.

4. Material y métodos

Fuentes de información:

En este estudio descriptivo de base poblacional se utilizaron datos relativos al número de envases dispensados en las Islas Canarias de los psicofármacos que figuran en el anexo. La lista con los fármacos y sus códigos ATC se remitió a la Jefatura de Sección del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación a través de la Coordinadora Regional de Salud Mental (Dirección de Programas Asistenciales del SCS). Se adjuntó la solicitud de los siguientes datos: número de envases dispensado de cada principio activo y número de envases dispensados de cada grupo farmacológico en función del rango etario del destinatario, el sexo del destinatario y el área de salud (isla)

dónde fueron dispensados. Todo esto para dos períodos temporales diferentes: de marzo a diciembre de 2019 y de marzo a diciembre de 2020.

Los datos demográficos relativos a la población canaria se extrajeron del ISTAC (Instituto Canario de Estadística) y se emplearon las cifras oficiales de población, a 1 de enero de cada año, elaboradas a partir del Padrón Municipal de Habitantes.

Muestra y tipo de muestra:

Se elaboró la lista que figura en el anexo con los grupos farmacológicos y los principios activos más comúnmente utilizados en la práctica clínica en el tratamiento de los trastornos mentales. Se incluyeron 15 ansiolíticos, 25 antidepresivos, 23 antipsicóticos, 12 hipnosedantes y 4 fármacos que no encajan exactamente en ninguna de las categorías anteriores. Todos ellos se encuentran en situación de financiación por parte del SNS y para su recopilación se usó la herramienta online BIFIMED, un buscador-nomenclátor proporcionado por el Ministerio de Sanidad.

Variables en estudio:

- Número de envases dispensados de cada principio activo, 79 en total
- Número de envases dispensado de cada grupo farmacológico, 5 en total, en función de:
 - o Sexo del destinatario del envase: hombre, mujer
 - o Rango etario del destinatario del envase (3 intervalos): 0-14 años, 15-64 años y ≥ 65 años
 - o Isla en la que fueron dispensados (7 islas): El Hierro, Fuerteventura, Gran Canaria, La Gomera, La Palma, Lanzarote y Tenerife
- Datos demográficos de la población censada en las Islas Canarias:
 - o Número de habitantes
 - o Sexo, rango etario (mismos intervalos) e isla de residencia

Períodos temporales del estudio:

Se escogió el tramo de marzo a diciembre de 2020 como marco temporal para monitorizar el uso de psicofármacos por su coincidencia con el período de confinamiento obligatorio impuesto en España (de marzo a junio de 2020) y la reincorporación gradual a la “nueva

normalidad” en los meses posteriores. Para realizar la comparación se usó el mismo período correspondiente al año anterior (de marzo a diciembre de 2019).

Procedimiento:

Medición y estandarización de tasas

Como expresión poblacional del fenómeno estudiado se utilizaron las tasas de dispensación calculadas según sexo, rango etario e isla, expresadas en envases dispensados por cada 100.000 habitantes. Con el objetivo de comparar las tasas entre las distintas islas fue necesario estimar las tasas específicas por edad para cada una de ellas (estandarización por edades). Se realizó un ajuste de tasas por el método indirecto usando como tasa estándar la tasa bruta de cada grupo farmacológico en cada uno de los dos períodos. También se realizó la estandarización de las tasas totales de dispensación para el global de canarias mediante el método directo y usando la población estándar europea del 2013 con el objetivo de facilitar la comparación de los datos con otras poblaciones de la región europea. Estos cálculos se realizaron usando el programa para análisis epidemiológico de datos Epidat 4.2.

Análisis estadístico

Para realizar la representación, el análisis y el resumen de la información de la muestra se utilizó el programa Microsoft Excel, usando hojas de cálculo para elaborar las tablas de frecuencias de las diferentes variables, las tablas cruzadas entre variables y para calcular las tasas de dispensación.

Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las tasas correspondientes a los dos períodos estudiados, se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (no paramétrica) para dos muestras relacionadas como contraste de hipótesis, estableciendo como significativo un valor de $p < 0,05$. Se emparejaron las tasas calculadas para el primer período con las calculadas para el segundo período, realizando una comparación por pares de variables. Este cálculo se realizó utilizando el software estadístico SPSS. Para aquellas tasas que presentaron diferencias significativas se calcularon los riesgos relativos mediante el software Epidat.

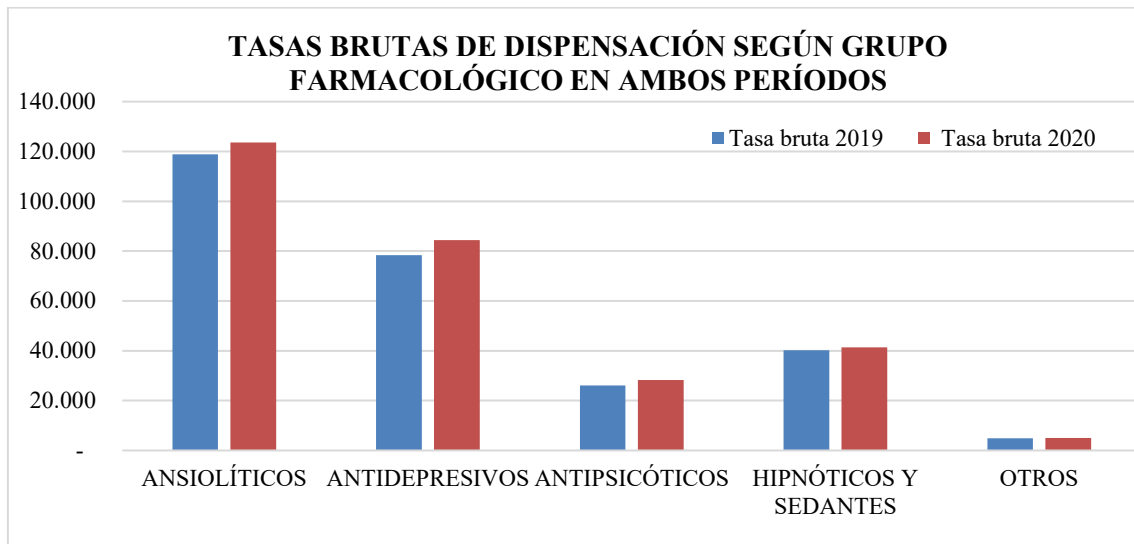
5. Resultados

Al comparar las tasas brutas de los envases de cada grupo farmacológico dispensados por cada 100.000 habitantes para el conjunto de Canarias, se observa que los ansiolíticos fueron con diferencia los fármacos más dispensados en ambos períodos (118.880 envases por cada 100.000 habitantes en 2019 y 123.576 env/10⁵ hab en 2020). Le siguen en frecuencia los antidepresivos (78.422 env/10⁵ en 2019 y 84.384 env/10⁵ en 2020) y los hipnóticos y sedantes (40.183 env/10⁵ en 2019 y 41.378 env/10⁵ en 2020). Además, en 2020 ha habido un incremento en las tasas brutas de todos los grupos de psicofármacos con respecto a 2019 (tabla 1 y figura 1).

Tabla 1. N.º de envases dispensados y sus tasas brutas según grupo farmacológico

G. Farmacológico	Envases 2019	Envases 2020	Tasa bruta 2019	Tasa bruta 2020
Ansiolíticos	2.559.957	2.688.971	118.880	123.577
Antidepresivos	1.688.745	1.836.168	78.423	84.385
Antipsicóticos	562.993	614.647	26.145	28.247
Hipnóticos y sedantes	865.311	900.383	40.184	41.379
Otros	104.175	107.972	4.838	4.962
Total	5.781.181	6.148.141	268.469	282.549

Figura 1



En cuanto a las tasas específicas de dispensación por rangos etarios, las mayores se dieron en el rango de edad de las personas de 65 y más años. En total, de marzo a diciembre de 2019, 734.294 envases de los psicofármacos estudiados por cada 100.000 personas de 65

y más años residentes en Canarias. De marzo a diciembre del 2020 la tasa de dispensación fue de 718.638 envases por cada 100.000 habitantes de 65 y más años. Esto se refleja en todos los grupos farmacológicos, cuyas tasas de dispensación son muy superiores en este rango etario con respecto al resto y destacan especialmente los hipnosedantes (su tasa es más de cinco veces superior a la del grupo de 15-64 años), los antidepresivos y los ansiolíticos (con tasas más de tres veces superiores a la del grupo de 15-64 años). Por otra parte, en el grupo etario de 0 a 14 años es en el que se registran las tasas de dispensación más bajas: 10.415 env/10⁵ hab en el primer período y 12.259 env/10⁵ hab en el segundo.

Si bien, los ansiolíticos son los psicofármacos más dispensados en todos los grupos de edades en ambos períodos, existen diferencias en cuanto al resto de grupos de psicofármacos según el rango etario. Así, mientras en los grupos de 15-64 y 65 y más años se mantiene la tendencia principal donde los antidepresivos y los hipnóticos y sedantes son los más dispensados por detrás de los ansiolíticos; en el grupo de 0-14 años los antipsicóticos son el segundo grupo más dispensado y los hipnosedantes tienen la menor tasa de dispensación (tabla 2 y figura 2).

Tabla 2. Tasas brutas de dispensación según grupo farmacológico y rango etario

G. Farmacológico	0-14 (2019)	0-14 (2020)	15-64 (2019)	15-64 (2020)	>=65 (2019)	>=65 (2020)
Ansiolíticos	6.883	7.361	97.301	105.428	309.890	296.731
Antidepresivos	822	1.201	61.563	68.822	219.314	219.623
Antipsicóticos	2.312	3.082	23.963	25.891	55.994	58.829
Hipnóticos y sedantes	159	201	26.634	28.942	134.586	129.118
Otros	239	415	3.543	3.662	14.508	14.327
Total	10.415	12.259	213.005	232.746	734.294	718.628

Con relación al número de envases dispensados por sexos, la tasa de dispensación global es mucho mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres en ambos períodos: 347.629 env/10⁵ hab vs 187.716 env/10⁵ hab en 2019 y 365.741 env/10⁵ hab vs 197.535 env/10⁵ hab en 2020. Al desglosar esta dispensación por sexos en función del grupo farmacológico prescrito, observamos que el porcentaje de envases dispensados a mujeres es mucho mayor en todos los grupos, especialmente en el caso de los antidepresivos, donde la tasa de dispensación de las mujeres es más del doble que la de los hombres en ambos períodos (112.748 env/10⁵ hab vs 25.315 env/10⁵ hab en 2019 y 120.966 env/10⁵ hab vs 47.002 env/10⁵ hab en 2020). La excepción son los antipsicóticos, en los que más de la mitad de los envases fueron dispensados a hombres y esto se refleja en sus tasas,

26.991 env/10⁵ hab vs 25.315 env/10⁵ hab en 2019 y 28.888 env/10⁵ hab vs 27.620 env/10⁵ hab en 2020. Las tasas de dispensación de todos los grupos de psicofármacos se han visto incrementadas en 2020 con respecto a 2019, tanto en mujeres como en hombres (tabla 3 y figura 3).

Figura 2

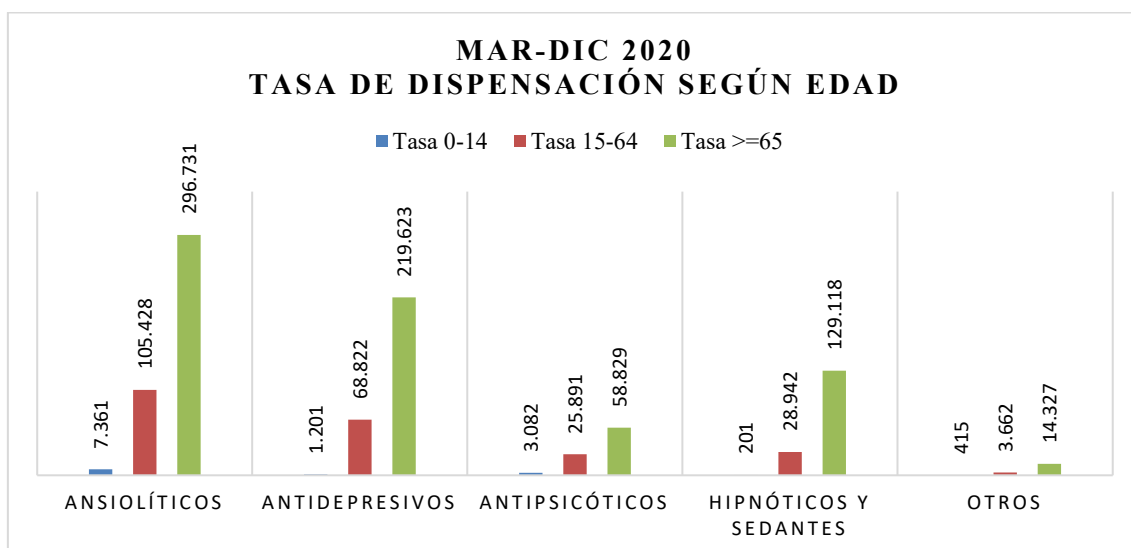
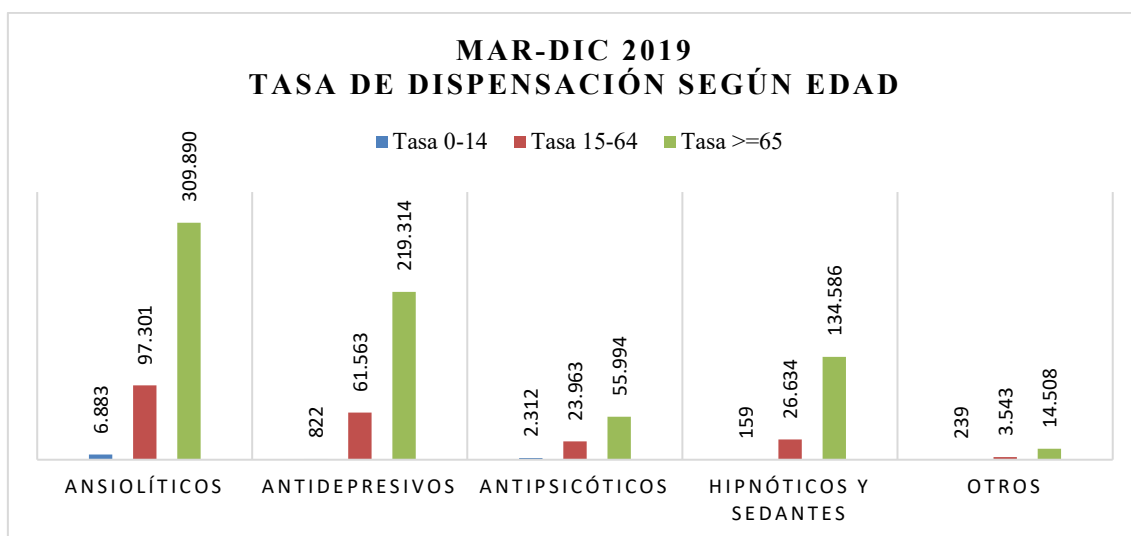
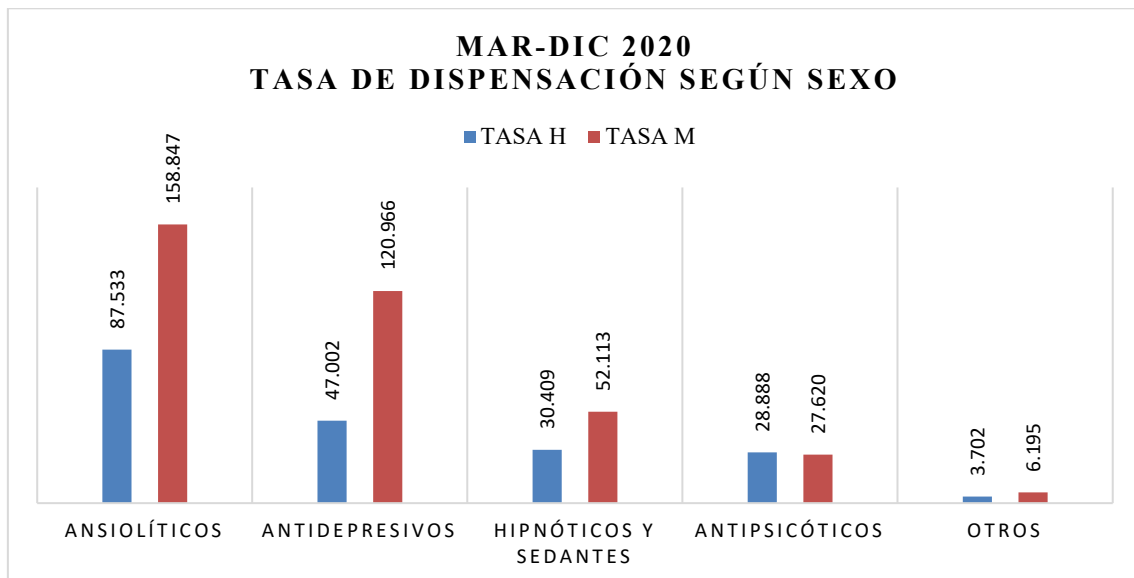
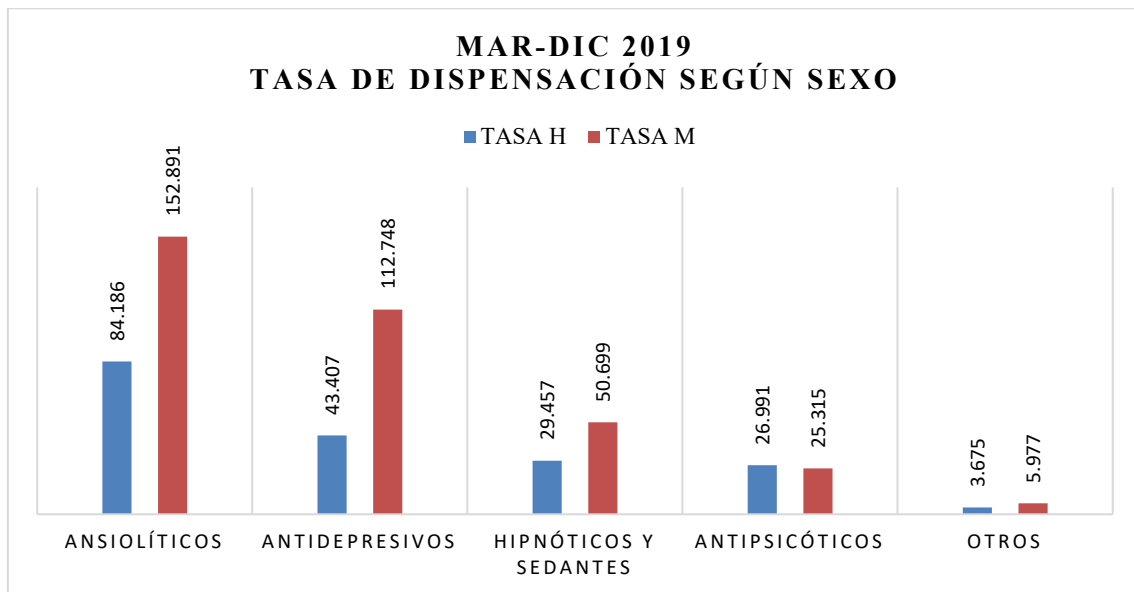


Tabla 3. Tasas brutas de dispensación según grupo farmacológico y sexo

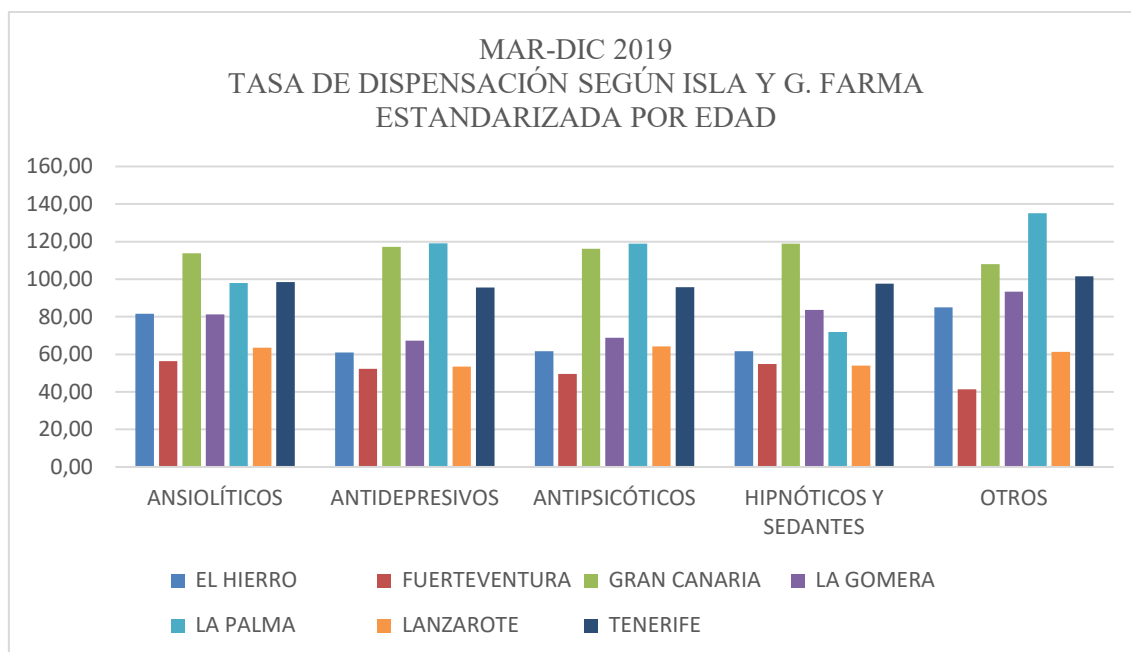
G. Farmacológico	H (2019)	H (2020)	M (2019)	M (2020)
Ansiolíticos	84.186	87.533	152.891	158.847
Antidepresivos	43.407	47.002	112.748	120.966
Antipsicóticos	29.457	30.409	50.699	52.113
Hipnóticos y sedantes	26.991	28.888	25.315	27.620
Otros	3.675	3.702	5.977	6.195
Total	187.716	197.535	347.629	365.741

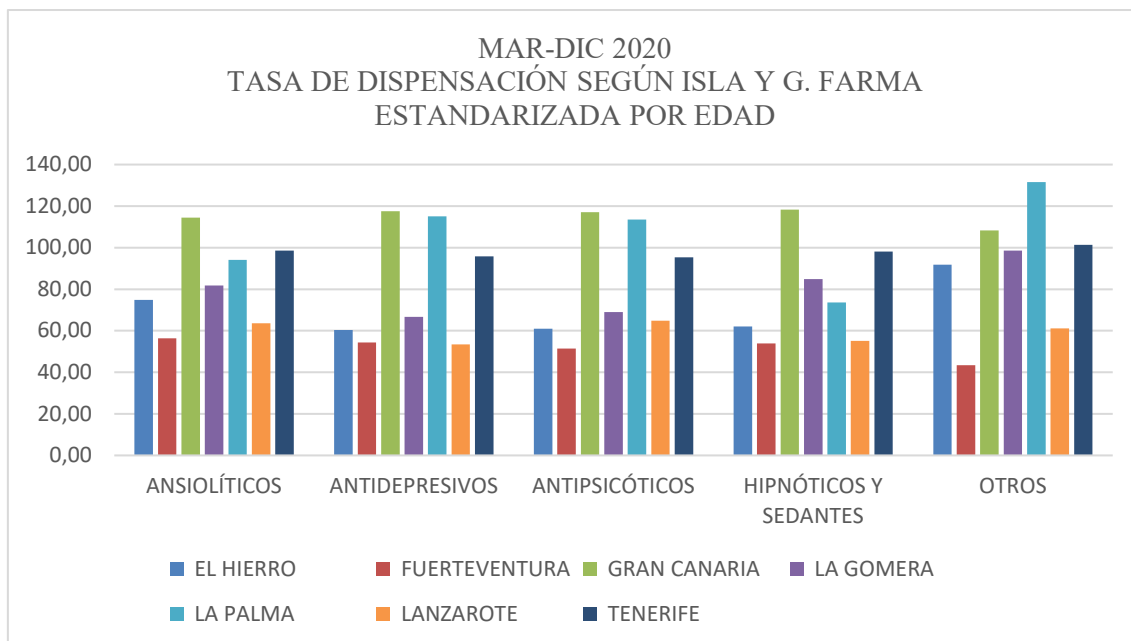
Figura 3



Para analizar las tasas de envases dispensados según su distribución geográfica, es importante destacar que la estructura demográfica de la población es diferente en las distintas islas del archipiélago. Hay grupos de psicofármacos, como los hipnosedantes, cuyas tasas de dispensación son muy superiores en el rango de edad de 65 y más años. Por este motivo, se hace necesario estandarizar las tasas brutas de dispensación de los grupos farmacológicos en cada isla en función de los tramos de edad de su población con el objetivo de compararlas entre ellas. De marzo a diciembre de 2019, las mayores tasas de dispensación se registraron en Gran Canaria, La Palma y Tenerife. En Gran Canaria se dieron las tasas de dispensación más altas de ansiolíticos e hipnosedantes mientras que La Palma registró las mayores tasas de dispensación de antidepresivos, antipsicóticos y otros (carbamazepina, lamotrigina, litio y memantina). Tenerife es otra de las islas que presenta tasas más altas que el resto en todos los grupos farmacológicos. En cambio, las tasas de dispensación más bajas se dieron en Fuerteventura y Lanzarote. Esta distribución por territorios fue muy similar de marzo a diciembre de 2020, con la diferencia de que Gran Canaria registró las tasas de dispensación más altas tanto de ansiolíticos e hipnosedantes como de antidepresivos y antipsicóticos (figura 4 y tablas 4 y 5)

Figura 4





También se estandarizaron las tasas por intervalos de edad para el conjunto de las islas en ambos períodos, ajustándolas en función de la población estándar europea de 2013. El objetivo es facilitar la comparabilidad de las tasas de dispensación entre diferentes territorios de la región europea con estructuras poblacionales diferentes (tabla 6).

Tabla 6. Tasas por intervalos de edad estandarizadas ajustadas según la población estándar europea de 2013

Estandarización de tasas por intervalos de edad				
Población	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC (95,0%)	
2019	268.469	223.180	222.959	223.401
2020	282.549	241.485	241.256	241.715

Al comparar las frecuencias absolutas de los diferentes principios activos en los dos períodos, encontramos que algunos son dispensados en mayor cantidad que el resto. Si atendemos a los psicofármacos más dispensados según grupo farmacológico, observamos que éstos coinciden en ambas series, 2019 y 2020. En el grupo de los ansiolíticos destacan en orden descendente el alprazolam, el lorazepam, el diazepam y el clorazepato de potasio. En el grupo de los antidepresivos, la sertralina, la trazodona, el escitalopram, la duloxetina y la amitriptilina son los más dispensados. En el grupo de los antipsicóticos destacan la quetiapina, la olanzapina, la risperidona y la sulpirida. Por otra parte, el lormetazepam y el zolpidem son con diferencia los hipnóticos más dispensados, seguidos

por el clometiazol. Si ordenamos los principios activos según su frecuencia absoluta de mayor a menor en ambas series y tenemos en cuenta la frecuencia relativa acumulada, observamos que el número de envases de los 16 primeros fármacos sumados comprenden más del 70% del total de las dispensaciones. Estos principios activos son los mismos en ambos períodos y son los siguientes: alprazolam, lorazepam, lormetazepam, diazepam, bromazepam, sertralina, pregabalina, zolpidem, trazodona, clorazepato de potasio, escitalopram, duloxetina, quetiapina, amitriptilina, paroxetina y mirtazapina.

Al realizar el cálculo de las tasas de dispensación para cada principio activo observamos que hay 3 fármacos que superaron los 20.000 env/10⁵ habitantes. Se trata del alprazolam (media de 27.200 env/10⁵ hab entre los dos períodos), el lorazepam (media de 25.670 env/10⁵ hab) y el lormetazepam (media de 21.650 env/10⁵ hab).

Una vez calculadas las tasas para las variables estudiadas en los dos períodos, se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas con el objetivo de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Se emparejaron las tasas brutas calculadas para el conjunto de las islas para el primer período con las calculadas para el segundo período, realizando una comparación por pares de variables y estableciendo como significativo un valor de $p < 0,05$ (tablas 7 y 8). A continuación, se realizó una prueba de comparación de tasas de incidencia y se calculó el intervalo de confianza y contraste de hipótesis ($p < 0,05$) para aquellas tasas que habían sufrido un incremento estadísticamente significativo. Al comparar las tasas brutas de dispensación en ambos períodos, se observa un aumento significativo de dispensación en 2020 con respecto a 2019 (riesgo relativo: 1,052; IC95% (1,051, 1,054)). En cuanto a las tasas de dispensación totales según rangos etarios, se observa que han aumentado de un período al otro en el grupo de 0 a 14 años (riesgo relativo: 1,017; IC95% (1,001, 1,033)) y en el de los 15 a los 64 años (riesgo relativo: 1,011; IC95% (1,010, 1,013)). Al comparar las diferencias entre las tasas por sexo para ambos períodos, se observa que han aumentado también de forma estadísticamente significativa tanto para hombres (riesgo relativo: 1,010; IC95% (1,008, 1,012)); como para mujeres (riesgo relativo: 1,011; IC95% (1,010, 1,013)). En cuanto a las diferencias entre las tasas de dispensación de cada isla para los dos períodos, se concluye que ha habido un aumento significativo de dispensación en 2020 en Fuerteventura (riesgo relativo: 1,024; IC95% (1,017, 1,032)), Gran Canaria (riesgo relativo: 1,005; IC95% (1,003, 1,007)) y Tenerife (riesgo relativo: 1,012; IC95% (1,010, 1,014)) con respecto a 2019.

Tabla 4. Tasas estandarizadas por edad según grupo farmacológico e isla de dispensación de marzo a diciembre de 2019

MARZO-DICIEMBRE 2019							
GRUPO FARMACOLÓGICO	TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD PARA CADA ISLA						
	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
ANSIOLÍTICOS	81,56 (80,11-83,02)	56,32 (55,90-56,74)	113,80 (113,59-114,01)	81,17 (80,13-82,21)	98,01 (97,41-98,60)	63,48 (63,09-63,86)	98,43 (98,24-98,61)
ANTIDEPRESIVOS	60,90 (59,37-62,45)	52,22 (51,72-52,72)	117,22 (116,96-117,48)	67,31 (66,15-68,48)	119,09 (118,29-119,88)	53,42 (52,98-53,85)	95,61 (95,38-95,83)
ANTIPSICÓTICOS	61,60 (58,89-64,40)	49,61 (48,78-50,44)	116,23 (115,78-116,67)	68,86 (66,79-70,96)	118,90 (117,50-120,31)	64,22 (63,40-65,03)	95,70 (95,31-96,09)
HIPNOSEDANTES	61,66 (59,55-63,82)	54,77 (54,03-55,50)	118,94 (118,58-119,30)	83,60 (81,82-85,39)	71,90 (71,04-72,75)	54,03 (53,41-54,65)	97,56 (97,24-97,88)
OTROS	84,95 (77,84-92,52)	41,35 (39,55-43,20)	107,99 (106,99-108,99)	93,31 (87,91-98,95)	135,09 (131,71-138,53)	61,37 (59,49-63,29)	101,44 (100,50-102,37)

Entre paréntesis, el IC 95%

Tabla 5. Tasas estandarizadas por edad según grupo farmacológico e isla de dispensación de marzo a diciembre de 2020

MARZO-DICIEMBRE 2020							
GRUPO FARMACOLÓGICO	TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD PARA CADA ISLA						
	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
ANSIOLÍTICOS	74,90 (73,53-76,27)	56,43 (56,03-56,83)	114,49 (114,28-114,69)	81,84 (80,81-82,87)	94,04 (93,47-94,61)	63,58 (63,20-63,94)	98,56 (98,37-98,73)
ANTIDEPRESIVOS	60,39 (58,92-61,88)	54,39 (53,90-54,87)	117,60 (117,34-117,84)	66,71 (65,60-67,83)	115,02 (114,27-115,78)	53,36 (52,95-53,77)	95,87 (95,65-96,08)
ANTIPSICÓTICOS	60,92 (58,33-63,58)	51,41 (50,61-52,21)	117,08 (116,64-117,50)	68,99 (67,01-71,01)	113,47 (112,16-114,79)	64,85 (64,07-65,63)	95,42 (95,04-95,78)
HIPNOSEDANTES	62,06 (59,97-64,19)	53,95 (53,24-54,65)	118,35 (117,99-118,70)	84,94 (83,17-86,72)	73,56 (72,71-74,42)	55,17 (54,56-55,78)	98,18 (97,87-98,49)
OTROS	91,88 (84,59-99,629)	43,45 (41,66-45,28)	108,33 (107,34-109,31)	98,53 (93,05-104,24)	131,58 (128,28-134,94)	61,20 (59,36-63,06)	101,37 (100,45-102,28)

Entre paréntesis, el IC 95%

Tablas 7 y 8. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para las tasas brutas calculadas para cada variable en ambos períodos

Estadísticos de prueba ^a						
	Tasa bruta 2020 – Tasa bruta 2019	Tasa 0-14 (2020) – Tasa 0-14 (2019)	Tasa 15-64 (2020) – Tasa 15-64 (2019)	Tasa 65+ (2020) – Tasa 65+ (2019)	Tasa. Hom (2020) – Tasa Hom (2019)	Tasa Mujer (2020) – Tasa Mujer (2019)
Z	-2,023 ^b	-2,023 ^b	-2,023 ^b	-,674 ^c	-2,023 ^b	-2,023 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	0,043	0,043	0,043	0,500	0,043	0,043

Estadísticos de prueba ^a							
	Tasa Hi (2020) – Tasa Hi (2019)	Tasa F (2020) – Tasa F (2019)	Tasa GC (2020) – Tasa GC (2019)	Tasa G (2020) – Tasa G (2019)	Tasa P (2020) – Tasa P (2019)	Tasa L (2020) – TasaL (2019)	Tasa T (2020) – Tasa T (2019)
Z	-,674 ^b	-2,023 ^b	-2,023 ^b	-2,023 ^b	-,674 ^b	-2,023 ^b	-2,023 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	0,500	0,043	0,043	0,043	0,500	0,043	0,043

Hom: Hombres, Hi: El Hierro, F: Fuerteventura, GC: Gran Canaria, G: La Gomera, P: La Palma, L: Lanzarote, T: Tenerife

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos

c. Se basa en rangos positivos

6. Discusión

Aunque ya hace años que se promueve el desarrollo de indicadores de salud mental, siguen existiendo dificultades a la hora de comparar los datos obtenidos de los diferentes estudios (24). Esto ocurre tanto con la prevalencia de las enfermedades mentales como con los datos de consumo de psicofármacos por parte de la población. Así, en las ENSE se incluye como parámetro el consumo en las dos semanas previas y se indaga sobre uso de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes en la población infantil y adulta (0 y más años) y sobre el consumo de antidepresivos y estimulantes solo en la población de 15 y más años. La encuesta EDADES incluye el consumo declarado de ansiolíticos o hipnosedantes en la población de 15 a 64 años y enmarcado en tres tramos temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario. El informe BDCAP-Series 2, por su parte, analizó el consumo de ansiolíticos, antidepresivos e hipnosedantes en la población de 40 y más años y sus resultados se expresan en dosis diarias definidas por mil personas y día (DHD). Los datos de consumo de psicofármacos que registra la OCDE también se expresan en DHD.

Por otra parte, existe una problemática evidente a la hora de abordar la cuantificación del uso de fármacos psicotrópicos en la población. Los datos recogidos en estudios como la ENSE 2017, la encuesta EDADES o el “Barómetro Juvenil. Salud y Bienestar” se recaban mediante la cumplimentación de un cuestionario de forma personal o telemática y nos aportan información del consumo directamente declarado por el propio individuo. De una forma más indirecta, se puede estimar el consumo a través de los datos de las prescripciones de los profesionales del sistema sanitario, como es el caso del informe BDCAP-Serie 2. Las dos metodologías tienen sus ventajas y limitaciones. La exactitud del consumo autodeclarado se ve afectada por los conocimientos y la honestidad de los encuestados, algo que no sucede cuando se trabaja con la información que figura en las bases de datos. Sin embargo, nos permite indagar sobre el uso de psicofármacos con y sin indicación médica, asumiendo que puede existir un consumo que no aparezca reflejado en las historias clínicas.

A pesar de todas estas limitaciones al comparar los resultados de los diferentes estudios, los datos expuestos sugieren que el consumo de psicofármacos es muy frecuente en la población española y que ha experimentado un aumento continuado durante la última

década (27). Además, resultados de estudios como la ENSE de 2017 sugieren que el consumo de los principales psicofármacos es un reflejo de las prevalencias de los trastornos mentales estudiados, perfilando los mismos gradientes (24). Se pueden identificar ciertas tendencias presentes en los estudios citados anteriormente con las que comparar los resultados de este trabajo:

En global, los ansiolíticos y los hipnosedantes son los psicofármacos más consumidos por la población general, seguidos por los antidepresivos (24,27). En este estudio, los ansiolíticos fueron con diferencia los fármacos más dispensados en ambos períodos temporales, seguidos por los antidepresivos y por los hipnóticos y sedantes. Los 5 principios activos con más envases dispensados son benzodiazepinas y a este grupo pertenecen 6 de los 16 fármacos que aglutinan más del 70% del total de dispensaciones. Se dispensaron más de 20.000 envases por cada 100.000 habitantes de alprazolam, lorazepam y lormetazepam en ambos períodos. Dado lo destacable de la dispensación de benzodiazepinas en la población y que este grupo incluye psicofármacos que pueden usarse como ansiolíticos o hipnosedantes, parece razonable que en muchos estudios se explore su consumo de forma conjunta preguntando por el uso de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir.

De forma general y salvo alguna excepción, el consumo de los grupos de psicofármacos explorados en los estudios consultados es mayor en mujeres que en hombres para todos los tramos de edad considerados con independencia de la comunidad autónoma (31). En el presente estudio, las mujeres registraron una tasa de dispensación total de casi el doble que los hombres en ambas series. Al desglosar esta dispensación en función del grupo farmacológico prescrito, las mayores diferencias se observan en los antidepresivos, mientras que en el caso de los antipsicóticos las tasas de dispensación fueron mayores en hombres. En un estudio publicado en 2020 que utilizó los datos de las ENSE de 2006, 2011 y 2017 para describir la evolución de la morbilidad psíquica en la población adulta española, se puso de manifiesto la mayor vulnerabilidad de las mujeres independientemente del período analizado y de la comunidad autónoma. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de morbilidad psíquica, peor salud autopercebida y mayor frecuencia de diagnóstico que los hombres. La prevalencia del consumo de ansiolíticos y especialmente la de antidepresivos fue mucho mayor en mujeres, llegando a ser más del doble y casi el triple respectivamente en la mitad de las comunidades. Aunque es evidente que este mayor consumo se relaciona con la mayor prevalencia de morbilidad psíquica ya

descrita, las cifras de prescripción de psicofármacos no fueron acordes con su perfil de salud mental y los datos indicaron que puede haber casos de sobreprescripción de psicofármacos a las mujeres en comparación con los hombres (31). Además, se destacó el contraste entre la existencia de estas diferencias por sexo en todos los indicadores analizados y el hecho de que en los planes de salud mental no existan objetivos específicos planteados para investigar y disminuir esta brecha entre hombre y mujeres.

Las prevalencias del consumo de todas las clases de psicofármacos son más elevadas en los grupos de mayor edad para todos los tramos temporales preguntados: alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario (24,27,29). En la misma línea se perfilan los resultados de este trabajo: una vez ponderado el número de envases dispensados con el peso de la población de cada rango etario, se observa que las mayores tasas de dispensación se dan en las personas de 65 y más años. Esto es así para todos los grupos farmacológicos, especialmente en el caso de los hipnosedantes y antidepresivos.

Se calcularon también las tasas de dispensación para cada una de las 7 islas que conforman el archipiélago canario y se estandarizaron por edad para poder compararlas entre ellas. Las islas de Gran Canaria, La Palma y Tenerife son las islas que registraron las mayores tasas de dispensación en ambos períodos; mientras que Fuerteventura y Lanzarote presentaron las tasas más bajas, también en ambos períodos. Al desglosar los datos en función del grupo farmacológico prescrito, destaca el hecho de que la tasa de dispensación tanto de antidepresivos como de antipsicóticos de marzo a diciembre de 2019 fue mayor en La Palma que en ninguna otra isla. Si bien no dispongo de datos de otros estudios relativos al consumo de psicofármacos en cada isla con los que poder comparar los datos, en la Encuesta de Salud de Canarias publicada en 2016 se comparó la prevalencia de morbilidad psíquica en la población de 16 y más años según la isla y el área de residencia (25). Parece existir una gran concordancia entre las tasas de dispensación calculadas en el presente estudio y la distribución de la morbilidad psíquica en el territorio canario publicada en la encuesta, cuyas mayores prevalencias se dieron en La Palma, Tenerife y Gran Canaria. Resultaría de gran interés indagar acerca de los factores que determinan que la isla de La Palma registre cifras tan elevadas tanto en prevalencia de morbilidad psíquica como en número de envases dispensados por cada 100.000 habitantes.

El incremento de las tasas de dispensación calculadas en los grupos poblaciones descritos se puede interpretar como un reflejo del aumento del sufrimiento psicosocial de la población causado por la pandemia y por las medidas de aislamiento domiciliario impuestas por las autoridades que se prolongaron de marzo a junio de 2020. Los servicios de salud mental de todos los países se han visto perjudicados directamente por la sobrecarga asistencial derivada de la pandemia en un momento en el que se espera un aumento de la demanda de atención mental especializada. Todo esto en un contexto de “desatención” por parte de los gobiernos a la importancia de contar con una sólida prestación de servicios de salud mental capaz de dar respuesta a las necesidades reales de la población. Las personas están cada vez más concienciadas de la importancia de cuidar su salud mental, pero siguen encontrando dificultades para acceder a los servicios sanitarios en busca de ayuda. Pese a las recomendaciones de los organismos internacionales y las hojas de ruta pactadas por los países para implementar políticas de salud centradas en reforzar la atención a las enfermedades mentales, la atención psiquiátrica y psicológica sigue siendo la gran olvidada de la Sanidad.

La información que tenemos hasta ahora sobre el impacto de la COVID-19 en la salud mental del mundo es, según palabras del director general de la OMS, “solo la punta del iceberg”. Debe ser interpretada como una clara llamada de atención a todos los países para que presten más atención a la salud mental y hagan un mejor trabajo de apoyo a la salud mental de sus poblaciones (8).

7. Conclusiones

1. Se reconocen diferentes metodologías para la aproximación epidemiológica al estudio del consumo de psicofármacos en poblaciones humanas: la prescripción, la dispensación y el consumo autodeclarado.
2. Los ansiolíticos fueron con diferencia los psicofármacos más dispensados en Canarias en ambos períodos temporales, seguidos por los antidepresivos y por los hipnóticos y sedantes. Los 5 principios activos con más envases dispensados son las benzodiazepinas y a este grupo pertenecen 6 de los 16 fármacos más dispensados. En esta lista solo hay un antipsicótico.
3. En ambos períodos de estudio, el 70% de las dispensaciones corresponden a los principios activos alprazolam, lorazepam, lormetazepam, diazepam,

bromazepam, sertralina, pregabalina, zolpidem, trazodona, clorazepato de potasio, escitalopram, duloxetina, quetiapina, amitriptilina, paroxetina y mirtazapina. El alprazolam, el lorazepam y el lormetazepam superaron los 20.000 envases dispensados por cada 100.000 habitantes en ambos períodos.

4. En cuanto a las tasas específicas de dispensación por rangos etarios, las mayores tasas de dispensación para todos los grupos farmacológicos se dieron en el rango de edad de las personas de 65 y más años. El grupo etario de 0 a 14 años es el que registra las tasas de dispensación más bajas
5. Con relación al número de envases dispensados según el sexo del paciente, en ambos períodos las tasas de dispensación fueron mucho mayores entre las mujeres que en entre los hombres en todos los grupos, a excepción de los antipsicóticos. Más de 7 de cada 10 envases de antidepresivos fueron dispensados a mujeres en ambos períodos.
6. En cuanto a las tasas de dispensación según distribución geográfica, tras comparar las tasas ajustadas por edad calculadas para cada isla en cada uno de los períodos, se observa que las mayores tasas se registraron en Gran Canaria, La Palma y Tenerife. En Gran Canaria se dieron las tasas de dispensación más altas de ansiolíticos e hipnosedantes mientras que La Palma registró las mayores tasas de dispensación de antidepresivos, antipsicóticos y otros. Las tasas de dispensación más bajas se dieron en Fuerteventura y Lanzarote.
7. Al comparar las tasas brutas de dispensación en ambos períodos, se observa un aumento significativo de dispensación de marzo a diciembre de 2020 con respecto al mismo período de 2019. Las tasas de dispensación tanto en mujeres como en hombres también se han visto incrementadas, así como las dispensaciones en Fuerteventura, Gran Canaria, La Gomera y Tenerife.

8. Agradecimientos

A Fidelina de la Nuez Viera, Jefatura de Sección del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación; y a la Coordinadora Regional de Salud Mental de la Dirección de Programas Asistenciales del SCS.

9. ¿Qué he aprendido con este TFG?

En primer lugar, a establecer una planificación por pasos necesaria para llevar a cabo la investigación y un método para realizar las mediciones de unos objetivos mediante procedimientos científicos. La búsqueda de información validada ante un fenómeno que estaba ocurriendo y del que se desconocía su impacto también resultó reveladora y añadió una dificultad extra a mi experiencia. Este proceso de documentación implicó el uso de las herramientas PubMed, Google Scholar y Science Direct; y se realizó teniendo en cuenta los criterios FINER y la estructura PICOT para elaborar una pregunta de investigación bien formulada. Considero que mi mayor desafío ha sido el análisis estadístico de los datos y, por tanto, gran parte de lo aprendido corresponde a una actualización en materia de bioestadística y epidemiología. He aprendido a trabajar con bases de datos y he tenido que aprender a manejar diferentes herramientas estadísticas para seleccionar la que más se adecuaba a mi estudio. Además, he aprendido a manejar programas de software estadístico de uso habitual en el ámbito epidemiológico como el SPSS o el Epidat, así como el software de gestión bibliográfica Mendeley. Considero que ahora estoy más capacitado para manejar y valorar la información estadística que aporta la literatura científica.

10. Bibliografía

1. World Health Organization - Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization. 2015;19. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
2. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the social and economic costs of mental ill health [Internet]. OECD Health Policy Studies. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
3. World Health Organization. MENTAL HEALTH ATLAS 2020. World Health Organization, Ginebra. 2021. 136 p. Available from: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
4. Salud mental: Diagnóstico y enfermedad | EL MUNDO. Available from: <https://lab.elmundo.es/salud-mental/enfermedad-mental.html#consumo>
5. Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*. 2020;19(2):129-30.
6. ONU. Respuesta integral de las Naciones Unidas a la COVID-19. Naciones Unidas. 2020;1-38. Available from: <http://www.vanguardia.com/opinion/columnistas/jose-felix-lafaurie/227178-de-las-naciones-unidas-a-la-habana>
7. Simon FAJ, Schenk M, Palm D, Faltraco F, Thome J. The collateral damage of the covid-19 outbreak on mental health and psychiatry. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 may 1;18(9):4440. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4440/htm>
8. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. 2022;2(March):1-11.
9. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
10. Adhanom Ghebreyesus T. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. *Discursos del director General de la OMS*. 2020;(March 2020):1-4. Available from: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---13-march-2020>
11. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, de Luis-García R. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 confinement in Spain. *J Health Psychology*. 2020 oct 30; Available from: <https://doi.org/10.1177/1359105320967086>
12. Bedford J, Enria D, Giesecke J, Heymann DL, Ihekweazu C, Kobinger G, et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic [Internet]. Vol. 395, *The Lancet*. Elsevier; 2020. p. 1015-8. Available from: </pmc/articles/PMC7270596/>
13. Estado J. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Boletín Oficial del Estado 2020 p. 25390-400. Available from:
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>

14. Estado J. Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional, establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 1 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Boletín Oficial del Estado. 2020;(130):31998. Available from:
<https://www.boe.es/eli/es/o/2020/05/09/snd399>
15. Alonzo D, Popescu M, Zubaroglu-Ioannides P. The current pandemic, a complex emergency? Mental health impact of the COVID-19 pandemic on highly vulnerable communities in Guatemala. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021 jun;002076402110272. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00207640211027212>
16. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28(S1):104-8. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
17. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence [Internet]. Vol. 395, *The Lancet*. 2020. p. 912-20. Available from:
<https://doi.org/10.1016/>
18. Mind Covid | Impacto de la pandemia en la salud mental [Internet]. Available from:
<https://www.mindcovid.org/>
19. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in Spanish people during the mandatory national quarantine. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2020;25(1):1-22. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/rppc>
20. Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Avance de resultados. Estudio nº 3312. Febrero 2021. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
21. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Vol. 109, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement. Blackwell Munksgaard; 2004. p. 21-7.
22. Haro JM, Ayuso-Mateos JL, Bitter I, Demotes-Mainard J, Leboyer M, Lewis SW, et al. ROAMER: Roadmap for mental health research in Europe. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2014 ene 1;23(S1):1-14. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24375532/>
23. Fundación Española para la Prevención del Suicidio - Prevención del suicidio. [Internet]. Available from: <https://www.fsme.es/>
24. Suárez M, Hernández M de los S, Gonzáles P. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. 2019. p. 1-43. Available from:
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

25. Servicio Canario de Salud. Plan de Salud Mental de Canarias. 2018. p. 540. Available from: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d7a0d910-4973-11e9-910b-f705e6f363c5/PSMC_completo.pdf
26. Braslow JT, Marder SR. History of Psychopharmacology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2019;15:25-50.
27. Isorna Folgar M, Arias Horcajadas F, Martín del Moral M, Lorenzo- Fernández P, OEDA, Sicras-Mainar A, et al. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. *Adicciones*. 2021;xx(1):43-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009><https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
28. Los jóvenes españoles sienten que su salud mental empeora cada vez más | FAD [Internet]. Available from: <https://www.fad.es/notas-de-prensa/los-jovenes-espanoles-sienten-que-su-salud-mental-empeora-cada-vez-mas/>
29. Félix Miguel García MCCRIRC. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. *BDCAP-Series 2*. BDCAP-Serie 2. 2020;76. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
30. Canarias gasta 15 millones en fármacos psiquiátricos en tres meses [Internet]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/canarias/canarias-gasta-15-millones-en-farmacos-psiquiatricos-en-el-primer-trimestre-1435>
31. 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.

11.ANEXO

Lista de los principios activos que se han tenido en cuenta a la hora de recabar los datos. Se incluyeron los grupos farmacológicos y los principios activos más comúnmente utilizados en la práctica clínica para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y financiados por el SNS.

GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	CÓDIGO ATC
ANSIOLÍTICOS	ACIDO VALPROICO	N03AG01
	ALPRAZOLAM	N05BA12
	BROMAZEPAM	N05BA08
	CLOBAZAM	N05BA09
	CLORAZEPATO DE POTASIO	N05AE01
	CLOTIAZEPAM	N05BA05
	DIAZEPAM S/ O COMBINADO	N05BA01
	GABAPENTINA	N03AX12
	HIDROXIZINA	N05BB01
	KETAZOLAM	N05BA10
	LORAZEPAM	N05BA06
	PINAZEPAM	N05BA14
	PREGABALINA	N03AX16
	PROPRANOLOL	C07AA05
TIAGABINA	N03AG06	
GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	CÓDIGO ATC
ANTIDEPRESIVOS	AGOMELATINA	N06AX22
	AMITRIPTILINA	N06AA09
	ATOMOXETINA	N06BA09
	BUPROPION	N06AX12
	CITALOPRAM	N06AB04
	CLOMIPRAMINA	N06AA04
	DESVENLAFAXINA	N06AX23
	DOXEPINA	N06AA12
	DULOXETINA	N06AX21
	ESCITALOPRAM	N06AB10
	FLUOXETINA	N06AB03
	FLUVOXAMINA	N06AB08
	IMIPRAMINA	N06AA02
	MAPROTILINA	N06AA21
	MIANSERINA	N06AX03
	MIRTAZAPINA	N06AX11
	MOCLOBEMIDA	N06AG02
	NORTRIPTILINA	N06AA10
	PAROXETINA	N06AB05
	REBOXETINA	N06AX18
SERTRALINA	N06AB06	
TIANEPTINA	N06AX14	
TRAZODONA	N06AX05	

	VENLAFAXINA	N06AX16
	VORTIOXETINA	N06AX26
GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	CÓDIGO ATC
ANTIPSICÓTICOS	AMISULPRIDA	N05AL05
	ARIPIRAZOL	N05AX12
	ASENAPINA	N05AX15
	CARIPRAZINA	N05AA01
	CLORPROMAZINA	N05AH06
	CLOTIAPINA	N05AH02
	CLOZAPINA	N05AB02
	FLUFENAZINA	N05AD01
	HALOPERIDOL	N05AA02
	LEVOMEPRIMAZINA	N05AE05
	LURASIDONA	N05AH03
	OLANZAPINA	N05AX13
	PALIPERIDONA	N05AB03
	PERFENAZINA	N05AC01
	PERICIAZINA	N05AG02
	PIMOZIDA	N05AH04
	QUETIAPINA	N05AX08
	RISPERIDONA	N05AE03
	SERTINDOL	N05AL01
	SULPIRIDA S/ O COMBINADA	N05AL03
	TIAPRIDA	N05AE04
ZIPRASIDONA	N05AF05	
ZUCLOPENTIXOL	N05AL05	
GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	CÓDIGO ATC
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	BROMHIDRATO DE GLUTAMATO	N05CD09
	BROTIZOLAM	N05CM02
	CLOMETIAZOL	N03AA02
	FENOBARBITAL	N05CD01
	FLURAZEPAM	N05CM
	LOPRAZOLAM	N05CD11
	LORMETAZEPAM	N05CD06
	MIDAZOLAM	N05CD08
	QUAZEPAM	N05CD10
	TRIAZOLAM	N05CD05
	ZOLPIDEM	N05CF02
	ZOPICLONA	N05CF01
	GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO
OTROS	CARBAMAZEPINA	N03AF01
	LAMOTRIGINA	N03AX09
	LITIO	N05AN01
	MEMANTINA	N06DX01