

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social



Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España, y en profesionales de la medicina en México y en Colombia : un estudio comparativo

**Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:**

Francisco José Montero Bancalero

Fecha de lectura: 16 de julio de 2014

Bajo la dirección de los doctores:

Emilio Moreno San Pedro

Jesús Gómez Bejudo

Huelva, 2014



Universidad de Huelva
Facultad de Ciencias de la Educación



**Universidad
de Huelva**

Tesis Doctoral

**CONSIDERACIONES HACIA LOS PSICOFÁRMACOS EN PROFESIONALES
Y ESTUDIANTES DE MEDICINA EN ESPAÑA, Y EN PROFESIONALES DE LA
MEDICINA EN MÉXICO Y EN COLOMBIA. UN ESTUDIO COMPARATIVO**

Autor:

Francisco José Montero Bancalero

Directores:

Dr. D. Emilio Moreno San Pedro

Dr. D. Jesús Gómez Bujedo

Huelva, 2014



Universidad
de Huelva

Facultad de Ciencias de la Educación

Don Emilio Moreno San Pedro, Doctor en Psicología por la Universidad de Almería, y Profesor contratado Doctor en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Huelva

CERTIFICA que el trabajo presentado como Tesis Doctoral por D. Francisco José Montero Bancalero, titulado **CONSIDERACIONES HACIA LOS PSICOFÁRMACOS EN PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE MEDICINA EN ESPAÑA, Y EN PROFESIONALES DE LA MEDICINA EN MÉXICO Y EN COLOMBIA. UN ESTUDIO COMPARATIVO** ha sido realizado bajo mi dirección y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga firmo el presente en Huelva a 1 de junio de 2014.

Fdo.: D. Emilio Moreno San Pedro

Facultad de Ciencias de la Educación. Campus El Carmen. Avd. Tres de Marzo, s/n 21071 Huelva.



Universidad
de Huelva

Facultad de Ciencias de la Educación

Don Jesús Gómez Bujedo, Doctor en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, y Profesor sustituto interino en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Huelva

CERTIFICA que el trabajo presentado como Tesis Doctoral por D. Francisco José Montero Bancalero, titulado **CONSIDERACIONES HACIA LOS PSICOFÁRMACOS EN PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE MEDICINA EN ESPAÑA, Y EN PROFESIONALES DE LA MEDICINA EN MÉXICO Y EN COLOMBIA. UN ESTUDIO COMPARATIVO** ha sido realizado bajo mi dirección y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga firmo el presente en Huelva a 1 de junio de 2014.

Fdo.: D. Jesús Gómez Bujedo

Facultad de Ciencias de la Educación. Campus El Carmen. Avd. Tres de Marzo, s/n 21071 Huelva.

AGRADECIMIENTOS:

Al Doctor Emilio Moreno San Pedro por la dirección de esta tesis y la confianza depositada en mí. Gracias por tu apoyo, por guiarme en la adquisición de conocimientos y procedimientos, por tu saber hacer y transmitirme cercanía.

Al Doctor Jesús Gómez Bujedo por acompañarme en este nuevo viaje y por permanecer ahí cuando lo he necesitado.

A la Doctora María Jesús Casuso Holgado por aparecer en el mejor momento y llenar mi vida, compartiendo momentos intensos de esta investigación.

A D. Javier González Riera y Antonio Jesús Molina Fernández, por ser tanto uno como otro, como hermanos para mí, y por enseñarme que no solo se puede, sino que se debe investigar.

A mis padres, mi hermana, mi cuñado y toda mi familia en general por su afecto incondicional y por respetar todas mis decisiones.

A D. Ángel Luis Moscoso Camúñez por su amistad duradera de casi toda una vida.

Al Dr. Juan Gérvas por su desinteresada colaboración a favor de la investigación y la ciencia.

A todas las personas que han ayudado en la difusión del cuestionario, Carmen Recio, Juanma Navarro, Juan José Gálvez, Mari Carmen López y al Hospital Comarcal Virgen de la Merced de Osuna.

A mis amistades Paco, Salud, Carlos, Migue, Álvaro, Nieves, Óscar, Mari Paz, Beatriz, Soraya, Alicia, Montse, Antonio, Javi, Mick, María José, Carlos

Y en especial a todos esos grandes profesionales de la medicina de España, México y Colombia que han colaborado amablemente en esta investigación, así como a los y las estudiantes de 5º de medicina de las Facultades de Sevilla y Granada, en especial a José Miguel Torrejón e Inmaculada García Santos.

“Falta en este mundo opresivo una dosis diaria de ludoterapia, la contemplación de la naturaleza, más que un ansiolítico que nos permita seguir en el círculo de la compulsión.”

María de la Luz Casas-Martínez. Escuela de Medicina. Universidad Panamericana (2005).

“Muchas de las reacciones que consideramos patológicas tienen que ver con las emociones, principalmente con las emociones sociales, y con la facilidad con la que se desencadenan y la manera en la que conducen a un conflicto social.”

Antonio Damasio, Neuropsicólogo, Catedrático de neurociencia, neurología y psicología en la Universidad de Southern California (2006).

“La cuestión va a ser si se ha de escuchar al fármaco, reduciendo el trastorno a los síntomas sensibles a la medicación, o si se ha de escuchar al paciente, situando el trastorno en el contexto de su vida y sus circunstancias.”

Marino Pérez, Psicólogo Clínico, Catedrático de Psicología Universidad de Oviedo (2007).

“La historia de la psiquiatría es la intersección de fármacos, locura, orden social y la experiencia del yo.”

David Healy. Profesor de Psicología Médica, Universidad del Colegio Galés de Medicina (2002).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Los psicofármacos y su clasificación. La Psicofarmacología.....	1
1.1. Definición de psicofármaco.....	1
1.2. Clasificación de Psicofármacos.....	2
1.3. La Psicofarmacología.....	8
Capítulo 2. El surgimiento de la psicofarmacología	10
Capítulo 3. Contexto institucional de la prescripción de psicofármacos.....	14
Capítulo 4. Datos sobre prevalencia del uso de psicofármacos en España y algunas regiones de Américaérica.....	17
Capítulo 5. Método de investigación en psicofarmacología y problemáticas afines.....	24
Capítulo 6. Problemas asociados al consumo de psicofármacos.....	29
6.1. Interacciones farmacológicas.....	35
6.2. Efecto Placebo.....	36
6.3 Grupos de Riesgo.....	38
6.3.1 Infancia y adolescencia.....	38
6.3.2 Mujer.....	40
6.3.3 Población anciana.....	41
Capítulo 7. Actitudes hacia la prescripción de psicofármacos y modelos explicativos de sus mecanismos de acción.....	43

SEGUNDA PARTE. MARCO EMPÍRICO

Capítulo 8. Justificación	¡Error! Marcador no definido.	4
Capítulo 9. Objetivos de la investigación.....		59
Capítulo 10. Metodología y diseño de la investigación.		61
Contexto donde se lleva a cabo el estudio.....		62
Población.....	¡E	
	rror! Marcador no definido.	
Selección de la muestra.....		64
Criterios de inclusión y exclusión		65
Descripción y operativización de las variables.....		65
Descripción de la muestra.....		72
Procedimiento de creación del cuestionario		74
Descripción del instrumento de medida.....		75
Procedimiento de recogida de la información.....		80
Análisis de los datos.....		82
Capítulo 11. Resultados.....		84
Capítulo 12. Discusión general.		139
Capítulo 13. Conclusiones.....		159
Capítulo 14. Limitaciones del estudio y prospectiva ¡Error! Marcador no definido.		63
Capítulo 15. Resumen de la investigación		165
Referencias bibliográficas		178
Impacto internacional de esta investigación.....		187

ANEXOS. Instrumentos de medida	190
ANEXO I. Cuestionario de actitudes hacia los psicofármacos en profesionales de la medicina.....	190
ANEXO II. Cuestionario de actitudes hacia los psicofármacos en estudiantes de medicina.....	194

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación general de fármacos psicoactivos (De Wet, 1971).....	3
Tabla 2. Clasificación de Fármacos Psicotrópicos de Velasco y Martín (1988).....	4
Tabla 3. Clasificación de Sustancias Psicotrópicas de Spiegel (Spiegel, 2003).....	5
Tabla 4. Modelos alternativos de la acción del fármaco (Moncrieff & Cohen, 2005).....	50
Tabla 5. Variables descriptivas sociodemográficas.....	66
Tabla 6. Variables de resultados y unidades de medida.....	68
Tabla 7. Distribución de la muestra por universidades y países de trabajo.....	73
Tabla 8. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por estudiantes de medicina.....	87
Tabla 9. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por profesionales de la medicina.....	88
Tabla 10. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por médicos españoles.....	89
Tabla 11. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por médicos extranjeros.....	90
Tabla 12. Información recibida sobre psicofármacos en la universidad.....	104

Tabla 13. Información recibida sobre psicoterapia en la universidad.....	105
Tabla 14. % fuentes de información sobre psicofármacos y psicoterapia.....	109
Tabla 15. Modelos de acción de los psicofármacos.....	114
Tabla 16. Punto de vista general de los facultativos ante la prescripción de psicofármacos.....	116
Tabla 17. Posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos.....	117
Tabla 18. Prueba T-Student para la frecuencia de prescripción de psicofármacos entre médicos españoles y extranjeros.....	119
Tabla 19. Prueba T-Student para la frecuencia de prescripción de psicoterapia entre médicos españoles y extranjeros.....	119
Tabla 20. Prueba Chi cuadrado para los criterios de prescripción farmacológica entre estudiantes y médicos.....	120
Tabla 21. Prueba T-Student para la eficacia de los psicofármacos a corto plazo entre estudiantes y médicos españoles.....	122
Tabla 22. Prueba T-Student para la eficacia de los psicofármacos a largo plazo entre estudiantes y médicos españoles.....	123
Tabla 23. Prueba T-Student para la eficacia de los psicofármacos a largo plazo entre médicos según país de origen.....	123
Tabla 24. Prueba Chi cuadrado para la información sobre psicofármacos recibida en la universidad entre estudiantes y médicos españoles.....	126
Tabla 25. Prueba Chi cuadrado para la información sobre psicoterapia recibida en la universidad entre estudiantes y médicos españoles.....	126
Tabla 26. Prueba Chi cuadrado para el acceso a nueva información sobre psicofármacos entre estudiantes y médicos españoles.....	126
Tabla 27. Prueba Chi cuadrado para el acceso a nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.....	127
Tabla 28. Prueba Chi cuadrado para la naturaleza de la nueva información sobre psicofármacos entre estudiantes y médicos españoles.....	127
Tabla 29. Prueba Chi cuadrado para la naturaleza de la nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.....	127
Tabla 30. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicofármacos entre estudiantes y médicos españoles.....	128
Tabla 31. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.....	129
Tabla 32. Prueba Chi cuadrado para la naturaleza de la nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.....	129
Tabla 33. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicofármacos entre médicos españoles y extranjeros.....	130

Tabla 34. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicoterapia entre médicos españoles y extranjeros.....	131
Tabla 35. Prueba T-Student para las investigaciones metodológicamente válidas entre estudiantes y médicos españoles.....	132
Tabla 36. Prueba T-Student para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos y actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia.....	134
Tabla 37. Prueba T-Student para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos con el modelo de acción de los mismos asumido.....	135
Tabla 38. Prueba ANOVA para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos y el posicionamiento general ante la prescripción de los mismos.....	135
Tabla 39. Prueba T-Student para la relación entre frecuencia de prescripción de psicoterapia y la actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia.....	136
Tabla 40. Prueba ANOVA para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos y el posicionamiento general ante la prescripción de los mismos.....	136

ÍNDICES DE GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

Gráfico 1. Distribución de la muestra por género.....	72
Gráfico 2. Distribución de la muestra de médicos de AP en España.....	73
Gráfico 3. Frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y/o psicoterapia.....	86
Gráfico 4. Eficacia de los psicofármacos a corto plazo en estudiantes y médicos.....	92
Gráfico 5. Eficacia de los psicofármacos a corto plazo en médicos según país de trabajo.....	93
Gráfico 6. Eficacia de los psicofármacos a largo plazo en estudiantes y médicos.....	94
Gráfico 7. Eficacia de los psicofármacos a largo plazo en médicos según país de trabajo.....	95
Gráfico 8. Creencia de la existencia de efectos secundarios asumibles en estudiantes y médicos.....	96
Gráfico 9. Creencia de la existencia de efectos secundarios no asumibles en estudiantes y médicos.....	96
Gráfico 10. Creencia de la existencia de efectos secundarios asumibles en médicos según país de origen.....	97
Gráfico 11. Creencia de la existencia de efectos secundarios no asumibles en médicos según país de origen.....	98
Gráfico 12. Creencia de los efectos de los psicofármacos sobre el potencial de los pacientes en estudiantes y médicos.....	99

Gráfico 13. Creencia de los efectos de los psicofármacos sobre el potencial de los pacientes entre médicos según país de origen.....	100
Gráfico 14. Costes económicos de los psicofármacos en estudiantes y médicos.....	101
Gráfico 15. Costes económicos de los psicofármacos en médicos según país de trabajo.....	102
Gráfico 16. % sujetos que han recibido información sobre psicofármacos y/o psicoterapia en el último año.....	106
Gráfico 17. Información sobre psicofármacos.....	107
Gráfico 18. Información sobre psicoterapia.....	107
Gráfico 19. Información sobre psicofármacos	107
Gráfico 20. Información sobre psicoterapia.....	107
Gráfico 21. Información sobre psicofármacos.....	108
Gráfico 22. Información sobre psicoterapia.....	108
Gráfico 23. Opinión sobre la validez metodológica de las investigaciones sobre psicofármacos.....	111
Gráfico 24. Opinión sobre la actuación específica de cada psicofármaco.....	112
Gráfico 25. Apoyo de los laboratorios farmacéuticos a los profesionales médicos.....	113
Gráfico 26. Modelos de acción de los psicofármacos asumido por los estudiantes y médicos.....	115
Gráfico 27. Actitud general crítica hacia la prescripción de psicofármacos y/o psicoterapia.....	117
Ilustración 1. Metodología y diseño de la investigación.....	83

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Índice de contenidos

- *Los psicofármacos y su clasificación. La Psicofarmacología*
 - *Definición de psicofármaco*
 - *Clasificación de Psicofármacos*
 - *La Psicofarmacología*
- *El surgimiento de la Psicofarmacología*
- *Contexto institucional de la prescripción de psicofármacos*
- *Datos sobre prevalencia del uso de psicofármacos en España y algunas regiones de América*
- *Método de investigación en psicofarmacología y problemáticas afines*
- *Problemas asociados al consumo de psicofármacos*
 - *Interacciones farmacológicas*
 - *Efecto Placebo*
 - *Grupos de Riesgo*
 - *Infancia y adolescencia*
 - *Mujer*
 - *Población anciana*
- *Actitudes hacia la prescripción de psicofármacos y modelos explicativos de sus mecanismos de acción*

Capítulo 1. Los psicofármacos y su clasificación. La Psicofarmacología.

1.1. Definición de psicofármaco

Existe una definición de fármaco que se ajusta en general a la definición recogida por las regulaciones de control de drogas de la mayoría de los países y dice que un fármaco es: “Cualquier sustancia o mezcla de sustancias usada o que pretende ser apropiada para el uso, fabricación o venta para su empleo en:

- a) diagnóstico, tratamiento, mitigación, modificación o prevención de una enfermedad, de un estado físico o mental anormal o los síntomas de la misma en los seres humanos; o
- b) restaurar, corregir o modificar algún estado somático, psíquico o función orgánica en los seres humanos” (Elliot, 1965)

De Wet (1971) recopila diferentes interpretaciones a cerca de lo que es un fármaco, tales como la que recoge en su dieciseisavo informe la Organización Mundial de la Salud al afirmar que un fármaco es cualquier sustancia que introducida en un organismo viviente puede modificar una o más de sus funciones, o la que publica en su veintiuna edición, el Diccionario Médico de Stedman al definir que es cualquier sustancia usada en medicina para el tratamiento de una enfermedad (De Wet, 1971).

En la definición de sustancia psicotrópica se la identifica como un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central proporcionando efectos ansiolíticos o efectos estimulantes. Etimológicamente, esta palabra tiene su origen en dos vocablos

procedentes del griego, “psyche” (mente) y “tropeyn” (tornar), haciendo referencia a las transformaciones temporales que su consumo produce sobre los estados de ánimo, de conciencia, de percepción y de comportamiento (Arizaga, 2007).

Para el caso específico de la medicación psicotrópica, Delay define en 1959 a los fármacos psicotrópicos como “sustancias químicas de origen natural o sintético, que poseen un tropismo psicológico, es decir, que son susceptibles de modificar la actividad mental sin prejuzgar el tipo de modificación”, mientras que los autores anglosajones los definen como “sustancias químicas que modifican las sensaciones, el humor, la conciencia y otras funciones psicológicas y conductuales” (Velasco & Álvarez, 1988).

A la medicación psicotrópica se la considera como aquella que ejerce profundos y beneficiosos efectos sobre la conducta, el estado de ánimo y la cognición, aunque con frecuencia, no modifican el proceso de la enfermedad subyacente (Schatzberg, Cole, & DeBattista, 2010).

Por tanto, los psicofármacos son aquellos medicamentos que pueden afectar a la conducta y al estado subjetivo de la persona y son usados terapéuticamente a cuenta de estos efectos psicotrópicos, aunque no obstante, existen otras sustancias con acción psicotrópica, tales como el alcohol, la nicotina, la cocaína o la heroína, las cuales son caracterizados con usos sociales o adictivos y generalmente, no se les reconoce aplicaciones terapéuticas en la medicina occidental. Finalmente, los analgésicos y otros fármacos también tienen efectos sobre el estado subjetivo y la conducta, pero no son considerados psicofármacos al no ser usados principalmente por sus efectos psicotrópicos (Spiegel, 2003).

1.2. Clasificación de Psicofármacos

Han sido diversas las propuestas para establecer clasificaciones de psicofármacos. Los seis principales parámetros que pueden ser empleados para la clasificación de estas sustancias serían: farmacológico, clínico, clínico-químico, legal e industrial y estructura química (De Wet, 1971). Este mismo autor establece una clasificación general de fármacos psicoactivos que sería la siguiente (Ver tabla 1):

Tabla 1. Clasificación general de fármacos psicoactivos (De Wet, 1971).

I. Psicolépticos: En general, tienen una acción depresora o inhibitoria.

Grupo A: Fármacos que afectan tanto al sistema nervioso central como al autónomo.

Principales acciones farmacológicas:

**Bloquear respuestas condicionadas.
Disminuir el umbral de convulsiones.
Evocar una sensación de aislamiento del ambiente.
Afectar síntomas extrapiramidales**

Tipos:

- **Neurolépticos.**
- **Anticonvulsivos.**

Grupo B: Fármacos que afectan principalmente al sistema nervioso central con ningún o mínimo componente autonómico.

Principales acciones farmacológicas:

**No alteran reflejos condicionados.
Reducción selectiva de las respuestas normales exageradas.
Escaso efecto sobre la respuesta y conducta humana anormal.**

Tipos:

- **Tranquilizantes (ansiolíticos).**
- **Sedantes-hipnóticos**

II. Psicoanalépticos: En general tienen una acción optimizadora o estimulante.

A) Antidepresivos

- **Aminas tricíclicas: elevadores del estado de ánimo, ansiolítico-sedante, estimulante.**
- **Inhibidores de la Monoaminoxidasa: derivados de la hidracina y no derivados de la hidracina.**

B) Psicoestimulantes

- **Derivados de la Feniletilamina.**
- **Compuestos Bicíclicos.**

III. Agentes Psicotigenos: agentes capaces de causar psicosis o estados psicóticos en personas previamente sanas.

IV. Narcóticos Analgésicos: Agentes con acción analgésica, pero también capaces de causar alteración del estado de ánimo. Generalmente adictivos hasta cierto punto:

- **Alcaloides del opio.**
- **Petidina.**
- **Metadona.**
- **Morfina.**

Velasco y Martín (1988) proponen una clasificación a partir de una ligera modificación de la efectuada por Delay y que diferencia esencialmente entre psicolépticos o depresores de la actividad psíquica, psicoanalépticos o estimulantes de la actividad psíquica y psicodislépticos o alucinógenos (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de Fármacos Psicotrópicos de Velasco y Martín (1988)

Fármacos Psicolépticos o depresores de la actividad psíquica	Fármacos Psicoanalépticos o estimulantes de la actividad psíquica	Fármacos Psicodislépticos o alucinógenos
<i>Tranquilizantes mayores o neurolépticos utilizados en el tratamiento de la psicosis (esquizofrenia, psicofrenia, alcoholismo, psicosis tóxicas, etc.).</i>	<i>Timolépticos o timoanalépticos o reguladores del tono vital utilizados en depresiones orgánicas.</i>	Cannabis. LSD ₂₅ Lisergamida. Mescalina DOM, MDA, catina.
<i>Tranquilizadores menores o ansiolíticos, útiles en enfermos neuróticos, ansiedad, etc.</i>	<i>Psicotónicos, mejoran la asociación de ideas y producen discreta euforia, útiles en el síndrome hipercinético infantil.</i>	Psilocibina. Banisterina o harmina.
<i>Antimaníacos, útiles en la fase maníaca de la psicofrenia (sales de litio, neurolépticos, etc.)</i>		Fenciclidina, Ketamina. Anticolinérgicos.

De este modo, Spiegel en 2003 propone una basada por un lado, en el lugar que ocupa el efecto psicotrópico reconocido (principal efecto y efecto deseado versus efecto secundario y efecto no deseado), y por otro lado, distingue entre medicamentos con acción terapéutica y sustancias sin acción terapéutica reconocida (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de Sustancias Psicotrópicas de Spiegel (Spiegel, 2003).

Posición del efecto psicotrópico reconocido	Medicamentos con acción terapéutica	Sustancias sin acción terapéutica reconocida
El efecto psicotrópico es el principal efecto y el efecto deseado	Psicofármacos: <ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos. • Antidepresivos. • Estabilizadores del estado de ánimo. • Ansiolíticos. • Hipnóticos. • Psicoestimulantes. • Nootrópicos. Fármacos antidemenciales 	Drogas sociales, drogas: <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Nicotina. • Cocaína. • Heroína. • Etc.
El efecto psicotrópico es un efecto secundario y un efecto no deseado	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos. • Narcóticos. • Antihistamínicos. • Antihipertensivos. • Supresores del apetito. 	

Los tres grandes tipos de psicofármacos más utilizados en el tratamiento de los problemas mentales y los cuales han sido tomados como referencia para nuestra investigación son los ansiolíticos, los antidepresivos y los neurolépticos o antipsicóticos.

Ansiolíticos:

Los primeros fármacos con efecto ansiolítico selectivo y también hipnótico fueron los barbitúricos (como por ejemplo, barbital, fenobarbital o meprobamato), los cuales, llegaron a ser conocidos también por su riesgo de sobredosis potencialmente letal, sus propiedades para crear hábito y su capacidad para inducir dependencia física severa (Stolerman, 2010). Las benzodiazepinas, quizá los ansiolíticos mejor conocidos y más extensamente utilizados, actúan aumentando las acciones del ácido gamma-

aminobutírico (GABA) a nivel de la amígdala y del córtex prefrontal en los circuitos córtico-estriado-talámico-corticales. El GABA es un aminoácido y uno de los neurotransmisores claves involucrados en la ansiedad y en la acción ansiolítica de muchos fármacos empleados para tratar el espectro de los trastornos de ansiedad, siendo el principal neurotransmisor inhibitor en el cerebro y normalmente cumple un importante papel regulador reduciendo la actividad de muchas neuronas (Stahl, 2008).

Las benzodiacepinas son muy seguras y efectivas en el tratamiento de la ansiedad a corto plazo. Sin embargo, su uso prolongado (sobre seis meses) puede conducir a tolerancia y dependencia. Suponen un tratamiento indicado para: reacción adaptativa, trastornos fóbicos, trastornos de pánico, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastornos psicofisiológicos relacionados con la ansiedad (trastornos por somatización) y otros trastornos con agitación o ansiedad prominente (Preston, O'Neal, & Talaga, 2013).

Antidepresivos:

Hay muchas clases de antidepresivos diferentes y docenas de fármacos. El paradigma del tratamiento con antidepresivos se ha modificado de forma importante en los últimos años, tanto que ahora el objetivo es la completa remisión de síntomas (a diferencia de los tratamientos farmacológicos de la esquizofrenia) y parece que los antidepresivos funcionan bastante bien mejorando el humor depresivo, la ideación suicida y el retraso psicomotor (Stahl, 2008).

Los medicamentos antidepresivos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa, resultando efectivos en el tratamiento de la depresión y la ansiedad comórbida (B. E. Leonard, 2001). Los antidepresivos producen un incremento transitorio en el cerebro de determinados neurotransmisores del tipo monoamina, tales como la serotonina y la noradrenalina, bien por la inhibición de su degradación, o bien, bloqueando su reabsorción o recaptación por las neuronas en la sinapsis (González & Pérez, 2007)

Antipsicóticos:

Los antipsicóticos son medicamentos calmantes usados para contrarrestar la inquietud interior, la agitación psicomotora y el insomnio severo, estados que pueden surgir en los siguientes contextos: psicosis esquizofrénica, especialmente en sus formas paranoide y severa, manía, síndromes psicóticos como secuela de un trastorno orgánico cerebral y depresión, especialmente la que cursa con síntomas de agitación y ansiedad (Spiegel, 2003). Los primeros fármacos que demostraron ser eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia fueron los antipsicóticos típicos o de primera generación (como por ejemplo, haloperidol o clorpromacina), los cuales bloquean los receptores dopaminérgicos D2 del estriado, siendo efectivos para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia aunque no mejoran e incluso pueden empeorar el deterioro cognitivo. Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación (por ejemplo, clozapina, olanzapina o risperidona) ofrecen algunos beneficios cognitivos, quizás derivados de su acción sobre la función cortical prefrontal mediada por receptores distintos de la dopamina (Stolerman, 2010).

La polifarmacología en psicofarmacología es una práctica ampliamente extendida, a pesar de que las directrices sugieren otra cosa. Las principales razones que conducen a ello son el incremento del fármaco principal, seguido por la prevención de los efectos adversos de la medicación principal, y el tratamiento de la comorbilidad (Sarkar, Chakraborty, Misra, Shukla, & Swain, 2013).

Existe otra corriente que clama ser tenida en cuenta y que viene representada por el uso de plantas medicinales con efectos psicoactivos, justificándose en que muchos fármacos de la medicina moderna se derivan de muchas plantas, como por ejemplo, la morfina de efectos analgésicos que se deriva de la amapola, o el digoxin que es una medicación cardíaca derivada de la planta deladera (Spinella, 2001).

El desarrollo de los psicofármacos ha representado un avance importante en el tratamiento de las enfermedades mentales, aunque aquellos no han sido bien aceptados por pacientes y familiares, a lo que se suma el desconocimiento sobre su eficiencia y las experiencias negativas (Heinze, Torres, & Cortés, 2013).

A partir de la Segunda Posguerra, los medicamentos psicotrópicos han sufrido grandes transformaciones en cuanto a sus modos de uso y sus fines terapéuticos que han impactado tanto en el mundo de la medicina psiquiátrica como en la sociedad en general. En este sentido, el uso de tales medicamentos se está extendiendo hacia metas relacionadas con el bienestar personal y *performance* social (Sedronar, Pistani, & Ruíz, 2007).

La etnicidad y los factores interculturales juegan un papel en el tratamiento psicofarmacológico exitoso de personas pertenecientes a grupos culturales distintos (Gupta, 2001). Existen diferencias étnicas genéticas y no genéticas que influyen en la farmacocinética y dinámica de la medicación psicotrópica, así como en la respuesta clínica al tratamiento, entre otros factores (Chaudhry, Neelam, Duddu, & Husain, 2008).

1.3. La Psicofarmacología

La Asociación Americana de Psicofarmacología Clínica (American Association of Clinical Psychopharmacology) define a la psicofarmacología como el estudio del uso de medicación para tratar los trastornos mentales. Esto requiere la comprensión de cuestiones clave como la disponibilidad de proteínas de unión al psicofármaco, la vida media del mismo, el polimorfismo genético o la interacción entre fármacos (American-Society-of-Clinical-Psychopharmacology, 2014).

Actualmente, la psicofarmacología se está moviendo más allá de los receptores, enzimas y otras moléculas como objetivos de los fármacos así como de las enfermedades mentales. Ahora se interesa por el lugar en que estos fármacos y enfermedades hacen diana en moléculas específicas y específicamente en qué circuitos (Stahl, 2008).

La psicofarmacología adquiere una nueva dimensión que va más allá de ser una mera rama de la farmacología, ya que implica a aspectos de la personalidad y de las enfermedades mentales, a lo que se añade la ausencia de modelos animales satisfactorios para reproducir enfermedades mentales tales como esquizofrenia o depresión, sin que se pueda establecer las razones de los cambios en la conducta animal,

y siendo necesario administrar el psicofármaco a quien padece la enfermedad que este trata, para poder determinar su eficacia (Moizeszowicz & Acebal, 1975).

Por tanto, la psicofarmacoterapia debería ser siempre parte de un plan de tratamiento comprensivo al que se ha llegado a través de una evaluación psiquiátrica que resulta en un diagnóstico, o al menos, en un diagnóstico de trabajo (Green, 2007).

Cuando las neuronas funcional mal, pueden darse síntomas conductuales y cuando los fármacos alteran la función neuronal, los síntomas conductuales pueden aliviarse, empeorar o desaparecer (Stahl, 2008)

No obstante, la psicofarmacología no queda circunscrita únicamente a la psiquiatría, en tanto que ha aumentado su vinculación con otras especialidades médicas, tal y como sucede con la dermatología, dada la apuntada conexión entre piel y psique en las llamadas psicodermatosis (Escalas, Guerra, & Rodríguez-Cerdeira, 2010), o también con la pediatría (Dittmann, Hein, & Wallis, 1981).

La prescripción de psicofármacos en atención primaria, merece especial atención, pues muchas veces se lleva a cabo sin la realización de otras intervenciones previas o paralelas para trastornos mentales y con prescripciones más duraderas que lo recomendable e incluso con carácter indefinido (Galleguillos, Risco, Garay, González, & Vogel, 2003).

Capítulo 2. El surgimiento de la Psicofarmacología.

En este apartado se van a desarrollar algunos de los hitos significativos que han jugado un papel en el surgimiento y primeros momentos del desarrollo de la disciplina de la psicofarmacología, recorriendo desde los precoces antecedentes en el uso de sustancias psicoactivas por parte del ser humano, hasta las pioneras tentativas formales de sistematizar la creación de los compuestos destinados a ser empleados entre la población con alteraciones mentales.

A lo largo de la historia de la humanidad, el ser humano en las distintas civilizaciones ha recurrido al uso de plantas por sus efectos psicoactivos (por ejemplo, el opio por sus acciones sobre la elevación del estado de ánimo, o el eléboro para combatir el temperamento violento, la manía, la discapacidad intelectual y la epilepsia). Pero las bases de la moderna psicofarmacología surgen a partir del descubrimiento de la reserpina, un alcaloide purificado extraído de la rauwolfia serpentina (unas raíces usadas en India para combatir la locura y la mordedura de serpiente), y que era capaz de disminuir la concentración central y periférica de las aminas biogénicas, y que correlacionaba con disminución de la presión sanguínea y un efecto tranquilizante. Durante el empleo terapéutico de la reserpina para regular la presión arterial se produjo un hecho inesperado, esto es, el 15% de los pacientes desarrolló depresión clínica. Como se llegó a mostrar que la reserpina disminuye la función central y periférica de la noradrenalina, se ha postulado entonces que la depresión llegaría a ser consecuencia de una síntesis defectuosa de noradrenalina y posiblemente, de serotonina (Spiegel, 2003).

La psicofarmacología en los tiempos modernos emerge muy gradualmente. Uno de los primeros compendios se publica en Alemania en 1824 por Scheider y describía en 600 páginas los métodos de la terapia psiquiátrica que se usaban a comienzos del siglo XIX, y en el cual existe una falta de discriminación en varios aspectos y se incluían muchas medidas que resultan crueles o ingenuas, algunas de las cuales son reminiscencias de la cámara de las torturas más que de los hospitales, en las que el autor asegura a quien lee que aquellas medidas fueron efectivas en casos bien documentados. En esta obra, los agentes psicotrópicos eran clasificados por Schneider en agentes narcóticos y agentes estimulantes o analépticos (Spiegel, 2003).

Los tranquilizantes o ansiolíticos fueron descubiertos de manera casual, al igual que sucedió con el resto de psicofármacos. A mediados del siglo XIX ya eran utilizadas una gran variedad de sustancias sedantes con propiedades ansiolíticas, como las sales de bromo o bromuros, extractos de plantas como la adormidera (el opio) y la belladona (que contiene alcaloides). Tales sustancias poseían gran toxicidad y con frecuencia eran letales, hasta que a comienzos del siglo XX se introdujeron los primeros sedantes sintéticos (González & Pérez, 2007).

A finales del siglo XIX, la mitad de la población manicomial sufría un tipo de síndrome psicótico orgánico cerebral que en última instancia era causado por la bacteria *treponema pallidum* y que consistía en una infección del sistema nervioso central observado en las últimas fases de la sífilis. También se descubrió que algunos síndromes orgánicos cerebrales eran debidos a la pelagra, una enfermedad asociada a deficiencia de proteínas y niacina (una forma de vitamina B3). Tanto uno como otro hallazgo hicieron presagiar que pronto otras causas de enfermedades mentales serían aisladas y sus tratamientos desarrollados y, por tanto, se daba impulso a la psiquiatría biológica (Preston et al., 2013).

En 1902, un fármaco barbitúrico, el barbital (ácido dietilbarbitúrico) fue sintetizado por los químicos de Bayer, Emil Fischer y Joseph von Mering quienes descubrieron que era muy efectivo como hipnótico. Fue comercializado como Veronal en 1904 y junto con el fenobarbital (comercializado como Luminal en 1912) dominaron el mercado de la medicación ansiolítica e hipnótica hasta mediados de la década de 1950. Sin embargo, ambos poseían severos efectos adversos que incluían el alto riesgo

de dependencia y de muerte por sobredosis. En 1955 llegaría el meprobamato, de laboratorios Wallace y que fue anunciado como la alternativa no adictiva a los barbitúricos. Derivado de la mefesina, el meprobamato era un fármaco que fue desarrollado para lo que sería un antibiótico y que resultó tener efectos ansiolíticos, sedantes y como relajante muscular. Durante diez años, el meprobamato fue un éxito en ventas (comercializado como Miltown y Equanil) hasta que se comprobó que su toxicidad y potencial de abuso no difería del resto de barbitúricos (Stolerman, 2010).

A principios de la década de los años 50, un medicamento que estaba siendo empleado como sedante postoperatorio revolucionaría el tratamiento de las psicosis, puesto que superaría en eficacia a los que habían sido usados previamente (Preston et al., 2013). El atribuido efecto antipsicótico de este fármaco, la clorpromacina, fue descubierto accidentalmente cuando debido a sus propiedades antihistamínicas, estaba siendo administrada a pacientes esquizofrénicos. Dicho efecto antipsicótico consistía en provocar “neurolepsia” (de ahí que este tipo de fármaco también se denomine neuroléptico), es decir, una exagerada lentitud o ausencia de movimientos así como conducta indiferente (Stahl, 2008). Se ha apuntado que el hallazgo de la clorpromacina supuso un desarrollo crucial en el cuidado compasivo de las personas que viven con enfermedad mental y en la reducción de la carga social de enfermedad mental (Schatzberg & Nemeroff, 2009).

Además del descubrimiento de la clorpromacina, en los años 50 aparecen también en forma de hallazgos coyunturales de otras investigaciones compuestos como las fenotiazinas, el carbonato de litio y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) que surgen en el transcurso de la búsqueda de fármacos antituberculosos; sin embargo, sería en los años 60 con la aparición de las benzodiazepinas y sus efectos ansiolíticos, cuando el concepto de psicotrópico se revolucionaría y se lanzaría hacia la popularidad (Arizaga, 2007).

A finales de la década de los 50, el interés de la compañía farmacéutica europea Jansen, por maximizar las capacidades de sus nuevos compuestos sobre el bloqueo de las anfetaminas, tendría como resultado la síntesis de la molécula R1625, y que sería conocida posteriormente como haloperidol, el cual fue presentado en formato líquido, demostrando ser claramente más potente que la clorpromacina. Tras una serie de

adversidades para encontrar la dosis adecuada y demostrar su efectividad en pacientes psicóticos, sería finalmente en 1964, cuando en el marco de un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, concretamente en California, y mediante el empleo de bajas dosis de haloperidol la efectividad del mismo en pacientes americanos quedaría confirmada. A partir de entonces, las farmacéuticas Jansen y McNeil emprendieron conjuntamente la comercialización del haloperidol que llegaría a estar disponible en 1965, convirtiéndose en la década de los 80 en el antipsicótico más usado en Estados Unidos (Healy, 2004).

En 1961 la compañía farmacéutica Merck adquirió y distribuyó cincuenta mil ejemplares del estudio de Frank Ayd, que llevaba por título “reconociendo al paciente depresivo”. En este artículo se consideraba la depresión como un problema que afectaba no solo a quienes residían en el interior de las instituciones mentales, si no que iba dirigido a un público generalista. A partir de entonces, desde Merck se captó un nuevo y amplio mercado para la amitriptilina, el primero de una serie de nuevos antidepresivos en patentar. Este modo de actuar sentaría las bases del marketing farmacéutico (Lane & Muñoz, 2010).

Desde los años 70 la psiquiatría experimentó una rápida metamorfosis en sus métodos de tratamiento, pasando de una orientación psicoanalítica hacia una postura radicalmente biológica. Durante la década de los 80 y los 90, los viejos psiquiatras hubieron de convivir con la expansión de las teorías biologicistas, nuevas pruebas de laboratorio, la computarización, nuevos fármacos, nuevos usos para los fármacos clásicos, y por otra parte, la proliferación de información biológica y psicofarmacológica ocurría tan rápido que cada vez resultaba más difícil integrar los abordajes biológico y psicoterapéutico (Schatzberg et al., 2010).

Desde que tuviesen lugar los inicios del uso de plantas psicoactivas como un fenómeno humano prácticamente universal, y cuyos efectos psicológicos y conductuales han ido siendo ampliamente reconocidos y transmitidos a través de las generaciones (Spinella, 2001), ello podría haber llegado a desembocar en lo que se antoja como una filosofía de vida actual compatible con el uso de psicofármacos (y otras sustancias con poder psicoactivo) y que estaría vinculada al anhelo de alterar la propia conciencia y sus emociones, suspender el pensamiento, aligerar la carga del existir con los otros, y en definitiva el anhelo de desubjetivación o la ilusión de no ser (Galende, 2008).

Capítulo 3. Contexto institucional de la prescripción de psicofármacos.

En la adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975 y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, se recogen los siguientes puntos:

“El uso de drogas psicotrópicas es un fenómeno social complejo, y no meramente un problema médico.”

“En la sociedad existe una necesidad urgente de impartir una intensiva educación pública no moralizante ni punitiva, y de desarrollar y demostrar alternativas prácticas al uso de medicamentos. Los médicos deben participar en esos programas por ser ciudadanos conscientes, poseedores de los conocimientos necesarios.”

“Teniendo en cuenta el peligro potencial del abuso y del empleo incorrecto de las drogas psicotrópicas, los médicos deben prescribirlas tomando las máximas precauciones, observando los estrictos criterios médicos que garanticen que la prescripción de los medicamentos obedece a un diagnóstico exacto, a recomendaciones no farmacológicas correspondientes, y requiere el uso cuidadoso de los preparados farmacoterapéuticos exactos.”

“Los médicos deben aceptar la responsabilidad de recopilar y proveer información fáctica referente a los riesgos que implica para la salud el uso no medicinal de todas las sustancias psicotrópicas, el alcohol inclusive.”

“En cooperación con el gobierno y los órganos pertinentes, el gremio médico debe asegurar que se difunda lo más posible esa información, en particular dentro de los grupos etarios más proclives a experimentar con drogas. Esto permite contrarrestar la presión intergrupala y otros factores que conducen al abuso, y permite también afirmar para cada individuo el derecho de libre ejercicio de una opción personal consciente y la correspondiente responsabilidad.” (Asociación Médica Mundial, 1983).

El Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en su 115ª reunión recoge en sus actas una afirmación que aunque motivada en buena parte por la excesiva prescripción de fármacos antimicrobianos decía lo siguiente: *“el uso racional de medicamentos implica aspectos tales como una prescripción correcta, incluso la prevención de interacciones, una dispensación apropiada, una información adecuada a los pacientes y la observancia del tratamiento”* (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La Asociación Psiquiátrica Mundial en relación a los derechos y la protección legal de los enfermos mentales, aprobó en la asamblea de Atenas, lo siguiente:

“El psiquiatra debe informar al paciente sobre las condiciones de su estado, los procedimientos terapéuticos que se pueden aplicar, las distintas alternativas y los posibles resultados que es dable esperar. Esta información debe ser expuesta en forma discreta, y el paciente tendrá la oportunidad de elegir entre métodos adecuados y accesibles.”

“En cuanto desaparezcan las condiciones para el tratamiento compulsivo, el psiquiatra debe suspender su carácter obligatorio y, en caso de ser necesario seguir con la terapia, deberá obtener el consentimiento voluntario del paciente...” (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1989).

La Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) en su asamblea general de 2011 redactó una serie de recomendaciones sobre la relación entre psiquiatras, asociaciones de psiquiatras y organizaciones asistenciales en el ámbito de la psiquiatría con la

industria farmacéutica, bien se trate de relaciones surgidas del contacto con sus representantes comerciales, con representantes farmacéuticos, como a través de actividades formativas o de investigación financiadas por los laboratorios (Appelbaum, Arboleda-Florez, Javed, Soldatos, & Tyano, 2011). De manera resumida, algunas de estas recomendaciones hacen referencia a rehusar obsequios, comidas, evitar el contacto directo de estos agentes con pacientes, etc.

Dentro de esta misma fuente y en especial referencia a la investigación, la AMP recomienda a profesionales de la psiquiatría comprometidos en investigación y que tengan más que una mínima relación de financiación con una industria farmacéutica, que en general, no deberían comprometerse con investigaciones que impliquen a productos de esa misma compañía. En el caso excepcional de que por el contrario, se produzca esta circunstancia, desde la AMP se recomienda que aquellos profesionales con base en alguna organización, busquen una revisión en el comité de conflicto de intereses de dicha organización, o en su defecto, que identifiquen alguna organización, cuyo comité de conflicto de intereses se preste a llevar a cabo tal revisión.

En las actas de esta misma asamblea de la AMP, también se recomienda a profesionales de la psiquiatría que eviten asumir contratos con industrias, los cuales incluyen disposiciones que permiten a la compañía restringir la publicación de los resultados de la investigación o cederles los derechos a que controlen el modo en dichos hallazgos son publicados. En el ámbito de la formación, la AMP formula también varias recomendaciones tal como cuando en clara alusión a los laboratorios farmacéuticos, aconseja que debería evitarse tomar parte – como ponente o asistente – en presentaciones formativas en las que el/la conferenciante no tenga el control total del contenido de la ponencia (Appelbaum et al., 2011).

Capítulo 4. Datos sobre prevalencia del uso de psicofármacos en España y algunas regiones de América.

Los psicofármacos son un grupo de fármacos de elevado consumo en el Sistema Sanitario Español (Romo et al., 2003). Los estudios epidemiológicos suponen una fuente muy importante de conocimiento de la salud de la población, siendo necesario que se repliquen periódicamente para controlar la evolución de los trastornos y la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo (López-Ibor, 2007).

La farmacoepidemiología es el estudio de la medicación en amplias poblaciones y generalmente aplica el método epidemiológico analítico y descriptivo al estudio de la utilización, efectividad y seguridad de los fármacos comercializados (Zito, 2007).

Estudios internacionales señalan que el consumo de psicofármacos está principalmente relacionado con problemas de salud mental y no con características como el sexo o la edad, aunque sí se ha observado que la ingesta de fármacos hipnóticos aumenta con la edad (Tomasson, Tomasson, Zoega, Sigfusson, & Helgason, 2007).

Los datos del Eurobarómetro de 2010 sobre Salud Mental elaborado por la Comisión Europea indican que el 7% de habitantes en los 27 países de Unión Europea

ha tomado antidepresivos en los últimos 12 meses, situándose este valor para España en el 8% (European Commission, 2010).

De entre estos datos aportados por la misma fuente, se desglosan los motivos que llevaron a su consumo. El 51 % de la muestra europea y el 66 % de la española los tomó para tratar depresión; en segundo lugar, encontramos que el 47% de los casos europeos y el 52 % de los casos españoles los consumió para tratar la ansiedad; el tratamiento del dolor crónico fue la tercera razón de uso tal como reflejó el 16 % y 12 % en Europa y España, respectivamente.

En cuarto lugar encontramos un motivo no vinculado a una patología específica, dado que el 8 % de la muestra europea y el 4 % de la española recurrió a los antidepresivos para mejorar su rendimiento. Finalmente, tanto en Europa como en España, el 8 % los usó de manera espontánea.

El Estudio Europeo sobre Epidemiología de Trastornos Mentales o ESEMed (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) es parte de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud llamada Encuestas de Salud en el Mundo y que coordina estudios epidemiológicos en países de los cinco continentes (Lopez-Ibor, Alonso, & Haro, 2007) el cual fue llevado a cabo en el año 2000. El instrumento empleado en este estudio es la Entrevista Compuesta Diagnóstica Internacional o CIDI por sus siglas en inglés, la cual ofrece un diagnóstico actual conforme a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (World-Health-Organization, 1993) y del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association & Association, 1994) (Alonso et al., 2002).

Según los resultados del ESEMed, un 16 % de la población española entrevistada había consumido algún tipo de psicofármacos durante el año anterior a la encuesta, siendo la probabilidad de consumo el doble para las mujeres. Las benzodiacepinas (solas o combinadas) fueron el tipo más consumido con un 11'4 %, seguidos por los antidepresivos con un 4'7 %, dentro los cuales, los de mayor uso fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con un 59'5 %. Los

antipsicóticos fueron consumidos en el 2'1 % de los casos y los estabilizadores del estado de ánimo en un 0'1 % (Codony et al., 2007).

Los autores de este estudio en España concluyeron que había escasa relación entre el trastorno mental padecido y el psicofármaco consumido, destacando que la depresión había sido tratada con benzodiazepinas hasta en cinco veces más que con antidepresivos. Además, también informan de una insuficiente prescripción de psicofármacos para los trastornos mentales, así como de su elevada tasa de abandono.

En cuanto a la insuficiente prescripción de psicofármacos señalada, recordemos que el instrumento de evaluación empleado en el ESEMed fue la CIDI, que como se ha referido anteriormente, se apoya en los criterios de diagnóstico de la CIE y DSM. Diversos autores han señalado el riesgo de sobrediagnóstico que acompaña al uso de tales sistemas clasificatorios de problemas mentales (González & Pérez, 2007) (Frances, 2010). De ser así, esto ha podido influir en la conclusión de que el uso de psicofármacos es escaso en comparación con la prevalencia de personas portadoras de problemas mentales identificadas por el estudio.

La Encuesta Nacional de Salud en España (Ministerio de Sanidad, 2012) nos ofrece por un lado, datos agrupados para la categoría “tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir” y por otro, “antidepresivos, estimulantes”. En el primer caso se encontró una prevalencia del 16'9 % y en el segundo del 7 %.

Un estudio de 2010 se hace eco de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 ofreciendo prevalencias para el consumo de psicofármacos a nivel de la población general española y también por comunidades autónomas (Ricci-Cabello, Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, & Montero-Piñar, 2010). De este modo, se recoge que para el total de la muestra española, el 9'8 % había consumido psicofármacos para trastornos mentales en los últimos 12 meses, el 10'4 % había tomado por prescripción facultativa, relajantes, tranquilizantes y pastillas para dormir en las dos últimas semanas y el 5'8 % había recurrido a antidepresivos y estimulantes por receta médica.

Los datos por comunidades autónomas de esta misma fuente muestran que el Principado de Asturias recogió la mayor prevalencia de consumo de psicofármacos por trastornos mentales en los últimos 12 meses (15'7 %), mayor porcentaje de uso de

tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir recetados en las últimas 2 semanas (16'0 %) y de antidepresivos y estimulantes prescritos en las últimas 2 semanas (10'7 %). La Rioja fue la comunidad autónoma en la que se observó una menor frecuencia de consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses (4'0 %) y de prescripción tanto de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir como antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas (4'8 % y 2'4 %). Finalmente, en Andalucía, el 11'0 % recurrió al empleo de psicofármacos para trastornos mentales en los últimos 12 meses, el 10'3 % tomó relajantes, tranquilizantes y pastillas para dormir con receta médica en las últimas 2 semanas y el 6'0 % consumió antidepresivos y estimulantes bajo prescripción facultativa en las últimas 2 semanas (Ricci-Cabello et al., 2010).

Desde la atención primaria en salud, se han recogido cifras que hablan de un 21% de pacientes con consumo de psicofármacos (46 % de benzodiacepinas, 21 % de antidepresivos, 3 % de antipsicóticos y 16 % con más de un tipo), siendo más frecuente entre las mujeres, las personas mayores de 70 años, en situación de viudez o con presencia de síntomas psicopatológicos. La desocupación o ser ama de casa también era una condición con mayor asociación al consumo de psicofármacos (Mateo Fernández, Rupérez Cordero, Hernando Blázquez, Delgado Nicolás, & Sánchez González, 1997).

Otro estudio pretendía conocer el perfil de utilización de benzodiacepinas/hipnóticos y antidepresivos en atención primaria en Cataluña, encontrándose un 57 % de prevalencia de los primeros y un 43 % de los segundos de entre una muestra de 998 pacientes (Vedia Urgell, Bonet Monne, Forcada Vega, & Parellada Esquiús, 2005).

Por otra parte, desde el continente americano, un estudio llevado a cabo en Colombia en 2009 recoge que el 83'3% de una muestra de 9881 pacientes fue tratado con antidepresivos en formato de monoterapia y el 16'7% con dos o más antidepresivos, siendo más frecuentes los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (47%) y la combinación más usada fue fluoxetina más tradozone (n=1029) (Machado-Alba, Plaza, & Solarte Gomez, 2011). En cuanto a la prevalencia de benzodiacepinas por cada 1000 habitantes en el país colombiano, se encontró una disminución entre 1998 y 2008 desde 54 a 45 entre los hombres y de 107 a 85 entre las mujeres (Bijlsma, Hak, Bos, De Jong-van den Berg, & Janssen, 2013).

Los patrones de prescripción de antipsicóticos en Colombia a partir de una investigación llevada a cabo en 2012 informan que de una muestra de 3.075 pacientes tratados con antipsicóticos, el 81'9% estuvieron recibiendo monoterapia y el 18'1 % dos o más antipsicóticos. En cuanto al tipo de prescripción, el 77'1% correspondió a los antipsicóticos atípicos y el 31'9% a los convencionales (Machado-Alba & Morales-Plaza, 2013).

En México, más del 20% de las mujeres mayores consume drogas médicas, mientras que solo el 4,4% de hombres mayores lo hace. Los ansiolíticos fueron los psicofármacos más consumidos con un 83'5% de prevalencia y los antidepresivos con un 16,5 % (Castillo, Marziale, Castillo, Facundo, & Meza, 2008).

En la capital de Brasil, Río de Janeiro, un estudio publicado en 2013 recoge como el 6'5% de la población ha consumido algún psicofármaco una vez al mes, el 3'9% de los hombres y el 9'13% de las mujeres. Los antidepresivos fueron los usados con más frecuencia (2'78%), seguidos por anorexígenos (1'65%), tranquilizantes (1'61%) y estabilizadores del estado de ánimo (1'23%). Los médicos generales fueron los más prescriptores (46'3%), seguidos por los psiquiatras (29'3%). A pesar de que el 84% de personas tuvo algún problema mental, no tomó ninguna clase de psicofármaco (Quintana et al., 2013). Según datos epidemiológicos sobre el consumo de psicofármacos en Brasil, las diferencias por género se inclinan hacia un mayor consumo por parte de las mujeres (15%), frente al de los hombres (7%) (de Lima, Dunn, Novo, Tomasi, & Reisser, 2003).

Un estudio epidemiológico realizado en el estado brasileño de Sao Paulo recogió una muestra con una cantidad anual de 108.215 prescripciones, de las cuales 76.954 fueron benzodiacepinas, 26.930 anorexígenos, 3.540 para opiáceos y 788 para otros psicotrópicos. Las mujeres recibieron más prescripción que los hombres, principalmente en anorexígenos, resultados que según los autores denotan una prescripción irracional de psicofármacos y una inadecuada práctica relacionada con la misma (Noto et al., 2002).

En Chile, un estudio epidemiológico sobre el consumo de medicación psicotrópica siguiendo la metodología de la Organización Mundial de la Salud evaluó el

consumo de antidepresivos para el periodo comprendido entre 1992 y 2004, encontrándose que el consumo total de dosis diaria definida por 1.000 habitantes por día aumentó desde 2'5 en 1992 a 11'7 en 2004, representando un crecimiento de 470'2%. Los antidepresivos más consumidos fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina representando el 59'5% del total de 1.000 habitantes por día. En 2004 los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fueron el grupo más consumido (78'9%) seguido por los antidepresivos tricíclicos (13'7%). La fluoxetina fue el antidepresivo más consumido representando el 59% en 1992 y el 48% en 2004 (Jirón, Machado, & Ruiz, 2008). En cuanto a la prevalencia del consumo de psicofármacos en atención primaria se ha observado que el 32% de consultantes consumió alguna medicación psicotrópica, de las cuales un 82% correspondió a las benzodiacepinas (Galleguillos U, Risco N, Garay S, González A, & Vogel M., 2003).

En Santiago de Chile, la prevalencia de consumo de medicación psicotrópica fue del 6'4% y los problemas físicos y mentales estuvieron asociados significativamente a una mayor prevalencia de uso de psicofármacos (Rojas, Fritsch, Gaete, González, & Araya, 2005). Para esta misma ciudad, la prevalencia del uso de benzodiacepinas fue del 3'84% (Rubio, 2005).

En Estados Unidos, la prevalencia del uso de medicación psicotrópica incrementó desde el 6'1% en el periodo 1988-1994 hasta un 11'1% en el periodo 1999-2002, siendo debido a la triplicación del consumo de antidepresivos, los cuales pasaron de un 2'5% en 1988-1994 a un 8'1% en 1999-2002. Por el contrario, se mantuvo constante la prevalencia de ansiolíticos/sedantes/hipnóticos (3'5%-3'8%), antipsicóticos (0'8%-1'0%) y antimaníacos (0'3%-0'4%) (Paulose-Ram, Safran, Jonas, Gu, & Orwig, 2007).

En Argentina los psicofármacos representan el 8'8% de las cantidades de dosis de medicamentos vendidos en el país para el trienio 2000-2002, y aunque se registró un descenso en la demanda de medicamentos en general (23%), en el caso de los psicofármacos la disminución fue menor (16'17%). Por otro lado, los datos de facturación de la industria farmacéutica para ese país muestran que los medicamentos destinados al sistema nervioso central (sin distinguir entre prescritos o no) muestran una tendencia de crecimiento lo que coincide con el hecho de que en los trimestres

inmediatamente posteriores a la crisis de 2001, el grupo de medicamentos del sistema nervioso central resultó ser el que acusó mayor crecimiento de facturación, entre los de más alta facturación del mismo periodo (Observatorio Argentino de Drogas, Pistani, & Ruíz, 2007). En la ciudad de Buenos Aires el 15'5% de la población consume actualmente algún tipo de psicofármaco y el 29'4% lo consumió alguna vez en la vida, siendo el uso mayor en las mujeres y población anciana. El 12'2% consume benzodiacepinas y el 3% antidepresivos. Finalmente, el 25% de quienes los consume, se considera muy dependiente (Leiderman, Mugnolo, Bruscoli, & Massi, 2006).

Capítulo 5. Método de investigación en psicofarmacología y problemáticas afines.

El desarrollo de un fármaco es un proceso altamente complejo que comienza por una fase preclínica en la que se evalúa en animales la biodisponibilidad, metabolismo y toxicidad del medicamento, sus efectos sobre dianas biológicas conocidas y la representación de la patología en varios modelos de animales. Después de obtener suficientes datos en estudios con animales, el fármaco puede ser probado en humanos (Schatzberg & Nemeroff, 2009).

Los métodos usados para determinar la eficacia y seguridad de la nueva medicación psicotrópica están llegando a ser de capital importancia y ahora tienen un impacto en todas las áreas de la medicina (Brian E Leonard, 2004).

También han surgido propuestas para someter a validación científica el conocimiento sobre plantas medicinales con el propósito de fortalecer la confianza en el uso de las mismas (Spinella, 2001).

Los ensayos clínicos han llegado a ser el mayor vehículo por el cual los tratamientos médicos consiguen la aprobación oficial para su uso extensivo, siendo la psicofarmacología en ciertos aspectos, un microcosmos de desarrollos en ensayos clínicos. La administración de medicamentos y alimentos de Estados Unidos se basa considerablemente, y a veces, casi exclusivamente, en los ensayos clínicos para otorgar

el visto bueno a los intereses de comercialización farmacéuticos (Hertzman & Adler, 2010).

Se considera que los ensayos clínicos de algún tipo son tan antiguos como la propia civilización. El primer ensayo clínico controlado completo se atribuye a un médico escocés del siglo XVIII, James Lind, en su investigación sobre vitamina C y escorbuto (Brian E Leonard, 2004).

Un ensayo clínico es un experimento cuidadosamente y éticamente diseñado con el propósito de responder algunas cuestiones enmarcadas de forma precisa. En su forma más vigorosa requiere de grupos equivalentes de pacientes concurrentemente tratados de diferente forma. Estos grupos son asignados aleatoriamente a uno u otro tratamiento. En principio, este método es aplicable a cualquier enfermedad o tipo de tratamiento. Puede ser también aplicado sobre cualquier escala (Hill, 1955).

El propósito de un ensayo clínico será describir si a) el nuevo tratamiento tiene valor terapéutico, b) cómo lo compara con un fármaco estándar, c) qué tipo de paciente se beneficiaría del nuevo fármaco, y d) cuál es la mejor ruta de administración, e) cuáles son los efectos secundarios y desventajas del nuevo fármaco.

Para los ensayos clínicos aleatorizados clásicos se acentúan los siguientes puntos:

- a) El uso de grupos equivalentes de pacientes por asignación aleatoria a un grupo placebo, grupo del fármaco estándar o grupo de la medicación experimental. Es evidente que si los grupos de tratamiento difieren con respecto a edad, género, raza o duración y severidad de la enfermedad no será posible atribuir las diferencias de resultados al tratamiento novel. La aleatorización de los pacientes es usada por tanto para eliminar sesgos sistemáticos y permitir el uso de apropiados métodos estadísticos para corregir cualquier sesgo.
- b) Tiempo y lugar de tratamiento. Los tratamientos deben ser emprendidos concurrente y concomitantemente. El uso de datos control de pasados ensayos clínicos es casi siempre inaceptable.

- c) Cuestiones formuladas de manera precisa. Estas deben ser formuladas antes de empezar el ensayo. Por ejemplo, “¿Es capaz el fármaco A capaz de tratar la depresión más rápidamente y efectivamente, y con menos efectos secundarios que el fármaco B?” (Brian E Leonard, 2004).

De acuerdo con Moizeszowicz y Acebal (1975) las etapas clínicas de evaluación de los psicofármacos serían las siguientes:

La Fase I sobre farmacología y toxicología humana. Esta fase trataría de responder a estas cuestiones:

- 1) ¿Es el psicofármaco una droga para seres humanos?
- 2) ¿Qué toxicidad tiene?
 - a. En administración en dosis única.
 - b. En administración en dosis repetidas.
 - c. En administración en dosis altas progresivas.

En la Fase II se llevaría a cabo la búsqueda de indicaciones terapéuticas, y en dicho proceso se habría de encontrar respuesta a estos interrogantes:

- 1) ¿Es el psicofármaco efectivo?
- 2) ¿Qué espectro terapéutico posee?
- 3) ¿Qué posibles indicaciones tiene?
- 4) ¿Tiene nivel tóxico administrándolo en tratamientos crónicos?
- 5) ¿Existe farmacocinética humana?

La Fase III se ocuparía de la demostración de la efectividad del psicofármaco y por tanto, habría de esclarecer si:

- 1) ¿Es el nuevo psicofármaco mejor, igual o peor en comparación y/o otras drogas estándares?
 - a. ¿desde el punto de vista terapéutico?
 - b. ¿desde el punto de vista del margen de seguridad?
 - c. ¿desde el punto de vista de las indicaciones clínicas?
- 2) ¿Qué incidencia de efectos colaterales posee?

Por último, la Fase IV se correspondería con el testeo clínico amplio, y para ello, los siguientes aspectos deberían ser resueltos:

- 2) ¿Cuál es la mejor manera de administrarlo?
- 3) ¿Qué efectos posee en los sistemas dónde actúa?
- 4) ¿Se modifican sus efectos por enfermedades concomitantes?
- 5) ¿Qué complicaciones, aún raras, puede llegar a ocurrir?
- 6) ¿Qué hechos clínicos pueden contribuir a aclarar el mecanismo de acción? (Moizeszowicz & Acebal, 1975).

Los estudios clínicos para la validación de los nuevos antidepresivos requieren de aleatorización, grupo control placebo, doble ciego (ni quien administra, ni quien toma el fármaco conocen la condición experimental de la que forman parte), y con frecuencia, la comparación del nuevo agente con un antidepresivo validado ya disponible. La Food and Drug Administration de Estados Unidos define la respuesta al tratamiento en un 50 % de reducción con respecto a la línea base en las puntuaciones obtenidas en la Escala Hamilton de evaluación de depresión o la Escala Montgomery-Asberg de evaluación de depresión (Gumnick & Nemeroff, 2000).

En los ensayos clínicos con antidepresivos, además del problema para superar la eficacia del grupo placebo mencionado en otro apartado, suceden otros complejos factores tales como el altamente reglado desarrollo de tratamientos en el marco de los ensayos clínicos, donde algunos reciben placebo, se paga en ocasiones a los investigadores y otras veces a los pacientes, y los pacientes con patología comórbida, o aquellos que están gravemente enfermos, suicidas o son resistentes al tratamiento son excluidos de los ensayos (Stahl, 2008).

Un estudio de 115 ensayos clínicos aleatorizados comparó la eficacia de resultados entre el antidepresivo paroxetina, el más potente inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) con otros ISRS y otros antidepresivos tricíclicos. En él se observó que no había evidencia clara sobre que la paroxetina fuese más o menos efectivo que los otros antidepresivos en incremento de la respuesta al tratamiento en fase aguda (de 6 a 12 meses), en fase precoz (de 1 a 4 semanas) o en seguimiento a largo plazo (de 4 a 6 meses). Los autores concluyeron que las investigaciones revisadas

no estaban claras o había alto riesgo de sesgo debido al pobre informe de la asignación oculta y ciego en la evaluación de resultados, y los informes incompletos de los resultados (Purgato et al., 2014).

Existen revisiones metodológicas y estadísticas de algunos estudios comparativos entre antidepresivos y el placebo, que apuntan a una sobreestimación de efectos positivos a favor del psicofármaco y una infravaloración de los efectos negativos, así en una investigación que encontró diferencias significativas entre la paroxetina y el placebo en adolescentes (Keller et al., 2001), aparecía un inexplicable cambio en la definición de “respuesta” en la escala de evaluación de depresión de Hamilton, pasando de considerarse como una “caída en la puntuación menor o igual que 8, o igual o mayor que el 50%” sobre la línea base, a una “reducción en la puntuación menor o igual que 8”, lo que permitía a los autores mostrar una “señal de eficacia” (Jureidini et al., 2004).

Por otro lado, la fase preclínica de la investigación con psicofármacos que debe realizarse por ley en distintas especies de animales, plantea cuestiones a las que resulta complicado encontrar respuesta, como por ejemplo las relacionadas con la dificultad para identificar la acción psíquica de un fármaco en un animal, o hasta qué punto se asemeja el resto de especies animales al ser humano en cuanto a sus aflicciones mentales, si existen en aquellos sentimientos y estados de ánimo de la misma cualidad que en el ser humano, y finalmente, si existen animales psicóticos, neuróticos o deprimidos. Este último aspecto resulta clave ya que si no existen pruebas científicamente objetivas para diagnosticar trastornos mentales en humanos, resulta aún menos accesible determinar la acción y eficacia de un determinado psicofármaco, al carecer los animales de un verdadero lenguaje, pudiendo sólo ser observado su comportamiento (González & Pérez, 2007).

Capítulo 6. Problemas asociados al consumo de psicofármacos.

En este apartado se describen algunos problemas relacionados con la falta de eficacia, aparición de efectos secundarios y otras consecuencias del consumo de psicofármacos tales como el riesgo de abuso o dependencia e incluso de muerte por sobredosis, o las interacciones entre fármacos.

Todas las clases de medicación psicotrópica han sido asociadas con una extensa variedad de reacciones dermatológicas en proporción de incidencia variable (Mitkov, Trowbridge, Lockshin, & Caplan, 2014). En los pacientes psiquiátricos hospitalizados en áreas de psiquiatría, los psicofármacos suponen un factor de riesgo asociado al riesgo de caídas (Sano et al., 2013).

La capacidad de los agentes psicotrópicos para influir en la personalidad, estado de ánimo, cogniciones y psique dan lugar a un número de cuestiones sobre su uso ético. Por ejemplo, ¿bajo qué circunstancias es aceptable el uso de sedantes o antipsicóticos a la fuerza para prevenir que algunos sujetos con enfermedad mental severa se lesionen ellos mismos o a otros? ¿Cuándo, en el caso de que lo fuere, es aceptable usar medicación psicotrópica para mejorar la personalidad o el rendimiento intelectual? (Schatzberg & Nemeroff, 2009).

De ahí la importancia de tener en cuenta el consentimiento informado ante la prescripción de estos medicamentos, que si bien es algo común a toda la práctica

profesional de la medicina (y a otras disciplinas en las que se interviene con personas), goza de especial particularidad por las características cognitivas que en ocasiones puede presentar la población destinataria, tal y como es el caso de pacientes esquizofrénicos (Schatzberg et al., 2010).

En la farmacoterapia asociada a la depresión se considera esencial informar a los pacientes tanto de la eficacia como de los efectos adversos de los antidepresivos, y proceder con el tratamiento en colaboración con ellos (Semba, 2014).

La inadecuada medicalización conlleva a los peligros del etiquetado innecesario, pobres decisiones de tratamiento, enfermedades iatrogénicas y gasto económico (Moynihan, Heath, & Henry, 2002).

La Agencia Estadounidense sobre Alimentación y Medicamentos (Food and Drug Administration o FDA) advierte que la medicación psicotrópica puede incrementar el riesgo de suicidio, lo que genera preocupación sobre su prescripción en pacientes con trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales ya poseen un riesgo incrementado de suicidio. Por ello, los clínicos deben comprender los peligros y beneficios asociados al uso de medicación psicotrópica (Fawcett, Baldessarini, Coryell, Silverman, & Stein, 2009).

Por el contrario, en un estudio que evaluaba el incremento de riesgo de suicidio, impulsos de suicidio o tentativas de suicidio asociados a antidepresivos del tipo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), muestra que la proporción de suicidio fue similar entre los tres grupos de pacientes asignados a las diferentes condiciones del ensayo clínico, esto es, a) pacientes tratados con antidepresivos ISRS, b) pacientes tratados con antidepresivos de otro tipo y c) pacientes del grupo placebo. Sin embargo, en el mismo artículo sus autores concluyen que estos resultados no se pueden extrapolar al conjunto de población de pacientes deprimidos, al señalarse que quienes tomaron parte en los ensayos clínicos no se pueden identificar con las muestras clínicas habituales de pacientes deprimidos ya que los primeros presentaban depresión leve o moderada, no eran suicidas activos al entrar en el ensayo y la mayoría eran pacientes ambulatorios sin comorbilidad de otra enfermedad mental o abuso de sustancias. Finalmente, también se aclara que la participación en los ensayos clínicos

fue generalmente más corta que la llevada a cabo en la práctica clínica general (Khan, Khan, Kolts, & Brown, 2003).

En 2003, la FDA en Estados Unidos advirtió que todos los medicamentos antipsicóticos de segunda generación incrementan el riesgo de trastornos metabólicos como hiperlipidemia y diabetes. Los de mayor riesgo son la olanzapina y clozapina, los de riesgo intermedio son la risperidona y quetiapina, y los de bajo riesgo son el aripiprazol y la ziprasidona. Después de dicho anuncio la prescripción de estos fármacos descendió, aunque con diferencias según el grupo étnico, así los hispanos tuvieron mayor probabilidad de seguir recibiendo olanzapina que los blancos (Dusetzina, Cook, Busch, Alexander, & Huskamp, 2013).

Para facilitar este control metabólico en pacientes con trastorno mental severo tratados con dichos fármacos antipsicóticos de segunda generación y reducir así el riesgo cardiovascular, desde el sector de la atención primaria se reclama una mejor comunicación con especialistas de psiquiatría (Mangurian et al., 2013).

Pese a ello, se ha mostrado que en la práctica profesional de la psiquiatría, no se tiende a documentar de manera sistemática en los registros de los pacientes el consentimiento informado a la hora de prescribir medicamentos antipsicóticos (Schachter & Kleinman, 1998).

Como se ha señalado anteriormente, el consumo de las benzodiazepinas más allá de los seis meses puede conducir a tolerancia y dependencia, además desde hace algunos años, existe preocupación por el abuso de ansiolíticos como el Valium o el Xanax, o el deterioro de la memoria debido al Halcion (Preston et al., 2013). También se han estudiado los efectos residuales de los fármacos hipnóticos o inductores de sueño como la somnolencia diurna y la afectación sobre el funcionamiento cognitivo y psicomotor durante el día posterior a la administración nocturna. Sin embargo, la duración de estos efectos varía considerablemente entre hipnóticos y dependen fuertemente de la dosis administrada. Más en concreto, se han observado su posible implicación en accidentes, caídas y fracturas de cadera, encontrándose que el riesgo de accidentes aumenta con el incremento de la vida media del hipnótico, aunque el uso de

hipnóticos con una vida media corta, como el triazolam, zopiclone o zolpidem también pueden estar asociados a un incremento del riesgo (Vermeeren, 2004).

Pese a las buenas expectativas generadas por los nuevos tipos de antidepresivos que siguieron a los tricíclicos y los inhibidores de la mono-amino oxidasa, la proporción de eficacia no ha mejorado, puesto que la remisión total tiene lugar en el 30 % de los pacientes, una respuesta parcial ocurre en el 40 % de los pacientes y ninguna mejoría en absoluto se da en otro 30 % de los pacientes (Gumnick & Nemeroff, 2000).

Los antidepresivos tricíclicos (como la amitriptilina, imipramina, desipramina y clomipramina) causan toxicidad cardíaca, muerte repentina, disminución del umbral para convulsiones y son mortales en sobredosis (Stolerman, 2010).

Los antipsicóticos llamados típicos, bloquean los receptores dopaminérgicos D2 de la corteza mesolímbica, la cual no solo media en los síntomas positivos de la esquizofrenia, sino que también lo hacen en el sistema normal de recompensa del cerebro (en el que el núcleo accumbens es considerado el “centro del placer”), por lo que los pacientes quedan apáticos, anhedónicos (incapacitados para experimentar placer), faltos de motivación, y con interés reducido por actividades de ocio e interacción social – un estado muy similar al debido a los síntomas negativos de la psicosis y conocido como síntomas negativos secundarios. Además, los antipsicóticos también bloquean los receptores D2 en la vía mesocortical (donde puede haber previamente una disminución de la dopamina en la esquizofrenia), lo que puede causar o empeorar los síntomas negativos o cognitivos. El bloqueo de receptores D2 de la vía dopaminérgica nigroestriada produce parkinsonismo y el bloqueo en la vía dopaminérgica tuberoinfundibular produce hiperprolactinemia, pudiendo interferir con la fertilidad en la mujer (Stahl, 2008).

Los efectos secundarios motores derivados del bloqueo de receptores D2 en la vía dopaminérgica nigroestriada y denominados de forma genérica como síntomas extrapiramidales y causados por los antipsicóticos típicos pueden ser manipulados por la adición de fármacos antiparkinsonianos como benzotropina, trihexipenidil o biperideno. Sin embargo, estos medicamentos también generan efectos secundarios, tales como boca seca, visión borrosa y estreñimiento (Preston et al., 2013).

Durante muchos años hasta la introducción de los antipsicóticos atípicos, había un difícil problema girando alrededor del consentimiento informado y que concernía al riesgo de desarrollar discinesia tardía, un desafortunado efecto secundario, generalmente debido al tratamiento a largo plazo con antipsicóticos típicos, también denominados de primera generación (por ejemplo, clorpromazina o haloperidol) (Schatzberg et al., 2010).

Los psicofármacos también se emplean para tratar episodios agudos de violencia (López-Muñoz, Álamo, & Cuenca, 1999).

La sobreprescripción de benzodiazepinas encontrada en atención primaria plantea la actuación en este sentido, así como mejorar la coordinación entre psiquiatras y médicos de atención primaria (Vedia Urgell et al., 2005).

También se ha recogido el incremento de incidencia de convulsiones en pacientes tratados con antipsicóticos como la clozapina o la olanzapina, y en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo medicados con clomipramina; el alprazolam, el bupropion de liberación inmediata y la quetiapina también estuvieron asociados a una incidencia de convulsiones más elevada (Alper, Schwartz, Kolts, & Khan, 2007). Por otro lado, se ha asociado la disminución aguda de granulocitos en la sangre tras el inicio de la terapia con al menos algunos de los siguientes psicofármacos usados para tratar los síntomas de psicosis aguda: lamotrigina, mirtazapina, quetiapina y venlafaxina. En un caso, el desenlace fue fatal (Nazer, Shankar, Ali, & Al-Najjar, 2012).

Se ha apuntado a agentes del sector de la industria farmacéutica como responsables implicados en la ampliación de los límites de la enfermedad tratable para expandir el mercado de sus propios productos (Moynihan et al., 2002). Las empresas farmacéuticas emplean enormes sumas de dinero en marketing dirigido a médicos, incluyendo además el obsequio de regalos u otras formas más sutiles de persuasión (cursos de formación) para que receten sus fármacos (Diaz, 2008).

La literatura recoge ejemplos de vinculación entre la promoción de enfermedades y los intereses en la venta de productos farmacéuticos. Así se citan el desorden premenstrual disfórico y el uso de antidepresivos, o el caso del desorden bipolar no específico y la ciclotimia para ser medicados con antipsicóticos, siendo aún

más grave si cabe el papel de algunas marcas farmacéuticas a la hora de incitar a padres y maestros a favor el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Iriart, 2008).

Se ha descrito la implicación de la compañía farmacéutica que promocionaba su fármaco antidepresivo como válido para el tratamiento de la fobia social en la orquestación de una campaña mediática que sostenía entre otras cosas, que un millón de australianos padecían de un trastorno psiquiátrico infradiagnosticado y que tenía por nombre fobia social. Dicha marca farmacéutica financió una conferencia para dar a conocer la fobia social entre médicos generales y otros profesionales de la salud (Moynihan et al., 2002).

En 1999, la farmacéutica SmithKline consiguió la primera licencia de la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos para tratar la ansiedad social y pese a los éxitos logrados por la competencia en las impresionantes ventas del Prozac (Fluoxetina), aquella no renunció al Paxil (Paroxetina, también comercializado como Seroxat en Europa), lanzando una campaña publicitaria en la que hacían ver que el Paxil se dirigía a las células receptoras cerebrales de manera más inteligente que el Prozac o el Zoloft. Estaban decididos a no presentarlo únicamente como antidepresivo, SmithKline se sirvió de la ayuda de los publicistas Cohn and Wolfe para reinventarlo principalmente como ansiolítico, y posteriormente, como el remedio para la timidez. Estos mismos publicistas admiten que no solo se limitan a poner medicamentos en el mercado, sino que también saben influir sobre la Administración de Medicamentos y Fármacos, la Agencia Europea para los Medicamentos y otras agencias reguladoras. El objetivo de su campaña fue “educar a los periodistas, a los consumidores y, en algunos casos, a los médicos, en un esfuerzo por propiciar el diagnóstico y el tratamiento”. El título de al menos uno de los artículos aparecidos en la prensa resumía el planteamiento: “Tú no eres tímido, estás enfermo” (Lane & Muñoz, 2010).

En el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en infancia y adultez, las páginas web se refieren a los efectos de los fármacos en términos de la teoría del desequilibrio químico. Por ejemplo, la página web de Concerta, una forma de

acción retardada del metilfenidato para tratar dicho trastorno y producido por el laboratorio Jansen afirma que:

“Se cree que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad está causado también por un nivel más bajo, o desequilibrio de sustancias químicas llamadas neurotransmisores. Estos neurotransmisores comunican unos con otros a lo largo de todo el día y regulan la atención, la organización y la toma de decisiones en los niños. Se piensa que la medicación para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad restaura el equilibrio o nivel de estos neurotransmisores, conduciendo a muchas mejoras académicas y conductuales.”

<http://www.concerta.net/concerta/pages/about-treatment.jsp>

Pese a estas afirmaciones, no hay una teoría bien aceptada equivalente a la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia o de la teoría monoaminérgica de la depresión que vincule directamente las acciones de los estimulantes con un proceso patológico subyacente propuesto para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Moncrieff, 2008).

Por otro lado, la ética del proceder en los ensayos clínicos de la considerable oligarquía de las firmas farmacéuticas parece ser: esto es lo que la administración de medicamentos y alimentos de Estados Unidos requiere (Hertzman & Adler, 2010).

6.1 Interacciones farmacológicas.

Los fármacos pueden interaccionar farmacocinéticamente (cuando un fármaco afecta a la absorción, distribución, metabolismo o excreción de otro) o farmacodinámicamente (a nivel celular o intracelular debido a propiedades similares u opuestas de dos o más fármacos), siendo este último caso el de la coadministración de antidepresivos tipo IMAO y los de tipo ISRS, donde el incremento de la concentración sináptica de serotonina puede dar lugar al síndrome serotoninérgico (taquicardia, hiperactividad, hipertensión, distrés gastrointestinal, temblores, hipertermia, sudoración, cambios en el estado mental, y en su forma más severa, colapso circulatorio) (Gumnick & Nemeroff, 2000).

Los antidepresivos del tipo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina tienen un riesgo de interacciones farmacodinámicas más limitado que los antidepresivos tricíclicos o los antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasa, pero sin embargo, el riesgo de interacción farmacocinética es mayor (Botts & Alfaro, 2001).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen la propiedad secundaria de inhibir la actividad del enzima humano citocromo P450 responsable del metabolismo oxidativo de muchos fármacos. Un número clínicamente importante de interacciones farmacocinéticas son consecuencia de estos efectos inhibitorios en el citocromo (Greenblatt, Von Moltke, Harmatz, & Shader, 1997). Uno de estos antidepresivos, la fluoxetina, en combinación con otros antidepresivos, o con neurolépticos (antipsicóticos) puede dar lugar a interacciones clínicamente significativas (Ciraulo & Shader, 1990). Por ejemplo, la combinación entre el antidepresivo fluoxetina y el antipsicótico risperidona, puede dar como resultado el incremento de las concentraciones plasmáticas de este último hasta niveles de toxicidad (Spina et al., 2002).

6.2 Efecto Placebo

En la clínica ha sido ampliamente reconocido que los tratamientos ficticios como las cápsulas de glucosa o una solución salina pueden tener la capacidad de poner en marcha procesos de salud, algunas veces de manera muy acentuada, en el interior de los pacientes (Harrington, 1999). Se ha relacionado al efecto placebo con la relación entre doctor y paciente, así como otra serie de factores que se derivan de dicha relación (Shapiro, 1959).

Los factores placebo tienen un apuntalamiento neurobiológico y un efecto real en el organismo, más allá de ser un sesgo en la respuesta. En otras ocasiones, pueden deberse a mecanismos inconscientes, tales como el condicionamiento clásico de la respuesta inmune, hormonal y respiratoria (Price, Finniss, & Benedetti, 2008).

La neurobiología del efecto placebo nació en 1978 cuando la analgesia inducida por placebo fue bloqueada por el antagonista opioide naloxona, lo que indicaba una implicación de los opioides endógenos (Levine, Gordon, & Fields, 1978).

El placebo tiene un efecto sobre los resultados de un tratamiento hasta el punto en que la administración abierta de un tratamiento en la cual, el sujeto sabe qué está pasando y espera una respuesta, resulta más efectiva que en el caso de un tratamiento ocultamente administrado, en el cual, el sujeto no sabe que una terapia está siendo administrada y, por tanto, no espera nada (Colloca, Lopiano, Lanotte, & Benedetti, 2004). La administración esperada de una sustancia tiene un efecto más poderoso sobre el metabolismo regional del cerebro que la administración no esperada (Volkow et al., 2003). Existen evidencias de que el efecto placebo está mediado por los mecanismos dopaminérgicos de recompensa en el cerebro y que se encuentra relacionado con la expectativa de beneficio clínico (de la Fuente-Fernández, Schulzer, & Stoessl, 2002).

En el caso de pacientes internados que han sido tratados con placebo para la depresión, se atribuye la mejoría clínica al cambio de ambiente que conlleva el internamiento (Mayberg et al., 2002).

Cada vez hay mayores dificultades para demostrar en ensayos clínicos que los antidepresivos – incluso los ya bien estudiados – funcionan de hecho mejor que el placebo. El problema de trasladar los resultados de los ensayos clínicos a la práctica clínica puede ser debido a la fluctuación en las tasas de respuesta al placebo, las cuales son en ocasiones tan altas como las tasas de respuesta al antidepresivo en el marco de los ensayos clínicos (Stahl, 2008).

La respuesta al placebo es con frecuencia bastante alta en los ensayos clínicos aleatorizados y la proporción de respuesta eficaz de la medicación mostrada habitualmente es solo del 25 al 30 % más alta que el placebo, mientras que la Food and Drug Administration de Estados Unidos dictamina que ha de ser al menos del 50 %, por tanto, la respuesta al placebo está recibiendo, de manera nada sorprendente, una considerable atención (Gumnick & Nemeroff, 2000).

Los efectos del placebo también se hacen notar en otro fenómeno subjetivo como es la percepción del dolor. De este modo, cuando se comparó a un grupo de

pacientes con dolor que fueron tratados con placebo y un grupo de pacientes con dolor en ausencia de tratamiento se observó una reducción de la intensidad del dolor en el primer grupo (Hróbjartsson & Gøtzsche, 2001).

Sin embargo, algunos psiquiatras y psicólogos clínicos están fascinados con el efecto placebo, y no lo consideran como un problema, sino más bien como una fuente de perspicacia dentro de la salud mental (Enserink, 1999).

6.3 Grupos de Riesgo

En este apartado se presentan datos circunscritos a colectivos específicos que son portadores de un especial riesgo en cuanto al consumo de psicofármacos, ya sea por su vulnerabilidad en términos de desarrollo evolutivo, como es el caso de la infancia y la ancianidad, añadiéndose a este último grupo los peligros de las interacciones farmacológicas por el elevado consumo de medicamentos diversos, y también, el riesgo de abuso y dependencia que se asocia con mayor frecuencia a la mujer.

6.3.1 Infancia y adolescencia

La prescripción de psicofármacos durante la infancia y adolescencia debe partir de una completa evaluación psiquiátrica previamente al inicio de la farmacoterapia, así como la obtención del historial médico, y en su caso, una evaluación médica. Otra peculiaridad de la prescripción en niños y adolescentes viene derivada de la falta de ensayos clínicos aleatorizados en niños y adolescentes lo que requiere que los resultados obtenidos en adultos se extiendan a aquella población, a pesar de que dicha extrapolación no puede asumirse (Martin, Scahill, & Kratochvil, 2010).

La psiquiatría infantil es especialmente vulnerable a las compañías farmacéuticas por diversas razones. No hay test de validación externa para los diagnósticos que los diagnósticos propuestos, por lo tanto, los límites entre la normalidad y los trastornos pueden ser fácilmente manipulados (Timimi, 2008).

Los niños y adolescentes que toman psicofármacos y conducen bicicletas o motocicletas, coches o puedan manejar maquinaria peligrosa deberían ser informados de que esta medicación puede tener efectos sedantes y otros perjuicios, así como, aguardar hasta observar las reacciones que en ellos provoca la ingesta de psicofármacos antes de implicarse en estas actividades (Green, 2007).

La observación clínica muestra un incremento de la proporción de prescripción de psicofármacos entre población preescolar, apuntándose en algún estudio a profesionales de la pediatría como responsables de la mayor parte de las prescripciones (Dittmann et al., 1981).

Los datos de fuentes epidemiológicas sobre psicofármacos en infancia y adolescencia deberían dar cuenta en efecto de hospitalizaciones reducidas, menos interrupción escolar y ausencia de reacciones adversas para la salud, como por ejemplo, ausencia de disfunción endocrina en chicas (Zito, 2007). En cuanto a los efectos de los psicótrópos sobre el crecimiento durante la infancia y adolescencia, se ha observado que los estimulantes pueden afectar adversamente el incremento normal de altura y crecimiento, al menos, temporalmente, en algunos infantes y adolescentes en desarrollo (Green, 2007).

Además, infantes y adolescentes que usaron medicación para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad mostraron un doble de riesgo de sufrir admisiones hospitalarias por daños, al ser comparados con una muestra de niños y adolescentes de edad y distribución por sexos similares, pero que no tomaron dicha medicación (van den Ban et al., 2014).

Se ha indicado la asociación entre niños de clase social media y alta a un mayor consumo de psicofármacos, lo que se ha interpretado en términos de estar sometidos a mayores expectativas de rendimiento social y académico (Faraone et al., 2010).

El trastorno bipolar pediátrico construido dentro de la categoría “no especificado” del trastorno bipolar en la quinta edición del manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013) está llegando a ser una epidemia en Estados

Unidos y es que la expansión de las categorías “no especificado” incrementa el sobrediagnóstico de casos “subumbral” y la prescripción excesiva (Raven & Parry, 2012).

El uso de fluoxetina y estimulantes son dos ejemplos típicos de cómo las compañías farmacéuticas han contribuido a la amplia aceptación de creencias erróneas sobre la seguridad y eficacia del empleo de medicinas psicotrópicas en niños y adolescentes (Timimi, 2008).

6.3.2 Mujer

Las mujeres son las principales usuarias de psicofármacos en el Sistema Sanitario Español (Romo et al., 2003).

De acuerdo con los datos National Medical Care Expenditure Survey de Estados Unidos, las mujeres tienen mayor probabilidad de ser prescritas con psicofármacos (Cafferata, Kasper, & Bernstein, 1983), de tal manera que determinadas responsabilidades relacionadas con rol familiar y eventos estresantes influye en el incremento de dicha probabilidad. Profesionales de la medicina señalan que las mujeres consultan más y somatizan más que los hombres, lo que podría determinar la mayor prescripción de psicofármacos entre ellas (Romo et al., 2003). Las razones apuntadas para el consumo de psicofármacos en la mujer en sus distintos periodos evolutivos muestran que entre las más jóvenes predominan las preocupaciones relacionadas con su cuerpo, entre las de edad media las asociadas a la doble carga laboral y familiar, y finalmente, las más mayores se inclinan hacia causas relacionadas con la depresión, siendo este último un grupo de alto riesgo (Romo et al., 2003).

El mayor predominio de prescripción de psicofármacos entre las mujeres en comparación con los hombres, se pone de manifiesto solamente en los ansiolíticos y antidepresivos (Simoni-Wastila, 1998).

La exposición a los antidepresivos en mujeres embarazadas afecta a los niveles medios de inhibina, gonadotropina coriónica y estradiol, aunque falta por confirmar si este efecto tiene significación clínica (Schroeder et al., 2014). Por otra parte, se ha

advertido de los riesgos de la interrupción brusca del consumo de antidepresivos y benzodiacepinas entre mujeres embarazadas debido al miedo de perjuicio sobre el feto, señalándose que el consejo médico tiene un efecto tranquilizador en este sentido, y más de la mitad de las mujeres reanudan la toma de estos psicofármacos (Einarson, Selby, & Koren, 2001).

Entre las mujeres con enfermedad mental, el embarazo no deseado es común, lo que resulta en una exposición de múltiples psicofármacos durante el primer trimestre de embarazo. La mayor parte de mujeres en esta misma situación que fueron consultadas, reportaron no haber tenido asesoramiento antes de quedarse embarazada, lo cual, debe ser parte integrada de su tratamiento y educación (Desai, Babu, & Chandra, 2012).

Un estudio llevado a cabo en España, Francia e Italia y en el que se han comparado entre hombres y mujeres las reacciones adversas a los fármacos en general, y a los antidepresivos en particular, recoge que no existen diferencias significativas por sexo, aunque estas puedan ser en ocasiones sutiles y difíciles de observar (D'Incau et al., 2014).

Anuncios en revistas de países del norte de Europa como Noruega, Finlandia o Suecia mostraban que los psicofármacos ayudarían a las mujeres a cumplir con las expectativas de su rol de género (Lovdahl & Riska, 2000).

6.3.3 Población anciana

La población anciana también merece interés puesto que supone un grupo especialmente vulnerable dado el gran consumo de medicamentos con lo que se potencia el riesgo de reacciones adversas e interacciones. En pacientes de anciana edad existe una presencia de múltiples estados de enfermedad, y por lo que se requiere del empleo de polifarmacología, a lo que hay que añadir otros factores como los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades, la constitución genética y la dieta, que en su conjunto, pueden alterar la respuesta del organismo a los

medicamentos, aumentando la predisposición a sufrir de efectos adversos e interacciones farmacológicas varias (Spina & Scordo, 2002).

Por otra parte, en casi la mitad de casos de fractura de cadera estaba presente el consumo de benzodiazepinas. De acuerdo con ello, los fármacos principalmente asociado a este tipo de lesiones son benzodiazepinas como el nitrazepán y flurizepán, por sus efectos sedantes y también los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, ya que provocan hipotensión postural (González Sánchez, Rodríguez Fernández, Ferro Alfonso, & García Milián, 1999). Las intervenciones para reducir en población anciana enfocadas en reducir el número total de fármacos y la retirada de la medicación psicotrópica podría mejorar la calidad y seguridad del tratamiento farmacológico en atención primaria (Milos et al., 2014).

También entre la población anciana la interacción entre algunos antidepresivos del tipo ISRS, en especial, la fluvoxamina y la medicación para la prevención de accidentes cardiovasculares o cerebrovasculares, esto es, las estatinas (atorvastatina, simvastatina o lovastatina), puede llegar a producir efectos adversos como la miopatía (Andrade, 2014).

Los antipsicóticos son usados en su mayoría para el tratamiento de síntomas psicológicos y comportamentales en los cuadros de delirium. La mortalidad incrementada en ancianos y pacientes con demencia que reciben antipsicóticos sugiere precaución a la hora de prescribir antipsicóticos para tratar el delirium (Drach, 2014).

Capítulo 7. Actitudes hacia la prescripción de psicofármacos y modelos explicativos de sus mecanismos de acción.

Son pocos los estudios interesados en la opinión de profesionales de la salud sobre la prescripción de psicofármacos (Heinze et al., 2013), y dentro de estos, se ha apuntado a cierto desconocimiento en la adecuada prescripción por parte de médicos no psiquiatras, reportando estos una actitud intermedia tanto a la hora de valorar los efectos positivos, como negativos de este tipo de medicamentos. (Galli et al., 2000).

Los estudios en actitudes hacia psicofármacos en estudiantes de medicina muestran que hay un cambio en la tendencia de considerar estos fármacos a lo largo de la carrera, de tal forma que al comienzo de la formación, se muestran más escépticos, y en el final del periodo, informan de una visión más positiva, aunque persisten aspectos críticos (Hillert, Sandmann, Angermeyer, & Daumer, 1994).

La bibliografía relacionada con las actitudes hacia la prescripción de psicofármacos está más encaminada a identificar las razones de elección para diferentes tipos o modalidades de tratamiento. Así por ejemplo, se han intentado identificar las motivaciones hacia la elección de un tratamiento antipsicótico en modo oral frente al inyectable de liberación prolongada (Iyer et al., 2013), o entre polifarmacología frente a monoterapia en pacientes psicóticos (Correll et al., 2011) o entre psicofármacos de marca o genéricos, encontrándose en este último caso que la decisión de prescribir

antidepresivos o antipsicóticos de marca o genéricos entre psiquiatras, está influenciada por actitudes vagas hacia las propiedades de unos y otros, además de por factores “no basados en la evidencia” como tolerancia con incertidumbre (Hamann, Mendel, Kissling, & Leucht, 2013).

También ha habido interés hacia el modo en que la actitud de prescriptores en atención primaria puede influir en sus pacientes a la hora de que estos continúen o interrumpan su tratamiento con antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (van Geffen et al., 2011).

Además, hay que tener en cuenta que en ocasiones los psicofármacos se prescriben buscando su utilidad terapéutica en relación con trastornos que no figuran entre las indicaciones autorizadas (uso compasivo) como es el caso de trastornos de personalidad, dependencias y conductas disfuncionales, siendo un caso representativo aunque no el único, el contexto penitenciario (Algora-Donoso & Varela-González, 2008).

En referencia hacia el seguimiento de las prescripciones de psicofármacos, se ha señalado la necesidad de efectuar revisiones cuando como en el caso de las benzodiacepinas, encontramos a pacientes que tras meses o años de consumo, el motivo de la prescripción ha quedado ya diluido, por lo que se debe considerar la deshabitación de dicho tratamiento (Vicens Caldentey & Fiol Gelabert, 2008).

Sin embargo, en otros casos, es la propia demanda de antidepresivos por parte de los pacientes, junto con la falta de tiempo asistencial y los anuncios farmacéuticos, quienes se señalan como responsables de la sobreprescripción de antidepresivos (Tentler, Silberman, Paterniti, Kravitz, & Epstein, 2008). Otras veces, este exceso de prescripción de antidepresivos podría estar influido por la similitud entre la sintomatología depresiva y las manifestaciones del hipotiroidismo (Quiroz, Gloger, Valdivieso, Ivelic, & Fardella, 2004).

También se ha indicado que la farmacoterapia y la psicoterapia tienen valor añadido cuando se usan juntas en el caso de la depresión, y probablemente en otros trastornos psicopatológicos, formulándose recomendaciones para ello como el establecimiento de una alianza terapéutica a tres bandas (paciente, farmacoterapeuta y

psicoterapeuta), la toma de conciencia sobre sentimientos de competitividad o el reconocimiento de cuestiones ocultas más allá de la medicación en la demanda de tratamiento, todo ello para hacer el tratamiento más exitoso (Kahn, 1991).

Se ha señalado una tendencia a la medicalización de la vida cotidiana la cual se realiza en los profesionales consultados desde tres enfoques que se complementan y se encuentran relacionados entre sí. Estos serían el avance de las neurociencias sobre otras corrientes como el psicoanálisis por un lado, la invención de enfermedades que conlleva “enfermedades de moda” por otro lado, y por último, reemplazar la idea de enfermedad y curación por la idea de malestar y calidad de vida (Arizaga, 2007).

La consideración del trastorno como enfermedad por parte de la psiquiatría positivista prescinde del sujeto, ya que el síntoma sería un signo del trastorno en sus equilibrios cerebrales, y se propone por tanto, suprimirlo a través del medio artificial que consiste en el medicamento (Galende, 2008).

Desde la psiquiatría se sale al paso de las críticas sobre la validez de los criterios diagnósticos psiquiátricos argumentando que en la actualidad hay trastornos no psiquiátricos que se diagnostican sin pruebas de laboratorio específicas, tal como es el caso de la migraña y la esclerosis (Maj, 2013).

El modo en que se concibe la acción de los psicofármacos ha dado lugar al planteamiento de dos modelos, cada uno de los cuales describiría un punto de vista diferenciado (Moncrieff, 2008). El primer modelo presumiblemente estaría asumido por gran parte de medicina psiquiátrica y se caracterizaría en primer lugar por asumir la idea de que los psicofármacos actúan sobre un proceso de enfermedad física subyacente, revertiendo este proceso anormal, llevando al organismo hacia un estado biológico normal. Desde este modelo se defiende que los psicofármacos o bien actúan sobre las causas subyacentes a una enfermedad o condición como la esquizofrenia, o bien que los psicofármacos actúan sobre la patogenia responsable de determinados conjuntos de síntomas psiquiátricos, pero no tienen por qué incidir sobre la causa última de la condición. De este modo, la forma en que la medicación psicotrópica es denominada y clasificada actualmente es acorde a la enfermedad sobre la que se considera que actúan, es decir, antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo

e hipnóticos. Sin embargo, estos medicamentos no son designados por su naturaleza química o acción fisiológica. Incluso los estimulantes son ahora denominados como “tratamientos para el déficit de atención”, y algo parecido ocurre con las benzodiacepinas designadas como ansiolíticos.

Dentro de este modelo también se da forma a la manera en que las investigaciones sobre la eficacia de los psicofármacos son llevadas a cabo. En este sentido, los ensayos clínicos aleatorizados recogen los efectos de la medicación psiquiátrica partiendo de puntuaciones en escalas de medida sobre síntomas de los pacientes, que se presume son una medida de manifestaciones de un estado patológico subyacente, mientras que el resto de los efectos de la sustancia son llamados “efectos secundarios” y desatendidos (a menos que resulten tan molestos o peligrosos que ello no sea posible). Este modelo que ha sido importado de la medicina incorpora en su versión más pura la idea de que los fármacos actúan como “balas mágicas” o lo que es lo mismo, que actúan contra la zona del organismo que causa la enfermedad, resultando inocuos en el resto del cuerpo. El caso paradigmático de este modelo que viene siendo defendido por los psiquiatras ortodoxos es el de que los psicofármacos serían a la enfermedad mental, lo que la insulina es a la diabetes. Por tanto, la medicación psicotrópica no actuaría sobre la causa última de la enfermedad mental, si no sobre su patogenia (de igual modo que la insulina en el caso de la diabetes). Este modelo en el que todas estas concepciones sobre la acción de los psicofármacos son entendidas ha sido presentado como **modelo centrado en la enfermedad** (Moncrieff, 2008).

Los planteamientos coincidentes con este modelo hablan de la implicación de anomalías en la función de la neurotransmisión que afectaría según el caso a la serotonina, noradrenalina o dopamina.

Así, se ha vinculado a la serotonina en la depresión y la ansiedad (Baldwin & Rudge, 1995) (García-García, Newman-Tancredi, & Leonardo, 2014) (van Vliet, den Boer, & Westenberg, 1994) o en el trastorno obsesivo compulsivo (Barr, Goodman, Price, & McDougale, 1992). El sistema receptor de la serotonina ha sido implicado en varias funciones del sistema nervioso central (ritmo circadiano, termorregulación, sueño en fase de movimientos oculares rápidos o REM, nocicepción y memoria) y también en

síntomas neuropsiquiátricos y patologías tales como la ansiedad, depresión o esquizofrenia (Di Pilato et al., 2014).

En cuanto a la transmisión noradrenérgica central, se habla de un trastorno en el mismo en el que estarían implicados cambios en los adrenoreceptores asociados con la función del eje pituitario adrenal (B. E. Leonard, 1997). Las revisiones de la literatura defienden que la noradrenalina juega un papel importante en la patogénesis y tratamiento de la depresión y se apunta a un incremento de la eficacia en el tratamiento de la depresión cuando se utiliza un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (Bradley & Lenox-Smith, 2013).

En lo referido a la transmisión dopaminérgica, se especula sobre la relación entre la excesiva estimulación de receptores D2 de dopamina en el cortex asociativo estriado y la falta de estimulación de los receptores D1 de dopamina en el cortex prefrontal con modificaciones en la conectividad neuronal prefrontal implicada en los receptores N-metil aspartato (NMDA) de la transmisión del glutamato (Laruelle, 2014) para el caso de la esquizofrenia.

Además, se insta a comprender el papel modulador de la dopamina sobre la plasticidad sináptica en el desarrollo ya que su alteración podría desembocar en la aparición de enfermedades neuropsiquiátricas (Selemon, 2014).

La teoría del desequilibrio químico como causa de problemas emocionales y de conducta en la infancia es obviamente favorecedora, y por lo tanto, promovida por la industria farmacéutica, a pesar de la escasa evidencia para apoyar formulaciones tan reduccionistas (Timimi, 2008).

En Europa y América se ha instado a profesionales de la psicología para que adquieran una formación básica en psicofarmacología a fin de facilitar el abordaje de pacientes consumidores de este tipo de fármacos (Sánchez Escobedo, Stump, & Giorgis, 2003). No obstante, debido a su formación no médica estas tentativas han fracasado. Además el colectivo de profesionales de la psicología muestra mayor acuerdo con los efectos negativos de los psicofármacos y desacuerdo con los efectos positivos de los mismos, relacionándolos con la posibilidad de desarrollar adicción y efectos secundarios (Galli et al., 2000).

Un estudio internacional desarrollado en catorce países para indagar en las razones por las que los médicos generales prescriben psicofármacos a sus pacientes, ha mostrado que aunque los antidepresivos fueron más usados para los trastornos depresivos y los ansiolíticos para los pacientes con trastornos de ansiedad, el diagnóstico diferencial no fue por otra parte, un factor importante en la conducta de prescripción. Los antidepresivos y ansiolíticos fueron prescritos dos veces más frecuente en “clínicas centradas en el paciente” siguiendo un “modelo médico personal”, en contraposición a los contextos no centrados en el paciente, donde la atención era menos personalizada (Kilely, Linden, Bellantuono, Simon, & Jones, 2000).

Pero por otro lado, recientemente ha sido propuesto un modelo de acción del fármaco alternativo al llamado modelo centrado en la enfermedad, y que ha sido designado como **modelo centrado en el fármaco** (Moncrieff & Cohen, 2005).

Este modelo centrado en el fármaco sugiere que el valor terapéutico de un psicofármaco está derivado de la cualidad particular del estado anormal que el mismo produce. En el caso de los fármacos que actúan sobre el cerebro o el sistema nervioso central, este estado implica una alteración de la experiencia subjetiva o la conciencia. Los fármacos psiquiátricos son drogas psicoactivas, las cuales por sus efectos alteran la vida mental y emocional, así como la conducta mientras dura el tratamiento (Cohen & Jacobs, 2007).

Continuando con este modelo, cuando se considera que los fármacos son consumidos de manera recreativa, no se tiene problema en reconocer este hecho y la alteración del estado mental que el fármaco produce es denominada “intoxicación”. Pero no hay distinción fundamental entre los fármacos usados para propósitos psiquiátricos y otras drogas psicoactivas. Además, los efectos de las drogas siempre están sujetos a variaciones individuales, es decir, la respuesta biológica a las drogas en la gente varía en torno a sus expectativas sobre los efectos que las mismas inducen y además, la experiencia del consumo por el contexto en el que la sustancia es consumida, incluyendo las circunstancias sociales y el estado emocional del momento.

Algunos efectos inducidos por el fármaco pueden ser útiles o deseables en determinadas situaciones sociales e interpersonales, incluyendo aquellas situaciones que

captan la atención de los psiquiatras y que son denominadas trastornos mentales. Deducir qué efectos terapéuticos podría tener un psicofármaco demanda por tanto, el conocimiento detallado del modo en que el mismo modifica el funcionamiento mental normal, lo cual puede ser emparejado con los efectos que el paciente desea alcanzar. Sin embargo, el reconocimiento de que el fármaco produce estados alterados y no un retorno del organismo a la normalidad, indica como en sí mismos, constituyen una fuente de estrés tanto físico como psicológico. Aunque pueda conllevar un respiro, un estado de intoxicación es improbable que conduzca a una vida normal. El caso del alcohol ilustra como el modelo centrado en el fármaco puede el potencial uso terapéutico de los fármacos para problemas conductuales o psiquiátricos. El alcohol tiene efecto ansiolíticos, euforizantes y desinhibición social entre otros, pudiendo estos efectos tener utilidad sobre la fobia social, pero no porque la sustancia corrija una anormalidad física subyacente, sino porque los efectos que la misma produce en la gente que pueda experimentar dificultades en situaciones sociales (Moncrieff, 2008).

En la siguiente tabla se comparan las características que definen a ambos modelos sobre la acción de los psicofármacos, esto es, el modelo centrado en la enfermedad y el modelo centrado en el fármaco. Ver tabla 4.

Tabla 4. Modelos alternativos de la acción del fármaco (Moncrieff & Cohen, 2005).

Modelo Centrado en la Enfermedad	Modelo centrado en el Fármaco
<ul style="list-style-type: none">• El fármaco ayuda a corregir un estado cerebral anormal.• Los efectos terapéuticos del fármaco derivan de sus efectos sobre la presumible patogenia de la enfermedad.• Los efectos de los fármacos pueden diferir entre pacientes y voluntarios.• Los resultados de la investigación sobre fármacos consisten en efectos sobre medidas de la enfermedad y sus manifestaciones o síntomas.• Paradigma: insulina para la diabetes.	<ul style="list-style-type: none">• El fármaco crea un estado cerebral anormal.• Los efectos terapéuticos derivan del impacto del estado inducido por la sustancia sobre problemas emocionales y conductuales.• Los efectos no difieren.• Los resultados consisten en el estado global producido por la ingestión y cómo esta interactúa con conductas y experiencias.• Paradigma: alcohol para la fobia social o ansiedad social.

En función de los argumentos expuestos relacionados con posiciones asumidas sobre la acción de los psicofármacos, las expectativas sobre sus efectos –tanto terapéuticos como indeseados-, y/o la interacción de los mismos sobre los procesos psicológicos y psicopatológicos se pretende identificar diferentes perfiles de prescriptores de psicofármacos en la atención primaria, tomando como referencia nuestro país, e incorporando algunos datos de Latino América y observar si ello se relaciona con los hábitos de prescripción de esta clase de fármacos.

También se considera de interés estudiar si existen diferencias entre las actitudes hacia los psicofármacos entre los profesionales de la medicina y los estudiantes de la Facultad.

SEGUNDA PARTE. MARCO EMPÍRICO

Índice de contenidos:

- *Justificación*
- *Objetivos de la investigación*
- *Metodología y diseño de la investigación*
- *Resultados obtenidos*
- *Discusión general*
- *Conclusiones del estudio*
- *Principales limitaciones o problemas*
- *Prospectiva*
- *Resumen*

Capítulo 8. Justificación

Desde tiempos remotos, la humanidad ha recurrido al empleo de plantas con efectos psicotrópicos para modificar estados del ánimo, de conciencia, etc. (Spiegel, 2003). Actualmente y tal como viene sucediendo en otros países, los psicofármacos representan un elevado consumo dentro del sistema sanitario español (Romo et al., 2003). En ese sentido, se apunta a un aumento continuo del abuso de este tipo de medicación para atender desórdenes emocionales con el consiguiente exceso de gasto farmacéutico (Cano, 2011). La organización de consumidores y usuarios (OCU) informa que 4 de cada 10 españoles ha recurrido alguna vez a los medicamentos para tratar la ansiedad y en el caso de las mujeres, esta cifra se eleva hasta el 50 % de los casos (Organización de Consumidores y Usuarios, 2013).

El gasto farmacéutico para tratar la depresión y la ansiedad no deja de crecer, aunque el tratamiento farmacológico para estos desórdenes haya sido cuestionado tanto por su falta de eficacia, como por sus consecuencias cronicantes, teniendo en cuenta además, que la mayor parte de la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos se lleva a cabo desde servicios no especializados (Álvarez & Hermida, 2008).

Coincidiendo con la elevada prescripción, se habla de una tendencia a la medicalización de la vida cotidiana, la cual que podrían atribuirse al avance de las neurociencias sobre otras corrientes de corte psicoterapéutico, la invención de enfermedades que conlleva “enfermedades de moda”, y por último, reemplazar la idea de enfermedad y curación por la idea de malestar y calidad de vida (Arizaga, 2007).

Pese a esta realidad, son escasos los estudios llevados a cabo para conocer la opinión de profesionales de la salud sobre la prescripción de psicofármacos (Heinze et al., 2013), y los datos existentes, señalan más bien a un cierto desconocimiento en torno a la adecuada prescripción por parte de médicos no psiquiatras (Galli et al., 2000).

Sin embargo, la comunidad médica internacional reconoce el peligro potencial del abuso y del empleo incorrecto de las drogas psicotrópicas, y por ello, insta a los médicos tomar las máximas precauciones, observando los estrictos criterios médicos que garanticen que la prescripción de los medicamentos obedece a un diagnóstico exacto, a recomendaciones no farmacológicas correspondientes, y requiere el uso cuidadoso de los preparados farmacoterapéuticos exactos (Asociación Médica Mundial, 1983).

Como factor de peso añadido que demanda una adecuada prescripción, tenemos la elevada presencia de efectos secundarios asociados a los psicofármacos. La Agencia Estadounidense sobre Alimentación y Medicamentos (Food and Drug Administration o FDA) alerta sobre el mayor riesgo de suicidio como entre quienes consumen medicación psicotrópica, lo que crea una situación especialmente preocupante si tenemos en cuenta que muchos pacientes psiquiátricos ya poseen una mayor vulnerabilidad hacia este tipo de conducta. En consecuencia, los clínicos deben entender tanto los peligros como los beneficios vinculados al uso de medicación psicotrópica (Fawcett et al., 2009).

La lista de efectos indeseables de la medicación psicotrópica es amplia. De este modo, todos los medicamentos antipsicóticos de segunda generación aumentan el riesgo de padecer trastornos metabólicos como hiperlipidemia y diabetes (Dusetzina et al., 2013). En cambio, los antipsicóticos de primera generación tienen como efecto secundario al llamado síndrome de discinesia tardía (Schatzberg et al., 2010). Sin embargo, los medicamentos antiparkinsonianos empleados para combatir estos efectos indeseables, también generan a su vez, efectos secundarios, tales como boca seca, visión borrosa y estreñimiento (Preston et al., 2013). Los pacientes medicados con los antipsicóticos típicos o de primera generación se vuelven aún más apáticos, anhedónicos, faltos de motivación, y con interés reducido por actividades de ocio e interacción social, lo que viene a empeorar los llamados síntomas negativos de la esquizofrenia (Stahl, 2008).

Otro tipo de psicofármacos, los clasificados como antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, desipramina y clomipramina) causan toxicidad cardíaca, muerte repentina, disminución del umbral para convulsiones y son mortales en sobredosis (Stolerman, 2010).

En cuanto al consumo de las benzodiacepinas, cuando se extiende más allá de los seis meses, puede conducir a tolerancia y dependencia, además desde hace algunos años, existe preocupación en algunos casos por el deterioro de la memoria (Preston et al., 2013).

Las consecuencias de las interacciones entre psicofármacos es un aspecto también a considerar dado que viene siendo frecuente recurrir al empleo de la polifarmacología en pacientes mentales. En este sentido, la combinación entre el antidepresivo fluoxetina y el antipsicótico risperidona, puede tener como resultado el aumento de las concentraciones plasmáticas de este último hasta niveles tóxicos (Spina et al., 2002). De igual modo, la administración conjunta de antidepresivos tipo IMAO y los de tipo ISRS, puede conducir al incremento de la concentración sináptica de serotonina, desembocando en el denominado síndrome serotoninérgico (taquicardia, hiperactividad, hipertensión, distrés gastrointestinal, temblores, hipertermia, sudoración, cambios en el estado mental, y en su forma más severa, colapso circulatorio) (Gumnick & Nemeroff, 2000).

Además de todas estas circunstancias hay que sumar las peculiaridades específicas de la investigación para determinar la eficacia de los psicofármacos. De este modo, resulta complejo identificar la acción psíquica de un fármaco en un animal, o hasta en qué medida el resto de especies animales se asemeja al ser humano en lo referente a problemas mentales, si es que aquellos poseen sentimientos y estados de ánimo de cualidad similar a la que acontece en el ser humano, y por último, si estamos en condiciones de afirmar sobre la existencia de animales psicóticos, neuróticos o deprimidos (González & Pérez, 2007).

Finalmente, ha señalado que la predilección por el abordaje farmacológico de las alteraciones mentales pueden encontrarse implicados al menos dos factores. Por un lado, se apunta a cierto desconocimiento en la adecuada prescripción por parte de médicos no psiquiatras (Galli et al., 2000). Por otro lado, se ha encontrado que quienes

confieren una causa biológica a las alteraciones mentales, presentan mayor tendencia a recomendar medicación psicotrópica (Angermeyer, Breier, Dietrich, Kenzine, & Matschinger, 2005).

Relacionado con este último aspecto, se han descrito dos modelos con concepciones distintas sobre la acción de los psicofármacos en el organismo, el modelo centrado en la enfermedad que presupone de forma general que el psicofármaco corrige un desequilibrio químico interno que estaría implicado en la patogenia del trastorno mental y la acción de aquel sobre este se asemejaría a la de la insulina sobre la diabetes. Por otra parte, el modelo centrado en el fármaco considera que el psicofármaco es una droga psicotrópica que crea un estado cerebral anormal, el cual puede producir efectos útiles en los pacientes con trastornos mentales para aliviar la experiencia de la sintomatología, de forma parecida a los efectos ansiolíticos del alcohol sobre la ansiedad social (Moncrieff & Cohen, 2005).

Dado que la asunción de un modelo u otro en relación a la acción que los psicofármacos ejercen sobre el organismo implica otorgar significados diametralmente opuestos a los mismos, este hecho podría estar asociado con hábitos prescriptivos diferenciados entre profesionales de la medicina; por tanto, desde la presente investigación se desea explorar la relación que pudiese existir entre tales circunstancias.

Además, dadas las elevadas cifras de consumo de medicación psicotrópica que tienen su origen en el contexto de la atención primaria de salud, esta investigación se centra por tanto, en profesionales que desempeñan su labor en este ámbito de atención. Por ello, se pretende examinar de manera detallada cuáles son sus actitudes hacia los medicamentos psicotrópicos, sondeando aspectos tales como la eficacia atribuida a los mismos, la valoración de sus efectos indeseables, la consideración otorgada a la especificidad de su acción sobre las alteraciones mentales, la validez metodológica de las investigaciones que sobre su efectividad la literatura recoge; o también, si se manifiesta el interés por actualizar los propios conocimientos sobre tales medicamentos.

Además, se espera recoger información que permita identificar y describir perfiles diferenciados de profesionales de la medicina en cuanto a actitudes y hábitos prescriptivos manifiestos.

Por último, si entre la población de estudiantes de medicina las consideraciones hacia los psicofármacos resultasen diferentes en su conjunto a las manifestadas por profesionales en el ejercicio, podría sugerirse a cerca del impacto de circunstancias que rodean al desempeño profesional y que pudiesen estar condicionando la prescripción de esta clase de medicamentos.

Capítulo 9. Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Estudiar las actitudes hacia los psicofármacos entre profesionales de la medicina que ejercen en la atención primaria de salud en España, México y Colombia y comparar si existen diferencias en su conjunto con estudiantes de medicina.

Objetivos Específicos

1. Recoger la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y/o psicoterapia para tratar problemas mentales, así como los criterios de prescripción (aguda o crónica) para los principales problemas mentales que los profesionales de la medicina en atención primaria manifiestan.
2. Recoger las valoraciones realizadas por profesionales médicos en atención primaria y por estudiantes de medicina a cerca de las siguientes características de tres grandes grupos de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos): eficacia a corto y largo plazo, presencia de efectos secundarios y la disposición para asumirlos, si disminuyen el potencial de los pacientes, si se puede aceptar el coste económico que suponen a corto y largo plazo.
3. Explorar el sentido (a favor o en contra) de la información recibida por estudiantes y profesionales sobre psicofármacos y psicoterapia en la facultad y si esta se corresponde con lo percibido durante la práctica profesional para el caso de estos últimos. También se desea averiguar si en el último año se ha accedido a fuentes de información sobre medicamentos psicotrópicos y psicoterapia, así como el sentido (a favor o en contra) de la misma.
4. Conocer si los profesionales y estudiantes de medicina consideran que la investigación sobre psicofármacos cumple con la validez metodológica y si

entienden que estos medicamentos poseen una acción específica sobre un problema psicopatológico determinado. Finalmente, se pretende saber si los y las profesionales declaran haber recibido algún tipo de apoyo de algún laboratorio farmacéutico en relación a algún psicofármaco.

5. Identificar y en su caso, describir perfiles de profesionales en base a la relación que pudiera existir entre el modelo de acción de los psicofármacos asumido, con la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y psicoterapia, el posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos, y la actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia. También se desea indagar sobre cuál de los dos modelos de acción sobre psicofármacos es preferido por la muestra de estudiantes.

Capítulo 10. Metodología y Diseño de la Investigación

Tipo de estudio

Bajo este epígrafe, y de acuerdo con la lógica del proceso de investigación científica, se delimita un plan o estrategia que permita dar respuesta a los objetivos planteados.

La presente investigación es de naturaleza descriptiva-analítica y no experimental (ex postfacto), de carácter transversal, utilizando como procedimiento para la recogida de información, la encuesta y como técnica, el cuestionario, que se basa en la obtención de gran cantidad de información con objeto de caracterizar a una población.

El cuestionario está diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. La finalidad del mismo es conseguir la comparabilidad de la información. Además, también se ha de tener presente, que por el contexto económico actual, se trata de una técnica no muy costosa (Martín Monzón, 2007).

En los trabajos descriptivos no hay hipótesis de partida, permitiendo constatar una situación dada. Se trata de esta forma del estudio de un conjunto de variables en un momento temporal dado a través del cual se pretende establecer relaciones entre las mismas y así poder atribuir una asociación entre las mismas. En este caso no se ha producido ninguna manipulación de las variables por parte de la investigadora.

Contexto donde se lleva a cabo el estudio

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables”.

Declaración de Alma Ata, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (1978).

Durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (1978) se lanza la meta “Salud para todos en el año 2000” donde la estrategia de atención primaria de salud es considerada la clave para llevar adelante ese objetivo como parte del desarrollo y conforme al espíritu de la justicia social (Starfield & Aspachs, 2001).

La Organización Mundial de la Salud en su Informe de la Salud 2008 “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”, expone que la centralidad en la persona se convierte en “método clínico de democracia participativa”, mejorando de manera cuantificable la calidad de la atención, la eficacia del tratamiento y la calidad de quienes se benefician de este tipo de atención (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La presente investigación se realiza en el contexto de los servicios de atención primaria de salud, concretamente entre los y las profesionales que desempeñan su labor en el mismo y también en dos Facultades de Medicina andaluzas, la Facultad de Medicina de Sevilla y la Facultad de Medicina de Granada.

La Facultad de Medicina de Sevilla es una de las facultades españolas que cuenta con mayor número de estudiantes y de profesores. La docencia clínica se

desarrolla en tres grandes hospitales universitarios: Virgen Macarena, Virgen del Rocío y Virgen de Valme. Por otro lado, existen en ella numerosos grupos de investigación que trabajan en los departamentos de Medicina. Entre otros servicios cuenta con bibliotecas, aulas de informática y animalario. Actualmente, se imparten enseñanzas para obtener dos títulos universitarios: “Grado en Medicina” y “Grado en Biomedicina Básica y Experimental”, así como el “Máster Universitario en Investigación Médica: Clínica y Experimental” y también, el programa de doctorado “Biología Molecular, Biomedicina e Investigación Clínica”.

La Facultad de Medicina de Granada fue una de las primeras Facultades de la Universidad de Granada. En ella se imparte formación para la obtención del “Grado en Medicina”, y enseñanzas de postgrado y doctorado.

Población

De acuerdo con el objetivo de la investigación *“Estudiar las actitudes hacia los psicofármacos entre profesionales de la medicina que ejercen en la atención primaria de salud en España, México y Colombia y comparar si existen diferencias en su conjunto con estudiantes de medicina”* la población objeto de estudio viene determinada por profesionales de la medicina que ejercen su labor en el ámbito de la atención primaria de salud, bien sea en España, bien sea en México o en Colombia. Por otro lado, y también acorde al objetivo, además, se incorpora a estudiantes que se encuentran cursando actualmente los estudios para la obtención del Grado de Medicina en nuestro país.

Selección de la muestra

La captación de la muestra se llevó a cabo mediante un proceso de difusión del objeto de la investigación adjuntando el enlace del cuestionario on-line. Para la muestra de profesionales médicos españoles, los canales de difusión utilizados fueron el correo electrónico dirigido a instituciones como colegios oficiales de médicos, a profesionales clave con una amplia red de contactos en diferentes servicios del sistema sanitario público y al foro sobre medicina familiar y atención primaria de salud MEDFAM-APS del servicio de listas de distribución de la comunidad académica española.

Para la captación de la muestra de profesionales médicos de México y Colombia, se recurrió a la difusión de correos electrónicos con el enlace del cuestionario on-line a contactos profesionales de los directores de esta tesis doctoral y del doctorando que lleva a cabo dicha investigación. También, se recurrió a la colaboración desinteresada del Dr. Juan Gérvas para la difusión del enlace en listas de distribución latino americanas.

Por último, para la selección de la muestra de estudiantes se llevó a cabo una primera tentativa de difusión del enlace del cuestionario a través del contacto con algunas delegaciones de alumnado universitario. Sin embargo, ante la escasa respuesta observada en cuanto al número de cuestionarios on-line cumplimentados, se optó por acudir presencialmente a dos Facultades de Medicina, una en Andalucía Occidental y otra en Andalucía Oriental, a saber, las Facultades de Sevilla y Granada respectivamente, recogiendo las respuestas en formato físico a través de cuestionarios en papel, agrupando así la muestra de estudiantes de medicina. La elección de estudiantes de 5º curso del “Grado de Medicina” estuvo determinada porque en este nivel, el alumnado ya ha recibido formación sobre farmacoterapia, psiquiatría y psicología.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión.

Ser profesional de la medicina que ejerce en el ámbito de la atención primaria de salud en España, México o Colombia.

Ser estudiante de medicina de 5º curso.

Aceptar formar parte del estudio de forma voluntaria.

Exclusión.

Cualquier situación que no se ajuste a los criterios de inclusión.

Descripción y operativización de las variables

Variables descriptivas sociodemográficas:

- Edad: variable cuantitativa continua.
- Género: variable cualitativa nominal dicotómica.
- Comunidad Autónoma de trabajo: variable cualitativa nominal.
- País de trabajo: variable cualitativa nominal.
- Curso académico máximo matriculado: variable cualitativa ordinal.
- Estatus: variable cualitativa nominal dicotómica.
- Universidad de formación: cualitativa nominal.
- Servicio de trabajo: cualitativa nominal.
- Años de experiencia profesional: cuantitativa de intervalo.
- Año de fin de estudios: cuantitativa continua.

Tabla 5. Variables descriptivas sociodemográficas.

Variables descriptivas sociodemográficas	Unidad de medida
Edad	Años
Género	Masculino/femenino
Comunidad autónoma de trabajo	
País de trabajo	España, México, Colombia.
Curso académico máximo matriculado:	5º, 6º
Estatus	Profesional/estudiante.
Universidad de formación	
Servicio de trabajo	Centro de salud, hospital,
Años de experiencia profesional	Años
Año de fin de estudios	Años

Variables de resultados:

- Frecuencia de la prescripción de psicofármacos en el último año: variable cuantitativa ordinal.
- Frecuencia de la prescripción de psicoterapia en el último año: variable cuantitativa ordinal.
- Posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos: variable cualitativa nominal.
- Actitud general hacia psicofármacos: variable cualitativa nominal dicotómica.
- Actitud general hacia psicoterapia: variable cualitativa nominal dicotómica.
- Presencia de información recibida sobre psicofármacos en la universidad: variable cualitativa dicotómica.
- Presencia de información recibida sobre psicoterapia en la universidad: variable cualitativa dicotómica.
- Sentido de la información recibida sobre psicofármacos en la universidad: variable cualitativa nominal policotómica.

- Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a la eficacia de psicofármacos: variable cualitativa nominal.
- Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a los efectos secundarios de los psicofármacos: variable cualitativa nominal.
- Sentido de la información recibida en la facultad sobre psicoterapia: variable cualitativa dicotómica.
- Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a las ventajas de la psicoterapia: variable cualitativa nominal.
- Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a los inconvenientes de la psicoterapia: variable cualitativa nominal.
- Acción específica de cada psicofármaco (ansiolítico, antidepresivo, antipsicótico) sobre un problema psicopatológico concreto: variable cuantitativa ordinal.
- Presencia de efectos secundarios en psicofármacos (ansiolítico, antidepresivo, antipsicótico): variable cualitativa nominal policotómica.
- Eficacia validada metodológicamente de los psicofármacos (ansiolítico, antidepresivo, antipsicótico): variable cuantitativa ordinal.
- Eficacia de los psicofármacos a corto plazo (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos): variable cuantitativa ordinal.
- Eficacia de los psicofármacos a largo plazo (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos): variable cuantitativa ordinal.
- Los psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos) disminuyen el potencial de los pacientes: variable cuantitativa ordinal.
- Asumir coste económico de psicofármacos: variable cualitativa policotómica.
- Asumir coste económico de psicoterapia: variable cualitativa policotómica.
- Acceso en el último año a nueva información sobre psicofármacos: variable cualitativa policotómica.
- Sentido de la nueva información sobre psicofármacos: variable cualitativa policotómica.
- Acceso en el último año a nueva información sobre psicoterapia: variable cualitativa policotómica.

- Sentido de la nueva información sobre psicoterapia: variable cualitativa policotómica.
- Opción de prescripción de psicofármacos para cada trastorno psicopatológico: variable cualitativa dicotómica.
- Apoyo recibido de laboratorio farmacéutico en relación a psicofármacos: variable cualitativa policotómica.
- Modelo de acción de los psicofármacos: variable cualitativa dicotómica.

Tabla 6. Variables de resultados y unidades de medida.

Variable de resultado	Unidad de medida
Frecuencia de la prescripción de psicofármacos en el último año	De 0 (Nunca) a 9 (Siempre)
Frecuencia de la prescripción de psicoterapia en el último año	De 0 (Nunca) a 9 (Siempre)
Punto de vista sobre la prescripción de psicofármacos	Siempre me decanto por la prescripción de psicofármacos debido a mi convicción de que son el mejor remedio para los problemas mentales: “Farmacólogo por convicción” ./ Siempre me decido por prescribir psicofármacos porque es la tendencia más extendida en psiquiatría: “Farmacólogo por acomodación” ./ Escojo entre la prescripción de psicofármacos y la prescripción de psicoterapia según las características individualizadas de cada paciente: “Flexible” ./ En general, soy reacio/a a prescribir psicofármacos: “Antipsiquiatra” .
Actitud general hacia psicofármacos	Favorable/Crítica
Actitud general hacia psicoterapia	Favorable/Crítica
Presencia de información recibida sobre psicofármacos en la universidad	Sí/No

Presencia de información recibida sobre psicoterapia en la universidad	Sí/No
Sentido de la información recibida sobre psicofármacos en la universidad	A favor/ En contra/ Ambas
Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a la eficacia de psicofármacos	Coincide con lo que veo en la práctica/ No coincide con lo que veo en la práctica/ No lo sé.
Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a los efectos secundarios de los psicofármacos	Coincide con lo que veo en la práctica/ No coincide con lo que veo en la práctica/ No lo sé.
Sentido de la información recibida en la facultad sobre psicoterapia	A favor/ En contra/ Ambas
Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a las ventajas de la psicoterapia	Coincide con lo que veo en la práctica/ No coincide con lo que veo en la práctica/ No lo sé
Coincidencia de la información recibida en la facultad con lo observado en la práctica respecto a los inconvenientes de la psicoterapia	Coincide con lo que veo en la práctica/ No coincide con lo que veo en la práctica/ No lo sé
Acción específica de cada psicofármaco (ansiolítico, antidepresivo, antipsicótico) sobre un problema psicopatológico concreto	De 0 (Nunca) a 9 (Siempre)
Presencia de efectos secundarios en psicofármacos (ansiolítico, antidepresivo, antipsicótico)	Sí, y se pueden asumir/ Sí, aunque no se pueden asumir/ No producen efectos secundarios
Eficacia validada metodológicamente de los psicofármacos (ansiolítico, antidepresivo, antipsicótico)	De 0 (Nunca) a 9 (Siempre)

Eficacia de los psicofármacos a corto plazo (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos)	De 0 (Nunca) a 9 (Siempre)
Eficacia de los psicofármacos a largo plazo (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos)	De 0 (Nunca) a 9 (Siempre)
Los psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos) disminuyen el potencial de los pacientes	De 0 (Nunca) a 9 (Siempre)
Asumir coste económico de psicofármacos	Sí, a corto plazo/ Sí, a largo plazo/ No, en cualquier caso.
Asumir coste económico de psicoterapia	Sí, a corto plazo/ Sí, a largo plazo/ No, en cualquier caso.
Acceso en el último año a nueva información sobre psicofármacos	Sí, en evento/ Sí, en prensa científica/ Sí, en actividad formativa/ Sí, en industria farmacéutica/ No, en cualquier caso
Sentido de la nueva información sobre psicofármacos	A favor/ En contra/ Ambas
Acceso en el último año a nueva información sobre psicoterapia	Sí, en evento/ Sí, en prensa científica/ Sí, en actividad formativa/ Sí, en industria farmacéutica/ No, en cualquier caso
Sentido de la nueva información sobre psicoterapia	A favor/ En contra/ Ambas
Opción de prescripción de psicofármacos para cada trastorno psicopatológico	Prescripción aguda y posteriormente retirada progresiva hasta suspensión/ Prescripción crónica
Apoyo recibido de laboratorio farmacéutica en relación a psicofármacos	Sí, para asistir a eventos/ Sí, de otro tipo/ No, en ningún caso
Modelo de acción de los psicofármacos	Los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal. Los psicofármacos son tratamientos para las enfermedades mentales. Los efectos

terapéuticos de los psicofármacos son derivados de los efectos sobre la patogenia de la enfermedad. Los psicofármacos son como la insulina para la diabetes: “**Modelo centrado en la enfermedad**”./

Los psicofármacos crean un estado cerebral anormal. Los psicofármacos son drogas psicoactivas. Los efectos útiles del psicofármaco son una consecuencia del estado inducido por él mismo. Los psicofármacos son como el alcohol para la ansiedad social: “**Modelo centrado en el fármaco**”.

Muestra

Descripción de la muestra

La muestra aceptante, es decir, todos aquellos individuos que han participado voluntariamente en el presente estudio ha sido de 210 sujetos, de los cuales el 61'9% se corresponde con profesionales médicos de Atención Primaria de los países de España, México y Colombia y el 38'1% con estudiantes de 5º curso de Medicina de las Facultades de Sevilla y Granada.

De entre la muestra de profesionales médicos, el 48'46 % son varones con una media de edad de 46'16 años frente al 38'75% de estudiantes del mismo género, siendo la media de edad de este último grupo 22'74 años (Gráfico 1). El 35% de la muestra de facultativos tiene una experiencia profesional de entre 4-11 años y el 61'5% refiere más de 16 años de ejercicio de la profesión. La distribución de la muestra por universidades y países de trabajo es la que puede observarse en la Tabla 7; y comunidades autónomas (Gráfico 2).

Gráfico 1. Distribución de la muestra por género.

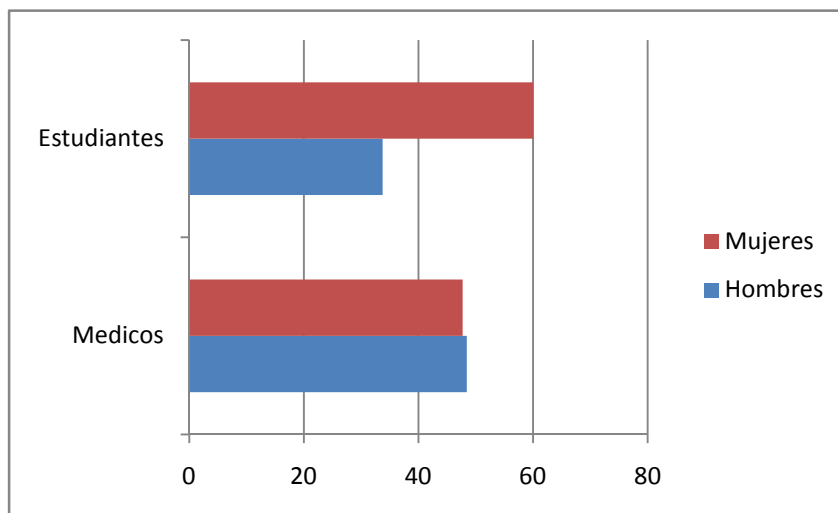
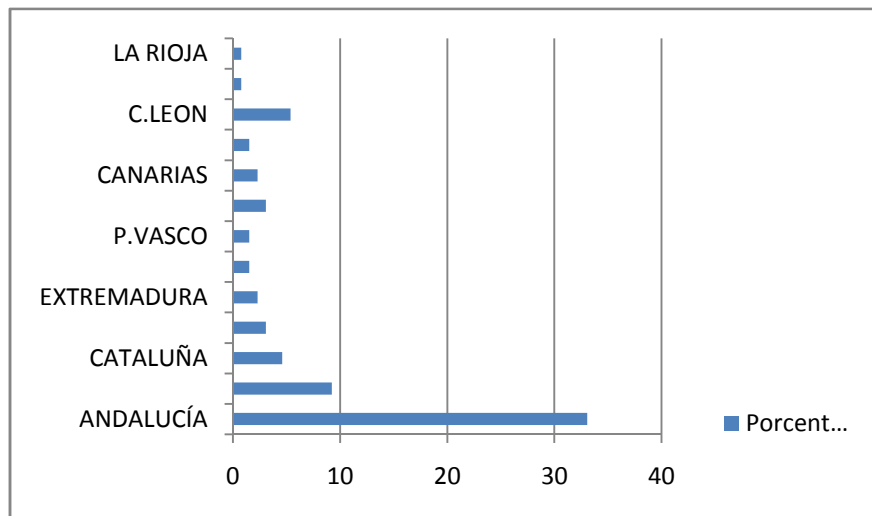


Tabla 7. Distribución de la muestra por universidades y países de trabajo.

Subgrupos	Universidad o país trabajo	Porcentaje
Estudiantes	Sevilla	53'8%
	Granada	46'3%
Médicos Atención Primaria	España	72'32%
	Colombia	12'30%
	México	15'38%

Gráfico 2. Distribución de la muestra de médicos de AP en España.



Procedimiento de creación del cuestionario

En primer lugar, se indagó en la búsqueda de cuestionarios de evaluación de actitudes hacia psicofármacos en población médica. Para ello, se efectuó una exploración en diferentes bases de datos de ámbito anglosajón como Pubmed o Web of Science; y también en bases de datos de habla hispana, como la del Consejo Superior de Investigaciones Científicas del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de España (CSIC) o Scientific electronic library online (SciELO) de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile. Como descriptores fueron empleados los siguientes: psychotropic, medication, attitudes, medicine, professionals, students, drugs, pills, psychopharmacology, psicofármacos, actitudes, medicina, médicos, estudiantes, medicación psicotrópica.

Al no hallarse en ningún caso un cuestionario susceptible de satisfacer a los propósitos de esta investigación, se tomó la decisión de llevar a cabo el diseño de uno cuyo fin obedeciera por tanto, a la recogida de la información necesaria para reunir una colección de datos que permitiese conducir hasta aquellas respuestas más idóneas ante las cuestiones que desde el presente estudio son planteadas.

El “Cuestionario sobre Actitudes hacia Psicofármacos en Profesionales de la Medicina” es el resultado de un proceso planificado desarrollado en el marco de este estudio con el propósito de elaborar una herramienta de recogida de información referida a las variables que se desea estudiar.

Este instrumento representa por tanto, la intersección entre objetivos, bibliografía relacionada con psicofármacos y variables que influyen en el comportamiento médico a cerca de su prescripción, además de las características de la muestra.

De acuerdo con lo anterior y con objeto de llevar a cabo un estudio piloto sobre el instrumento de medida, se elaboró un listado inicial de ítems relacionados con las diferentes variables a examinar. Tres cuestiones (sobre eficacia, efectos secundarios y coste de los psicofármacos) están inspiradas en el estudio “Encuesta latinoamericana sobre la actitud de los profesionales de la salud hacia la prescripción de los psicofármacos. Estudio comparativo con la realidad peruana” (Galli et al., 2000) y en el

cual, los autores emplearon una escala tipo Likert. En cuanto al planteamiento de los ítems restantes, estos vienen a representar un continuo resultante de la acción de emparejar la literatura científica afín por un lado, y los objetivos a los cuales se desea otorgar respuesta, por otro.

La primera versión del cuestionario estaba compuesta por un total de 56 ítems. Se solicitó una revisión por el procedimiento de juicio de expertos a profesores doctores de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Osuna: Dña. María Jesús Casuso y D. Manuel Barrios, al profesor de la Universidad Complutense de Madrid, D. Antonio Jesús Molina, y también a la profesora de la Universidad de Puerto Rico, Dña. Ligia Chávez, experta en validación internacional de cuestionarios para su adaptación al castellano internacional.

Fruto de esta revisión de expertos se realizaron los siguientes cambios:

En la afirmación “Los efectos terapéuticos de los psicofármacos son derivados de sus efectos sobre la *patología* de la enfermedad” se reemplazó el término “patología” por el más preciso “patogenia”, resultando de la siguiente forma: “Los efectos terapéuticos de los psicofármacos son derivados de sus efectos sobre la *patogenia* de la enfermedad”.

En la pregunta “¿ha recibido *formación* sobre psicofármacos en la universidad?” el término “formación” planteaba confusión en el castellano hablado en regiones de Latinoamérica donde suele ser más empleado el concepto “entrenamiento” tal vez por proximidad al vocablo anglosajón “training”. Sin embargo, el término “entrenamiento” en el castellano español es inusual para referirse a la formación. Por estas razones, finalmente, la palabra “formación” fue sustituida por “información” que satisface a ambas acepciones del castellano (español y latino) y que sirve igualmente al objetivo del ítem. Resultó por tanto de la siguiente forma: “¿Ha recibido información sobre psicofármacos en la Universidad?”

A continuación, se editó una versión del cuestionario que incluía los cambios mencionados, tras lo que se efectuó una primera aplicación del mismo en una muestra de cuarenta profesionales de la medicina mediante unas instrucciones muy precisas dadas a los sujetos:

“En la cabecera del cuestionario aparecen las características que definen a un perfil profesional en base a una serie de actitudes hacia los psicofármacos. Responda a todas y cada una de las cuestiones siguientes de la misma manera en la que lo haría un profesional que reuniese las características expuestas”.

Encabezando cada cuestionario se recogía solo uno de cuatro posibles perfiles a identificar. De este modo, un total de cuarenta cuestionarios fueron impresos, de entre los cuales, diez comenzaban detallando las características del perfil “Farmacólogo por convicción”, otros diez hacían lo propio con el perfil “Farmacólogo por acomodación”, otros diez más, con el perfil “Flexible” y, finalmente, los últimos diez, fueron introducidos describiendo las características del perfil “Antipsiquiatra”.

Así, en el cuestionario destinado a identificar a aquellos sujetos coincidentes con el designado perfil “Farmacólogo por convicción” se podía leer lo siguiente:

“Médico de orientación psicofarmacológica por convicción. Posee información actualizada sobre los psicofármacos, y cree honestamente que es la mejor solución para los problemas psicopatológicos de sus pacientes, sin que ello le impida reconocer que existen ciertos efectos indeseables. Su motivación a favor es intrínseca.”

Por su parte, en el cuestionario que pretendía reconocer a los médicos que podrían englobarse en el perfil “Farmacólogo por acomodación” se exponía:

“Médico de orientación psicofarmacológica por acomodación a la corriente imperante en psiquiatría. En él pesan más los reforzadores externos a favor de la prescripción de los psicofármacos. Su motivación a favor es extrínseca.”

En el caso en que el perfil del médico “Flexible” esperaba ser detectado, se detallaba que:

“Es el médico más flexible. Es más sensible a la especificidad de cada caso a la hora de decantarse por un tratamiento psicofarmacológico o por uno psicosocial.”

Finalmente, en aquellos cuestionarios reservados a la identificación del perfil “Antipsiquiatra” la información presentada especificaba que:

“Es el médico que estaría más cercano a las tesis de la antipsiquiatría. Actitud crítica ante nuevas informaciones. Se distancia del reduccionismo biológico en la explicación de los trastornos mentales. Es el más reacio a prescribir psicofármacos.”

Sin embargo, este procedimiento resultó ser ineficaz para diferenciar cuatro patrones de respuesta contingentes a los cuatro perfiles distintos descritos tal como se pretendía en un principio.

Por ello, se optó por incluir una pregunta al comienzo del cuestionario con cuatro opciones de respuesta mutuamente excluyentes y cada una de las cuales definía a un perfil de los cuatro anteriormente expuestos. El ítem resultante se expone a continuación:

“Marque solo una alternativa de acuerdo a la que mejor define su punto de vista:

- Siempre me decanto por la prescripción de Psicofármacos debido a mi convicción de que son el mejor remedio para los problemas mentales.
- Siempre me decanto por la prescripción de Psicofármacos debido a que es la tendencia más extendida en Psiquiatría.
- Escojo entre la prescripción de Psicofármacos y la prescripción de Psicoterapia según las características individualizadas de cada paciente.
- En general, soy reacio/a a prescribir Psicofármacos.”

Otro de los aspectos sobre los que vino a arrojar luz este estudio piloto fue sin duda, la puesta en evidencia de la excesiva longitud del instrumento en cuanto al número de ítems, cosechando este punto un grado de acuerdo absoluto entre quienes vinieron a tomar parte en esta fase. Dada la escasez de tiempo del que habitualmente disponen los facultativos, se antojaba como medida necesaria la reducción del número de ítems, por lo que se procedió a eliminar a algunos de ellos y a condensar otros, obteniendo un número final de veintiséis.

Se cronometró el tiempo necesario para cumplimentar esta nueva versión que requirió de unos diez minutos.

La forma de proceder en la condensación de ítems como método de ahorro de tiempo y sin pérdida de información consistió en el empleo de tablas de doble entrada en las que emparejar por un lado, las variables dispuestas en las filas y, por otro, sus posibles valores asignados a su vez en columnas. Se presenta un ejemplo:

Ítems originales:

- En el último año, de entre sus pacientes con problemas mentales, ¿cuál ha sido su frecuencia de prescripción de psicofármacos? (0=ninguna, 9=mucha frecuencia)
0-1-2-3-4-5-6-7-8-9
- En el último año, de entre sus pacientes con problemas mentales, ¿cuál ha sido su frecuencia de prescripción de psicoterapia? (0=ninguna, 9=mucha frecuencia)
0-1-2-3-4-5-6-7-8-9

Ítem generado por condensación de los anteriores:

- En el último año, de entre sus pacientes con problemas mentales, ¿cuál ha sido su frecuencia de prescripción para cada opción? (0=ninguna, 9=mucha frecuencia)
Psicofármacos 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9
Psicoterapia 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9

Se editaron dieciséis nuevos cuestionarios de esta versión reducida y se administraron, ahora ya con una mejor acogida en cuanto a la disminución del número de ítems, comprobándose además, la ausencia de pérdida de información con respecto a la versión anterior en aquellos ítems que habían sido condensados.

Posteriormente, se tomó la decisión de hacer definitiva esta última versión, lo que devino en la creación del cuestionario online alojado en el dominio www.psicofarmacos.org

Por último, el cuestionario destinado a recoger información sobre estudiantes fue construido partir del anterior, con la salvedad de eliminar por razones obvias aquellas preguntas referidas a la conducta de prescripción factual.

Descripción del instrumento de medida

El “Cuestionario sobre Actitudes hacia Psicofármacos en Profesionales de la Medicina” es un instrumento desarrollado en base a los fines que mueven la presente investigación, y persigue por tanto, recoger información que permita dar respuesta a los objetivos que en ella se plantean.

Se ha de tener presente en todo momento que dicho instrumento representa una medida indirecta de ciertas conductas a estudiar, en tanto que la información aportada refleja aquello que cada sujeto manifiesta dado un supuesto concreto, cabiendo por tanto, la posibilidad de que ante la situación real su conducta o pensamiento, pueda diferir.

Se compone de un total de veintiséis ítems, con dos preguntas de “filtro” que en caso de respuesta afirmativa plantean una nueva cuestión. Cuatro de entre el total de ítems recogen diez opciones de respuesta graduadas de 0 a 9 siendo cero equivalente al valor “nunca” o “ninguna” según el caso, y nueve “siempre” o “muchísima frecuencia”. En cambio, cinco cuestiones incluyen las alternativas de respuesta en pestaña desplegable. Opciones de respuesta dicotómica son planteadas en cuatro cuestiones, mientras que tres o más alternativas están presentes en las restantes. Otras cuatro, en cambio, exigen una respuesta abierta mostrando el campo abierto. Solo en tres casos se admite seleccionar más de una opción de respuesta.

El tiempo estimado para responder de manera completa al cuestionario gira en torno a diez minutos.

Procedimiento de recogida de la información

El instrumento empleado para obtener y registrar datos en la presente investigación ha sido el cuestionario on-line, cuya finalidad es recoger, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables objeto de investigación en la población de referencia.

En este sentido, las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, desde el punto de vista investigador, se antojan como herramienta de amplias posibilidades a fin de coleccionar la información necesaria para la elaboración de estadísticas. Internet ofrece diferentes ventajas e inconvenientes aunque parece haber consenso general en que sus ventajas superan ampliamente a sus inconvenientes (Sánchez, Muñoz, & Montoro, 2009).

De hecho, los cuestionarios online alcanzan una mayor tasa y velocidad de respuesta, permiten llegar hasta una población geográficamente dispersa y el seguimiento automático, así como el control online de aquellas respuestas dudosas. Permiten también la detección de patrones incompletos, una mayor flexibilidad en la cumplimentación de los cuestionarios, más interacción y precisión. Finalmente, los errores humanos son menores y el coste no depende del tamaño muestral (Bosnjak & Tuten, 2003).

Tal como se expone de manera detallada en el apartado “Procedimiento de creación del cuestionario”, para la obtención del instrumento de medida, se realizó primero una búsqueda de cuestionarios existentes que pudieran servir a los propósitos del estudio. Sin embargo, esta tarea no arrojó una solución satisfactoria, por lo que se procedió al diseño de una herramienta propia de recogida y registro de información, mediante un estudio piloto y con ayuda del juicio de expertos, y su aplicación a cuarenta sujetos, hasta que con posterioridad a diversas correcciones culminase en la versión final del “Cuestionario de Actitudes hacia Psicofármacos en Profesionales de la Medicina” en formato físico de papel.

A continuación se prosiguió con el alojamiento en un espacio de la web, de la versión on-line del cuestionario. Para facilitar el acceso al cuestionario se creó el

dominio www.psicofarmacos.org que abría directamente el cuestionario, siendo este enlace objeto de amplia difusión a contactos profesionales en el mundo de la medicina de atención primaria, tales como colegios oficiales de medicina, centros sanitarios o la lista de distribución científica académica de medicina de familia / atención primaria MEDFAM o listas de distribución de Latinoamérica, gracias a la colaboración del Dr. Juan Gérvas, miembro activo de una lista hispano americana, ya que para acceder a la misma era necesaria la condición de profesional de la medicina. El empleo de unos y otros recursos permitió la obtención de un total de ciento treinta cuestionarios cumplimentados por profesionales de la medicina, de los cuales, treinta y siete sujetos eran extranjeros (dieciocho de México y diecinueve de Colombia) y el resto, españoles.

La muestra de estudiantes se obtuvo mediante la administración del cuestionario en papel, en una versión que había prescindido de aquellas preguntas susceptibles de respuesta únicamente por quienes ejercen la profesión médica. Un total de ochenta estudiantes de medicina, cuarenta y uno de la Facultad de Medicina de Sevilla y treinta y nueve de la Facultad de Medicina de Granada participaron voluntariamente en el estudio. En todos los casos, se encontraban cursando matrícula en quinto de carrera, valor este buscado deliberadamente ya que con ello se afianzaba una formación básica previa en materias como farmacología, psiquiatría y psicología.

Los datos de los cuestionarios on-line (en el caso de los y las profesionales de medicina) se descargaban desde el servidor de la web que soportaba el cuestionario al correo electrónico del investigador a través de un archivo en formato .xls y a partir de aquí, mediante su conversión a fichero en formato .sav, los datos resultaban accesibles a su manipulación mediante el paquete informático estadístico para ciencias sociales SPSS. Por otra parte, la codificación manual en la base de datos SPSS de las respuestas proporcionadas por los cuestionarios en papel resolvió el registro de la información en dicho procesador estadístico, así como su puesta en común con la información recabada de la muestra de profesionales de la medicina.

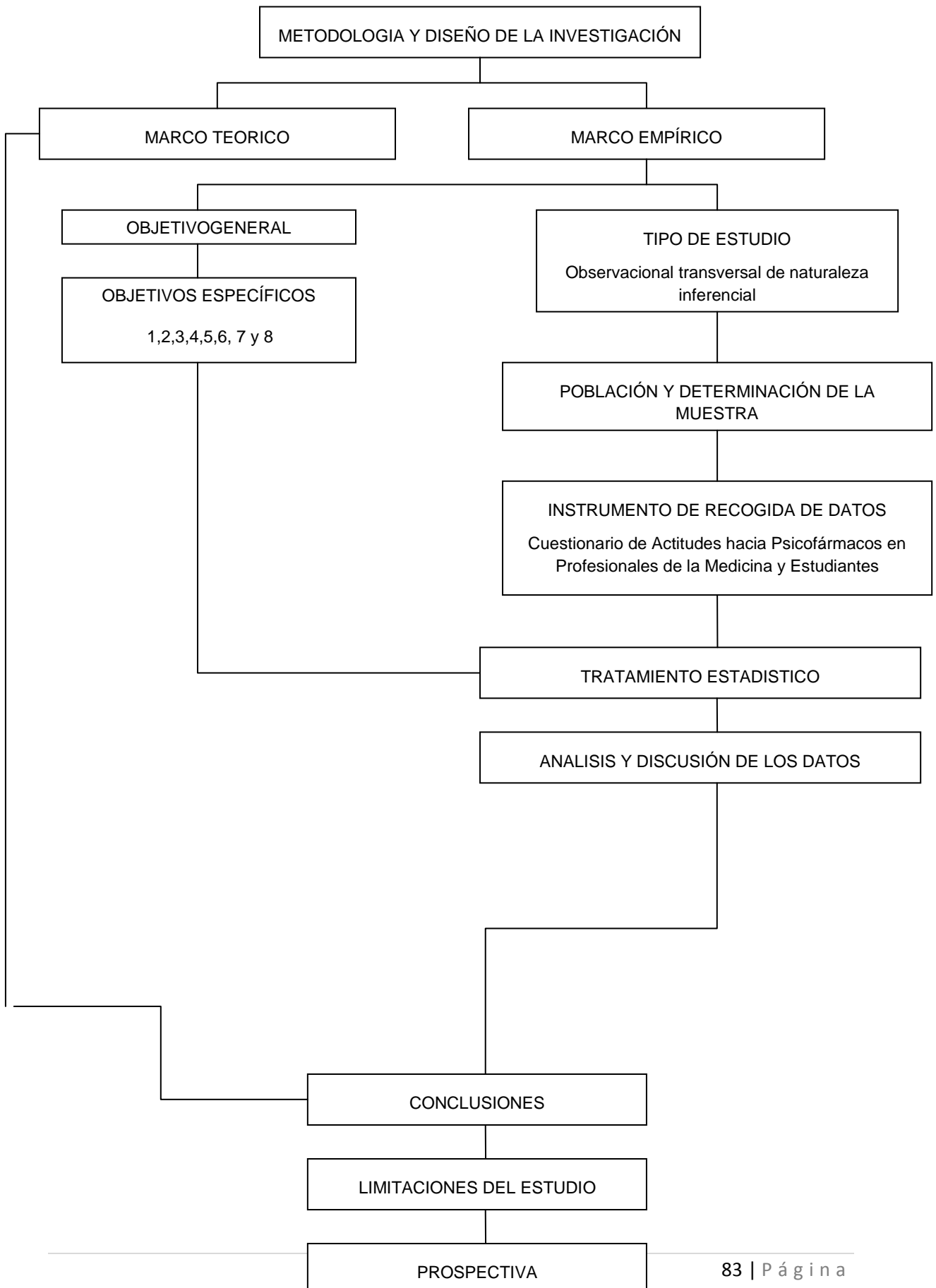
Análisis de los datos

Los datos recogidos tanto en formato papel como en formato on-line se volcaron en una base unificada en SPSS (v. 15.0, con licencia de la universidad de Huelva), herramienta estadística con la que se llevó a cabo el análisis de dichos datos. Este procedimiento se efectuó conforme al compromiso de confidencialidad expresado por el investigador principal, anonimizando y desvinculando completamente a los participantes en el estudio.

En primer lugar, se procedió a crear en SPSS las variables cuantitativas y cualitativas señaladas en el apartado "Descripción y operativización de las variables" de esta investigación, recodificando las que fueron necesarias. Posteriormente, y obedeciendo a los objetivos de este trabajo, se ejecutó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas. Para ello se determinaron las frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas, así como estimación puntual e intervalo de confianza al 95 % de seguridad de media y desviación típica para variables cuantitativas.

Una vez hecho el análisis descriptivo se procedió a explorar las posibles influencias de determinados factores o variables mediante un análisis bivariante, prueba de Chi cuadrado para tablas de contingencia (con corrección de Yates y prueba exacta de Fisher, en caso necesario) para variables categóricas; y prueba T de Student en caso de variables continuas. Se consideró igualmente un nivel de significación del 95%. Finalmente, se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson para examinar posibles relaciones entre las distintas variables contempladas en el estudio, fijándose para tal caso un nivel de significación de 0,05.

Ilustración 1. Metodología y Diseño de la Investigación.



Capítulo 11. Resultados

Una vez efectuado el análisis de los datos recogidos en esta investigación, se procede a lo largo de este capítulo a mostrar y analizar los resultados obtenidos. Para ello, y siguiendo con la estructuración general de este trabajo, se procederá a la exposición de los hallazgos observados según los objetivos específicos planteados por el investigador. De igual forma, y con el objeto de favorecer su lectura, se ha optado por mostrar en primer lugar toda la información estadística descriptiva relativa a cada uno de estos objetivos y, posteriormente, se mostrará el análisis de esta información llevado a cabo, a saber: comparación entre grupos, influencia de determinados factores y análisis de correlaciones estadísticas.

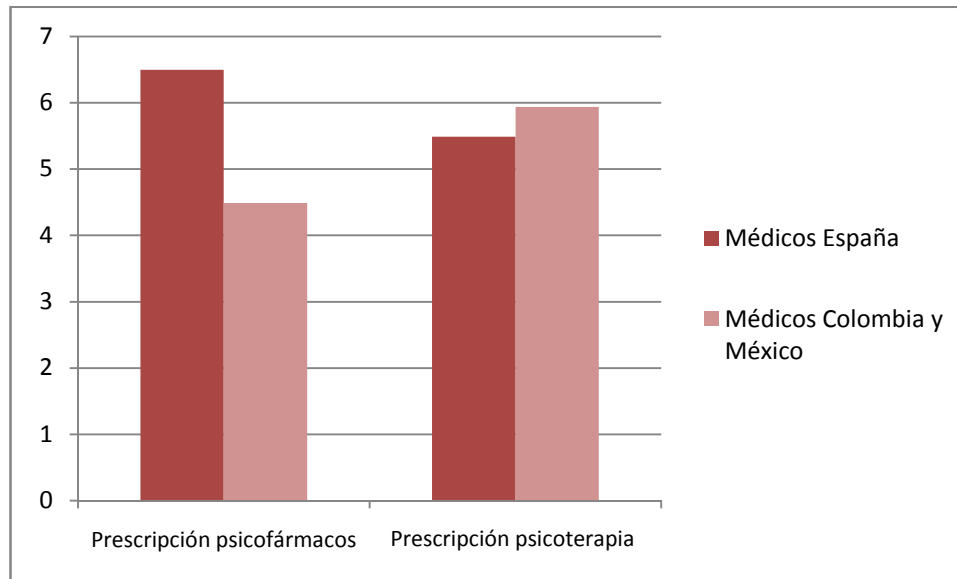
Resultados descriptivos

Objetivo específico número uno. Recoger la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y/o psicoterapia para tratar problemas mentales así como los criterios de prescripción (aguda o crónica) para los principales problemas mentales que los profesionales de la medicina en atención primaria manifiestan.

Los profesionales de la medicina encuestados manifiestan en su conjunto una frecuencia de prescripción de psicofármacos en el último año de 6'21 (DT= 1'97) sobre una escala Likert de 9 puntos (0=Ninguna; 9=Mucha Frecuencia). Si tenemos en cuenta la nacionalidad de los médicos analizados, observamos una frecuencia de prescripción de 6'50 (DT=1'75) en el caso de los españoles y de 5'49 (DT=2'28) en el caso de los extranjeros.

De igual forma, la frecuencia de prescripción de psicoterapia observada para la totalidad de la muestra ha sido de 4'90 (DT=2'58). Teniendo en cuenta la nacionalidad de los encuestados, se observa una frecuencia de prescripción de 5'94 (DT=2'73) en el caso de los médicos españoles y de 4'49 (DT=2'40) para los extranjeros. Toda esta información es la que puede observarse en el gráfico 3.

Gráfico 3. Frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y/o psicoterapia.



En cuanto a los criterios de prescripción (aguda o crónica) de psicofármacos para los principales problemas mentales que recomendarían los y las estudiantes de medicina, se encuentra una clara preferencia por la prescripción crónica para la depresión endógena (71'1%), psicosis paranoide/esquizofrenia paranoide/esquizofrenia tipo I (92'2%), esquizofrenia hebefrénica/desorganizada/tipo II (91%) y psicosis maníaco-depresiva/trastorno bipolar (87%). En cambio se observó una clara inclinación hacia la prescripción aguda con retirada progresiva de psicofármacos en depresión exógena (89'5%), fobias simple o social/crisis de ansiedad/neurosis de ansiedad (92,1%). Por último, para el trastorno obsesivo-compulsivo las respuestas para cada opción estaban más equilibradas, aunque predominó la prescripción crónica (55'1%). La información detallada se recoge en la Tabla 8.

Tabla 8. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por estudiantes de medicina.

Frecuencias relativas de los criterios de prescripción en estudiantes (%)		
Problema mental	Prescripción aguda y posteriormente retirada progresiva	Prescripción crónica
Depresión endógena	28'9	71'1
Depresión exógena	89'5	10'5
Psicosis Paranoide o Esquizofrenia Paranoide o Esquizofrenia Tipo I	7'8	92'2
Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada o Esquizofrenia Tipo II	9	91
Fobias Simple o Social, Crisis de Ansiedad, Neurosis de Ansiedad	92'1	7'9
Psicosis Maníaco-Depresiva o Trastorno Bipolar	13	87
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	44,9	55'1

En cuanto a la modalidad de prescripción (aguda o crónica) declarada por los y las profesionales de la medicina para los principales problemas mentales, se observa una clara preferencia por la prescripción crónica para la depresión endógena (72'9%), la psicosis paranoide/esquizofrenia paranoide/esquizofrenia tipo I (93'8%), esquizofrenia hebefrénica/desorganizada/tipo II (98'5%), la psicosis maníaco-depresiva/trastorno bipolar (92'3%) y el trastorno obsesivo-compulsivo (62%).

En cambio, la opción de prescripción aguda con posterior retirada progresiva de psicofármacos resultó como la más escogida en los casos de depresión exógena (96'2%) y fobias simple o social/crisis de ansiedad/neurosis de ansiedad (96,2%). Una descripción más pormenorizada se detalla en la Tabla 9.

Tabla 9. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por profesionales de la medicina.

Frecuencias relativas de los criterios de prescripción en médicos (%)		
Problema mental	Prescripción aguda y posteriormente retirada progresiva	Prescripción crónica
Depresión endógena	27'1	72'9
Depresión exógena	96'2	3'8
Psicosis Paranoide o Esquizofrenia Paranoide o Esquizofrenia Tipo I	6'2	93'8
Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada o Esquizofrenia Tipo II	1'5	98'5
Fobias Simple o Social, Crisis de Ansiedad, Neurosis de Ansiedad	96'2	3'8
Psicosis Maníaco-Depresiva o Trastorno Bipolar	7'7	92'3
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	38	62

Para el caso específico de la muestra compuesta por profesionales de la medicina españoles, se encontró un predominio de prescripción crónica para aquellos problemas mentales como la depresión endógena (71'7%), la psicosis paranoide/esquizofrenia paranoide/esquizofrenia tipo I (93'5%), esquizofrenia hebefrénica/desorganizada/tipo II (98'9%), la psicosis maníaco-depresiva/trastorno bipolar (93'5%) y el trastorno obsesivo-compulsivo (63%).

Por el contrario, la prescripción aguda y posterior retirada de psicofármacos fue más elegida en la depresión exógena (95'7%) y fobias simple o social/crisis de ansiedad/neurosis de ansiedad (95'7%). La información completa para cada opción en cada uno de los trastornos propuestos se describe en la Tabla 10.

Tabla 10. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por médicos españoles.

Frecuencias relativas de los criterios de prescripción en médicos españoles (%)		
Problema mental	Prescripción aguda y posteriormente retirada progresiva	Prescripción crónica
Depresión endógena	28'3	71'7
Depresión exógena	95'7	4'3
Psicosis Paranoide o Esquizofrenia Paranoide o Esquizofrenia Tipo I	6'5	93'5
Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada o Esquizofrenia Tipo II	1'1	98'9
Fobias Simple o Social, Crisis de Ansiedad, Neurosis de Ansiedad	95'7	4'3
Psicosis Maníaco-Depresiva o Trastorno Bipolar	6'5	93'5
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	37	63

Finalmente, en cuanto a las opciones preferidas de prescripción (aguda o crónica) para cada problema mental planteado, los y las profesionales de medicina de México y Colombia declaran una predilección por la modalidad crónica en la depresión endógena (75'7%), psicosis paranoide/esquizofrenia paranoide/esquizofrenia tipo I (94'6%), esquizofrenia hebefrénica/desorganizada/tipo II (97'3%), psicosis maníaco-depresiva/trastorno bipolar (89'2%) y trastorno obsesivo-compulsivo (59'5%).

En cuanto a la prescripción aguda y posterior retirada hasta suspensión del psicofármaco fue la elección más escogida para la depresión exógena (97'3%) y las fobias simple o social/crisis de ansiedad/neurosis de ansiedad (97'3%). Los datos para cada opción se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11. Frecuencias relativas de los criterios de prescripción de psicofármacos manifestados por médicos extranjeros.

Frecuencias relativas de los criterios de prescripción en médicos extranjeros (%)		
Problema mental	Prescripción aguda y posteriormente retirada progresiva	Prescripción crónica
Depresión endógena	24'3	75'7
Depresión exógena	97'3	2'7
Psicosis Paranoide o Esquizofrenia Paranoide o Esquizofrenia Tipo I	5'4	94'6
Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada o Esquizofrenia Tipo II	2'7	97'3
Fobias Simple o Social, Crisis de Ansiedad, Neurosis de Ansiedad	97'3	2'7
Psicosis Maníaco-Depresiva o Trastorno Bipolar	10'8	89'2
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	40'5	59'5

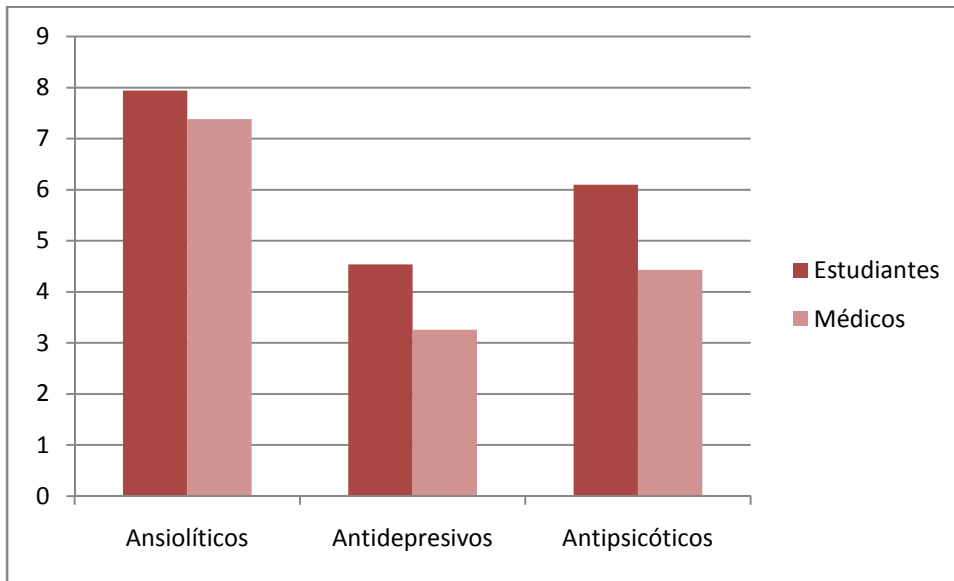
Objetivo específico número dos. Recoger las valoraciones realizadas por profesionales médicos en atención primaria y por estudiantes de medicina a cerca de las siguientes características de tres grandes grupos de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos): eficacia a corto y largo plazo, presencia de efectos secundarios y la disposición para asumirlos, si disminuyen el potencial de los pacientes, si se puede aceptar el coste económico que suponen a corto y largo plazo.

▪ **Eficacia de los psicofármacos a corto plazo**

Cuando se pregunta a médicos y estudiantes por la eficacia de los psicofármacos a corto plazo (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos) se observa que ambos grupos consideran como más eficaces los ansiolíticos, seguidos por los antipsicóticos, siendo los antidepresivos los fármacos que se consideran menos eficaces a corto plazo por los dos grupos.

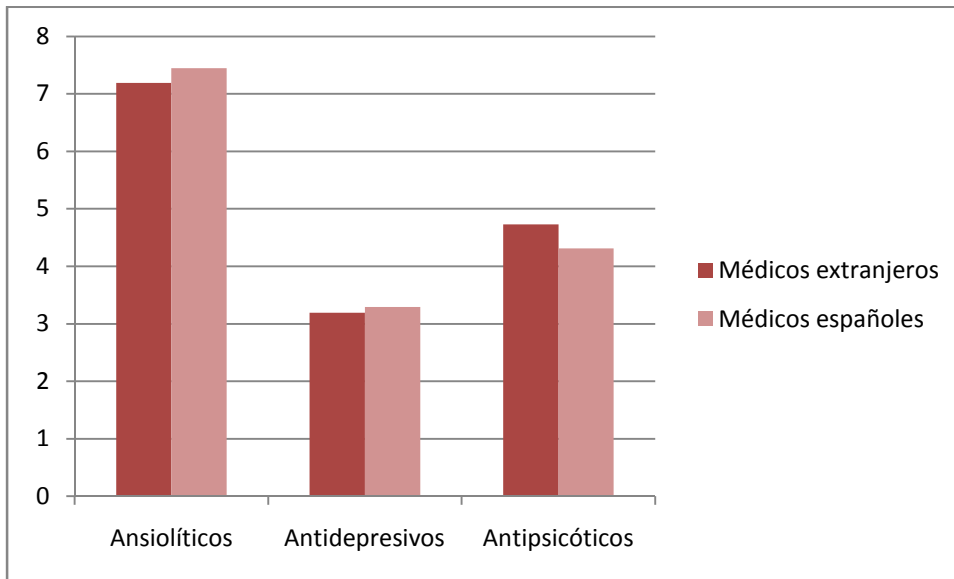
Además, de forma comparativa, los estudiantes de medicina consideran más eficaces a los tres grupos de fármacos frente a la información ofrecida por los médicos al respecto. Así, para el caso de los ansiolíticos, en el grupo de estudiantes observamos una puntuación media de 7'94 (DT=1'88) frente a 7'38 puntos (DT=1'33) en médicos; para el caso de los antidepresivos se observa una puntuación media de 4'54 (DT=2'86) en estudiantes frente a 3'26 puntos (DT=2'07) en médicos; y para el caso de los antipsicóticos se observa una puntuación media de 6'10 (DT=2'61) en los estudiantes frente a 4'43 puntos (DT=2'10) en médicos (gráfico 4).

Gráfico 4. Eficacia de los psicofármacos a corto plazo en estudiantes y médicos.



Se han comparado igualmente las creencias hacia la eficacia a corto plazo de los psicofármacos entre los médicos según el país de trabajo, observándose, tal y como se ilustra en el gráfico 5, que entre profesionales de la medicina la opinión sobre la eficacia de los tres grupos de psicofármacos analizados prácticamente no difiere. Así, para el caso de los ansiolíticos, en el grupo de médicos españoles observamos una puntuación media de 7'45 (DT=1'00) frente a 7'19 puntos (DT=1'94) en médicos extranjeros; para el caso de los antidepresivos se observa una puntuación media de 3'29 (DT=1'95) en médicos españoles frente a 3'19 puntos (DT=2'37) en médicos extranjeros; y para el caso de los antipsicóticos se observa una puntuación media de 4'31 (DT=2'00) en los médicos españoles frente a 4'73 puntos (DT=2'34) en médicos.

Gráfico 5. Eficacia de los psicofármacos a corto plazo en médicos según país de trabajo.

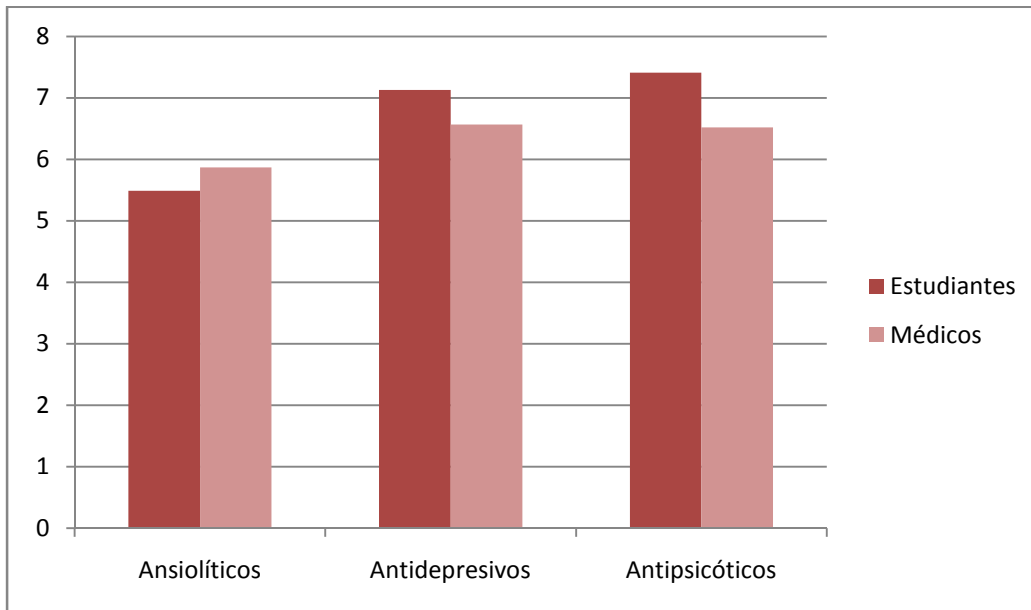


▪ Eficacia de los psicofármacos a largo plazo

Cuando se pregunta a médicos y estudiantes por la eficacia de los psicofármacos a largo plazo (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos) se observa que, a diferencia de lo reportado para los efectos a corto plazo, ambos grupos consideran como más eficaces a largo plazo los antipsicóticos y antidepresivos.

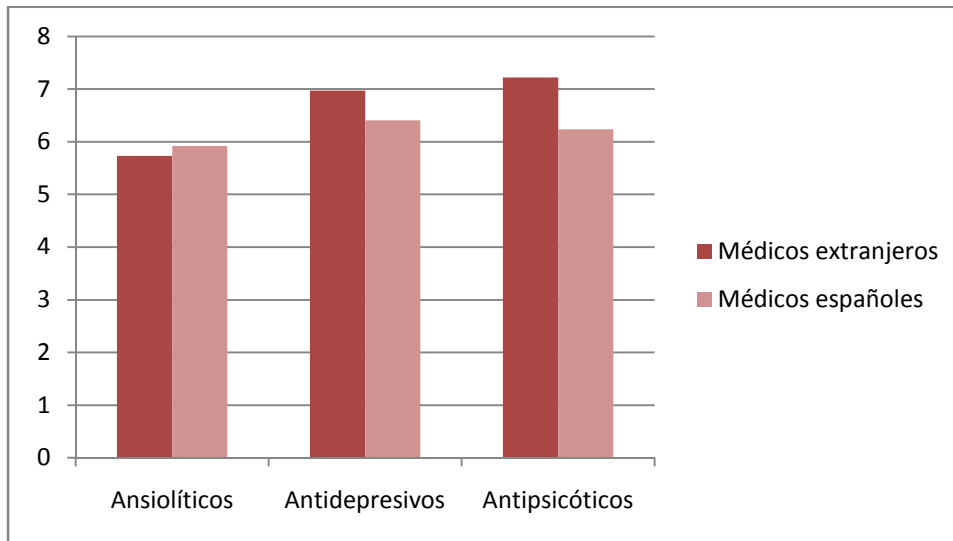
Comparativamente, los estudiantes de medicina consideran más eficaces a largo plazo a los antidepresivos frente a la información ofrecida por los médicos al respecto. Así, para el caso de los ansiolíticos, en el grupo de estudiantes observamos una puntuación media de 5'49 (DT=2'30) frente a 5'87 puntos (DT=2'42) en médicos; para el caso de los antidepresivos se observa una puntuación media de 7'13 (DT=2'17) en estudiantes frente a 6'57 puntos (DT=1'75) en médicos; y para el caso de los antipsicóticos se observa una puntuación media de 7'41 (DT=1'77) en los estudiantes frente a 6'52 puntos (DT=1'72) en médicos (gráfico 6).

Gráfico 6. Eficacia de los psicofármacos a largo plazo en estudiantes y médicos.



Se han comparado igualmente las creencias hacia la eficacia a largo plazo de los psicofármacos entre los médicos según el país de trabajo, observándose, tal y como se ilustra en el gráfico 7, que entre profesionales de la medicina la opinión sobre la eficacia de los tres grupos de psicofármacos analizados prácticamente sólo difiere para el caso de los antipsicóticos, siendo los facultativos de México y Colombia quienes en este sentido reportan una mayor creencia de eficacia de dichos fármacos a largo plazo. Así, para el caso de los ansiolíticos, en el grupo de médicos españoles observamos una puntuación media de 5'92 (DT=2'35) frente a 5'73 puntos (DT=2'63) en médicos extranjeros; para el caso de los antidepresivos se observa una puntuación media de 6'41 (DT=1'71) en médicos españoles frente a 6'97 puntos (DT=1'80) en médicos extranjeros; y para el caso de los antipsicóticos se observa una puntuación media de 6'24 (DT=1'77) en los médicos españoles frente a 7'22 puntos (DT=1'35) en médicos.

Gráfico 7. Eficacia de los psicofármacos a largo plazo en médicos según país de trabajo.



▪ Efectos secundarios

Cuando se pregunta a médicos y estudiantes sobre sus creencias respecto a la posibilidad de aparición de efectos secundarios derivados de la prescripción de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos) y su disposición a asumirlos, observamos que en un alto porcentaje de casos, tanto los estudiantes como los facultativos consideran que sí existen efectos secundarios (Gráficos 8-9). Así, para el caso de los ansiolíticos, el 87'5% de los estudiantes encuestados creen que estos fármacos producen efectos secundarios asumibles y en un 7'5% no asumibles; en el caso de los médicos, éstos consideran asumibles los efectos secundarios de los ansiolíticos en un 89'2% y no asumibles en un 8'5%. Prácticamente la misma frecuencia de respuesta es la que puede observarse para el caso de los antidepresivos: el 86'3% de los estudiantes consideran sus efectos secundarios asumibles frente al 12'5% no asumibles; para el caso de los médicos, en el 86'2% se consideran asumibles y no asumibles en el 11'5% de los casos.

No ocurre lo mismo en el caso de los antipsicóticos, donde se pueden observar diferencias más notables entre estudiantes y médicos. Así, los primeros consideran en un 86'3% de los casos que estos fármacos generan efectos secundarios asumibles, frente al 64'6% de médicos que así lo consideran; en el 13'8% de los casos los efectos secundarios se consideran no asumibles en ambos grupos.

Gráfico 8. Creencia de la existencia de efectos secundarios asumibles en estudiantes y médicos.

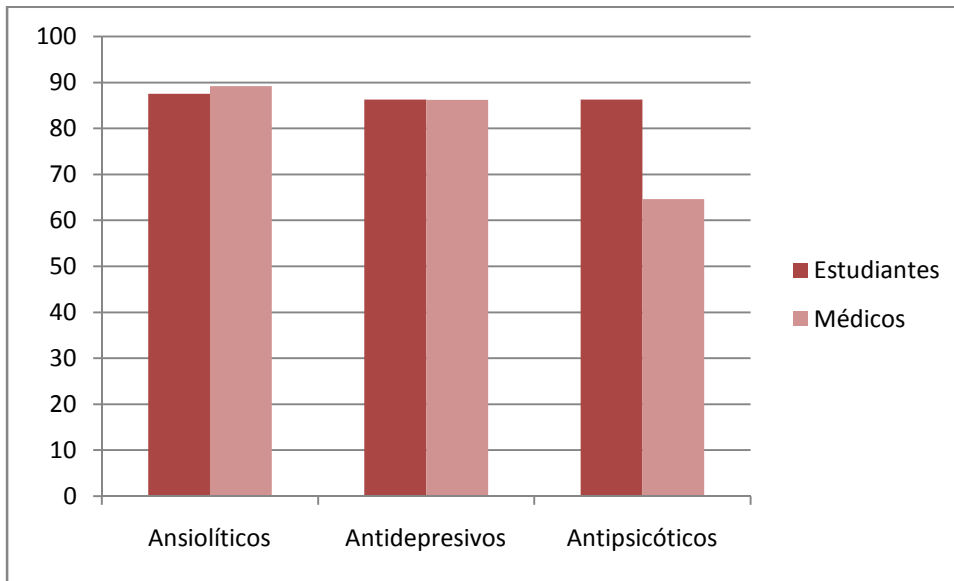
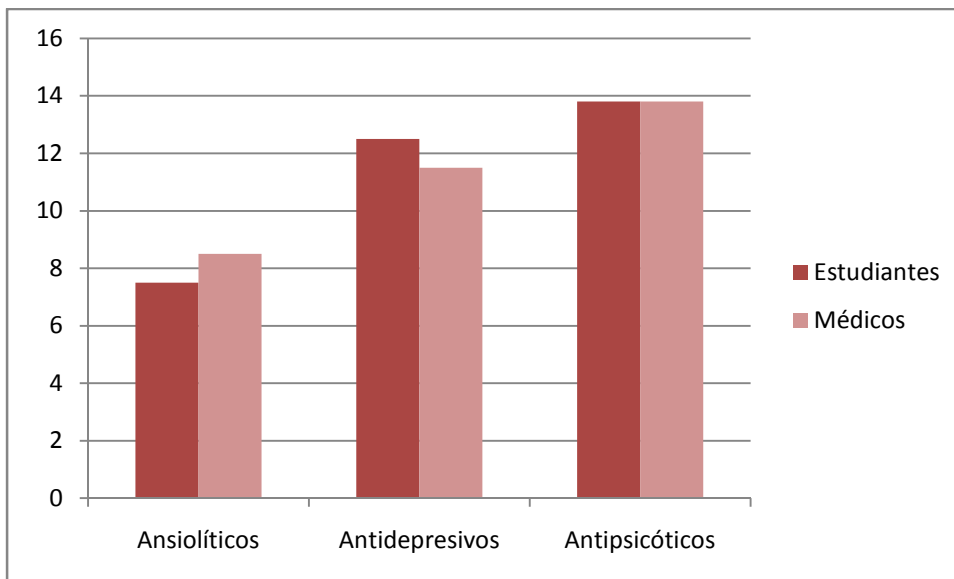


Gráfico 9. Creencia de la existencia de efectos secundarios no asumibles en estudiantes y médicos.



Se han comparado igualmente las opiniones sobre los efectos secundarios de los psicofármacos estudiados entre los médicos según el país de trabajo, observándose, tal y como se ilustra en los gráficos 10-11, que las frecuencias de respuestas son muy similares entre los facultativos de los distintos países estudiados, a excepción de la creencia de los mismos sobre los efectos generados por los antipsicóticos, tanto asumibles como no. En el caso de los ansiolíticos, el 89'2% de los médicos españoles y

extranjeros consideran que estos fármacos producen efectos secundarios, pero que éstos son asumibles, no siendo asumibles para el 8'6% de los médicos españoles y para el 8'3% de los extranjeros. Cuando se trata de los antidepresivos, el 81'1% de los médicos extranjeros y el 88'2% de los españoles creen que estos fármacos producen efectos secundarios asumibles frente al 10'8 y 14'3% no asumibles respectivamente. Como ya se ha comentado, es en el caso de los antipsicóticos donde los facultativos muestran mayores diferencias de opinión, ya que los médicos extranjeros en el 83'8% de los casos creen que estos fármacos producen efectos secundarios asumibles y en el 11'4% no asumibles, frente al 57% de los médicos españoles que los consideran asumibles y al 18'3% que no.

Gráfico 10. Creencia de la existencia de efectos secundarios asumibles en médicos según país de origen.

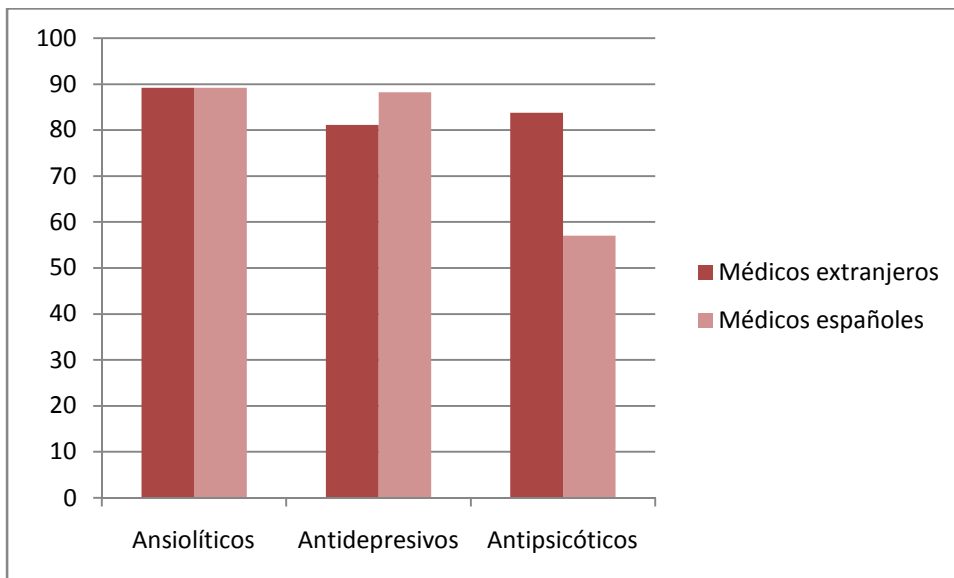
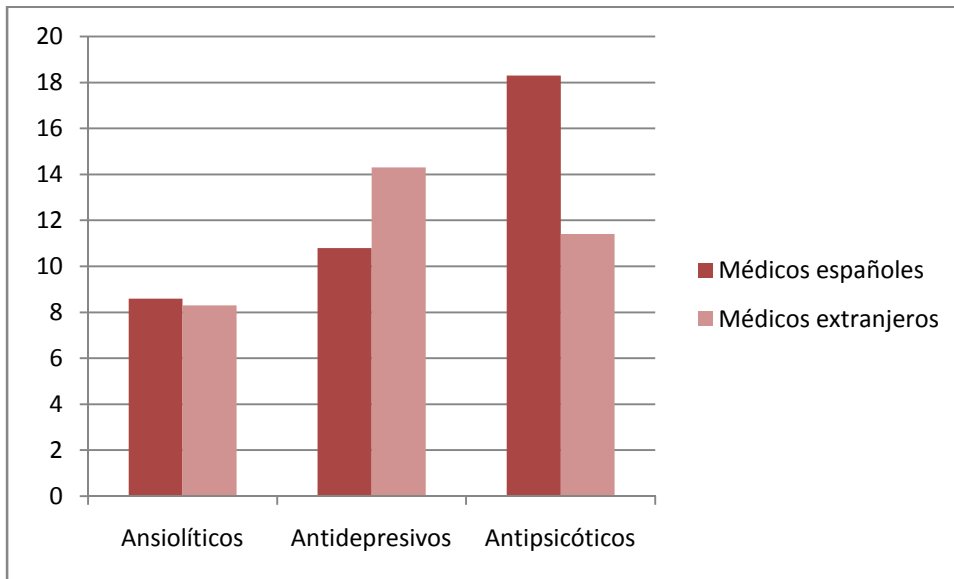


Gráfico 11. Creencia de la existencia de efectos secundarios no asumibles en médicos según país de origen.

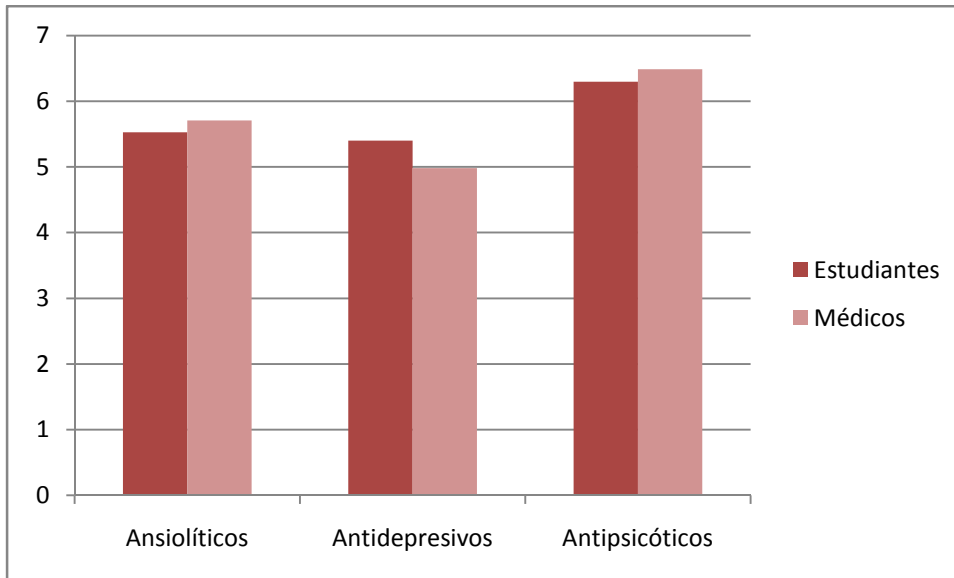


▪ Efectos sobre el potencial de los pacientes

Cuando se pregunta a médicos y estudiantes sobre la posibilidad de que los psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos) disminuyan el potencial de los pacientes, se observa que ambos grupos así lo creen en todos los casos, sin que existan prácticamente diferencias entre ambos.

Para el caso de los ansiolíticos, en el grupo de estudiantes se observa una puntuación media de 5'53 (DT=2'76) frente a 5'71 puntos (DT=2'05) en médicos; para el caso de los antidepresivos se observa una puntuación media de 5'40 (DT=2'62) en estudiantes frente a 4'98 puntos (DT=2'00) en médicos; y para el caso de los antipsicóticos se observa una puntuación media de 6'30 (DT=2'59) en los estudiantes frente a 6'49 puntos (DT=1'92) en médicos (gráfico 10).

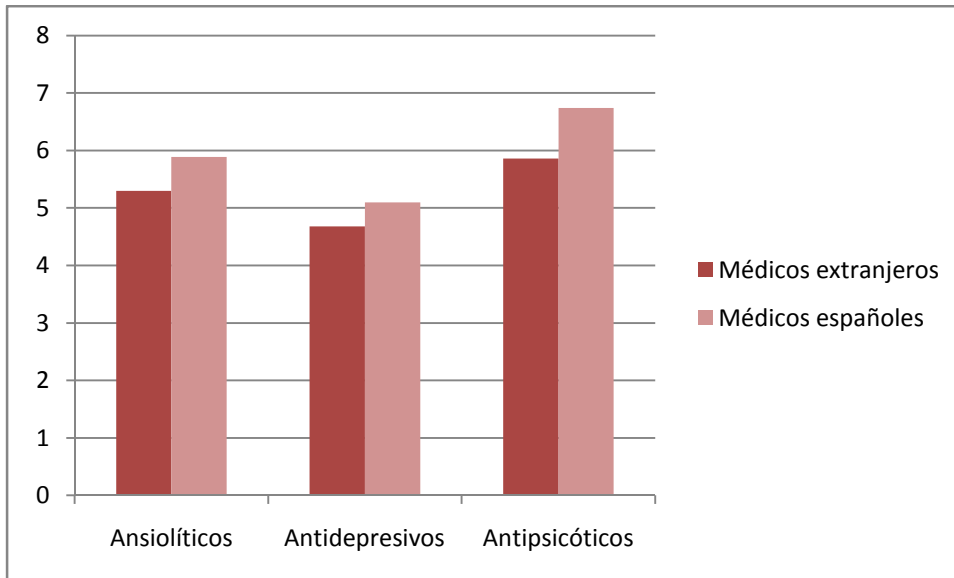
Gráfico 12. Creencia de los efectos de los psicofármacos sobre el potencial de los pacientes en estudiantes y médicos.



Finalmente, se han comparado estas creencias entre los facultativos teniendo en cuenta su país de trabajo. Se ha observado igualmente, que dichas creencias prácticamente no difieren entre los grupos, considerándose en ambos casos que los psicofármacos producen una merma en las capacidades de los pacientes, especialmente en el caso de los antipsicóticos.

Más detalladamente, y tal y como ilustra el gráfico 11, en el caso de los ansiolíticos, los médicos extranjeros reportan una puntuación media de 5'30 (DT=2'57) frente a 5'89 puntos (DT=1'77) en médicos españoles; para el caso de los antidepresivos se observa una puntuación media de 4'68 (DT=2'13) en extranjeros frente a 5'10 puntos (DT=1'92) entre los médicos españoles; y para el caso de los antipsicóticos se observa una puntuación media de 5'86 (DT=2'28) en los médicos extranjeros frente a 6'74 puntos (DT=1'70) en médicos españoles.

Gráfico 13. Creencia de los efectos de los psicofármacos sobre el potencial de los pacientes entre médicos según país de origen.

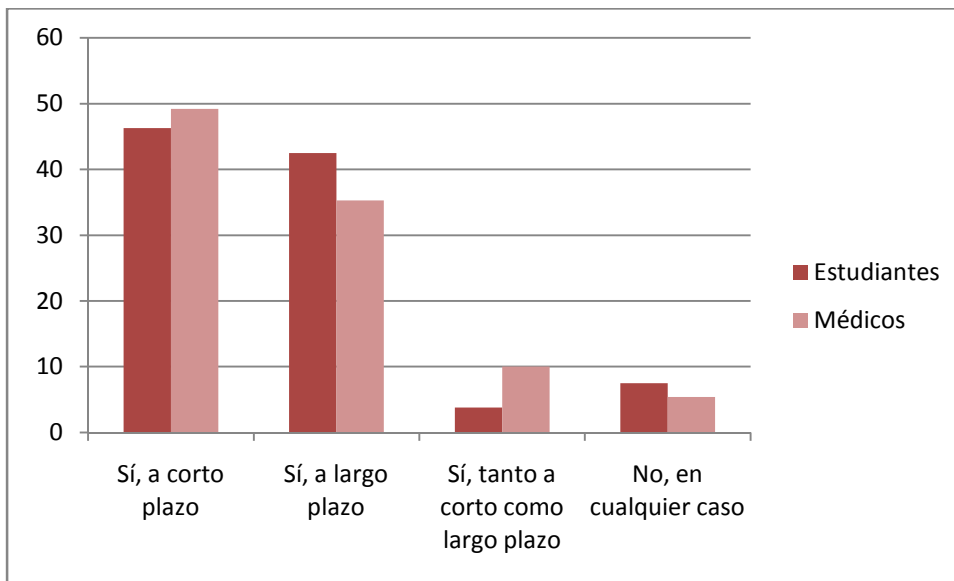


▪ Costes económicos

Para terminar de dar respuesta a este segundo objetivo específico, se preguntó a los estudiantes de medicina y a los facultativos si consideraban que es posible asumir los costes económicos derivados de la prescripción de los psicofármacos observándose una gran homogeneidad en las respuestas en ambos grupos. Así, los estudiantes de medicina creen en el 46'3% de los casos que los costes económicos de los psicofármacos se pueden asumir a corto plazo; en un 42'5% a largo plazo; en un 3'8% tanto a corto como largo plazo y sólo en un 7'5% de los casos consideran que estos costes no son asumibles.

Los profesionales de la medicina reportan frecuencias de respuesta muy similares, considerando que los costes son asumibles solo a corto plazo en el 49'2% de las respuestas; en un 35'3% únicamente a largo plazo; en un 10% tanto a corto como a largo plazo y sólo para el 5'4% estos costes no son asumibles en ningún caso (gráfico 12).

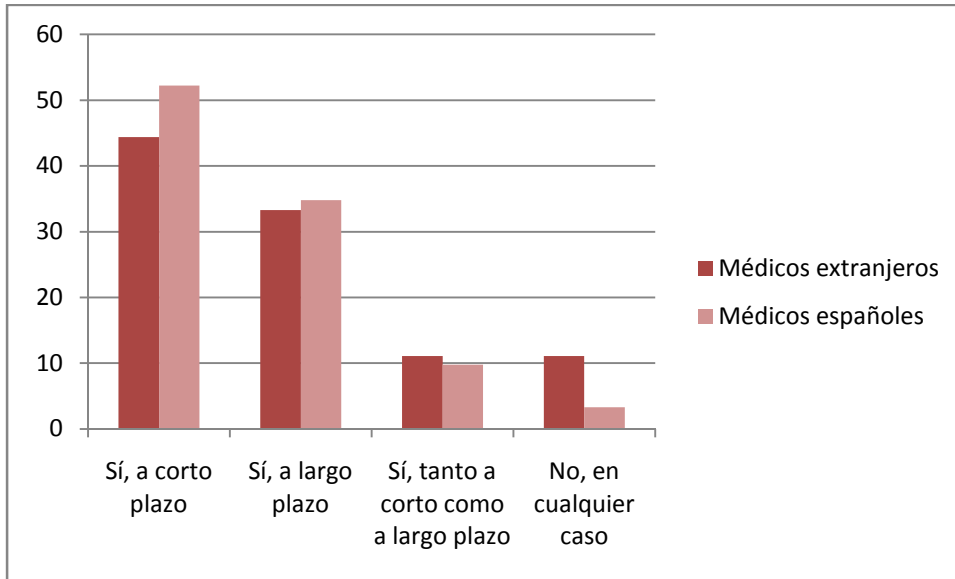
Gráfico 14. Costes económicos de los psicofármacos en estudiantes y médicos.



Se compararon igualmente las frecuencias de respuesta entre los médicos según el país de origen. En este caso, y de la misma forma que ocurría para el apartado anterior, las respuestas entre los grupos se han mostrado igualmente homogéneas, existiendo en este caso una mayor disparidad en cuanto a la posibilidad de que los costes no puedan ser asumidos, tal y como puede observarse en el gráfico 13.

En concreto, los médicos extranjeros creen que los costes económicos generados por los psicofármacos son asumibles solo a corto plazo en un 44'4% ; únicamente a largo plazo en un 33,3%; tanto a corto como a largo plazo en un 11'1% y que no pueden ser asumidos en el 11'1% de los casos. Los médicos españoles a su vez, indican que estos costes son asumibles nada más que a corto plazo el 52'2% de las veces; solamente a largo plazo en un 34'8%; tanto a corto como a largo plazo en un 9'8% y finalmente sólo en un 3'3% de los casos reportan que estos costes no pueden ser asumidos.

Gráfico 15. Costes económicos de los psicofármacos en médicos según país de trabajo.



Objetivo específico número tres. Explorar el sentido (a favor o en contra) de la información recibida por estudiantes y profesionales sobre psicofármacos y psicoterapia en la facultad y si ésta se corresponde con lo percibido durante la práctica profesional para el caso de estos últimos. También se desea averiguar si en el último año se ha accedido a fuentes de información sobre medicamentos psicotrópicos y psicoterapia, así como el sentido (a favor o en contra) de la misma.

Para dar respuesta a este objetivo, se preguntó tanto a los estudiantes de medicina como a los profesionales médicos si habían recibido información en la universidad sobre psicofármacos y/o psicoterapia, el sentido de la misma (a favor o en contra) y para el caso de los médicos si esta información coincide o no con lo observado durante la práctica clínica.

▪ **Información recibida en la universidad sobre psicofármacos y/o psicoterapia**

Como puede observarse en la tabla 12, la gran mayoría de los sujetos encuestados refieren haber recibido información sobre psicofármacos en la universidad, en un 100% de los casos en estudiantes, 93'5% de los médicos españoles, siendo ligeramente inferior el porcentaje de médicos extranjeros que refieren esta circunstancia (77'1 %). La información recibida se muestra a favor de los psicofármacos en un 81'8% de los estudiantes, 76'2% de los médicos españoles y en un 66'7% de los extranjeros.

Entre los facultativos, cabe destacar que sólo el 56'3% de los españoles y el 57'1% de los extranjeros consideran que la información recibida en la universidad sobre la eficacia de los psicofármacos coincide con lo observado en la práctica clínica. Mayores puntuaciones se han observado respecto a los efectos secundarios derivados de estos fármacos, informando un 69'9% y 81'5% de los médicos españoles y extranjeros

respectivamente de la coincidencia de la información recibida sobre estos efectos y lo observado en la práctica.

Tabla 12. Información recibida sobre psicofármacos en la universidad.

	<i>¿Ha recibido información sobre psicofármacos en la universidad?</i>	<i>Carácter de la información</i>	<i>La información respecto a la eficacia coincide con la práctica</i>	<i>La información respecto a sus efectos 2^{os} coincide con la práctica</i>
Estudiantes	Sí: 100%	A favor: 81'8% Ambas: 18'2%	---	---
Médicos españoles	Sí: 93'5% No: 6'5%	A favor: 76'2% En contra: 23'8%	Sí: 56'3% No: 32'5% NS: 10'8%	Sí: 69'9% No: 20'5% NS: 9'6%
Médicos extranjeros	Sí: 77'1% No: 22'9%	A favor: 66'7% En contra: 7'9% Ambas: 25'9%	Sí: 57'1% No: 39'3% NS: 3'6%	Sí: 81'5% No: 18'5%

En cuanto a la información recibida en la universidad a cerca de la psicoterapia se pueden observar claras diferencias entre los estudiantes y los profesionales, reportando los primeros haber recibido información en un 90% de los casos frente al 49'5% y 57'1% de los médicos españoles y extranjeros respectivamente (Tabla 13).

La información recibida se muestra a favor de la psicoterapia en el 100% de los estudiantes, 72'1% de los médicos españoles y en un 71'4% de los extranjeros.

Entre los facultativos en su conjunto, el 63'6% consideran que la información recibida en la universidad sobre las ventajas de la psicoterapia coincide con lo observado en la práctica, y en cuanto a los inconvenientes de la misma, el 65'9% de los médicos españoles y el 65% de los extranjeros informan de esta misma coincidencia.

Tabla 13. Información recibida sobre psicoterapia en la universidad.

	<i>¿Ha recibido información sobre psicoterapia en la universidad?</i>	<i>Carácter de la información</i>	<i>La información respecto a sus ventajas coincide con la práctica</i>	<i>La información respecto a sus inconvenientes coincide con la práctica</i>
Estudiantes	Sí: 90% No:10%	A favor: 100%	---	---
Médicos españoles	Sí: 49'5% No:50'5%	A favor: 72'1% En contra: 27'9%	Sí: 63'6% No:27'3% NS:9'1%	Sí: 65'9% No: 15'9% NS: 18'2%
Médicos extranjeros	Sí: 57'1% No: 42'9%	A favor: 71'4% En contra: 28'6%	Sí: 63'6% No: 14'3%	Sí: 65% No: 25% NS: 10%

▪ **Acceso a información sobre psicofármacos y/o psicoterapia en el último año**

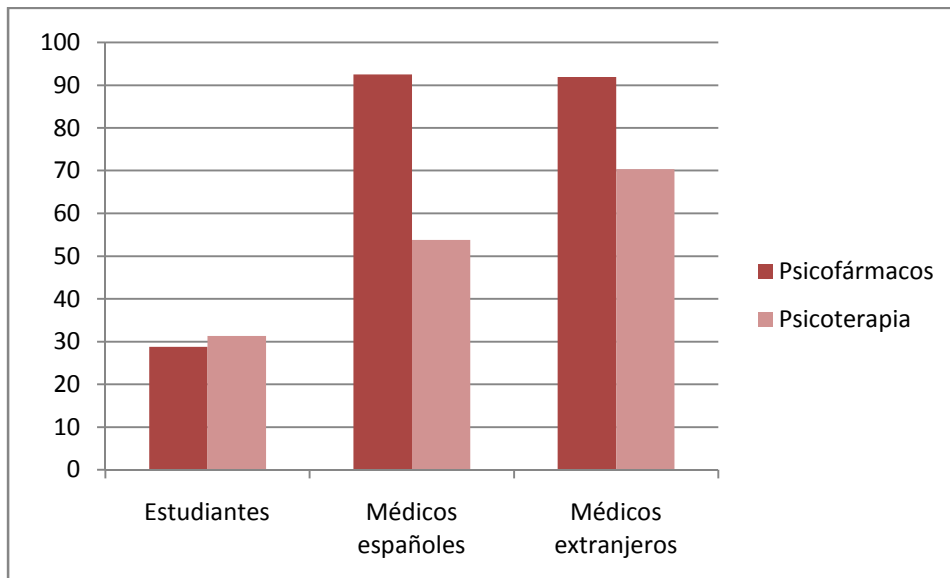
Igualmente se preguntó a los estudiantes y facultativos si habían tenido acceso a información sobre psicofármacos y/o psicoterapia en el último año. En caso afirmativo, las fuentes de información recogidas fueron: evento, prensa científica, actividad formativa y/o industria farmacéutica. Como puede observarse en el gráfico 16, existen notables diferencias en cuanto al acceso a nueva información sobre psicofármacos y/o psicoterapia en el último año por parte de los tres grupos de sujetos analizados, a saber: estudiantes, médicos españoles y médicos extranjeros.

En el caso de los psicofármacos, los estudiantes indican haber recibido información en el último año sólo en un 28'8% de los casos, frente al 92'5% de médicos españoles y el 91'9% de médicos extranjeros que informan de esta circunstancia. Por el contrario, para el caso de la psicoterapia, los estudiantes refieren haber recibido

información en el último año en un 31'3% de los casos, frente al 53'8% en los médicos españoles y el 70'3% de los extranjeros.

Como observamos en el gráfico 16, las diferencias más notables entre los grupos se encuentran en la información sobre psicoterapia entre los grupos de médicos, observándose que los médicos españoles declaran en menor medida que los extranjeros el haber recibido información sobre psicoterapia en el último año, mientras que para el caso de la información referente a los psicofármacos prácticamente no se aprecian diferencias entre los grupos de médicos.

Gráfico 16. % sujetos que han recibido información sobre psicofármacos y/o psicoterapia en el último año.



El carácter de la información recibida en el último año (a favor, en contra o ambas) por cada uno de los grupos es el que puede observarse en los gráficos 17-22. En cuanto a la información sobre psicofármacos, los estudiantes encuestados declaran que dicha información se encontraba a favor de los mismos en un 18'8% de los casos, en los médicos españoles en un 37'6% y en los extranjeros en un 51'4%. Por tanto, podemos observar que la información recibida es más crítica con los medicamentos psicotrópicos en el caso de los médicos españoles.

Por otro lado, la información sobre psicoterapia recibida por el alumnado se encontraba a favor de la misma en un 23'8% de los casos, en los médicos españoles en un 49'5% y en los extranjeros en un 64'9%. De nuevo, es la información recibida por los médicos españoles la que se muestra también más crítica con esta opción de tratamiento.

▪ **Carácter de la información recibida en el último año en estudiantes.**

Gráfico 27. Información sobre psicofármacos.

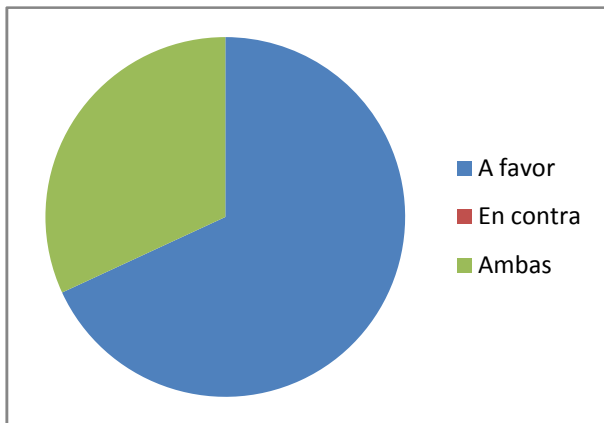
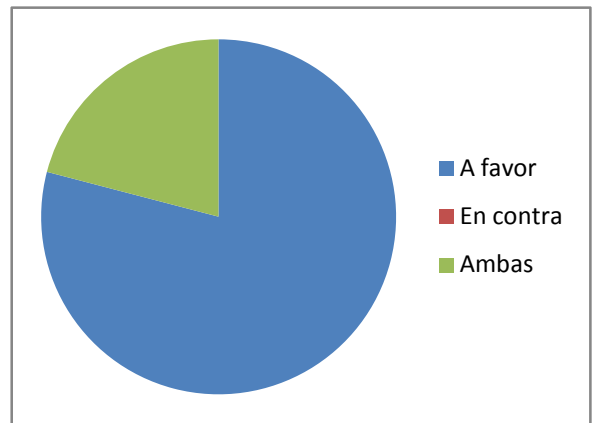


Gráfico 18. Información sobre psicoterapia.



▪ **Carácter de la información recibida en el último año en médicos españoles.**

Gráfico 19. Información sobre psicofármacos.

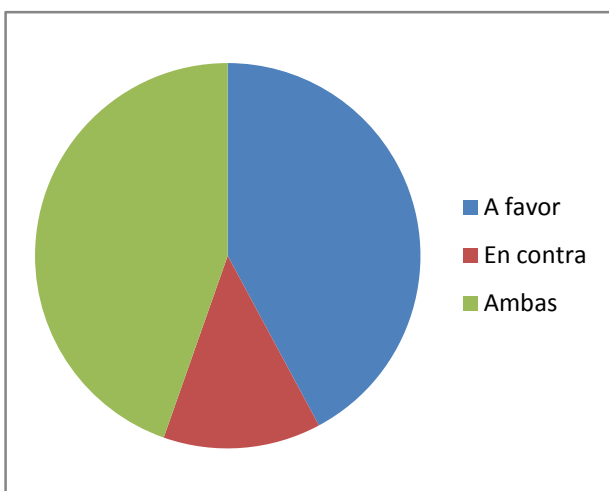
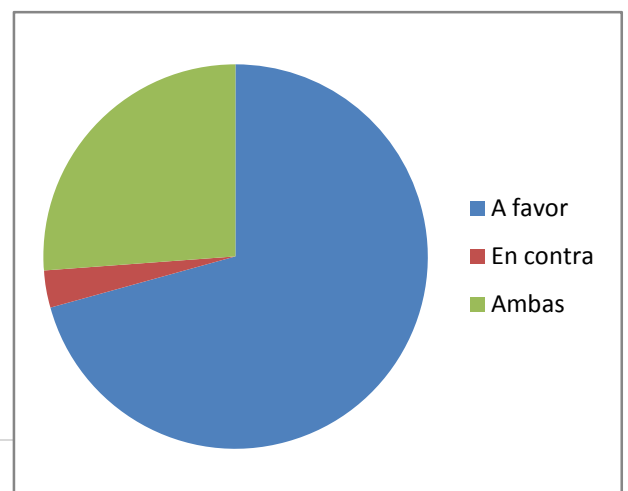


Gráfico 20. Información sobre psicoterapia.



▪ **Carácter de la información recibida en el último año en médicos extranjeros.**

Gráfico 21. Información sobre psicofármacos.

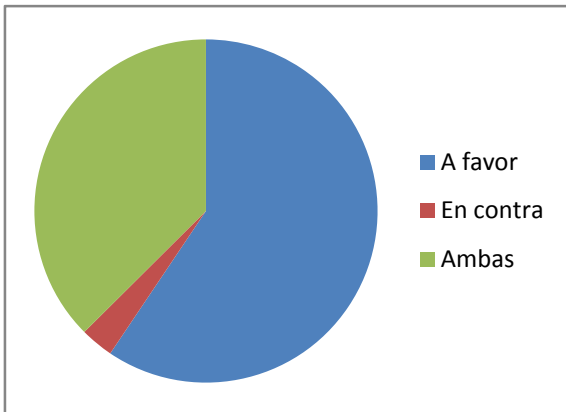
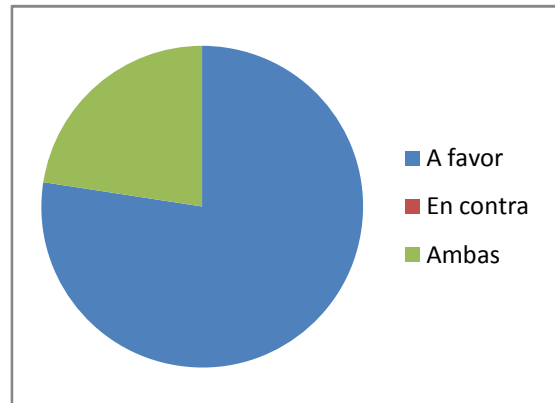


Gráfico 32. Información sobre psicoterapia.



Por último, las principales vías por las que se obtuvo información en el último año sobre medicamentos psicotrópicos y/o psicoterapia en cada uno de los grupos analizados son las que se exponen en la tabla 12. Los estudiantes informan de que accedieron a nueva información sobre psicofármacos principalmente a través de prensa científica (15%) y actividad formativa (10%). Estas mismas vías son las se observan en el caso de los médicos españoles, quienes en el último año accedieron a nueva información sobre psicofármacos principalmente a través de prensa científica (49'5%), actividad formativa (55'9%) e industria farmacéutica (26'9%). De forma similar, los médicos extranjeros accedieron a nueva información a través de prensa científica (43'2%), evento (29'7%), actividad formativa e industria farmacéutica (27% respectivamente).

En el caso de la psicoterapia, las fuentes de información principales reportadas por los estudiantes fueron la actividad formativa (18'8%) y la prensa escrita (7'5%); en los médicos españoles igualmente actividades formativas (35'5%) y prensa científica (21'5%) y en los extranjeros actividades formativas y prensa escrita (31'1% respectivamente) y evento (21'6%).

Tabla 14. % fuentes de información sobre psicofármacos y psicoterapia.

	Psicofármacos				Psicoterapia			
	Evento	Prensa científica	Actividad formativa	Industria farmacéutica	Evento	Prensa científica	Actividad formativa	Industria farmacéutica
Estudiantes	1'3	15	10	2'5	6,3	7'5	18'8	-
Médicos españoles	9'7	55'9	49'5	26'9	7'5	21'5	35'5	4'3
Médicos extranjeros	29'7	43'2	27	27	21'6	31'1	31'1	5'4

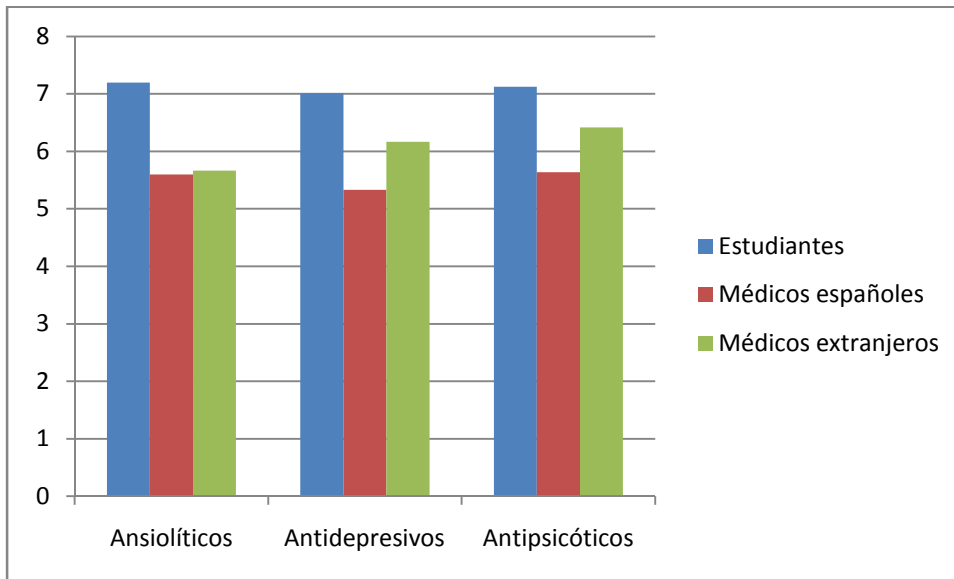
Objetivo específico número cuatro. Conocer si los profesionales y estudiantes de medicina consideran que la investigación sobre psicofármacos cumple con la validez metodológica y si entienden que estos medicamentos poseen una acción específica sobre un problema psicopatológico determinado. Finalmente, se pretende saber si los y las profesionales declaran haber recibido algún tipo de apoyo de algún laboratorio farmacéutico en relación a algún psicofármaco.

En la primera parte de este objetivo se ha querido conocer la opinión, tanto de los médicos como de los estudiantes, de medicina a cerca de la validez metodológica de las investigaciones sobre las que se sustentan los distintos grupos de psicofármacos, así como en qué medida entienden que cada psicofármaco actúa de forma específica sobre un problema mental determinado.

Tal y como se puede observar en el gráfico 23, de forma comparativa, los estudiantes de medicina consideran en mayor medida que los otros dos grupos, que las investigaciones sobre ansiolíticos (7'2, DT=1'72), antidepresivos (7'01, DT=1'85) y antipsicóticos (7'12, DT=1'68) son metodológicamente válidas.

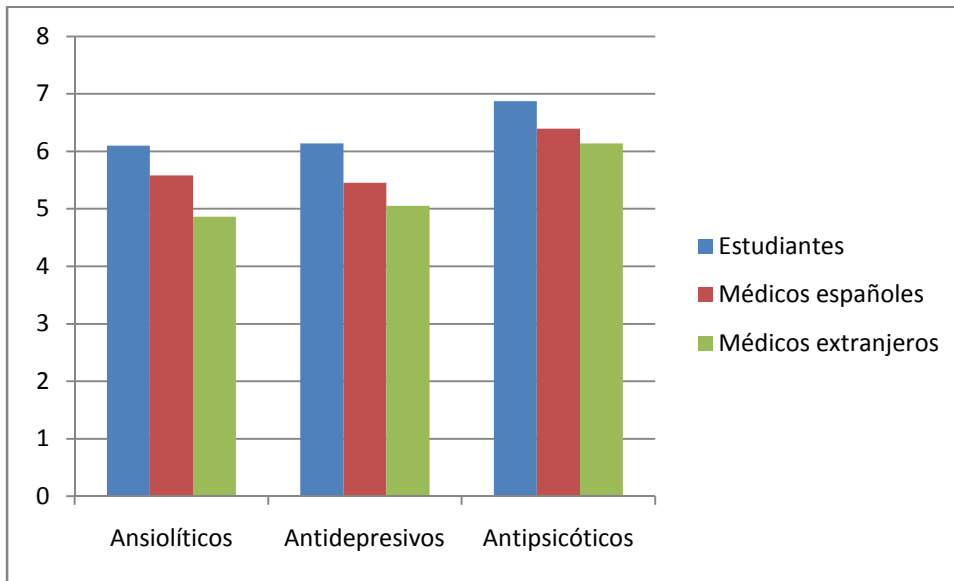
Podemos observar además, que son los médicos españoles frente a los otros dos grupos (estudiantes/médicos extranjeros) los que informan en menor medida sobre la creencia de que las investigaciones sobre psicofármacos sean metodológicamente válidas para el caso de los ansiolíticos (5'6, DT=2'08), antidepresivos (5'33, DT=2'09) y antipsicóticos (5'64, DT=2'00).

Gráfico 23. Opinión sobre la validez metodológica de las investigaciones sobre psicofármacos.



En cuanto a la consideración de que cada psicofármaco actúa de forma específica sobre un trastorno psicopatológico determinado, observamos igualmente que son los estudiantes de medicina quienes creen que dicha acción es mayor tanto para los ansiolíticos (6'1, DT=2'30), como para los antidepresivos (6'13, DT=1'87) y antipsicóticos (6'87, DT=1'98). Sin embargo, y de forma opuesta a lo que ocurría con la creencia de existencia de investigaciones metodológicamente válidas, para este caso son los médicos españoles quienes puntúan de forma más alta frente a los médicos extranjeros para los tres grupos de psicofármacos (Gráfico 24).

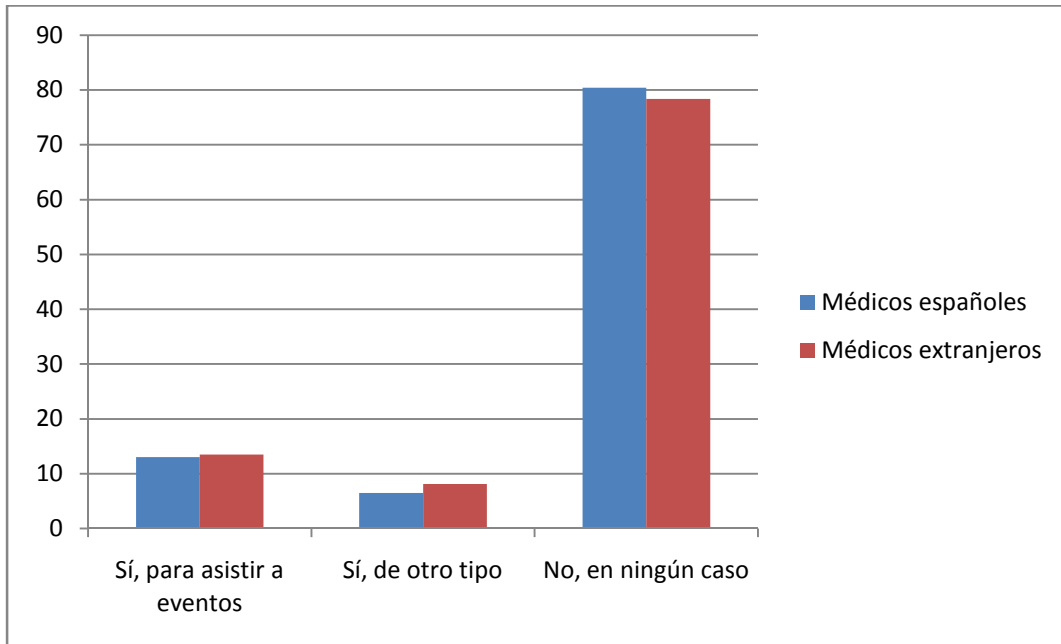
Gráfico 24. Opinión sobre la actuación específica de cada psicofármaco.



Para abordar el último apartado de este objetivo específico, se incluyó en la herramienta de recogida de datos de la presente investigación la pregunta que sigue: ¿Ha recibido apoyo de algún laboratorio farmacéutico en relación a algún psicofármaco?

Los resultados obtenidos nos indican que, en la gran mayoría de los casos, los médicos informan de la circunstancia de no haber recibido apoyo de ningún laboratorio. En concreto, los médicos españoles manifiestan esta situación en un 80'4% de los casos frente al 78'4% de los médicos extranjeros. Sólo en el 19'5% y 21'6% los médicos españoles y extranjeros, respectivamente, indican haber recibido apoyo de algún laboratorio, bien para la asistencia a eventos o para otro fin (Gráfico 25).

Gráfico 25. Apoyo de los laboratorios farmacéuticos a los profesionales médicos.



Objetivo específico número cinco. Identificar y en su caso, describir perfiles de profesionales en base a la relación que pudiera existir entre el modelo de acción de los psicofármacos asumido, con la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y psicoterapia, el posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos, y la actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia. También se desea indagar sobre cuál de los dos modelos de acción sobre psicofármacos es preferido por la muestra de estudiantes.

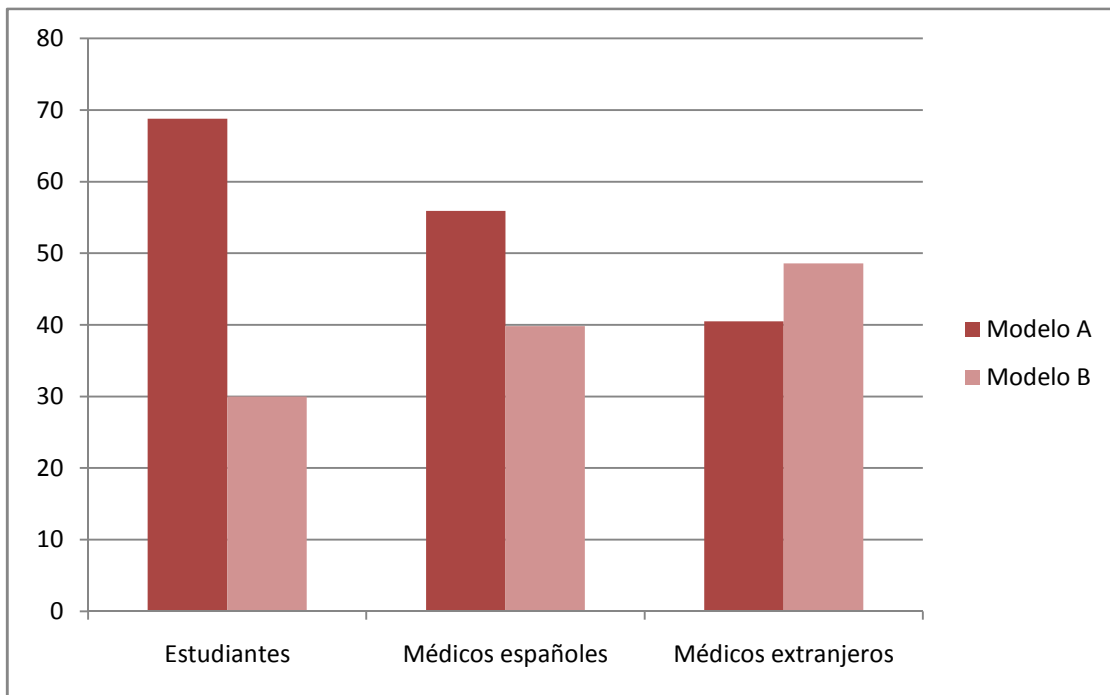
Para explorar las creencias de los estudiantes y profesionales médicos sobre los mecanismos por los que pudiesen actuar los distintos psicofármacos en los trastornos mentales, se procedió a crear un ítem específico para tal fin, donde los sujetos estudiados debían seleccionar la opción que mejor se adaptase a su opinión acerca del modelo de acción de los psicofármacos (Anexo 1). Así, se crearon las siguientes opciones:

Tabla 15. Modelos de acción de los psicofármacos.

Modelo A (centrado en la enfermedad)	<i>Los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal. Los psicofármacos son tratamientos para las enfermedades mentales. Los efectos terapéuticos de los psicofármacos son derivados de los efectos sobre la patogenia de la enfermedad. Los psicofármacos son como la insulina para la diabetes</i>
Modelo B (centrado en el fármaco)	<i>Los psicofármacos crean un estado cerebral anormal. Los psicofármacos son drogas psicoactivas. Los efectos útiles del psicofármaco son una consecuencia del estado inducido por él mismo. Los psicofármacos son como el alcohol para la ansiedad social.</i>

El análisis descriptivo de los datos nos informa de que el Modelo A es el que mayoritariamente es asumido en España, tanto por los estudiantes de medicina (68'8%) como por los profesionales médicos (55'9%). Sin embargo, y tal y como puede observarse en el gráfico 26, los médicos de Colombia y México estudiados asumen principalmente el modelo opuesto, es decir, aquel que considera que los psicofármacos no corrigen, sino que crean un estado cerebral anormal, ya que sólo para el 40'5% de los casos se decantaron por el modelo de acción A.

Gráfico 26. Modelos de acción de los psicofármacos asumido por los estudiantes v médicos.



Para conocer el posicionamiento o punto de vista general de los facultativos ante la prescripción de psicofármacos, se tuvo en consideración las siguientes opciones de respuesta:

Tabla 16. Punto de vista general de los facultativos ante la prescripción de psicofármacos.

Perfil	Punto de vista
Médico farmacólogo por convicción	<i>Siempre me decanto por la prescripción de psicofármacos debido a mi convicción de que son el mejor remedio para los problemas mentales</i>
Médico farmacólogo por acomodación	<i>Siempre me decido por prescribir psicofármacos porque es la tendencia más extendida en psiquiatría</i>
Médico flexible	<i>Escojo entre la prescripción de psicofármacos y la prescripción de psicoterapia según las características individualizadas de cada paciente</i>
Médico antipsiquiatra	<i>En general, soy reacio/a a prescribir psicofármacos</i>

El análisis de las frecuencias de respuesta nos indica que la gran mayoría de los facultativos, tanto españoles (76'3%) como extranjeros (75'7%), podrían ser incluidos dentro del perfil de "Médico flexible" ante la prescripción de psicofármacos, de entre los perfiles previamente indicados.

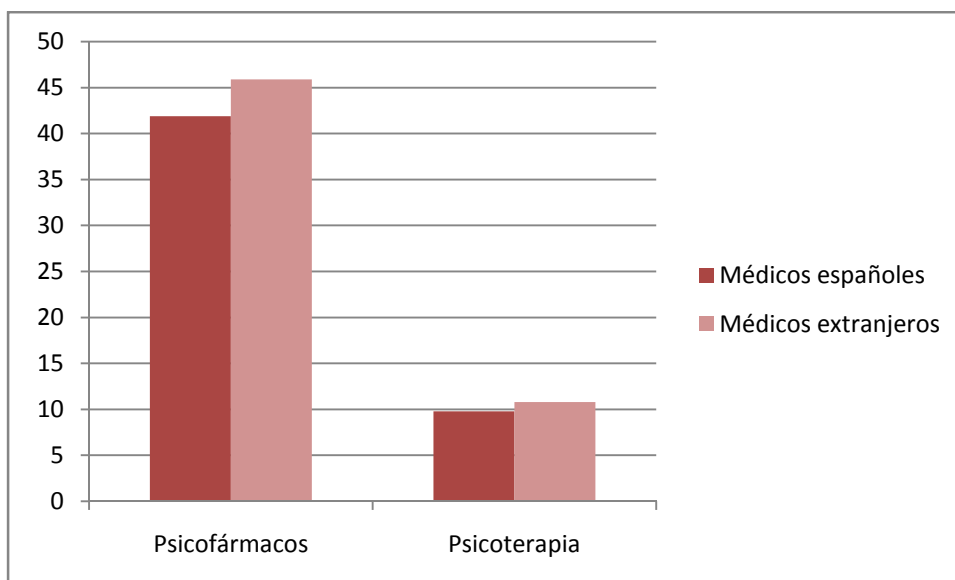
Sólo el 2'2% de los médicos españoles y el 5'4% de los extranjeros declaran decantarse por la prescripción de psicofármacos debido a que consideran por convicción que son el mejor remedio para los problemas mentales (Tabla 17).

Tabla 17. Posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos.

	Farmacólogo por convicción	Farmacólogo por acomodación	Flexible	Antipsiquiatra
Médicos españoles	2'2%	8'6%	75'7%	12'9%
Médicos extranjeros	5'4%	10'8%	76'3%	8'1%

Por último, en cuanto a la actitud general hacia la prescripción de psicofármacos y/o psicoterapia (favorable/crítica) entre los médicos observamos un comportamiento muy similar entre ambos grupos. Así, los médicos españoles informan de una actitud favorable hacia la prescripción de psicofármacos en un 58'1 % de los casos frente al 54'1% de los extranjeros; para el caso de la prescripción de psicoterapia los profesionales españoles se muestran a favor de la misma en un 90'2% de los casos frente al 89'2% de los extranjeros (Gráfico 27).

Gráfico 27. Actitud general crítica hacia la prescripción de psicofármacos y/o psicoterapia.



Análisis de los resultados

Objetivo específico número uno. Recoger la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y/o psicoterapia para tratar problemas mentales así como los criterios de prescripción (aguda o crónica) para los principales problemas mentales que los profesionales de la medicina en atención primaria manifiestan.

Para analizar el posible efecto mediador de la variable “país de trabajo” en la frecuencia de prescripción de psicofármacos por los profesionales de la medicina encuestados se ha llevado a cabo una comparación de medias siguiendo la prueba T-Student para muestras independientes (Tabla 18). Los hallazgos demuestran que efectivamente el país de trabajo está asociado a una mayor prescripción de psicofármacos, siendo los médicos españoles los que en mayor medida recurren a esta alternativa de tratamiento ($p=0'008$). De igual forma, tal y como puede observarse en la Tabla 19, el país de trabajo también influye significativamente ($p=0'004$) entre los profesionales médicos a la hora de decantarse por la prescripción de psicoterapia entre los pacientes con problemas mentales. En este caso, son los médicos de México y Colombia los que prescriben en mayor medida este tipo de terapia.

Tabla 18. Prueba T-Student para la frecuencia de prescripción de psicofármacos entre médicos españoles y extranjeros.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Prescripción de psicofármacos	6'962	0'009	0'008	-1'753	-0'274

Tabla 19. Prueba T-Student para la frecuencia de prescripción de psicoterapia entre médicos españoles y extranjeros.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Prescripción de psicoterapia	3'190	0'077	0'004	0'479	2'432

Para conocer si existen diferencias en cuanto a los criterios de prescripción farmacológica (aguda/crónica) entre los profesionales médicos teniendo en cuenta el país de trabajo se ha procedido a efectuar la prueba Chi cuadrado de Pearson. Los resultados de dicho análisis mostraron que en ningún caso existían diferencias significativas entre ambos grupos de profesionales.

Además, se procedió a la comparación entre estudiantes de medicina y médicos españoles para el mismo caso. Con este análisis se pretende analizar si los estudiantes de medicina difieren en cuanto al tipo de prescripción farmacológica que efectuarían entre sus pacientes, frente a la prescripción real que manifiestan los médicos en activo.

Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el caso del tipo de prescripción para el trastorno esquizofrenia ebefrénica/desorganizada/esquizofrenia tipo II (Tabla 20). En este caso, los estudiantes de medicina encuestados refieren en mayor medida que los médicos la prescripción aguda de psicofármacos para este problema (5'955, $p=0'015$).

Tabla 20. Prueba Chi cuadrado para los criterios de prescripción farmacológica entre estudiantes y médicos.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5'955	1	0'015	0'024	0'017

Objetivo específico número dos. Recoger las valoraciones realizadas por profesionales médicos en atención primaria y por estudiantes de medicina a cerca de las siguientes características de tres grandes grupos de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos): eficacia a corto y largo plazo, presencia de efectos secundarios y la disposición para asumirlos, si disminuyen el potencial de los pacientes, si se puede aceptar el coste económico que suponen a corto y largo plazo.

Para explorar el posible efecto mediador de las variables estatus (estudiante/médico) y país de trabajo (España, México y Colombia) sobre la percepción de la eficacia de los psicofármacos, sus efectos secundarios, sus efectos sobre el potencial de los pacientes y la posibilidad de asumir sus costes económicos se ha procedido a efectuar un análisis comparativo entre los grupos a través de las pruebas T-Student para el caso de variables continuas y Chi cuadrado de Pearson cuando se tratasen de variables cualitativas. Igualmente, cabe destacar que en el caso de que se observasen diferencias significativas entre los estudiantes y los médicos, se procedió a efectuar un análisis posterior en el que sólo se tenían en cuenta a los facultativos españoles frente a los estudiantes con el objeto de evitar la posible contaminación que el país de trabajo pudiera tener sobre los resultados.

▪ Eficacia de los psicofármacos a corto plazo

Los resultados de las pruebas T-Student para la comparación de medias entre grupos demuestran que únicamente la variable estatus (estudiante/médico) muestra influencia sobre la creencia de la eficacia de los psicofármacos a corto plazo (Tabla 21),

no ocurriendo lo mismo con la variable país de trabajo, donde no se han encontrado diferencias significativas entre grupos en ningún caso.

Tabla 21. Prueba T-Student para la eficacia de los psicofármacos a corto plazo entre estudiantes y médicos españoles.

Eficacia de los psicofármacos a corto plazo	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Ansiolíticos	10'885	0'001	0'036	0'032	0'932
Antidepresivos	22'650	0'000	0'001	0'492	1'961
Antipsicóticos	3'666	0'057	0'000	1'085	2'518

Los estudiantes encuestados consideran que los psicofármacos tienen una mayor eficacia a corto plazo sobre los problemas mentales en comparación con los médicos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas para los ansiolíticos (7'94; $p=0'036$), antidepresivos (4'54; $p=0'001$) y más fuertemente para los antipsicóticos (6'10; $p<0'001$).

▪ Eficacia de los psicofármacos a largo plazo

Se ha observado que tanto la variable estatus como la de país de origen influyen en la creencia de la eficacia de los psicofármacos a largo plazo. En concreto, los estudiantes de medicina consideran de forma significativa más eficaces a largo plazo tanto los antidepresivos (6'10; $p<0'001$) como los antipsicóticos (7'13; $p=0'015$) frente a los médicos. En el caso de los ansiolíticos no se observan diferencias significativas (tabla 22).

Tabla 22. Prueba T-Student para la eficacia de los psicofármacos a largo plazo entre estudiantes y médicos españoles.

Eficacia de los psicofármacos a largo plazo	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Ansiolíticos	0'017	0'896	0'179	-1'181	0'223
Antidepresivos	3'666	0'057	0'000	-1'180	0'222
Antipsicóticos	2'123	0'147	0'015	0'138	1'334

Entre profesionales de la medicina, únicamente se han observado diferencias significativas para el caso de los antipsicóticos (tabla 23), siendo los médicos extranjeros donde se observan valores más altos para la eficacia de estos fármacos a largo plazo (7'22; $p=0'004$).

Tabla 23. Prueba T-Student para la eficacia de los psicofármacos a largo plazo entre médicos según país de origen.

Eficacia de los psicofármacos a largo plazo	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Ansiolíticos	2'092	0'151	0'684	-1'132	0'745
Antidepresivos	0'118	0'732	0'101	-0'111	1'242
Antipsicóticos	4'733	0'031	0'004	0'395	1'561

▪ **Efectos secundarios**

Los resultados obtenidos a través del análisis de los datos mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson demuestran que no existen diferencias significativas entre los grupos, es decir, que ni la variable estatus ni la variable país de trabajo muestran influencia en la creencia por parte de los estudiantes y de los médicos sobre los efectos secundarios generados por la acción de los psicofármacos.

Cabe recordar que, en la gran mayoría de los casos, todos los encuestados informan de la creencia de que efectivamente los psicofármacos dan lugar a efectos secundarios en los pacientes, pero que dichos efectos son asumibles.

▪ **Efectos sobre el potencial de los pacientes**

El análisis de los datos mediante la prueba T-Student para la comparación de medias entre grupos demuestran que, del mismo modo que ocurría para los efectos secundarios de los psicofármacos, las variables estatus y país de trabajo tampoco influyen en la creencia de que uno de los efectos de estos fármacos sea precisamente disminuir el potencial de los pacientes.

De esta forma, tanto los estudiantes de medicina como los médicos en general informan de la creencia de que uno de los efectos producidos por los psicofármacos sea la disminución del potencial de los pacientes.

▪ **Costes económicos**

Tampoco se han observado diferencias significativas entre grupos para la variable costes económicos generados por los psicofármacos. Cabe recordar que tanto estudiantes como médicos en general consideran que estos costes son asumibles tanto a corto como a largo plazo.

Objetivo específico número tres. Explorar el sentido (a favor o en contra) de la información recibida por estudiantes y profesionales sobre psicofármacos y psicoterapia en la facultad y si ésta se corresponde con lo percibido durante la práctica profesional para el caso de estos últimos. También se desea averiguar si en el último año se ha accedido a fuentes de información sobre medicamentos psicotrópicos y psicoterapia, así como el sentido (a favor o en contra) de la misma.

Para explorar el posible efecto mediador de las variables estatus (estudiante/médico) y país de trabajo (España, México y Colombia) sobre la información recibida en la universidad y si ésta se corresponde con lo observado en la práctica para el caso de los profesionales médicos; y sobre la información a la que se ha accedido en el último año a cerca de medicamentos psicotrópicos y psicoterapia, la naturaleza de dicha información (a favor, en contra o ambas) y las principales fuentes de información reportadas por los sujetos, se ha procedido a llevar a cabo pruebas Chi cuadrado de Pearson, teniendo en cuenta que tal y como se comentó en el análisis de los resultados del objetivo específico número dos, en el caso de que se hayan observado diferencias significativas entre los estudiantes y los médicos, se ha procedido a efectuar un análisis posterior en el que sólo se tienen en cuenta a los facultativos españoles frente a los estudiantes con el objeto de evitar la posible contaminación que el país de trabajo pueda tener sobre los resultados.

- **Estudiantes frente a médicos españoles**

Se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los médicos y alumnos españoles en cuanto a la información sobre psicofármacos y psicoterapia que refieren haber recibido en la universidad. De esta forma, y tal y como puede observarse en la tablas 24 y 25, los estudiantes indican haber recibido más información sobre psicofármacos ($p=0'021$) y psicoterapia ($p=000$) durante sus estudios universitarios que

la que recibieron al respecto los profesionales médicos. Sin embargo, el carácter de dicha información no difiere entre los grupos.

Tabla 24. Prueba Chi cuadrado para la información sobre psicofármacos recibida en la universidad entre estudiantes y médicos españoles.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5'347	1	0'021	0'031	0'022

Tabla 25. Prueba Chi cuadrado para la información sobre psicoterapia recibida en la universidad entre estudiantes y médicos españoles.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31'787	1	0'000	0'000	0'000

Se han observado igualmente diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según la variable estatus en cuanto al acceso a nueva información sobre psicofármacos y psicoterapia en el último año (tablas 26 y 27). Son los estudiantes en ambos casos quienes informan de haber tenido un menor acceso a nueva información en los últimos doce meses, tanto para el caso de los psicofármacos ($p < 0'001$) como de la psicoterapia ($p < 0'001$).

Tabla 26. Prueba Chi cuadrado para el acceso a nueva información sobre psicofármacos entre estudiantes y médicos españoles.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75'66	1	0'000	0'000	0'000

Tabla 27. Prueba Chi cuadrado para el acceso a nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,662	1	0'000	0'000	0'000

Del mismo modo, también se han observado diferencias significativas en cuanto a la naturaleza de la nueva información entre los grupos, tanto para el caso de los psicofármacos (Tabla 28) como de la psicoterapia (Tabla 29).

Los alumnos refieren haber recibido menos información a favor de la psicofármacos que los médicos ($p < 0'001$), de la misma forma que también en el caso de la psicoterapia son los estudiantes quienes refieren haber recibido menos información a favor de la misma que los facultativos ($p < 0'001$).

Tabla 28. Prueba Chi cuadrado para la naturaleza de la nueva información sobre psicofármacos entre estudiantes y médicos españoles.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73'332	3	0'000	0'000	0'000

Tabla 29. Prueba Chi cuadrado para la naturaleza de la nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28'81	3	0'000	0'000	0'000

Analizando de forma comparativa las distintas fuentes de acceso a nueva información sobre psicofármacos reportadas por los estudiantes y médicos españoles se observa la existencia de diferencias significativas entre los grupos. Los estudiantes informan sobre un menor acceso a información sobre psicofármacos en el último año a través de eventos ($p=0'017$), prensa científica ($p<0'001$), acción formativa ($p<0'001$) e industria farmacéutica ($p<0'001$) frente a lo indicado por los profesionales médicos españoles (Tabla 30).

Tabla 30. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicofármacos entre estudiantes y médicos españoles.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Evento	5'529	1	0'019	0'022	0'017
Prensa científica	31'628	1	0'000	0'000	0'000
Acción formativa	30'612	1	0'000	0'000	0'000
Industria farmacéutica	19'141	1	0'000	0'000	0'000

De igual forma, cuando se comparan las fuentes de acceso a nueva información sobre psicoterapia en el último año (Tabla 31), se observa que los estudiantes difieren de forma significativa de los médicos españoles en cuanto a la información obtenida a través de prensa científica ($p=0'011$) y acción formativa ($p=0'011$), siendo los alumnos quienes informan de un menor acceso a nueva información sobre psicoterapia a través de estas vías.

Tabla 31. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Evento	0'096	1	0'756	1'000	0'499
Prensa científica	6'454	1	0'011	0'018	0'009
Acción formativa	6'483	1	0'011	0'012	0'008
Industria farmacéutica	3'484	1	0'062	0'126	0'083

▪ **Médicos españoles frente a extranjeros**

El análisis comparativo entre grupos tomando como referencia el país de trabajo demuestra que los médicos en conjunto se comportan de forma muy similar en cuanto a la información recibida tanto en la universidad como en el último año sobre psicoterapia. Sólo para el caso de la información sobre psicofármacos recibida durante los estudios universitarios se han encontrado diferencias significativas entre los grupos (Tabla 32). No se han observado diferencias ni para el caso de la naturaleza del sentido de la información ni en lo que se refiere a que dicha información sobre psicofármacos y psicoterapia coincida con lo observado en la práctica clínica.

Tabla 32. Prueba Chi cuadrado para la naturaleza de la nueva información sobre psicoterapia entre estudiantes y médicos españoles.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6'898	1	0'009	0'022	0'013

Del mismo modo, existen pocas diferencias entre los médicos españoles y extranjeros en cuanto a las vías por las que obtienen nueva información sobre los psicofármacos y la psicoterapia (Tabla 33 y 34).

Respecto a las fuentes de acceso de información sobre psicofármacos informadas por los médicos analizados, sólo se observan diferencias significativas para el caso de la información obtenida a través de eventos ($p=0'004$) y acciones formativas ($p=0'020$), siendo los médicos españoles quienes acceden en menor medida a información a través de eventos y en mayor medida a través de acciones formativas.

Tabla 33. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicofármacos entre médicos españoles y extranjeros.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Evento	8'176	1	0'004	0'006	0'007
Prensa científica	1'703	1	0'192	0'244	0'133
Acción formativa	5'433	1	0'020	0'030	0'015
Industria farmacéutica	0'000	1	0'987	1'000	0'574

En cuanto a las vías de acceso de nueva información sobre psicoterapia, sólo se observan diferencias significativas para el caso de la información obtenida a través de eventos, donde los médicos españoles puntúan de forma significativamente más baja ($p=0'023$).

Tabla 34. Prueba Chi cuadrado para las fuentes de la nueva información sobre psicoterapia entre médicos españoles y extranjeros.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Evento	5'152	1	0'023	0'033	0'028
Prensa científica	2'596	1	0'107	0'122	0'084
Acción formativa	0'001	1	0'970	1'000	0'569
Industria farmacéutica	0'073	1	0'787	1'000	0'550

Objetivo específico número cuatro. Conocer si los profesionales y estudiantes de medicina consideran que la investigación sobre psicofármacos cumple con la validez metodológica y si entienden que estos medicamentos poseen una acción específica sobre un problema psicopatológico determinado. Finalmente, se pretende saber si los y las profesionales declaran haber recibido algún tipo de apoyo de algún laboratorio farmacéutico en relación a algún psicofármaco.

Los resultados de las pruebas T-Student para la comparación de medias entre grupos demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiantes y médicos españoles en cuanto a la consideración de ambos grupos sobre la existencia de investigaciones metodológicamente válidas que sustenten la acción de los psicofármacos. Así, observamos en la tabla 35 que los estudiantes de medicina puntúan de forma más alta para el caso de los ansiolíticos ($p < 0'001$), antidepresivos ($p < 0'001$), y antipsicóticos ($p < 0'001$). No ocurre lo mismo cuando se comparan las creencias sobre la acción específica de los psicofármacos sobre un problema psicopatológico determinado, ni cuando se pregunta sobre apoyos farmacológicos, no habiéndose observado diferencias significativas entre los grupos estudiantes y médicos españoles. De igual forma, no se han evidenciado diferencias entre los grupos médicos españoles y extranjeros para ninguna de las variables contempladas en este objetivo.

Tabla 35. Prueba T-Student para las investigaciones metodológicamente válidas entre estudiantes y médicos españoles.

Eficacia de los psicofármacos a corto plazo	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Ansiolíticos	3'856	0'051	0'000	0'977	2'149
Antidepresivos	1'067	0'303	0'000	1'062	2'260
Antipsicóticos	3'254	0'073	0'000	0'894	2'022

Objetivo específico número cinco. Identificar y en su caso, describir perfiles de profesionales en base a la relación que pudiera existir entre el modelo de acción de los psicofármacos asumido, con la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y psicoterapia, el posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos, y la actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia. También, se desea indagar sobre cuál de los dos modelos de acción sobre psicofármacos es preferido por la muestra de estudiantes.

Con el fin de explorar posibles diferencias en cuanto a los modelos de acción de psicofármacos asumidos en los grupos de estudiantes, médicos españoles y extranjeros y en cuanto a la actitud y posicionamiento general hacia la prescripción de psicofármacos y/o psicoterapia entre los dos últimos, se ha procedido a efectuar un análisis comparativo de los resultados entre los grupos mediante pruebas T-Student y Chi cuadrado de Pearson, según la naturaleza de las variables comparadas.

De esta forma, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos para la variable modelo de acción de psicofármacos asumido, el posicionamiento general hacia la prescripción de psicofármacos ni entre la actitud general hacia la prescripción de psicofármacos y psicoterapia.

Por el contrario, cabe recordar que, tal y como se expuso en el análisis estadístico del objetivo específico número uno de este trabajo, sí se han observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de prescripción de psicofármacos y psicoterapia entre los médicos según el país de trabajo. Así, decíamos que los médicos españoles prescriben significativamente más psicofármacos que los extranjeros (6'50, $p=0'008$), mientras que los médicos extranjeros recurren en mayor medida a la prescripción de psicoterapia (5'94, $p=0'004$).

Dada esta circunstancia, es decir, la existencia de dos grupos de profesionales médicos que difieren en cuanto a la prescripción de psicofármacos y psicoterapia, podríamos considerar que las variables *frecuencia de prescripción de psicofármacos en el último año* y *frecuencia de prescripción de psicoterapia en el último año* pudieran estar relacionadas con la actitud general de los facultativos hacia ambas modalidades terapéuticas, con el modelo de acción de los psicofármacos asumido por los mismos y con el posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos que estos asumen.

Las pruebas T-Student (Tablas 36 y 37) y ANOVA (Tabla 38) efectuadas tomando como variable dependiente la *frecuencia de prescripción de psicofármacos en el último año* demuestran que dicha variable se asocia de forma directa con la actitud general favorable hacia los psicofármacos ($p < 0'001$), con el modelo de acción A de los mismos ($p = 0'003$) y con el posicionamiento general ante la prescripción ($p < 0'001$). Por el contrario, no se ha observado con respecto a la actitud general hacia la psicoterapia.

Tabla 36. Prueba T-Student para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos y actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Frecuencia de prescripción de psicofármacos	1'888	0'172	0'000	0'695	2'001
Frecuencia de prescripción de psicoterapia	4'366	0'089	0'510	-0'757	1'517

Tabla 37. Prueba T-Student para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos con el modelo de acción de los mismos asumido.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Frecuencia de prescripción de psicofármacos (No se han asumido varianzas iguales)	9'760	0'002	0'005	0'331	1'790

Tabla 38. Prueba ANOVA para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos y el posicionamiento general ante la prescripción de los mismos.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Frecuencia de prescripción de psicofármacos	Inter-grupos	95,835	3	31,945	9,995	,000
	Intra-grupos	399,514	125	3,196		
	Total	495,349	128			

Tomando como dependiente la variable *frecuencia de prescripción de psicoterapia en el último año*, se observa que dicha variable se muestra igualmente asociada de forma directa con la actitud general favorable hacia la psicoterapia ($p=0'005$) y con el posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos ($p=0'035$). Por el contrario, y a diferencia del caso anterior, no se ha evidenciado relación alguna entre la prescripción de psicoterapia y el modelo de acción de los psicofármacos asumido; además, y al igual que ocurría anteriormente, no se ha observado relación alguna en la frecuencia de prescripción de psicoterapia y la actitud general hacia los psicofármacos.

De esto último podemos concluir que no es la actitud crítica hacia los psicofármacos o psicoterapia lo que determina entre los profesionales médicos estudiados la prescripción de una u otra modalidad terapéutica, sino que dicha prescripción depende más bien de la actitud favorable hacia las mismas.

Tabla 39. Prueba T-Student para la relación entre frecuencia de prescripción de psicoterapia y la actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	Sig. (bilateral)	Superior	Inferior
Frecuencia de prescripción de psicoterapia	0'266	0'607	0'005	0'652	3'563
Frecuencia de prescripción de psicofármacos	1'277	0'261	0'616	-1'153	0'686

Tabla 40. Prueba ANOVA para la relación entre frecuencia de prescripción de psicofármacos y el posicionamiento general ante la prescripción de los mismos.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Frecuencia de prescripción de psicoterapia	Inter-grupos	56,344	3	18,781	2,958	,035
	Intra-grupos	774,513	122	6,348		
	Total	830,857	125			

Teniendo en consideración todo lo expuesto hasta ahora y con el fin de dar respuesta de forma más general a este objetivo específico, podríamos considerar que los resultados obtenidos nos ayudarían a hipotetizar sobre los perfiles encontrados.

Así, y por supuesto, teniendo siempre en cuenta la particularidad de la muestra estudiada, podríamos hablar del perfil predominante de médico de Atención Primaria español como: profesional flexible en cuanto a la prescripción de psicofármacos, que

acude principalmente a la prescripción de los mismos entre sus pacientes frente a la psicoterapia basado en su actitud favorable hacia éstos y en la creencia del modelo que defiende que los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal. De igual forma, son profesionales que refieren una actitud favorable hacia la psicoterapia, pero se decantan en menor medida por ella.

Por otro lado, el perfil predominante del médico extranjero se definiría como: profesional igualmente flexible en cuanto a la prescripción de psicofármacos, pero que acude principalmente a la psicoterapia como opción de tratamiento basándose fundamentalmente en su actitud favorable hacia la misma. Además, estos profesionales muestran una actitud ligeramente más crítica hacia los psicofármacos que los médicos españoles y apoyan mayoritariamente el modelo de acción que defiende que los psicofármacos crean un estado cerebral anormal, aunque este hecho no parece estar en la base de la elección de la psicoterapia como tratamiento de los trastornos mentales.

Capítulo 12 . Discusión

Objetivo específico número uno. Recoger la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y/o psicoterapia para tratar problemas mentales así como los criterios de prescripción (aguda o crónica) para los principales problemas mentales que los profesionales de la medicina en atención primaria manifiestan.

En nuestro estudio, de acuerdo con lo manifestado por la muestra española de facultativos, la frecuencia media para la prescripción de psicofármacos para los pacientes con problemas mentales se sitúa algo más por encima de los valores intermedios sin llegar a cosechar una puntuación alta. Estos datos parecen ir en la misma dirección que lo señalado por otro estudio (Ricci-Cabello et al., 2010) cuando se considera que la prescripción de psicofármacos es menor de lo que cabría esperar si se toma como referencia la prevalencia existente de pacientes con problemas mentales, pese a que por otro lado, no deje de ser cierto que este tipo de fármacos representa un elevado gasto dentro del sistema sanitario español (Romo et al., 2003). De acuerdo con lo encontrado por Kilely et al. (2000), una mayor prescripción de psicofármacos,

principalmente de antidepresivos y ansiolíticos, a pacientes con malestar psíquico estaría relacionada con un centro sanitario con modelo “centrado en el paciente”, esto es, siguiendo un “modelo médico personal”, al contrario de lo que sucede en aquellos contextos no centrados en el paciente, donde la atención era menos personalizada (Kilely et al., 2000).

Sin embargo, los datos recogidos en esta investigación, parecen alejarse de otros estudios que se hacen eco de una sobreprescripción de benzodiazepinas encontrada en atención primaria incluyendo una propuesta de mejora de la coordinación entre psiquiatras y médicos de atención primaria (Vedia Urgell et al., 2005).

La frecuencia prescriptiva de psicofármacos y psicoterapia declarada por el grupo facultativo también disiente de otro estudio en el que los profesionales médicos de atención primaria recurren a los psicofármacos y a la orientación conjuntamente en la práctica totalidad de sus pacientes con trastornos mentales (Gualtero & Turek, 1999).

Además, la mayor predilección por la prescripción de psicofármacos frente a psicoterapia que muestran los datos recabados en la presente investigación, desatendería a las recomendaciones para el abordaje de la depresión desde la atención primaria donde está igualmente indicada la medicación y las intervenciones psicosociales (García-Herrera, Nogueras, Muñoz, & Morales, 2011). Sin embargo, y pese a que los trastornos mentales representan un volumen importante de la consulta de profesionales médicos en atención primaria, estos no siempre reciben la formación adecuada para su diagnóstico y tratamiento, ni tampoco disponen de tiempo, lo que favorece que gran cantidad de pacientes reciba únicamente tratamiento farmacológico cuando en muchas ocasiones podría beneficiarse de abordajes multidisciplinares que incluyeran estrategias y técnicas de apoyo, así como consejo psicológico breve (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Las posibilidades psicoterapéuticas (incluso las denominadas breves) son difícilmente viables en el escenario español de atención primaria y la derivación sistemática de todo paciente con trastornos de ansiedad o depresión a los servicios públicos especializados de salud mental resulta complicada e innecesaria. (Baos, 2005)

Comparativamente, el balance entre la prescripción declarada de psicofármacos y psicoterapia por parte de profesionales españoles, muestra el sentido inverso a lo manifestado por médicos de México y Colombia, esto es, mientras que la muestra

española prescribe más psicofármacos que psicoterapia para los problemas mentales, la muestra de los dos países latinoamericanos reporta una preferencia por la prescripción de psicoterapia frente a psicofármacos. Esta diferencia podría estar vinculada con una mayor tradición de la psicoterapia, en concreto de la corriente psicoanalítica en los contextos latinoamericanos donde cuyo impacto resulta notorio, surgiendo desde Buenos Aires y alcanzando diferentes latitudes en Latinoamérica, de la mano de los ideales en cuanto a la libertad del hombre (Raskovsky, Aberastury, Goldstein, Ponce-de-León-de-Masvernat, & Cartonalo, 2010).

En cuanto a la modalidad de prescripción de psicofármacos preferida para cada uno de los principales problemas mentales carece de diferencias significativas en cuanto al país de referencia. Merece ser destacado que la predilección manifiesta por el tratamiento psicofarmacológico en forma aguda y retirada progresiva parece ser disonante con la realidad de la cronificación del consumo de ansiolíticos entre la población. De hecho, se habla de la dependencia de benzodiazepinas como un problema de salud pública relativamente desconocido y de abordaje complejo para los equipos de atención primaria (Olivera, 2009).

Objetivo específico número dos. Recoger las valoraciones realizadas por profesionales médicos en atención primaria y por estudiantes de medicina a cerca de las siguientes características de tres grandes grupos de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos): eficacia a corto y largo plazo, presencia de efectos secundarios y la disposición para asumirlos, si disminuyen el potencial de los pacientes, si se puede aceptar el coste económico que suponen a corto y largo plazo.

Entre profesionales de la medicina en España por un lado, y en México y Colombia por otro, se observa casi una total semejanza de ambas muestras en cuanto al reporte de la eficacia, los efectos secundarios, la disminución en el potencial de pacientes y el coste económico generado por los psicofármacos, con la sola excepción de la diferencia significativa encontrada entre ambos grupos en lo que a eficacia a largo plazo de los antipsicóticos se refiere (mayor para los latinoamericanos). Al cotejar la similitud de estos datos con las significativas diferencias halladas según el país de origen en cuanto a la diferente frecuencia de prescripción reportada para psicofármacos y psicoterapia, cabría la posibilidad de que fuere la distinta consideración que la psicoterapia recibe en cada una de las dos culturas (española y latina) la que mediase en los hábitos prescriptivos declarados para los psicofármacos, tanto más que la propia consideración hacia los mismos.

En cuanto a la comparación entre profesionales y estudiantes también los valores fueron semejantes con ausencia de diferencias significativas excepto en la eficacia a corto plazo atribuida a los psicofármacos, siendo mayor para el caso de la muestra de estudiantes.

Se ha observado gran coincidencia entre la práctica totalidad de la muestra e independientemente del grupo de referencia (estudiante, profesional en España o profesional en México y Colombia) en cuanto a la **eficacia a corto y largo plazo de los tres grandes de grupos de psicofármacos**, de tal forma que las puntuaciones oscilan entre valores intermedios y ligeramente superiores aunque sin llegar a ser altas.

No obstante, se desea señalar que la eficacia de los psicotrópicos es algo mejor percibida en estudiantes que entre facultativos. Esto podría indicar cierto grado de coincidencia con lo reportado en otro estudio llevado a cabo para explorar las actitudes de estudiantes médicos hacia los psicofármacos, y en el cual el alumnado médico realiza un balance más positivo entre costes y beneficios del tratamiento psicofarmacológico que la población general (Angermeyer, Matschinger, Sandmann, & Hillert, 1994).

Las puntuaciones tendentes a moderadas en torno a la eficacia de los psicofármacos que los tres grupos de la muestra de esta investigación reportan, va en consonancia con la llamada a la prudencia sobre la eficacia de buena parte de estos medicamentos que dentro de la literatura científica ha podido encontrarse.

En concordancia, existen datos que arrojan dudas sobre la eficacia de la medicación antipsicótica a largo plazo, tras veinte años de seguimiento, y según el cual, aquellos pacientes con esquizofrenia que no recibieron tratamiento antipsicótico mostraron una actividad psicótica significativamente menor a largo plazo que quienes fueron medicados con dicho tratamiento, aunque se ha de mencionar que las conclusiones de esta investigación tienen limitaciones por basarse en una metodología naturalista observacional (Harrow, Jobe, & Faull, 2014). También se ha contrastado a cerca de mejor eficacia de los antipsicóticos atípicos o de segunda generación frente a los típicos o de primera generación, encontrándose que no hay diferencias en términos de funcionalidad global (Acosta et al., 2014).

Los antipsicóticos no curan la esquizofrenia, ya que el índice de recaída se incrementa en función del tiempo que transcurre una vez abandonado el tratamiento. Tampoco acaban con los síntomas “negativos” (retraimiento social, apatía, disminución en la iniciativa, el lenguaje o la emotividad) aunque tal vez mejoren con la clozapina y algunos antipsicóticos atípicos (González & Pérez, 2007).

Respecto a los antidepresivos tricíclicos, el efecto que en realidad producen es una profunda sedación, aunque esta varía en diferente grado en función del antidepresivo tomado en cuenta. Los pacientes describen su estado como estar “drogado” (Moncrieff, 2008), cabiendo esperar por tanto una disminución de su potencial.

Los nuevos tipos de antidepresivos que aparecieron con posterioridad a los tricíclicos y los inhibidores de la mono-amino oxidasa, no significaron una mejora en cuanto a la proporción de eficacia, puesto que la remisión total tiene lugar en el 30 % de los pacientes, una respuesta parcial ocurre en el 40 % de los pacientes y ninguna mejoría en absoluto se da en otro 30 % de los pacientes (Gunnick & Nemeroff, 2000).

Además, las dificultades para demostrar la superioridad del efecto de los antidepresivos sobre el placebo en los ensayos clínicos cada vez son mayores, en parte debido a las fluctuaciones en la alta respuesta al placebo (Stahl, 2008).

También de manera general e independientemente del grupo de referencia se ha observado un alto porcentaje de sujetos a favor de **asumir los efectos secundarios de los psicofármacos**, más de un ochenta por ciento en la mayoría de los casos, con la excepción de los médicos españoles para el caso de los antipsicóticos al mostrarse algo más inferior. El hecho de que la inmensa mayoría de los sujetos considere que los psicofármacos tiene efectos secundarios, contrasta con la valoración más moderada e intermedia que una muestra de médicos no psiquiatras manifestó sobre la presencia de efectos negativos y efectos positivos en un estudio latinoamericano (Galli et al., 2000).

La gran disposición para asumir los efectos secundarios de la medicación psicotrópica que tanto estudiantes como profesionales en general declaran, contrasta con una serie de hallazgos difundidos en prensa científica en relación a los efectos secundarios de este tipo de medicamentos.

La Agencia Estadounidense sobre Alimentación y Medicamentos (Food and Drug Administration o FDA) lanza la advertencia sobre el incremento en el riesgo de suicidio de la medicación psicotrópica, un hecho de lo más preocupante si tenemos en cuenta que muchos de los pacientes psiquiátricos ya presentan una mayor vulnerabilidad hacia episodios de suicidio. De ahí la importancia del conocimiento por parte de profesionales de comprender los peligros y beneficios que conlleva el empleo de medicación psicotrópica (Fawcett et al., 2009).

Prosiguiendo de forma más detallada con la revisión de los efectos secundarios, de entre una muestra de 1829 adultos tratados con antidepresivos, se recogió información sobre los efectos secundarios, de tal forma que el 62% declaró el

padecimiento de dificultades sexuales, el 60% manifestó sentirse emocionalmente vacío, no sentirse como uno mismo (52%), reducción de sentimientos positivos (42%) menor interés hacia los demás (39%), ideas de suicidio (39%) y reacción de retirada (55%) (Read, Cartwright, & Gibson, 2014).

Los antidepresivos tricíclicos (como la amitriptilina, imipramina, desipramina y clomipramina) causan toxicidad cardíaca, muerte repentina, disminución del umbral para convulsiones y son mortales en sobredosis (Stolerman, 2010). Para el antidepresivo sertralina se ha encontrado una reducción significativa de la concentración de esperma (Akasheh, Sirati, Noshad Kamran, & Sepehrmanesh, 2013).

Como la lista de efectos secundarios graves de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina sigue aumentando, al tiempo que las alertas sanitarias relacionadas con ellos suenan cada vez más estridentes, una dependencia de por vida de uno o más de estos fármacos resulta no es un plan de tratamiento para tomárselo a la ligera (Lane & Muñoz, 2010).

En cuanto a los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, un meta-análisis ha informado de un incremento del riesgo de tromboembolismo venoso en un 50% de los casos de pacientes no seleccionados tratados con antipsicóticos de primera y segunda generación (Barbui, Conti, & Cipriani, 2014).

La FDA en Estados Unidos advirtió que todos los medicamentos antipsicóticos de segunda generación incrementan el riesgo de trastornos metabólicos como hiperlipidemia y diabetes (Dusetzina et al., 2013).

Se ha reportado una serie de suicidios entre pacientes psicóticos tratados con antipsicóticos depot (inyectados) cuando aparentemente vivían satisfactoriamente en casa, sin ninguna señal de alarma (Healy, 2004). Healy también advierte de los riesgos acarreados por el fenómeno del abordaje terapéutico “mega-dosis”, que consiste en la tendencia a usar dosis mayores de antipsicóticos cada vez, y que condujo al surgimiento de una marea creciente de muertes en pacientes con altas dosis de neurolépticos (antipsicóticos) causados por el síndrome neuroléptico maligno, y también por distonías que conducían a asfixia y colapso cardiovascular (Healy, 2004).

Por otra parte, los estimulantes como los que se emplean para tratar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad pueden afectar adversamente el incremento normal de altura y crecimiento, al menos, temporalmente, en la infancia y adolescencia en desarrollo (Green, 2007), conllevando también un doble de riesgo de sufrir admisiones hospitalarias por daños (van den Ban et al., 2014).

Otro aspecto que no se puede obviar es el de los efectos que sobre el feto puede ocasionar la exposición a los psicofármacos, lo que resulta más preocupante durante los tres primeros meses de embarazo. Es un hecho a tener en cuenta, dado que entre las mujeres con enfermedad mental, el embarazo no deseado es común (Desai et al., 2012).

Se debe mencionar que para la población anciana, en casi la mitad de casos de fractura de cadera estaba presente el consumo de benzodiacepinas, principalmente el nitrazepán y flurizepán por sus efectos sedantes, aunque también los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, ya que provocan hipotensión postural (González Sánchez et al., 1999).

En cuanto a los **efectos que los psicofármacos pueden ocasionar sobre el potencial** de quienes los consumen, la gran mayoría de los sujetos han respondido con valores intermedios, al ser preguntados si los psicofármacos disminuyen el potencial de los pacientes. Sin embargo, en contra de estos datos, algunos autores están suficientemente preocupados para preguntarse sobre las alteraciones neuroquímicas en el cerebro debidas al consumo a largo plazo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, y lo que pueden significar para las personalidades, las pasiones y las aptitudes mentales de millones de pacientes (Lane & Muñoz, 2010).

En relación a los antipsicóticos típicos y el potencial de los y las pacientes, ha sido reconocido el daño que estos pueden ocasionar sobre la función cognitiva (Kasper & Resinger, 2003). A largo plazo se ha reportado que la calidad de vida en personas esquizofrénicas tratadas con antipsicóticos es peor que en aquellas no medicadas, habiéndose establecido en alguna ocasión a estos medicamentos como una forma más suave de lobotomía química (González & Pérez, 2007).

Por último, en lo que a los **costes económicos que conllevan los psicofármacos**, en los tres grupos que componen la muestra, casi la mitad entiende que se pueden asumir a corto plazo y algo menos, a largo plazo. Solo un escaso porcentaje manifiesta que no se puede asumir el gasto generado por los psicofármacos. Esta actitud mayormente favorable hacia la asunción del coste psicofarmacéutico, contrasta con el ya mencionado gasto generado por el elevado consumo de los psicofármacos dentro del sistema sanitario español (Romo et al., 2003), generándose un aumento continuo del abuso de este tipo de medicación para atender desórdenes emocionales y el exceso de gasto farmacéutico (Cano, 2011), información que va en concordancia con los datos aportados por la organización de consumidores y usuarios (OCU) al señalar que 4 de cada 10 españoles ha recurrido alguna vez a los medicamentos para tratar la ansiedad alcanzándose una prevalencia entre las mujeres de hasta el 50 % de los casos (Organización de Consumidores y Usuarios, 2013). Finalmente, Álvarez y Hermida (2008) coinciden en que el gasto farmacéutico para tratar la depresión y la ansiedad no deja de crecer, añadiéndose que la mayor parte de la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos se lleva a cabo desde servicios no especializados (Álvarez & Hermida, 2008).

Objetivo específico número tres. Explorar el sentido (a favor o en contra) de la información recibida por estudiantes y profesionales sobre psicofármacos y psicoterapia en la facultad y si ésta se corresponde con lo percibido durante la práctica profesional para el caso de estos últimos. También se desea averiguar si en el último año se ha accedido a fuentes de información sobre medicamentos psicotrópicos y psicoterapia, así como el sentido (a favor o en contra) de la misma.

De manera significativa, los estudiantes señalan haber recibido más **información sobre psicofármacos y psicoterapia en la Universidad** que los profesionales en ejercicio, lo que parece mostrar un cambio en la tendencia de la información que se provee durante la enseñanza médica universitaria de estas materias con respecto al pasado. Este hecho puede venir motivado por el empeño a nivel de políticas institucionales en que los y las profesionales de atención primaria reciban una formación psiquiátrica de base más amplia y mejor que la disponible anteriormente y, por otra parte, que la sensibilización hacia los cuantiosos problemas de salud mental que tiene la sociedad moderna debe hacerse sin tardanza para quienes trabajen o hayan de trabajar en atención primaria (Herrero, 2002).

Cambios en el contexto social que podrían haber influido en un mayor desarrollo de la formación médica universitaria en cuanto a salud mental serían la proliferación de estudios y diseño de programas para la modificación de las actitudes de la sociedad hacia la enfermedad mental (García-Sílberman, 2002), acciones que igualmente se llevan a cabo en un marco institucional y a favor de la sensibilidad hacia la discapacidad mental en América Latina (Escobar, 2010).

En otra línea bien distinta, se ha apuntado a la posible influencia de agentes del sector de la industria farmacéutica como responsables de la promoción de enfermedades mentales con la consiguiente expansión del mercado de la salud mental (Moynihan et al., 2002), del empleo de enormes sumas de dinero en marketing dirigido a médicos (Díaz, 2008). Anteriormente, se han mencionado ejemplos de vinculación entre la promoción de enfermedades y los intereses en la venta de productos farmacéuticos, como el desorden premenstrual disfórico y el uso de antidepresivos, o el caso del

desorden bipolar no específico y la ciclotimia para ser medicados con antipsicóticos, siendo aún más grave si cabe, el papel de algunas marcas farmacéuticas a la hora de incitar a padres y maestros a favor el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Iriart, 2008).

Entre los profesionales de España por un lado, y los de México y Colombia por otro, se han observado diferencias significativas en cuanto a la formación previa recibida sobre psicofármacos en la etapa universitaria, siendo esta menor para los facultativos de origen latinoamericano. Estos resultados, de nuevo podrían explicarse por diferencias culturales, dado que la psiquiatría latina es más proclive a atribuir un mayor peso a los factores culturales en la comprensión de los trastornos mentales (Alarcón, 1990), lo que podría ser concordante por una menor apuesta en formación sobre psicofármacos en los planes de enseñanza universitarios.

En cuanto al **sentido de la información sobre psicofármacos y psicoterapia proporcionada en la etapa universitaria**, existe una ausencia de diferencias significativas entre estudiantes y profesionales de la medicina, igual que sucede entre facultativos españoles y extranjeros.

En lo que se refiere al grado de **coincidencia entre la formación universitaria y lo observado durante la práctica profesional** no se registran diferencias significativas entre españoles y extranjeros ni para los psicofármacos, ni para la psicoterapia. Cabe señalarse que poco más de la mitad de los profesionales tanto españoles como extranjeros da cuenta de la coincidencia entre lo aprendido en su formación universitaria y la práctica profesional, en relación a la eficacia de los psicofármacos. Además de la posible influencia del desfase generacional debido a que la psicofarmacología es una área que ha experimentado una gran expansión en los últimos años, esta falta de concurrencia entre lo que se les enseñó en la facultad y lo que vienen asistiendo en la práctica puede deberse también a que un único modelo de comprensión y tratamiento de los desórdenes mentales es demasiado limitado y simplemente inadecuado (Preston et al., 2013).

Por otro lado, la coincidencia entre los conocimientos aprendidos en la carrera y lo percibido en la práctica con respecto a los efectos secundarios de los psicofármacos es mayor (tanto en médicos extranjeros como españoles) que la reportada para su

eficacia. Esta menor concordancia entre lo aprendido y lo observado en cuanto a eficacia, podría deberse al hecho de que la información adquirida durante la carrera hubiese alimentado expectativas más altas sobre los efectos útiles de los psicofármacos, que tal vez en algunos casos, solo se confirmase parcialmente en la realidad (Gumnick & Nemeroff, 2000).

En cuanto al **acceso a nueva información sobre psicofármacos y psicoterapia en el último año** (bien sea en prensa, evento, actividad formativa o por mediación de empresa farmacéutica), se hallan diferencias significativas entre el grupo de estudiantes y el facultativo, con un mayor predominio a favor de los segundos, ya que el formato habitual de este tipo de formación lo hace más idóneo para actividades de reciclaje profesional y actualización de conocimientos, como parte del proceso de capacitación (González & Tarragó, 2008).

Este mayor interés manifestado por profesionales de la medicina hacia el reciclaje profesional en materia aspectos relacionados con la salud mental, concuerda con lo encontrado en otro estudios, en el que el colectivo médico considera casi en su totalidad la importancia de contar con un programa de formación específico en dicha área (Gualtero & Turek, 1999).

Por otro lado, el predominio encontrado de una mayor actualización en el conocimiento de psicofármacos sobre el de psicoterapia, especialmente en médicos españoles, podría tener que ver con lo reseñado más arriba sobre las dificultades que plantea la alternativa de la psicoterapia en el contexto de atención primaria, que conducen al profesional de la medicina de familia a mantenerse al día sobre las labores de conocer y manejar juiciosamente, según el conocimiento científico y las recomendaciones, los dos grupos farmacológicos empleados en el tratamiento de los síndromes depresivos y por ansiedad: antidepresivos en sus diversas formas y benzodiacepinas (Baos, 2005).

Algo más de una cuarta parte de la muestra de médicos (españoles y extranjeros) reporta haber accedido a nueva información sobre psicofármacos a través de laboratorios farmacéuticos, lo que coincide parcialmente con aquellas fuentes que reportan a cerca de la presencia de marcas en promoción de actividades e incluso de concienciación a “gran escala”. En este sentido, ha quedado documentada la exitosa

campaña orquestada en su día por el tándem GlaxoSmithKline y la publicista Cohn and Wolfe en Estados Unidos con el objeto de “educar a los periodistas, a los consumidores y, en algunos casos, a los médicos, en un esfuerzo por propiciar el diagnóstico y el tratamiento” de la ansiedad social, sacando gran rendimiento económico gracias a la patente de la paroxetina (Lane & Muñoz, 2010).

El hecho de que el alumnado manifieste haber accedido a nueva información sobre psicofármacos a través de industria farmacéutica de manera muy escasa es contrario a lo encontrado por Calderón y Rabanaque (2013) en un estudio en el que concluyen que la exposición a actividades promocionales de la empresa farmacéutica entre estudiantes de medicina es elevada (Calderón & Rabanaque, 2013).

Objetivo específico número cuatro. Conocer si los profesionales y estudiantes de medicina consideran que la investigación sobre psicofármacos cumple con la validez metodológica y si entienden que estos medicamentos poseen una acción específica sobre un problema psicopatológico determinado. Finalmente, se pretende saber si los y las profesionales declaran haber recibido algún tipo de apoyo de algún laboratorio farmacéutico en relación a algún psicofármaco.

A la hora de comparar las diferencias entre los tres grupos de la muestra, el colectivo de estudiantes está más convencido de la validez metodológica de las investigaciones sobre psicofármacos, al tender en sus puntuaciones a valores altos, mientras que en el conjunto de profesionales médicos, otorgan puntuaciones marcadamente intermedias.

Como ya se ha señalado en el marco teórico de esta investigación, los estudios clínicos para validar los nuevos antidepresivos precisan de una serie de requisitos como aleatorización, grupo control placebo, doble ciego (ni quien administra, ni quien toma el fármaco conocen la condición experimental de la que forman parte), y también es usual la comparación del nuevo agente con un antidepresivo validado ya disponible. Para la Food and Drug Administration de Estados Unidos, la respuesta al tratamiento se considera a partir de un 50 % de reducción con respecto a la línea base en las puntuaciones obtenidas en la Escala Hamilton de evaluación de depresión o la Escala Montgomery-Asberg de evaluación de depresión (Gumnick & Nemeroff, 2000).

En los ensayos clínicos con antidepresivos, cuentan con dificultades para superar la eficacia del grupo placebo, y otras circunstancias derivadas del altamente reglado desarrollo de tratamientos en el escenario de los ensayos clínicos, donde algunos reciben placebo, se paga en ocasiones a los investigadores y otras veces a los pacientes, y los pacientes con patología comórbida, o aquellos que están gravemente enfermos, suicidas o son resistentes al tratamiento son excluidos de los ensayos (Stahl, 2008).

La alta confianza en la validez metodológica de las investigaciones sobre psicofármacos que el colectivo del alumnado reporta, contrasta con datos que a este respecto recoge la literatura científica los cuales, a su vez sí que estarían en mayor consonancia con las dudas que el grupo de facultativos parece albergar a raíz de sus puntuaciones intermedias en este apartado, y es que dentro de la bibliografía disponible para la validación de antidepresivos, se habla de investigaciones confusas o con alto riesgo de sesgo debido al pobre informe de la asignación oculta y ciego en la evaluación de resultados, y los informes incompletos de los resultados (Purgato et al., 2014). En otros casos, se apunta a una sobreestimación de efectos positivos a favor del psicofármaco y una infravaloración de los efectos negativos, como al comparar la eficacia de la paroxetina y el placebo en adolescentes (Keller et al., 2001), donde aparecía un inexplicable cambio en la definición de “respuesta” en la escala de evaluación de depresión de Hamilton, pasando de considerarse como una “caída en la puntuación menor o igual que 8, o igual o mayor que el 50%” sobre la línea base, a una “reducción en la puntuación menor o igual que 8”, lo que permitía a los autores mostrar una “señal de eficacia” (Jureidini et al., 2004).

Por otro lado, la fase preclínica de la investigación con psicofármacos que debe realizarse por ley en distintas especies de animales, se antoja con una problemática específica difícil de soslayar y que tienen que ver con la dificultad de identificar la acción psíquica de un fármaco en un animal, o el grado en el que otras especies de animales se puedan asemejar al ser humano en lo que a aflicciones mentales, sentimientos y estados de ánimo de igual cualidad que en el ser humano. Otro apartado también extremadamente complejo emana del hecho de si realmente podemos asumir la existencia de animales psicóticos, neuróticos o deprimidos. Y es que a la dificultad de determinar pruebas científicamente objetivas para el diagnóstico de trastornos mentales en humanos, se añade la cuestión de que la ausencia de verdadero lenguaje en animales, por lo que en ellos es aún más complicado poder determinar la verdadera acción y eficacia de un psicofármaco a partir de la sola observación del comportamiento de estos (González & Pérez, 2007) (Moizeszowicz & Acebal, 1975).

Sobre la **acción específica de los psicofármacos para un problema psicopatológico determinado** no se han encontrado diferencias significativas entre los

tres grupos, tendiendo todos a considerar puntuaciones ligeramente por encima de la valoración intermedia, y solo en el caso de los fármacos antipsicóticos destacan un poco más del valor medio, aunque sin mostrarse claramente como valoración alta, siendo en este último caso, el colectivo de estudiantes quien está más convencido de la acción específica de los antipsicóticos.

También en este caso, la ausencia de una convicción clara sobre la acción específica de los medicamentos psicotrópicos más comunes (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos), concuerda con el grado de confusión que en unas ocasiones la propia evidencia de la práctica, y en otras, las fuentes bibliográficas, alimentan.

Es decir, en ocasiones los psicofármacos se prescriben buscando su utilidad terapéutica en relación con trastornos que no figuran entre las indicaciones autorizadas (uso compasivo) como es el caso de trastornos de personalidad, dependencias y conductas disfuncionales, siendo un caso representativo aunque no el único, el contexto penitenciario (Algora-Donoso & Varela-González, 2008) o también para tratar episodios agudos de violencia (López-Muñoz et al., 1999).

Los antidepresivos tricíclicos combinan muchos tipos diferentes de acción farmacológica, de hecho algunos se muestran más similares a los antipsicóticos en tanto que bloquean los efectos de la dopamina (Moncrieff, 2008). La fluoxetina cuya acción es considerada como inhibidora de la recaptación de serotonina, disminuye los niveles cerebrales de dopamina en algunos estudios de animales (Smith, Kuczenski, George-Friedman, Malley, & Foote, 2000)

En lo referido a **haber recibido algún tipo de apoyo de alguna marca farmacéutica en relación a algún psicofármaco**, la gran mayoría de profesionales tanto de España, como de México y Colombia, manifiestan no haber recibido en ningún caso apoyo alguno de corporaciones farmacéuticas en relación a medicación psicotrópica.

La psiquiatría infantil es especialmente vulnerable a las compañías farmacéuticas debido a la ausencia de test de validación externa para los diagnósticos que los diagnósticos propuestos, por lo tanto, los límites entre la normalidad y los trastornos pueden ser fácilmente manipulados (Timimi, 2008).

Objetivo específico número cinco. Identificar y en su caso, describir perfiles de profesionales en base a la relación que pudiera existir entre el modelo de acción de los psicofármacos asumido, con la frecuencia de prescripción en el último año de psicofármacos y psicoterapia, el posicionamiento general ante la prescripción de psicofármacos, y la actitud general hacia psicofármacos y psicoterapia. También se desea indagar sobre cuál de los dos modelos de acción sobre psicofármacos es preferido por la muestra de estudiantes.

De acuerdo con lo que a lo largo de esta investigación, ha venido siendo manifestado por parte de la muestra de facultativos perteneciente al país español, se podría describir cuál es el perfil predominante del profesional médico de atención primaria en lo que a actitudes hacia psicofármacos se refiere. Las características globales de dicho patrón podrían detallarse como sigue:

- Considera ante cada paciente con problemas mentales la posibilidad de escoger entre un tratamiento psicofarmacológico y uno psicoterapéutico.
- Hace uso de una mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos frente a la psicoterapia para sus pacientes con problemas mentales.
- Prefieren el modelo que defiende que los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal, que son tratamientos para las enfermedades mentales, que su acción terapéutica se deriva de sus efectos sobre la patogenia de la enfermedad, y que la medicación psicotrópica es como insulina para la diabetes (Moncrieff & Cohen, 2005).
- Informa de una actitud no claramente definida hacia los psicofármacos y en cambio, muy favorable hacia la psicoterapia.

Basándonos en estos aspectos y contrastando con fuentes de la literatura científica (Baos, 2005; European Commission, 2010; Guatero & Turek, 1999; Kilely et al., 2000; Olivera, 2009; Romo et al., 2003; Vedia et al., 2005; Tomasson et al., 2007) podría apuntarse que la realidad de la prescripción de psicofármacos en este contexto

venga condicionada por la escasez de tiempo y la urgencia temporal, la saturación de trabajo, la dificultad para la derivación a servicios especializados, las lagunas de formación específica y la propia demanda en pacientes cuando acuden en busca de una pastilla para mantener su compulsivo ritmo de vida, su rendimiento social, para huir de sí mismos, y cambiar mucho sin tener que cambiar en nada.

Comparativamente al perfil predominante descrito para el médico español y siempre según la información reportada que la representación de México y Colombia ha venido a aportar al presente estudio, ha sido posible con la prudencia obligada por el tamaño muestral, la concreción del perfil más representativo de profesional de la atención primaria en los citados países en cuanto a actitudes hacia psicofármacos se refiere, el cual quedaría definido por:

- Reflexiona ante cada paciente con problemas mentales la posibilidad de escoger entre un tratamiento psicofarmacológico y uno psicoterapéutico.
- Hace uso de una mayor frecuencia de prescripción de psicoterapia frente a los psicofármacos para sus pacientes con problemas mentales.
- Prefieren el modelo que defiende que los psicofármacos crean un estado cerebral anormal, que son drogas psicoactivas y que sus efectos útiles son consecuencias de un estado inducidos por ellos mismos y que la medicación psicotrópica sería como el alcohol para la ansiedad social (Moncrieff & Cohen, 2005).
- Reporta una actitud ligeramente más crítica hacia los psicofármacos que los médicos españoles, e igualmente a favor de la prescripción de psicoterapia.

Parece ser que la prescripción manifiesta de psicofármacos y las actitudes hacia los mismos pudiera estar influida por determinantes culturales que vienen a diferir entre el contexto español enmarcado en Europa por un lado, y el correspondiente a México y Colombia, integrado en América Latina, con una filosofía distinta en torno a la concepción de los trastornos mentales (Raskovsky, 2010).

Por último, el alumnado de medicina es el colectivo que se inclina más ampliamente por asumir el modelo de acción de los psicofármacos en el que estos son concebidos como correctores de un estado cerebral anormal y bajo el paradigma de la insulina para la diabetes. En consonancia, parece denotarse una predilección hacia este

modelo dentro de las enseñanzas universitarias. Sin embargo, en el ejercicio profesional del contexto español el apoyo a dicho modelo es menor que en la muestra de estudiantes, aunque es el preferido, pese a que el modelo alternativo recorta las distancias de forma relevante. En el contexto latinoamericano, esta situación se revierte, y el modelo alterno que interpreta que los psicofármacos crean un estado cerebral anormal y los asigna al paradigma del alcohol para la ansiedad social sería más predominante que el otro.

Capítulo 13. Conclusiones

Con respecto al objetivo uno, el grupo de facultativos de España declara una mayor prescripción de psicofármacos que de psicoterapia, por contraposición a lo que sucede entre la muestra médica de México y Colombia que sucede justo al contrario. Además en cuanto a la modalidad de prescripción (aguda o crónica) para los principales problemas mentales, la prescripción indicada para las condiciones neuróticas y de depresión exógena en forma de administración aguda y retirada progresiva, contrasta con los datos que reportan a cerca de la tendencia en el consumo crónico de benzodiacepinas y antidepresivos.

En relación al objetivo número dos, en general el grupo de alumnado tiende a percibir más positivamente los psicofármacos en cuanto a la relación eficacia, efectos secundarios y coste económico que conllevan. No obstante, la eficacia percibida de los psicofármacos oscila próximo a valores ligeramente superiores a puntuaciones intermedias, pero sin llegar a considerarse altas. Es reseñable la elevada confianza a la hora de asumir los efectos secundarios de los psicotrópicos, pese a que pueden ser numerosos, llegando en ocasiones a perjudicar seriamente salud e inclusive constituyendo un factor de riesgo para la propia vida. Algo similar sucede con la disposición favorable hacia la asunción del coste económico generado por los psicofármacos, pese a que en ocasiones su prescripción podría reemplazarse por

sencillas intervenciones de cambio de hábitos, lo que además, supondría un ahorro importante para el sistema dado el elevado gasto que representan dentro del sistema sanitario español.

En cuanto al objetivo número tres, a juzgar por las diferencias entre el porcentaje de profesionales de la medicina que recibió formación sobre psicofármacos en la universidad y el de alumnado que hizo lo propio, siendo mayor en este último caso, se denota un aumento de la información vinculada a esta materia. Lo mismo sucede con la información sobre psicoterapia. En el caso del colectivo médico extranjero la formación recibida sobre psicofármacos era menor que para España. La información sobre psicofármacos coincide con observado en la práctica en poco más de la mitad de la muestra médica total. En cuanto al acceso a nueva información sobre psicofármacos y/o psicoterapia en el último año, existen diferencias por parte de los tres grupos de sujetos analizados.

En cuanto al objetivo número cuatro, el alumnado de medicina otorga puntuaciones próximas a valores altos a la validez metodológica de las investigaciones sobre psicofármacos, siendo por el contrario, el colectivo médico español el que confía menos en este aspecto al manifestar puntuaciones intermedias. Al valorar la capacidad de acción específica que los psicofármacos poseen, son nuevamente los y las estudiantes quienes puntúan más alto, seguidos por profesionales de España, y por último, la muestra médica extranjera. Finalmente, en cuanto al apoyo procedente de la industria farmacéutica en relación a preparados psicofarmacológicos se reporta una escasa ocurrencia del mismo entre profesionales de la atención primaria. Este dato contrasta con la considerable presencia en la práctica de la industria farmacéutica en la promoción de eventos, publicaciones, etc., y otras operaciones de marketing.

En cuanto al objetivo número cinco, en nuestro país, la tendencia a considerar que los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal, que tienen un efecto terapéutico para tratar las enfermedades mentales derivado de su acción específica sobre la patogenia de dicha enfermedad, de la misma manera en la que la insulina actúa con respecto a la diabetes (modelo centrado en la enfermedad), es mayor que la consideración de los psicofármacos como drogas psicoactivas que inducen un estado cerebral alterado con un efecto útil sobre una condición psicopatológica de la misma

manera que el alcohol alivia la ansiedad social (modelo centrado en el fármaco). Esta diferencia se acentúa para el caso del alumnado de medicina, y todo ello, a pesar de la falta de evidencia sólida a favor de los mecanismos fisiopatogénicos responsables de los trastornos mentales (Moncrieff, 2008), pero cuyas hipótesis (dopaminérgica, serotoninérgica y/o noradrenérgica) se enuncian por oposición al efecto del preparado farmacológico, con la misma confusión en términos de validez que una hipótesis formulada para explicar el origen del dolor de cabeza, partiendo del alivio producido por un comprimido de aspirina, llegase a atribuir la génesis del dolor a un bajo nivel de aspirina en el organismo (Pérez, 2007). Aunque las compañías farmacéuticas suelen sugerir lo contrario, no existe correlación entre la ansiedad o la depresión y unos niveles bajos de serotonina (Lane & Muñoz, 2010) Sin embargo, el empeño de una parte de la comunidad científica en aferrarse al hecho de que las alteraciones en la neurotransmisión serían agentes implicados en los trastornos mentales pese a la falta de confirmación objetiva, debería llevar al replanteamiento de tales hipótesis y a desvelar, si es que así sucediese, su vinculación a intereses no científicos (Healy, 2002; Moncrieff, 2008; Pérez, 2007).

A la pregunta de qué tendrían que hacer los psiquiatras (y por extensión los profesionales de atención primaria) si asumiesen el modelo alternativo de acción de los psicofármacos, es decir, en tanto que son drogas psicoactivas que crean un estado cerebral anormal, pero con efectos útiles del mismo modo que el alcohol alivia la ansiedad social; la respuesta pasaría por **establecer un tipo de relación diferente entre los usuarios y prescriptores de los servicios de salud mental**, de tal forma que (Moncrieff, 2008):

- En lugar de decir al paciente qué tipo de enfermedad tiene y cuál es el tratamiento más apropiado, quien prescribe actuaría más como un consejero farmacéutico, informando a la gente del rango de efectos, tanto útiles como perjudiciales, para que las personas usuarias evalúen por sí mismas, los beneficios de tomar un psicofármaco.
- La experiencia de quien consume el fármaco en relación a los efectos del mismo, será un determinante clave de su utilidad y por lo tanto, llegará a ser un compañero más igual en la consulta.

- Más que un receptor pasivo de un régimen prescrito por otro, las personas usuarias toman una decisión activa sobre si el fármaco le resulta útil en su propia situación.
- Este modelo centrado en el fármaco, promueve un proceso de toma de decisiones conjunta en la que profesionales colaboran con personas usuarias de los servicios y les ayudan a usar los fármacos en un modo en que facilite y no impida la recuperación de los roles sociales valorados (Deegan & Drake, 2006).

Esta nueva relación entre psiquiatras y clientes tiene ecos en la relación entre patrón y boticario previa al desarrollo de modernas terapias médicas (Rosenberg, 1977).

El poder de la psiquiatría debería ser menor del que ostenta actualmente y las expectativas de la gente sobre los resultados de los tratamientos debería ser más baja. La psiquiatría debería ser una empresa más modesta, y no volver a proclamar ser capaz de alterar el curso subyacente de los disturbios psicológicos, pero con ello evitando cualquier daño asociado al empleo sin límites de curas químicas imaginarias (Moncrieff, 2008).

Capítulo 14. Limitaciones y prospectiva del estudio

Las limitaciones detectadas en la presente investigación se derivan de las dificultades para captar la muestra de sujetos respondiente al cuestionario on-line. Cabe destacar la negativa a colaborar en la difusión del enlace al mismo por parte de algún colegio profesional de medicina.

Por otro lado, resalta de forma muy llamativa el elevadísimo número de visitas (2938) que registraba el cuestionario on-line, frente a las respuestas cosechadas (130 sujetos). El tiempo requerido para cumplimentar el cuestionario gira en torno a once minutos, y pese a la escasez de tiempo del que las personas profesionales puedan disponer, dificultando con ello la recogida de información, el desfase entre la totalidad de visitas recibidas y la de respuestas registradas es abrumador.

El problema de acceder a la muestra ha resultado aún más complicado en caso internacional. Por ello, las conclusiones que se puedan extraer conforme a la información reportada por este colectivo deberán ser entendidas desde la máxima prudencia, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra.

Por tanto, para el futuro, se recomendaría poner en marcha una investigación que pueda reunir un mayor tamaño muestral, en especial en lo que a participantes

internacionales, así como estudiantes se refiere, a fin de poder garantizar una mejor generalización de resultados.

Capítulo 15. Resumen

Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España, y en profesionales de la medicina en México y en Colombia. Un estudio comparativo.

Palabras clave: psicofármacos, actitudes, médicos.

1. Introducción

A la medicación psicotrópica se la considera como aquella que ejerce profundos y beneficiosos efectos sobre la conducta, el estado de ánimo y la cognición, aunque con frecuencia, no modifican el proceso de la enfermedad subyacente (Schatzberg et al., 2010).

Los tres grandes tipos de psicofármacos más utilizados en el tratamiento de los problemas mentales y los cuales han sido tomados como referencia para nuestra investigación son los ansiolíticos, los antidepresivos y los neurolepticos o antipsicóticos.

Ansiolíticos:

Los primeros fármacos con efecto ansiolítico selectivo y también hipnótico fueron los barbitúricos (Stolerman, 2010). Las benzodiazepinas, quizá los ansiolíticos mejor conocidos y más extensamente utilizados (Stahl, 2008). Las benzodiazepinas son muy seguras y efectivas en el tratamiento de la ansiedad a corto plazo. (Preston et al., 2013).

Antidepresivos.

Los medicamentos antidepresivos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa, resultando efectivos en el tratamiento de la depresión y la ansiedad comórbida (B. E. Leonard, 2001). Los antidepresivos producen un incremento transitorio en el cerebro de determinados neurotransmisores del tipo monoamina, tales como la serotonina y la noradrenalina, bien por la inhibición de su degradación, o bien, bloqueando su reabsorción o recaptación por las neuronas en la sinapsis (González & Pérez, 2007)

Antipsicóticos.

Los antipsicóticos son medicamentos calmantes usados para contrarrestar la inquietud interior, la agitación psicomotora y el insomnio severo, estados que pueden surgir en los siguientes contextos: psicosis esquizofrénica, especialmente en sus formas paranoide y severa, manía, síndromes psicóticos como secuela de un trastorno orgánico cerebral y depresión, especialmente la que cursa con síntomas de agitación y ansiedad (Spiegel, 2003).

La prescripción de psicofármacos en atención primaria, merece especial atención, pues muchas veces se lleva a cabo sin la realización de otras intervenciones previas o paralelas para trastornos mentales y con prescripciones más duraderas que lo recomendable e incluso con carácter indefinido (Galleguillos et al., 2003).

Los psicofármacos son un grupo de fármacos de elevado consumo en el Sistema Sanitario Español (Romo et al., 2003).

Según los resultados del ESEMeD, un 16 % de la población española entrevistada había consumido algún tipo de psicofármacos durante el año anterior a la encuesta, siendo la probabilidad de consumo el doble para las mujeres. Las benzodiacepinas (solas o combinadas) fueron el tipo más consumido con un 11'4 %, seguidos por los antidepresivos con un 4'7 %, dentro los cuales, los de mayor uso fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con un 59'5 %. Los

antipsicóticos fueron consumidos en el 21 % de los casos y los estabilizadores del estado de ánimo en un 01 % (Codony et al., 2007).

El desarrollo de un fármaco es un proceso altamente complejo que comienza por una fase preclínica en la que se evalúa en animales la biodisponibilidad, metabolismo y toxicidad del medicamento, sus efectos sobre dianas biológicas conocidas y la representación de la patología en varios modelos de animales. Después de obtener suficientes datos en estudios con animales, el fármaco puede ser probado en humanos (Schatzberg & Nemeroff, 2009).

La Agencia Estadounidense sobre Alimentación y Medicamentos (Food and Drug Administration o FDA) advierte que la medicación psicotrópica puede incrementar el riesgo de suicidio, lo que genera preocupación sobre su prescripción en pacientes con trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales ya poseen un riesgo incrementado de suicidio. Por ello, los clínicos deben comprender los peligros y beneficios asociados al uso de medicación psicotrópica (Fawcett et al., 2009).

Los objetivos de esta investigación contemplan el estudio entre profesionales y estudiantes de medicina, y profesionales médicos de México y Colombia de sus consideraciones hacia los psicofármacos, explorando sus actitudes hacia eficacia, efectos secundarios, mecanismos de acción, en relación con sus hábitos prescriptivos, comparando a su vez las diferencias entre estudiantes y médicos, diferenciando también entre españoles y extranjeros.

2. Método

La presente investigación es de naturaleza descriptiva-analítica y no experimental (ex postfacto), de carácter transversal, utilizando como procedimiento para la recogida de información, la encuesta y como técnica, el cuestionario, que se basa en la obtención de gran cantidad de información con objeto de caracterizar a una población.

La captación de la muestra se llevó a cabo mediante un proceso de difusión del objeto de la investigación adjuntando el enlace del cuestionario on-line.

La muestra aceptante ha sido de 210 sujetos, de los cuales el 61'9% se corresponde con profesionales médicos de Atención Primaria de los países de España, México y Colombia y el 38'1% con estudiantes de 5º curso de Medicina de las Facultades de Sevilla y Granada.

De entre la muestra de profesionales médicos, el 48'46 % son varones con una media de edad de 46'16 años frente al 38'75% de estudiantes del mismo género, siendo la media de edad de este último grupo 22'74 años.

Al no hallarse en ningún caso un cuestionario susceptible de satisfacer a los propósitos de esta investigación. Se creó así el “Cuestionario sobre Actitudes hacia Psicofármacos en Profesionales de la Medicina”.

3. Resultados

De acuerdo con lo que a lo largo de esta investigación, ha venido siendo manifestado por parte de la muestra de facultativos perteneciente al país español, se podría describir cuál es el perfil predominante del profesional médico de atención primaria en lo que a actitudes hacia psicofármacos se refiere. Las características globales de dicho patrón podrían detallarse como sigue:

- Considera ante cada paciente con problemas mentales la posibilidad de escoger entre un tratamiento psicofarmacológico y uno psicoterapéutico.
 - Hace uso de una mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos frente a la psicoterapia para sus pacientes con problemas mentales.
 - Prefieren el modelo que defiende que los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal, que son tratamientos para las enfermedades mentales, que su acción terapéutica se deriva de sus efectos sobre la patogenia de la enfermedad, y que la medicación psicotrópica es como insulina para la diabetes (Moncrieff & Cohen, 2005).
- Informa de una actitud no claramente definida hacia los psicofármacos y en cambio, muy favorable hacia la psicoterapia.

Comparativamente al perfil predominante descrito para el médico español y siempre según la información reportada que la representación de México y Colombia ha venido a aportar al presente estudio, ha sido posible con la prudencia obligada por el tamaño muestral, la concreción del perfil más representativo de profesional de la atención primaria en los citados países en cuanto a actitudes hacia psicofármacos se refiere, el cual quedaría definido por:

- Reflexiona ante cada paciente con problemas mentales la posibilidad de escoger entre un tratamiento psicofarmacológico y uno psicoterapéutico.
 - Hace uso de una mayor frecuencia de prescripción de psicoterapia frente a los psicofármacos para sus pacientes con problemas mentales.
 - Prefieren el modelo que defiende que los psicofármacos crean un estado cerebral anormal, que son drogas psicoactivas y que sus efectos útiles son consecuencias de un estado inducidos por ellos mismos y que la medicación psicotrópica sería como el alcohol para la ansiedad social (Moncrieff & Cohen, 2005).
 - Reporta una actitud ligeramente más crítica hacia los psicofármacos que los médicos españoles, e igualmente a favor de la prescripción de psicoterapia.

4. Discusión

Parece ser que la prescripción manifiesta de psicofármacos y las actitudes hacia los mismos pudiera estar influida por determinantes culturales que vienen a diferir entre el contexto español enmarcado en Europa por un lado, y el correspondiente a México y Colombia, integrado en América Latina, con una filosofía distinta en torno a la concepción de los trastornos mentales (Raskovsky, 2010).

Por último, el alumnado de medicina es el colectivo que se inclina más ampliamente por asumir el modelo de acción de los psicofármacos en el que estos son concebidos como correctores de un estado cerebral anormal y bajo el paradigma de la insulina para la diabetes. En consonancia, parece denotarse una predilección hacia este

modelo dentro de las enseñanzas universitarias. Sin embargo, en el ejercicio profesional del contexto español el apoyo a dicho modelo es menor que en la muestra de estudiantes, aunque es el preferido, pese a que el modelo alternativo recorta las distancias de forma relevante. En el contexto latinoamericano, esta situación se revierte, y el modelo alterno que interpreta que los psicofármacos crean un estado cerebral anormal y los asigna al paradigma del alcohol para la ansiedad social sería más predominante que el otro.

En nuestro país, la tendencia a considerar que los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal, que tienen un efecto terapéutico para tratar las enfermedades mentales derivado de su acción específica sobre la patogenia de dicha enfermedad, de la misma manera en la que la insulina actúa con respecto a la diabetes, es mayor que la consideración de los psicofármacos como drogas psicoactivas que inducen un estado cerebral alterado con un efecto útil sobre una condición psicopatológica de la misma manera que el alcohol alivia la ansiedad social. Esta diferencia se acentúa para el caso del alumnado de medicina, y todo ello, a pesar de la falta de evidencia sólida a favor de los mecanismos fisiopatogénicos responsables de los trastornos mentales (Moncrieff, 2008), pero cuyas hipótesis (dopaminérgica, serotoninérgica y/o noradrenérgica) se enuncian por oposición al efecto del preparado farmacológico, con la misma confusión en términos de validez que una hipótesis formulada para explicar el origen del dolor de cabeza, partiendo del alivio producido por un comprimido de aspirina, llegase a atribuir la génesis del dolor a un bajo nivel de aspirina en el organismo (Pérez, 2007). Aunque las compañías farmacéuticas suelen sugerir lo contrario, no existe correlación entre la ansiedad o la depresión y unos niveles bajos de serotonina (Lane & Muñoz, 2010) Sin embargo, el empeño de una parte de la comunidad científica en aferrarse al hecho de que las alteraciones en la neurotransmisión serían agentes implicados en los trastornos mentales pese a la falta de confirmación objetiva, debería llevar al replanteamiento de tales hipótesis y a desvelar, si es que así sucediese, su vinculación a intereses no científicos (Healy, 2002; Moncrieff, 2008; Pérez, 2007).

Considerations towards psychoactive medication among physicians and medical students in Spain, and physicians in Mexico and Colombia. A comparative survey.

Key words: psychotropic medication, attitudes, physicians.

A psychotropic medication considering itself as one that exerts profound and beneficial effects on behavior, mood and cognition, although frequency scam, do not alter the underlying disease process (Schatzberg et al., 2010).

The three major types of psychoactive drug used in the treatment of mental problems and which have been taken as reference for our research are anxiolytics, antidepressants and neuroleptics or antipsychotics.

Anxiolytics

The first drugs with selective anxiolytic and hypnotic were barbiturates (Stolerman, 2010). Benzodiazepines, perhaps the best known and most widely used anxiolytics (Stahl, 2008) are very safe and effective in treating short-term anxiety (Preston et al., 2013).

Antidepressants.

Antidepressant drugs include selective inhibitors of serotonin reuptake, tricyclic and monoamine oxidase inhibitors of the resulting effective in the treatment of comorbid depression and anxiety (Leonard, 2001). Antidepressants produce a transient increase in the brain in certain monoamine neurotransmitters, such as serotonin and norepinephrine, or by inhibiting its degradation, or type, blocking their reuptake or reuptake by neurons in the synapses (González & Perez , 2007).

Antipsychotics.

Antipsychotic drugs are used to counter painkillers inner restlessness, psychomotor agitation and severe insomnia, states that can arise in the following contexts: schizophrenic psychosis, especially in its severe forms paranoid, mania, psychotic syndromes in the aftermath of an organic disorder brain and depression, especially that causes symptoms of agitation and anxiety (Spiegel, 2003).

The prescription of psychotropic drugs in primary care, deserves special attention, since it is often done without the use of other prior or parallel interventions for mental disorders and more durable than recommended requirements and even indefinitely (Galleguillos Crag Garay Gonzalez, & Vogel, 2003).

The psychotropic drugs are a group of high consumption in the Spanish Health System (Romo et al., 2003).

According to the results of ESEMeD, 16% of the Spanish population interviewed had consumed some type of psychotropic drugs during the year prior to the survey, with the probability of consumption doubled for women. Benzodiazepines (alone or in combination) were the most consumed drug with a 11,4%, followed by antidepressants with 4,7%, within which, the most used were selective inhibitors of serotonin reuptake with 59,5%. Antipsychotics were consumed in 2,1% of cases and mood stabilizers on a 0,1% (Codony et al., 2007).

The development of a drug is a highly complex process which begins in the preclinical phase. It is evaluated in animals bioavailability, metabolism and toxicity of the drug, its known effects on biological targets and representation of the disease in various animal models. After obtaining sufficient data in animal studies, the drug can be tested in humans (Schatzberg & Nemeroff, 2009).

The U.S. Agency for Food and Drugs (Food and Drug Administration or FDA) warns that psychotropic medication may increase the risk of suicide, which raises concerns about prescribing in patients with psychiatric disorders, many of which already have an increased risk of suicide. Therefore, clinicians must understand the risks and benefits associated with the use of psychotropic medication (Fawcett, Baldessarini, Coryell, Silverman, & Stein, 2009).

The objectives of this research for the review between professionals and medical students, and medical professionals from Mexico and Colombia in its considerations towards psychoactive drugs, exploring their attitudes toward efficacy, side effects, mechanisms of action, in relation to their prescribing habits, comparing turn the differences between medical students and also differentiating between Spaniards and foreigners.

2. Method

This research is descriptive-analytical and non-experimental (ex post facto) nature, transversal, using as a method for gathering information, and as a technical survey, the questionnaire, which is based on obtaining a wealth of information in order to characterize a population.

The sample collection was carried out by a diffusion process under investigation attaching the link of the questionnaire on-line.

The accepting sample was composed by 210 subjects, of which corresponds to 61,9% of primary care health professionals in the countries of Spain, Mexico and Colombia and 38,1% with 5th year students of the Faculty of Medicine Seville and Granada.

Among the sample of medical professionals, the 48,46% were male with a mean age 46,16 years versus 38,75% of students of the same gender, the average age of the latter group 22,74 years.

As no case a susceptible questionnaire to satisfy the purposes of this research was available this gave rise the "Attitudes toward psychotropic drugs in Medical Professionals Questionnaire."

3. Results

According to what throughout this investigation has been being shown by the example of doctors belonging to the Spanish country, a predominant profile of physician primary care provider could be described in relation to attitudes toward psychiatric medications relates. The overall characteristics of this pattern could be detailed as follows:

- To consider each patient with mental health problems a choice between psychopharmacological and one psychotherapeutic treatment.
- To make use of a higher frequency of prescription of psychotropic drugs versus psychotherapy for patients with mental problems.

- They prefer the model that argues that psychiatric drugs correct an abnormal brain state, which are treatments for mental illness, its therapeutic action derives from its effects on the pathogenesis of the disease, and that psychotropic medication is like insulin for diabetes (Moncrieff & Cohen, 2005).

- Reported on a not clearly defined towards psychoactive drugs and instead very favorable attitude toward psychotherapy.

Comparatively predominant profile described for the Spanish physician and again according to the information reported by the representation of Mexico and Colombia has also explained. It has been possible with the prudence required by the sample size, the most representative profile of professional primary care in these countries in terms of attitudes towards psychotropic drugs are concerned, which would be defined by:

- To think before each patient with mental health problems a choice between psychopharmacological and one psychotherapeutic treatment.

- To make use of a higher frequency of prescription of psychotropic drugs versus psychotherapy for patients with mental problems.

- They prefer the model that argues that psychotropic drugs create an abnormal brain state, which are psychoactive drugs and their useful effects are consequences of a state induced by themselves and psychotropic medication would like alcohol for social anxiety (Moncrieff & Cohen , 2005).

- Report to a slightly more critical attitude towards psychoactive drugs that Spanish doctors, and also in favor of prescribing psychotherapy.

4. Discussion

It seems evident that the prescription of psychotropic drugs and attitudes towards them could be influenced by cultural determinants that come to differ between the Spanish context framed in Europe on the one hand, and recourse to Mexico and

Colombia, made in Latin America, with a different philosophy around the concept of mental disorders (Raskovsky, 2010).

Finally, students of medicine is the group that leans more widely for taking the model of action of psychoactive drugs in these correctors are conceived as an abnormal brain state and under the paradigm of insulin for diabetes. Consistent seems denoted a predilection towards this model in university education. However, in practice the Spanish context supporting this model is lower than in the student sample, although it is preferred, although the alternative model cuts distances relevant way. In the Latin American context, this situation is reversed, and the alternative model that interprets psychotropic drugs create an abnormal brain state and assigned to the paradigm of alcohol for social anxiety would be more dominant than the other.

In our country, the tendency to consider that psychiatric drugs correct an abnormal brain state, which have a therapeutic effect for treating mental illness derived from its specific action on the pathogenesis of the disease in the same way that insulin acts about diabetes, is greater than the consideration of psychotropic drugs as psychoactive drugs that induce altered brain state a useful effect on a psychopathological condition in the same way that alcohol relieves social anxiety. This difference is accentuated in the case of students of medicine, and this, despite the lack of solid evidence for the pathophysiologic mechanisms responsible for mental disorders (Moncrieff, 2008), but whose hypotheses (dopaminergic, serotonergic and / or noradrenergic) set forth by opposition to the effect of drug prepared with the same confusion in terms of validity of a hypothesis formulated to explain the origin of headache relief produced by starting an aspirin tablet, were to attribute the genesis of pain at a low level of aspirin in the body (Perez, 2007).

Although pharmaceutical companies often suggest otherwise, there is no correlation between anxiety or depression and low serotonin levels (Lane & Muñoz, 2010) However, the efforts of the scientific community in clinging to the fact that the alterations in neurotransmission are agents involved in mental disorders despite the lack of objective confirmation, should lead to reconsideration of such hypotheses and reveal, if that was the case, its relationship to non-scientific interests (Healy, 2002; Moncrieff, 2008; Perez, 2007).

Referencias Bibliográficas.

- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Haro, J. M. (2007). [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMEd-Spain study]. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 Suppl 2, 29-36.
- Galleguillos U, Tamara, Risco N, Luis, Garay S, José Luis, González A, Marco, & Vogel M., Melina. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131, 535-540.
- Fawcett, JA, Baldessarini, RJ, Coryell, William H, Silverman, Morton M, & Stein, Dan J. (2009). Definition and management of suicidality in psychiatric patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(10).
- González, H., & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales.¿ Escuchando al fármaco o al paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Healy, David. (2004). *The creation of psychopharmacology*: Harvard University Press.
- Lane, Christopher, & Muñoz, Jesús Palomo. (2010). *La timidez*: Zimerman.
- Leonard, B. E. (2001). *Antidepressants*. Berlin: Birkhäuser.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure*. London: Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 9.
- Preston, John D, O'Neal, John H, & Talaga, Mary C. (2013). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapists*: New Harbinger Publications.
- Raskovsky, A., Aberastury, F.L., Goldstein, R.M., Ponce-de-León-de-Masvernat, E., & Cartonalo, E.S. (2010). Las marcas identificatorias del psicoanálisis argentino en Latinoamérica. *Revista de Psicoanálisis*, 67, 19.
- Romo, Nuria, Vega Fuentes, Amando, Meneses, Carmen, Gil, Eugenia, Markez, Iñaki, & Poo, Mónica. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres.
- Schatzberg, Alan F, Cole, Jonathan O, & DeBattista, Charles. (2010). *Manual of clinical psychopharmacology*: American Psychiatric Pub.
- Schatzberg, Alan F, & Nemeroff, Charles B. (2009). *The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology*: American Psychiatric Pub.
- Spiegel, René. (2003). *Psychopharmacology: an introduction*: John Wiley & Sons.
- Stahl, S. (2008). *Psicofarmacología esencial de Stahl*. Madrid: Aula Médica.
- Stolerman, Ian P. (2010). *Encyclopedia of psychopharmacology* (Vol. 2): Springer.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, F. J., Chinae, E., Hernandez, J. L., Rodriguez, F., Garcia-Bello, M., Medina, G., & Nieves, W. (2014). Influence of antipsychotic treatment type and regimen on the functionality of patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry, 68*(3), 180-188. doi: 10.3109/08039488.2013.790475
- Akashah, Goudarz, Sirati, Leila, Noshad Kamran, Ali Reza, & Sepehrmanesh, Zahra. (2013). Comparison of the Effect of Sertraline With Behavioral Therapy on Semen Parameters in Men With Primary Premature Ejaculation. *Urology, 83*(4), 800-804. doi: 10.1016/j.urology.2013.12.004
- Alarcón, R. (1990). *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria: Siglo XXI*.
- Algora-Donoso, I, & Varela-González, O. (2008). Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro). *Farmacia Hospitalaria, 32*(6), 331-338.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., . . . Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res, 11*(2), 55-67.
- Alper, Kenneth, Schwartz, Kelly A, Kolts, Russell L, & Khan, Arif. (2007). Seizure incidence in psychopharmacological clinical trials: an analysis of Food and Drug Administration (FDA) summary basis of approval reports. *Biological psychiatry, 62*(4), 345-354.
- Álvarez, Marino Pérez, & Hermida, José Ramón Fernández. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo, 29*(3), 251-270.
- American-Society-of-Clinical-Psychopharmacology. (2014). What is Psychopharmacology. from <http://www.ascpp.org/resources/information-for-patients/what-is-psychopharmacology/>
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*.
- American Psychiatric Association, APA, & Association, American Psychiatric. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
- Andrade, C. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitor drug interactions in patients receiving statins. *J Clin Psychiatry, 75*(2), e95-99. doi: 10.4088/JCP.13f08941
- Angermeyer, M. C., Breier, P., Dietrich, S., Kenzine, D., & Matschinger, H. (2005). Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40*(11), 10.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Sandmann, J., & Hillert, A. (1994). [Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 1: Comparison between medical students and the general population]. *Psychiatr Prax, 21*(2), 58-63.
- Appelbaum, Paul, Arboleda-Florez, Julio, Javed, Afzal, Soldatos, Constantin, & Tyano, Sam. (2011). WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. *World Psychiatry, 10*(2), 155-159.
- Arizaga, María C. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como "pastillas para el estilo de vida".
- Asociación Médica Mundial, AMM. (1983). *Proposición sobre el Uso y el Abuso de Drogas Psicotrópicas*. Venecia: Asociación Médica Mundial.
- Asociación Mundial de Psiquiatría, AMP. (1989). *Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales*. Atenas: Asociación Mundial de Psiquiatría.
- Baldwin, D, & Rudge, S. (1995). The role of serotonin in depression and anxiety. *International clinical psychopharmacology*.

- Baos, V. (2005). Comentario: Prescripción de psicofármacos en atención primaria. *Atención primaria, 36*(05), 246-247.
- Barbui, Corrado, Conti, Valentino, & Cipriani, Andrea. (2014). Antipsychotic Drug Exposure and Risk of Venous Thromboembolism: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Drug Safety, 37*(2), 79-90. doi: 10.1007/s40264-013-0127-6
- Barr, Linda C, Goodman, Wayne K, Price, Lawrence H, & McDougle, Christopher J. (1992). The serotonin hypothesis of obsessive compulsive disorder: implications of pharmacologic challenge studies. *Journal of Clinical Psychiatry.*
- Bijlsma, Maarten J., Hak, Eelko, Bos, Jens, De Jong-van den Berg, Lolkje T. W, & Janssen, Fanny. (2013). Assessing the effect of a guideline change on drug use prevalence by including the birth cohort dimension: the case of benzodiazepines. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 22*(9), 933-941. doi: 10.1002/pds.3466
- Bosnjak, M., & Tuten, T. . (2003). Prepaid and promised incentives in web surveys: An experiment. *Social Science Computer Review, 21*(2), 10.
- Botts, Sheila R., & Alfaro, Cara. (2001). Antidepressant Drug Interactions. *Journal of Pharmacy Practice, 14*(6), 467-477. doi: 10.1177/089719001129040964
- Bradley, A. J., & Lenox-Smith, A. J. (2013). Does adding noradrenaline reuptake inhibition to selective serotonin reuptake inhibition improve efficacy in patients with depression? A systematic review of meta-analyses and large randomised pragmatic trials. *J Psychopharmacol, 27*(8), 740-758. doi: 10.1177/0269881113494937
- Cafferata, Gail L, Kasper, Judith, & Bernstein, Amy. (1983). Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs. *Journal of Health and Social Behavior.*
- Calderón, S., & Rabanaque, M. J. (2013). Estudiantes de medicina y marketing farmacéutico. *Atención Primaria, 46*(3).
- Cano, A. . (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. . *Revista Ansiedad y Estrés, 17*(1), 22.
- Castillo, Bertha Alicia Alonso, Marziale, Maria Helena Palucci, Castillo, Maria Magdalena Alonso, Facundo, Francisco Rafael Guzmán, & Meza, Marco Vinicio Gómez. (2008). Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, Mexico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*, 509-515.
- Ciraulo, D. A., & Shader, R. I. (1990). Fluoxetine Drug-Drug Interactions: I. Antidepressants and Antipsychotics. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 10*(1), 48-50.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., . . . Haro, J. M. (2007). [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Esp Psiquiatr, 35 Suppl 2*, 29-36.
- Cohen, D., & Jacobs, D. (2007). Randomized controlled trials of antidepressants clinically and scientifically irrelevant. *Debates in Neuroscience, 1*, 2.
- Colloca, L., Lopiano, L., Lanotte, M., & Benedetti, F. (2004). Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol, 3*(11), 679-684. doi: 10.1016/s1474-4422(04)00908-1
- Correll, C. U., Shaikh, L., Gallego, J. A., Nachbar, J., Olshanskiy, V., Kishimoto, T., & Kane, J. M. (2011). Antipsychotic polypharmacy: a survey study of prescriber attitudes, knowledge and behavior. *Schizophr Res, 131*(1-3), 58-62. doi: 10.1016/j.schres.2011.02.016
- Chaudhry, Imran B, Neelam, Kishen, Duddu, Venugopal, & Husain, Nusrat. (2008). Ethnicity and psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 22*(6), 673-680.
- D'Incau, P., Lapeyre-Mestre, M., Carvajal, A., Donati, M., Salado, I., Rodriguez, L., . . . Conforti, A. (2014). No differences between men and women in adverse drug reactions related to psychotropic drugs: a survey from France, Italy and Spain. *Fundam Clin Pharmacol, 28*(3), 342-348. doi: 10.1111/fcp.12032

- de la Fuente-Fernández, Raúl, Schulzer, Michael, & Stoessl, A Jon. (2002). The placebo effect in neurological disorders. *The Lancet Neurology*, 1(2), 85-91.
- de Lima, M. S., Dunn, J., Novo, I. P., Tomasi, E., & Reisser, A. A. (2003). Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. *Subst Use Misuse*, 38(1), 51-65.
- De Wet, BS. (1971). *Classification of Psycho-Active Drugs*. Paper presented at the Paper presented at the 48th South African Medical Congress (MASA).
- Deegan, P., & Drake, R. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatry Service* 57(11), 4.
- Desai, G., Babu, G. N., & Chandra, P. S. (2012). Unplanned pregnancies leading to psychotropic exposure in women with mental illness - Findings from a perinatal psychiatry clinic. *Indian J Psychiatry*, 54(1), 59-63. doi: 10.4103/0019-5545.94649
- Di Pilato, P., Niso, M., Adriani, W., Romano, E., Travaglini, D., Berardi, F., . . . Leopoldo, M. (2014). Selective agonists for serotonin 7 (5-HT7) receptor and their applications in preclinical models: an overview. *Rev Neurosci*. doi: 10.1515/revneuro-2014-0009
- Díaz, Susana Rodríguez. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 2(2).
- Dittmann, RW, Hein, H, & Wallis, H. (1981). [The use of psychopharmaca in infancy and preschool age results of questioning parents of school beginners (author's transl)]. *Monatsschrift Kinderheilkunde: Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde*, 129(6), 349-353.
- Drach, L. M. (2014). [Psychopharmacological treatment of delirium in the elderly]. *Med Monatsschr Pharm*, 37(4), 124-131; quiz 133-124.
- Dusetzina, Stacie B, Cook, Benjamin L, Busch, Alisa B, Alexander, G Caleb, & Huskamp, Haiden A. (2013). Racial-ethnic differences in incident olanzapine use after an FDA advisory for patients with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(1), 83-87.
- Einarson, Adrienne, Selby, Peter, & Koren, Gideon. (2001). Abrupt discontinuation of psychotropic drugs during pregnancy: fear of teratogenic risk and impact of counselling. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26(1), 44.
- Elliot, G. A. (1965). Clinical Pharmacology. *South African Journal of Medicine*, XXXIX(October), 3.
- Enserink, Martin. (1999). Can the placebo be the cure? *Science*, 284(5412), 238-240.
- Escalas, J, Guerra, A, & Rodríguez-Cerdeira, MC. (2010). Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 101(6), 485-494.
- Escobar, G. (2010). *Personas con discapacidad. VII Informe sobre derechos humanos*. Madrid: Trama Editorial.
- European Commission, EU. (2010). *Eurobarometer 73.2 Mental Health*.
- Faraone, Silvia, Barcala, Alejandra, Torricelli, Flavia, Bianchi, Eugenia, Tamburrino, María Cecilia, & FARAONE, S. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 485-497.
- Fawcett, JA, Baldessarini, RJ, Coryell, William H, Silverman, Morton M, & Stein, Dan J. (2009). Definition and management of suicidality in psychiatric patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(10), e38-e38.
- Frances, Allen. (2010). Preparémonos: Lo peor está por venir: el DSM-V, una pandemia de trastornos mentales. *Topía*(58).
- Galende, Emiliano. (2008). Psicofármacos y salud mental. *Bs As: Lugar Ed*.

- Galleguillos, Tamara, Risco, Luis, Garay, José Luis, González, Marco, & Vogel, Melina. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131(5), 535-540.
- Galleguillos U, Tamara, Risco N, Luis, Garay S, José Luis, González A, Marco, & Vogel M., Melina. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131, 535-540.
- Galli, Enrique, Heinze, Gerardo, Escalante, Carlos A, Fernández Labriola, Roberto, León, Carlos, Moreno, Ricardo A, . . . Vengoechea, Jaime. (2000). Encuesta Latinoamericana sobre la Actitud de los Profesionales de la Salud hacia la Prescripción de los Psicofármacos: estudio comparativo con la Realidad Peruana. *Revista Médica Herediana*, 11(3), 79-88.
- García-García, A. L., Newman-Tancredi, A., & Leonardo, E. D. (2014). 5-HT(1A) [corrected] receptors in mood and anxiety: recent insights into autoreceptor versus heteroreceptor function. *Psychopharmacology (Berl)*, 231(4), 623-636. doi: 10.1007/s00213-013-3389-x
- García-Herrera, J.M., Nogueras, E.V., Muñoz, F., & Morales, J.M. (2011). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria*. Málaga: Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental. Hospital Regional Universitario "Carlos Haya".
- García-Silberman, Sarah. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*, 44, 289-296.
- González, H., & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- González Sánchez, Regla Ledia, Rodríguez Fernández, María Magdalena, Ferro Alfonso, María de Jesús, & García Milián, Josué Raúl. (1999). Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 98-102.
- Green, Wayne H. (2007). *Child and adolescent clinical psychopharmacology*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Greenblatt, David J, Von Moltke, LL, Harmatz, Jerold S, & Shader, Richard I. (1997). Drug interactions with newer antidepressants: role of human cytochromes P450. *The Journal of clinical psychiatry*, 59, 19-27.
- Gualtero, R., & Turek, L. (1999). Salud mental: Encuesta a los médicos de atención primaria. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 70, 10.
- Gumnick, Jane F, & Nemeroff, Charles B. (2000). Problems with currently available antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 5-15.
- Gupta, Sanjay. (2001). Ethnicity and Psychopharmacology. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1544-1544.
- Hamann, J., Mendel, R., Kissling, W., & Leucht, S. (2013). Psychiatrists' decision making between branded and generic drugs. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23(7), 686-690. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.08.007
- Harrington, Anne. (1999). *The placebo effect: An interdisciplinary exploration* (Vol. 8): Harvard University Press.
- Harrow, M., Jobe, T.H., & Faull, R.N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*, 1-10.
- Healy, David. (2004). *The creation of psychopharmacology*: Harvard University Press.
- Heinze, Gerardo, Torres, Marina, & Cortés, José Francisco. (2013). Attitudes of health professionals toward prescribing psychodrugs.
- Herrero, Fernando Leal. (2002). *Comprender la enfermedad mental*: EDITUM.
- Hertzman, Marc, & Adler, Lawrence. (2010). *Clinical trials in psychopharmacology: a better brain*: John Wiley & Sons.

- Hill, Austin Bradford. (1955). Principles of medical statistics. *Principles of medical statistics*. (Edn 6).
- Hillert, A., Sandmann, J., Angermeyer, M. C., & Daumer, R. (1994). [Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2: Change in attitude in the course of medical education]. *Psychiatr Prax*, 21(2), 64-69.
- Hróbjartsson, Asbjørn, & Gøtzsche, Peter C. (2001). Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *New England Journal of Medicine*, 344(21), 1594-1602.
- Iriart, Celia. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & saúde coletiva*, 13(5), 1619-1626.
- Iyer, S., Banks, N., Roy, M. A., Tibbo, P., Williams, R., Manchanda, R., . . . Malla, A. (2013). A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part II-physician perspectives. *Can J Psychiatry*, 58(5 Suppl 1), 23S-29S.
- Jirón, Marcela, Machado, Márcio, & Ruiz, Inés. (2008). Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista médica de Chile*, 136, 1147-1154.
- Jureidini, Jon N, Doecke, Christopher J, Mansfield, Peter R, Haby, Michelle M, Menkes, David B, & Tonkin, Anne L. (2004). Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ*, 328(7444), 879-883. doi: 10.1136/bmj.328.7444.879
- Kahn, D. A. (1991). Medication consultation and split treatment during psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal*, 19(1), 84-98.
- Kasper, S., & Resinger, E. (2003). Cognitive effects and antipsychotics treatment. *Psychoneuroendocrinology*, 28(1), 12.
- Keller, M. B., Ryan, N. D., Strober, M., Klein, R. G., Kutcher, S. P., Birmaher, B., . . . McCafferty, J. P. (2001). Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(7), 762-772. doi: 10.1097/00004583-200107000-00010
- Khan, Arif, Khan, Shirin, Kolts, Russell, & Brown, Walter A. (2003). Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 790-792.
- Kilely, S., Linden, M., Bellantuono, C., Simon, G., & Jones, J. (2000). Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychological Medicine*, 30(05), 1217-1225. doi: doi:null
- Lane, Christopher, & Muñoz, Jesús Palomo. (2010). *La timidez*: Zimerman.
- Laruelle, M. (2014). Schizophrenia: from dopaminergic to glutamatergic interventions. *Curr Opin Pharmacol*, 14, 97-102. doi: 10.1016/j.coph.2014.01.001
- Leiderman, Eduardo A, Mugnolo, Juan Francisco, Bruscoli, Noelia, & Massi, Julieta. (2006). Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, 17, 85-91.
- Leonard, B. E. (1997). The role of noradrenaline in depression: a review. *J Psychopharmacol*, 11(4 Suppl), S39-47.
- Leonard, B. E. (2001). *Antidepressants*. Berlin: Birkhäuser.
- Leonard, Brian E. (2004). *Fundamentals of psychopharmacology*: John Wiley & Sons.
- Levine, J. D., Gordon, N. C., & Fields, H. L. (1978). The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, 2(8091), 654-657.
- Lopez-lbor, J. J., Alonso, J., & Haro, J. M. (2007). [European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED): contributions for the mental health in Spain]. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 Suppl 2, 1-3.
- López-lbor, J. J., Alonso, J., Haro, J. M. (2007). Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMED): Aportaciones para la salud mental en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Suplemento 2), 3.

- López-Muñoz, F, Álamo, C, & Cuenca, E. (1999). Agresividad y psicofármacos reguladores e inductores de conductas agresivas. *Psiquiatría. com*, 3(2).
- Lovdahl, U, & Riska, Elianne. (2000). The construction of gender and mental health in Nordic psychotropic-drug advertising. *International Journal of Health Services*, 30(2), 387-406.
- Machado-Alba, J. E., & Morales-Plaza, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(3).
- Machado-Alba, J. E., Plaza, C. D., & Solarte Gomez, M. J. (2011). [Antidepressant prescription patterns in patients affiliated with the General Social Security Health System of Colombia]. *Rev Panam Salud Publica*, 30(5), 461-468.
- Maj, MARIO. (2013). La adherencia al tratamiento psiquiátrico y la imagen de la psiquiatría ante el público. *World Psychiatry*, 12(3), 185.
- Mangurian, C., Giwa, F., Shumway, M., Fuentes-Afflick, E., Perez-Stable, E. J., Dilley, J. W., & Schillinger, D. (2013). Primary care providers' views on metabolic monitoring of outpatients taking antipsychotic medication. *Psychiatr Serv*, 64(6), 597-599. doi: 10.1176/appi.ps.002542012
- Martin, Andrés, Scahill, Lawrence, & Kratochvil, Christopher. (2010). *Pediatric psychopharmacology*: Oxford University Press.
- Martín Monzón, I.M. . (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 13.
- Mateo Fernández, R, Rupérez Cordero, O, Hernando Blázquez, MA, Delgado Nicolás, MA, & Sánchez González, R. (1997). Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Atención primaria*, 19(1), 47-50.
- Mayberg, Helen S, Silva, J Arturo, Brannan, Steven K, Tekell, Janet L, Mahurin, Roderick K, McGinnis, Scott, & Jerabek, Paul A. (2002). The functional neuroanatomy of the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 728-737.
- Milos, V., Bondesson, A., Magnusson, M., Jakobsson, U., Westerlund, T., & Midlov, P. (2014). Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatr*, 14, 40. doi: 10.1186/1471-2318-14-40
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Retrieved 15/03/2014, from <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC. (2007). *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud 2006*.
- Mitkov, M. V., Trowbridge, R. M., Lockshin, B. N., & Caplan, J. P. (2014). Dermatologic side effects of psychotropic medications. *Psychosomatics*, 55(1), 1-20. doi: 10.1016/j.psych.2013.07.003
- Moizeszowicz, Julio, & Acebal, Enrique M. (1975). Actualización en la evaluación clínica de psicofármacos. *Acta Psiquiát. Psicológ. América Lat*, 21, 41-51.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure*. London: Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 9.
- Moynihan, Ray, Heath, Iona, & Henry, David. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7342), 886.
- Nazer, L. H., Shankar, G., Ali, B. A., & Al-Najjar, T. (2012). Fatal agranulocytosis associated with psychotropic medication use. *Am J Health Syst Pharm*, 69(10), 863-867. doi: 10.2146/ajhp110195
- Noto, Ana Regina, Carlini, Elisaldo de A, Mastroianni, Patrícia C, Alves, Vanete C, Galduróz, José Carlos F, Kuroiwa, Wagner, . . . Nappo, Solange Aparecida. (2002). Analysis of

- prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 68-73.
- Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, Pistani, María Rosana, & Ruíz, Violeta. (2007). El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso.
- Olivera, V. M. (2009). Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 47, 132-137.
- Organización de Consumidores y Usuarios, OCU. (2013). Medicamentos para la ansiedad. *OCU-Salud*, 106.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2005). *Consejo Ejecutivo 115ª Reunión*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2008). *Informe de la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*.
- Paulose-Ram, Ryne, Safran, Marc A., Jonas, Bruce S., Gu, Qiuping, & Orwig, Denise. (2007). Trends in psychotropic medication use among U.S. adults. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16(5), 560-570. doi: 10.1002/pds.1367
- Preston, John D, O'Neal, John H, & Talaga, Mary C. (2013). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapists*: New Harbinger Publications.
- Price, Donald D, Finniss, Damien G, & Benedetti, Fabrizio. (2008). A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 565-590.
- Purgato, M., Papola, D., Gastaldon, C., Trespido, C., Magni, L. R., Rizzo, C., . . . Barbui, C. (2014). Paroxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD006531. doi: 10.1002/14651858.CD006531.pub2
- Quintana, M. I., Andreoli, S. B., Moreira, F. G., Ribeiro, W. S., Feijo, M. M., Bressan, R. A., . . . Mari, J. J. (2013). Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. *PLoS One*, 8(5), e62270. doi: 10.1371/journal.pone.0062270
- Quiroz, Danilo, Gloger, Sergio, Valdivieso, Sergio, Ivelic, José, & Fardella, Carlos. (2004). Trastornos del ánimo, psicofármacos y tiroideos. *Revista médica de Chile*, 132(11), 1413-1424.
- Raskovsky, A., Aberastury, F.L., Goldstein, R.M., Ponce-de-León-de-Masvernat, E., & Cartonalo, E.S. (2010). Las marcas identificatorias del psicoanálisis argentino en Latinoamérica. *Revista de Psicoanálisis*, 67, 19.
- Raven, M., & Parry, P. (2012). Psychotropic marketing practices and problems: implications for DSM-5. *J Nerv Ment Dis*, 200(6), 512-516.
- Read, J., Cartwright, C., & Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry research*, 216(1), 67-73.
- Ricci-Cabello, Ignacio, Ruiz-Pérez, Isabel, Plazaola-Castaño, Juncal, & Montero-Piñar, Isabel. (2010). Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos: Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Rev Esp Salud Pública*, 84(1), 29-41.
- Rojas, Graciela, Fritsch, Rosemarie, Gaete, Jorge, González, Isabel, & Araya, Ricardo. (2005). Use of psychotropic medication in Santiago, Chile. *Journal of Mental Health*, 14(4), 407-414. doi: 10.1080/09638230500195221
- Romo, Nuria, Vega Fuentes, Amando, Meneses, Carmen, Gil, Eugenia, Marquez, Iñaki, & Poo, Mónica. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres.

- Rosenberg, C. (1977). *The therapeutic revolution: medicine, meaning and social change in 19th century America* (J. Leavitt & R. Numbers Eds.). Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Rubio, I González. (2005). Consumo de benzodiazepinas en la población general del Gran Santiago de Chile. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(5), 286-291.
- Sánchez Escobedo, Pedro A., Stump, Earl, & Giorgis, Tadesse W. (2003). Counsellors' knowledge of psychotropic medication attitudes toward their use in counselling settings: Professional and curricular implications. *Nueva Época*, 4(14).
- Sánchez, J., Muñoz, F., & Montoro, F. (2009). ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en encuestas on line? *Revista de Estudios Empresariales*, 1, 13.
- Sano, T., Harada, M., Sugawara, T., Isaka, N., Masuoka, A., Mikami, A., . . . Kurosawa, N. (2013). Use of psychotropics and the risk of falls in hospitalized psychiatric patients. *Yakugaku Zasshi*, 133(8), 897-903.
- Sarkar, P., Chakraborty, K., Misra, A., Shukla, R., & Swain, S. P. (2013). Pattern of psychotropic prescription in a tertiary care center: a critical analysis. *Indian J Pharmacol*, 45(3), 270-273. doi: 10.4103/0253-7613.111947
- Schachter, D., & Kleinman, I. (1998). Psychiatrists' documentation of informed consent. *Can J Psychiatry*, 43(10), 1012-1017.
- Schatzberg, Alan F, Cole, Jonathan O, & DeBattista, Charles. (2010). *Manual of clinical psychopharmacology*: American Psychiatric Pub.
- Schatzberg, Alan F, & Nemeroff, Charles B. (2009). *The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology*: American Psychiatric Pub.
- Schroeder, C., Wu, D., Merchant, M., Ferber, J., Currier, R., & Li, D. K. (2014). Does antidepressant exposure in pregnancy affect maternal serum markers for aneuploidy? *Obstet Gynecol*, 123 Suppl 1, 77S-78S. doi: 10.1097/01.AOG.0000447399.58618.ff
- Sedronar, Observatorio Argentino de Drogas, Pistani, María Rosana, & Ruíz, Violeta. (2007). El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso.
- Selemon, L. D. (2014). Frontal Lobe Synaptic Plasticity in Development and Disease: Modulation by the Dopamine D1 Receptor. *Curr Pharm Des*.
- Semba, J. (2014). [Proper use of novel antidepressants in psychiatric clinical practice]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 116(2), 138-143.
- Shapiro, Arthur K. (1959). The placebo effect in the history of medical treatment implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 116(4), 298-304.
- Simoni-Wastila, Linda. (1998). Gender and Psychotropic Drug Use. *Medical Care*, 36(1), 88-94.
- Smith, T., Kuczenski, R., George-Friedman, K., Malley, J., & Foote, S. (2000). In vivo microdialysis assessment of extracellular serotonin and dopamine levels in awake monkeys during sustained fluoxetine administration. *Synapse*, 38(4), 11.
- Spiegel, René. (2003). *Psychopharmacology: an introduction*: John Wiley & Sons.
- Spina, Edoardo, Avenoso, Angela, Scordo, Maria Gabriella, Ancione, Maria, Madia, Aldo, Gatti, Giuliana, & Perucca, Emilio. (2002). Inhibition of Risperidone Metabolism by Fluoxetine in Patients With Schizophrenia: A Clinically Relevant Pharmacokinetic Drug Interaction. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(4), 419-423.
- Spina, Edoardo, & Scordo, Maria Gabriella. (2002). Clinically Significant Drug Interactions with Antidepressants in the Elderly. *Drugs & Aging*, 19(4), 299-320. doi: 10.2165/00002512-200219040-00004
- Spinella, Marcello. (2001). *The psychopharmacology of herbal medicine: plant drugs that alter mind, brain, and behavior*: MIT Press.
- Stahl, S. (2008). *Psicofarmacología esencial de Stahl*. Madrid: Aula Médica.

- Starfield, Barbara, & Aspachs, Josep Plana. (2001). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*: Masson Barcelona.
- Stolerman, Ian P. (2010). *Encyclopedia of psychopharmacology* (Vol. 2): Springer.
- Tentler, A., Silberman, J., Paterniti, D. A., Kravitz, R. L., & Epstein, R. M. (2008). Factors affecting physicians' responses to patients' requests for antidepressants: focus group study. *J Gen Intern Med*, 23(1), 51-57. doi: 10.1007/s11606-007-0441-8
- Timimi, Sami. (2008). Child psychiatry and its relationship with the pharmaceutical industry: theoretical and practical issues. *Advances in psychiatric treatment*, 14(1), 3-9.
- Tomasson, Kristinn, Tomasson, Helgi, Zoega, Tomas, Sigfusson, Eggert, & Helgason, Tomas. (2007). Epidemiology of psychotropic medication use: comparison of sales, prescriptions and survey data in Iceland. *Nordic journal of psychiatry*, 61(6), 471-478.
- van den Ban, E., Souverein, P., Meijer, W., van Engeland, H., Swaab, H., Egberts, T., & Heerdink, E. (2014). Association between ADHD drug use and injuries among children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(2), 95-102. doi: 10.1007/s00787-013-0432-8
- van Geffen, E. C., Hermsen, J. H., Heerdink, E. R., Egberts, A. C., Verbeek-Heida, P. M., & van Hulten, R. (2011). The decision to continue or discontinue treatment: experiences and beliefs of users of selective serotonin-reuptake inhibitors in the initial months--a qualitative study. *Res Social Adm Pharm*, 7(2), 134-150. doi: 10.1016/j.sapharm.2010.04.001
- van Vliet, Irene M, den Boer, Johan A, & Westenberg, Herman GM. (1994). Psychopharmacological treatment of social phobia; a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 115(1-2), 128-134.
- Vedia Urgell, C, Bonet Monne, S, Forcada Vega, C, & Parellada Esquius, N. (2005). Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Atención primaria*, 36(5), 239-245.
- Velasco, Alfonso, & Álvarez, Francisco Javier. (1988). *Compendio de psiconeurofarmacología*: Ediciones Díaz de Santos.
- Vermeeren, Annemiek. (2004). Residual Effects of Hypnotics. *CNS Drugs*, 18(5), 297-328. doi: 10.2165/00023210-200418050-00003
- Vicens Caldentey, Caterina, & Fiol Gelabert, Francisca. (2008). Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(2), 52-57.
- Volkow, Nora D., Wang, Gene-Jack, Ma, Yemin, Fowler, Joanna S., Zhu, Wei, Maynard, Laurence, . . . Swanson, James M. (2003). Expectation Enhances the Regional Brain Metabolic and the Reinforcing Effects of Stimulants in Cocaine Abusers. *The Journal of Neuroscience*, 23(36), 11461-11468.
- World-Health-Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Zito, Julie Magno. (2007). Pharmacoepidemiology: findings and challenges for child and adolescent psychopharmacology. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 2.

Impacto Internacional de esta Investigación

Parte de la investigación incluida en esta Tesis Doctoral, ha sido aceptada para una presentación durante la celebración de la próxima **NHSN Conferencia Internacional Anual** que tendrá lugar en **Septiembre de 2014** en la **Universidad de Texas El Paso**, en **Estados Unidos**. Se trata de una conferencia organizada por la Red Científica “National Hispanic Science Network” financiada por el “National Institute on Drug Abuse” de Estados Unidos.

Se reproduce la notificación de aceptación:

June 5, 2014.

The National Hispanic Science Network 14th Annual International Conference

"Resiliency and Neuroplasticity among Vulnerable Populations - Towards a Synchrony of Disciplines"

Wednesday, September 3 – Saturday, September 6, 2014

The University of Texas at El Paso

PRESENTING AUTHOR: Francisco José Montero-Bancalero

ABSTRACT STATUS: Poster Presentation ACCEPTED

POSTER PRESENTATION TITLE: Considerations about psychotropic drugs and their repercussions in physicians' prescription habits

Dear Mr. Montero-Bancalero:

The National Hispanic Science Network is pleased to notify you that your abstract has been accepted as a poster presentation for the NHSN 14th Annual International Conference.

The Conference Planning Committee is in the process of scheduling your presentation and will send another email with additional details. Due to the complexity of the

program schedule we are unable to accept scheduling requests.

Abstract Received:

“Considerations about psychotropic drugs and their repercussions in physicians’ prescription habits”

Francisco José Montero-Bancalero, lecturer, University of Osuna (Seville, Spain) fmontero@adiccionyciencia.info<<mailto:fmontero@adiccionyciencia.info>> , Emilio Moreno-San-Pedro, PhD, lecturer, University of Huelva (Spain) & Jesús Gómez-Bujedo, PhD lecturer, Univerisity of Huelva (Spain).

Introduction: Physicians’ attitudes toward two different models of understanding psychotropic medication action and the relationship with their opinions and prescription were assessed. Model A proposes that psychotropic medication corrects a chemical imbalance in brain (involved in mental pathology), assuming that pills act like insulin for diabetes; model B proposes that psychotropic medication creates an abnormal brain state, assuming the pills work as alcohol for social anxiety (Moncrieff & Cohen, 2005). Methodology: A pilot study (N=40) was devised to approve a questionnaire asking for experts’ judgment. Results: N=76 physicians (male=50%, from Spain, Brazil, Chile and other countries). Median age = 46.1; SD=10.61. Four different profiles of physicians were identified according their general attitudes toward prescription. Model A was supported by 52.6% and Model B by 42.1 %. Chi Square Test: Favorable attitude toward psychotropic drugs was significantly associated to Model A, and a negative attitude was significantly associated to Model B (11.92; $p<0.003$). However, frequency of prescription during last year was not related to any model. Profile “anti-psychiatry” had a lower level of prescription of pills, whereas profile “pharmacologist by beliefs”, “pharmacologist by accommodation”, and “flexible for prescription” profiles were significantly related to a higher level of prescription. Conclusions: The vast majority of physicians manifest a high level of prescription, even if they’re not favorable or despite of a lack of solid evidence about psychotropic drugs action mechanisms.

We look forward to seeing you at the University of Texas at El Paso

Best regards,

Edward Castañeda, Ph.D.

2014 NHSN Conference Co-Chair. Professor of Psychology. Co-Director, HHDRC. University of Texas at El Paso

Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.

2014 NHSN Conference Co-Chair. Professor, Clinical Internal Medicine. Director, Center for Reducing Health Disparities (CRHD). University of California, Davis

Patricia E. Molina, M.D., Ph.D.

2014 NHSN Conference Co-Chair. Richard Ashman Professor & Head, Department of Physiology. Director, Alcohol & Drug Abuse Center of Excellence Louisiana State University Health Sciences Center.

ANEXO I

Cuestionario de actitudes hacia psicofármacos en profesionales de la medicina

Vista previa de la encuesta. Las respuestas no se almacenan. El link definitivo se encuentra en "Links a encuesta"

Tu también puedes lanzar encuestas como esta
Gestiona GRATIS tus propias encuestas online



Actitudes hacia Psicofármacos en Profesionales de la Medicina

[Abandonar->](#)

Por favor RESPONDA A TODAS LAS CUESTIONES y al terminar haga CLICK EN "FIN" para que se guarden los datos.
Gracias

1. En el último año, de entre sus pacientes con problemas mentales, ¿cuál ha sido su prescripción para cada opción? (0=Ninguna; 9=Mucha Frecuencia)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Psicofármacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Marque solo una alternativa de acuerdo a la que mejor define su punto de vista:

- Siempre me decanto por la prescripción de psicofármacos debido a mi convicción de que son el mejor remedio para los problemas mentales
- Siempre me decido por prescribir psicofármacos porque es la tendencia más extendida en psiquiatría
- Escojo entre la prescripción de psicofármacos y la prescripción de psicoterapia según las características individualizadas de cada paciente
- En general, soy reacio/a a prescribir psicofármacos

3. Describa su actitud general hacia:

	Actitud Favorable	Actitud Crítica
Psicofármacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Ha recibido información en la Universidad sobre...?

	Si	No
Psicofármacos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicoterapia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Responda en función de la información recibida sobre psicofármacos en la Universidad:

	Favorable/desfavorable	Respecto a su eficacia	Respecto a sus efectos secundarios
Información Psicofármacos	<input type="text" value="Elija una"/>	<input type="text" value="Elija una"/>	<input type="text" value="Elija una"/>

Responda en función de la información recibida sobre psicoterapia en la Universidad:

	Favorable/desfavorable	Respecto a sus ventajas	Respecto a sus inconvenientes
Información Psicoterapia	<input type="text" value="Elija una"/>	<input type="text" value="Elija una"/>	<input type="text" value="Elija una"/>

5. ¿Considera que cada psicofármaco actúa de manera específica sobre un problema psicopatológico determinado? (0=Nunca; 9=Siempre)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ansiolíticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Considera que los psicofármacos producen efectos secundarios?

	Sí, y se pueden asumir	Sí, aunque no se pueden asumir	No producen efectos secundarios
Ansiofíticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Considera que la eficacia de los psicofármacos es constatada por investigaciones metodológicamente válidas? (0=Nunca; 9=Siempre)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ansiofíticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Considera que los psicofármacos son eficaces? (0=Nunca; 9=Siempre)

	A Corto Plazo	A Largo Plazo
Ansiofíticos	Elija una	Elija una
Antidepresivos	Elija una	Elija una
Antipsicóticos	Elija una	Elija una

9. ¿Considera que los psicofármacos disminuyen el potencial de los/las pacientes? (0=Nunca; 9=Siempre)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ansiofíticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ¿Cree que se puede asumir el coste económico de...?

	Sí, a Corto Plazo	Sí, a Largo Plazo	No, en cualquier caso
Psicofármacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Ha accedido a nueva información en el último año sobre...?

	Sí, en evento	Sí, en prensa científica	Sí, en actividad formativa	Sí, en industria farmacéutica	No, en ningún caso
Psicofármacos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicoterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta nueva información sobre psicofármacos estaba...

A favor En contra Ambas

Esta nueva información sobre psicoterapia estaba...

A favor En contra Ambas

12. Para cada trastorno presentado escoja una sola opción de entre las dos columnas, de acuerdo a su criterio sobre la prescripción de psicofármacos:

	Prescripción aguda y posteriormente retirada progresiva hasta suspensión	Prescripción crónica
Depresión Endógena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión Exógena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicosis Paranoide o Esquizofrenia Paranoide o Esquizofrenia Tipo I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada o Esquizofrenia Tipo II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fobias Simple o Social, Crisis de Ansiedad, Neurosis de Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicosis Maniaco-Depresiva o Trastorno Bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. ¿Ha recibido apoyo de algún laboratorio farmacéutico en relación a algún psicofármaco?

Sí, para asistir a eventos Sí, de otro tipo No, en ningún caso

14. De entre los dos siguientes modelos sobre psicofármacos, marque solo el modelo que mejor represente su punto de vista:

Los psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal. Los psicofármacos son tratamientos para las enfermedades mentales. Los efectos terapéuticos de los psicofármacos son derivados de los efectos sobre la patogenia de la enfermedad. Los psicofármacos son como la insulina para la diabetes

Los psicofármacos crean un estado cerebral anormal. Los psicofármacos son drogas psicoactivas. Los efectos útiles del psicofármaco son una consecuencia del estado inducido por él mismo. Los psicofármacos son como el alcohol para la ansiedad social.

15. ¿Cuál es su tiempo total de experiencia profesional?

De 0 a 3 años De 4 a 7 años De 8 a 11 años De 12 a 15 años De 16 años en adelante

16. Universidad donde estudió:

17. Servicio donde trabaja (Centro de salud, hospital, clínica...):

18. Año en que finalizó sus estudios de medicina:

Elija una

19. Sexo:

Varón Mujer

20. Edad:

Elija una

*21. Ciudad donde trabaja:

*22. País donde trabaja:

La encuesta ha concluido.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Fin->

100%

ANEXO II

Cuestionario de actitudes hacia psicofármacos en estudiantes de medicina

Por favor, responda a todas las preguntas.

1. De entre los dos siguientes modelos sobre psicofármacos, marque solo la opción que mejor represente su propio punto de vista.

<p>Modelo Centrado en la Enfermedad (A):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Psicofármacos corrigen un estado cerebral anormal. • Los Psicofármacos son tratamientos para las enfermedades mentales. • Los efectos terapéuticos son derivados de los efectos sobre la patogenia de la enfermedad. • Los psicofármacos son como la insulina para la diabetes. <p>Modelo Centrado en la Enfermedad (A) <input type="checkbox"/></p>	<p>Modelo Centrado en el Fármaco (B):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los psicofármacos crean un estado cerebral anormal. • Los psicofármacos son drogas psicoactivas. • Los efectos útiles del Psicofármaco son una consecuencia del estado inducido por él mismo. • Los psicofármacos son como el alcohol para la ansiedad social. <p>Modelo Centrado en el Fármaco (B) <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Describa su actitud general hacia:

<p>a. Psicofármacos</p> <p>Actitud Favorable <input type="checkbox"/></p> <p>Actitud Crítica <input type="checkbox"/></p>	<p>b. Psicoterapia</p> <p>Actitud Favorable <input type="checkbox"/></p> <p>Actitud Crítica <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. ¿Ha recibido formación en la Facultad sobre..?

<p>a. Psicofármacos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>b. Psicoterapia</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>4. a. En caso afirmativo, esta formación estaba...</p> <p>A favor <input type="checkbox"/> En contra <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/></p>	<p>b. En caso afirmativo, esta formación estaba...</p> <p>A favor <input type="checkbox"/> En contra <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/></p>

5. ¿Considera que cada psicofármaco actúa de manera específica sobre un problema psicopatológico determinado?

Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos
Nunca-----Siempre	Nunca-----Siempre	Nunca-----Siempre
0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

6. ¿Considera que los psicofármacos producen efectos secundarios?

Ansiolíticos			Antidepresivos			Antipsicóticos		
SI	NO	NS	SI	NO	NS	SI	NO	NS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. En caso afirmativo, ¿considera que dichos efectos secundarios son asumibles?

Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos
Nunca-----Siempre	Nunca-----Siempre	Nunca-----Siempre
0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

8. ¿Considera que la eficacia de los psicofármacos es constatada por investigaciones metodológicamente válidas?

Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos
Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

9. ¿Considera que los psicofármacos crean dependencia?

Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos
Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

10. ¿Considera que los psicofármacos son eficaces?

Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos
A Corto Plazo Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	A Corto Plazo Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	A Corto Plazo Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
A Largo Plazo Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	A Largo Plazo Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	A Largo Plazo Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

11. ¿Considera que los psicofármacos disminuyen el potencial de los pacientes?

Ansiolíticos	Antidepresivos	Antipsicóticos
Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Nunca-----Siempre 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

12. ¿Cree que es asumible el coste económico de...?

a. Psicofármacos

Sí, a corto plazo

Sí, a largo plazo

No, en cualquier caso

b. Psicoterapia

Sí, a corto plazo

Sí, a largo plazo

No, en cualquier caso

13. ¿Ha accedido a nueva información en el último año sobre...?

a. Psicofármacos

Sí, en evento

Sí, en prensa científica

Sí, en industria farmacéutica

No

b. Psicoterapia

Sí, en evento

Sí, en prensa científica

Sí, en actividad formativa

No

14.a. En caso afirmativo, esta información estaba...

A favor En contra Ambas

b. En caso afirmativo, esta información estaba...

A favor En contra Ambas

15. Para cada trastorno presentado escoja una sola opción de la columna A o columna B, de acuerdo a su criterio sobre la prescripción de Psicofármacos:

A		B
Prescripción Aguda y posteriormente retirada progresiva hasta suspensión	Trastorno Mental	Prescripción Crónica
<input type="checkbox"/>	Depresión Endógena	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Depresión Exógena	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psicosis paranoide o esquizofrenia paranoide o esquizofrenia tipo I	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia hebefrénica o desorganizada o esquizofrenia tipo II	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fobias simple o social, crisis de ansiedad, neurosis de ansiedad	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psicosis maniaco-depresiva o trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/>
Años que lleva estudiando en Facultad Medicina: _____ Universidad: _____ -- Sexo: _____		Edad: _____ Ciudad de origen: _____ País de origen: _____ Gracias por su colaboración