



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA HUMANA Y PSICOBIOLOGÍA

Consumo de psicofármacos. Prevalencia y factores
asociados al consumo en una población de gemelos de la
Región de Murcia.

D. Francisco Rosagro Escámez
2013

Dr. Juan Ramón Ordoñana Martín, Profesor Titular y **Dra. Francisca González Javier**, Profesor Contratado Doctor, ambos del Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología,

AUTORIZAN

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “**Consumo de psicofármacos. Prevalencia y factores asociados al consumo en una población de gemelos de la Región de Murcia**”, realizada por Francisco Rosagro Escámez, bajo nuestra dirección y supervisión, en el Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

Murcia, a 22 de Marzo de 2013

Dr. Juan Ramón Ordoñana Martín

Dra. Francisca González Javier

Este trabajo ha sido realizado en parte gracias a la financiación del Registro de Gemelos de Murcia proporcionada por la Fundación Seneca, Agencia Regional de Ciencia y Tecnología, Murcia, España (08633/PHCS/08) y el Ministerio de Ciencia e Innovación, España (PSII1560-2009).

AGRADECIMIENTOS

Viernes por la noche, sentado frente al ordenador, a una hora en la que la gente duerme o bien está en los bares terminando de descargar el estrés y saliendo de la rutina de la semana. Yo tal vez estoy entre esos dos estados, entre el sueño que se apodera de mí y el estrés que se disipa según voy integrando que este trabajo está llegando a su fin...

Pero algo se tuerce de repente. El gestor bibliográfico se enloquece, el archivo no se abre, me es imposible continuar los escasos pasos restantes para concluir. Se incrementa mi irritabilidad, me inundan impulsos y tendencias heteroagresivas hacia objetos, pero logro controlarme, respira... Las cosas se van solucionando, finalmente todo tiene arreglo, y sin consumir ningún psicofármaco...

Fabiola pospone lo que está haciendo para calmarme, me dice “tómate algo y ahora vienes”. Y es que hay cosas que si bien uno las hace con esfuerzo, no saldrían igual sin el apoyo y la ayuda de otros.

Y a esos otros quiero dar las gracias, porque sin ellos no habría llegado hasta aquí. Esta noche de viernes terminé mi trabajo pensando en los momentos en los que lo empecé. Recuerdo aquellas tardes pasando escalas con Paqui y Cristina poco después de salir del trabajo. De repente apareció Jon y el camino se aclaró. Qué decir de estos dos directores de tesis, Jon y Paqui, sin vosotros no hubiera sido posible y no tengo palabras de gratitud suficientes para agradecerlos, primero, que contarais conmigo, y después, vuestra dedicación, supervisión y apoyo constante.

Cuando terminó el Instituto se me metió en la cabeza la idea de ser Psiquiatra. Mis padres me siguieron la corriente, y a estudiar Medicina dije. A lo largo de mis estudios y el M.I.R he dado con mucha gente que me ha ayudado a llegar hasta aquí. Quería también agradecerles a los profesores de la Facultad, a mis tutores de residencia, a la Unidad Docente Multiprofesional, y a todos mis compañeros de la residencia y a los actuales ya como adjunto: es un gusto haber podido formarme así y trabajar con vosotros.

Los ojos se me cierran, pienso en mi familia, en mi hermano, tíos, primos, suegros y cuñados, y por supuesto pienso en mis padres, llevo el último mes diciéndoles que ya casi he terminado la tesis, que ya voy a tener más tiempo para verlos... Y es que uno piensa en dedicar este trabajo a los que más quiere, porque de alguna forma es devolverles el tiempo que ha invertido en él y les ha quitado a estar con ellos. A vosotros, muchas

gracias por estar ahí desde el minuto cero de mi vida y por la confianza que me dais en todo momento.

Y finalmente, a Fabiola, que ha tenido la paciencia de soportarme en este largo proceso, sabes que eres pieza fundamental de todos mis proyectos, y una vez más te agradezco el apoyo y la fuerza que me das en el día a día, eres un lujo que me ha regalado la vida.

Sin más, mis ojos se cierran, agradeciendo más que nunca a todos los que me habéis ayudado a llegar hasta aquí.

MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.	7
1.1. Los psicofármacos.	9
1.1.1. Qué son los psicofármacos.	9
1.1.2. Historia de los psicofármacos.	9
1.1.3. Clasificación de los psicofármacos.	13
1.1.4. Consumo de psicofármacos.	16
1.2. Prevalencia del consumo de psicofármacos.	17
1.2.1. Prevalencia del consumo según el tipo de psicofármaco.	22
1.3. Factores relacionados con el consumo de psicofármacos.	26
1.3.1. Tipo de consumo.	26
1.3.2. Factores sociodemográficos.	27
1.3.3. Presencia de enfermedad física y/o psíquica.	33
1.3.4. Otros factores.	37
1.4. Prevalencia de enfermedades mentales.	39
2.- FACTORES GENÉTICOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES Y EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS	41
2.1. Un acercamiento a la investigación en genética cuantitativa.	44
2.2. Contribución de los genes al comportamiento.	46
2.3. Factores genéticos y trastornos mentales.	47
3.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.	49
4.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	53
5.- METODOLOGÍA.	57
5.1. Diseño.	59
5.1.1. Diseños genéticamente informativos: los estudios de gemelos.	59
5.1.2. Los registros de gemelos.	60
5.1.3. El Registro de Gemelos de Murcia (RGM).	61
5.2. Participantes.	62
5.3. Medidas.	63
5.4. Aspectos éticos.	65
5.5. Análisis de datos.	66
5.5.1. Variables de estudio.	66
5.5.2. Análisis de las variables sociodemográficas	66

6.- RESULTADOS.	71
6.1. Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas.	73
6.2. Influencia de las variables sociodemográficas y clínicas sobre el consumo y el trastorno mental.	78
6.2.1. Influencia de la variable sexo.	78
6.2.2. Influencia de la variable edad.	79
6.2.3. Influencia de la variable situación de pareja.	82
6.2.4. Influencia de la variable situación laboral.	83
6.2.5. Influencia de la variable nivel de estudios.	85
6.2.6. Influencia de la variable menopausia.	87
6.2.7. Influencia de la variable trastorno mental.	89
6.3. Análisis de regresión logística.	94
6.3.1. Regresión logística simple.	94
6.3.2. Regresión logística múltiple.	98
6.4. Contribución relativa de factores genéticos y ambientales al consumo de psicofármacos.	100
6.4.1. Tasas de concordancia y relación con heredabilidad.	100
6.4.2. Estimación de la heredabilidad.	103
7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	107
7.1. Prevalencia de diagnóstico de trastorno mental.	110
7.2. Prevalencia de consumo de psicofármacos.	111
7.3. Factores relacionados con el consumo de psicofármacos.	113
7.4. Conclusiones.	121
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	125
9.- TABLAS.	137
10.- ANEXO	243

1.- INTRODUCCIÓN

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- LOS PSICOFÁRMACOS

1.1.1. Qué son los psicofármacos

Los fármacos psicoactivos o psicofármacos forman parte, actualmente, del arsenal terapéutico, no sólo del especialista en psiquiatría, sino de la práctica médica general, y presentan una utilidad indudable para el tratamiento de un gran número de trastornos con diferente grado de gravedad y afectación de la calidad de vida del individuo.

El término “psicotrópico” hace referencia a compuestos que inducen efectos neurológicos, psicológicos y fisiológicos, debido a su capacidad de modificar la acción de los neurotransmisores en el cerebro e incluyen tanto las denominadas sustancias psicoactivas como los psicofármacos. Se da comúnmente el nombre de psicoactivas a las sustancias que afectan la mente o la conducta, lo cual indica que puede aplicarse tanto a compuestos de uso terapéutico, como son las benzodiazepinas y los neurolépticos, como a sustancias de uso “recreativo” o consumo social con fines no terapéuticos, como la cocaína y la heroína. El término psicofármaco se aplica a los compuestos que modifican tanto las funciones psíquicas como los estados mentales, y son utilizados fundamentalmente para el tratamiento de trastornos mentales (Dorland W., 1985).

La acción de los psicofármacos es fundamentalmente sintomática y, en algunos casos, profiláctica para evitar recaídas. Su manejo adecuado puede facilitar la recuperación del paciente, pero su mal uso o abuso puede conducir a la aparición de efectos indeseables con una importante disminución de las aptitudes y habilidades que incidirá negativamente sobre su calidad de vida (Gibert Rahola et al., 2012).

1.1.2. Historia de los psicofármacos

El uso de agentes psicoactivos tiene una larga historia en medicina y ha sido una constante en el devenir cultural de la especie humana durante milenios, siendo el uso

terapéutico de las mismas una aplicación más de su amplio abanico de posibilidades (López-Muñoz & Álamo González, 2007).

La historia de la psicofarmacología no puede desligarse de la historia de la psiquiatría (Gibert Rahola et al., 2012). En los primeros pasos de la humanidad, la enfermedad mental respondía a concepciones mágicas y la forma de curación estaba acorde con las mismas (Gibert Rahola et al., 2012). La utilización de psicofármacos se inicia con las antiguas civilizaciones, y se describe en los primeros textos de Babilonia y Egipto, así como en grabados precolombinos. El opio, la coca, el cannabis o el peyote fueron las primeras drogas consumidas por el hombre, sin poder establecer un orden cronológico entre ellas. El empleo de drogas con objeto de inducir modificaciones conductuales, emotivas o del humor es una práctica tan antigua como el propio hombre (Salazar, Peralta, & Pastor, 2009).

En la Grecia clásica se desarrolla el primer modelo médico de la locura. La concepción mágica y sobrenatural de las enfermedades mentales se mantiene hasta Hipócrates (460-355 a.C.), quien señala la naturaleza puramente humana de estos procesos, incluyéndolos en el ámbito médico. La terapéutica mental de la época clásica se basaba sobre todo en la liberación catártica de las emociones (Salazar et al., 2009).

En la Edad Media rige el galenismo, que se sustenta en la teoría hipocrática. A partir del siglo XI, en la Baja Edad Media, se asiste a un cambio significativo en la medicina medieval y, consecuentemente, en el tratamiento de las enfermedades psíquicas. Se concebían las enfermedades anímicas como trastornos corporales con afectación de las facultades del alma y de ahí la primacía del tratamiento físico sobre el psíquico, recayendo el tratamiento psíquico casi exclusivamente en manos de teólogos o sacerdotes (Salazar et al., 2009).

Durante el Renacimiento, destaca Paracelso, que introduce un número importante de remedios basados en productos químicos, entre los que destacan las “arcanas”, compuestos a base de opio, mandrágora, eléboro, alcanfor, etc., uno de los más conocidos fue el oleum arcani. La época Barroca se considera un período de transición, generalizándose el uso del opio por su efecto calmante y la necesidad que había de controlar la agitación. Sustancias sedantes entraron a formar parte del arsenal

terapéutico de la medicina de las enfermedades mentales, como el estramonio, el beleño, la belladona o la valeriana (Salazar et al., 2009).

A principios del siglo XIX la psiquiatría ya había evolucionado en forma considerable. Pinel y Esquirol, en Francia, elaboraron una clasificación de las enfermedades mentales basada en la observación y en la comparación estadística, de manera que hacia 1838 ya se hablaba de "enfermedad mental" y no de "alienación", palabra que significaba hostilidad y calificaba al enfermo como extranjero ante la sociedad. En Alemania, Sigmund Freud hacía aportaciones importantes para entender la dinámica psicológica de las alteraciones mentales mientras que Emil Kraepelin desarrollaba, hacia 1899, una clasificación de las alteraciones psiquiátricas y de las sustancias empleadas en la época; Kraepelin, considerado uno de los padres de la psiquiatría biológica, funda también el primer laboratorio de psicofarmacología clínica. Así, en esa época se agrupaban los psicofármacos en tres grupos: los narcóticos, sustancias con efectos calmantes que incluían el opio, la morfina, la hioscina (escopolamina) y el hachís; los hipnóticos, que abarcaban el hidrato de cloral, el alcohol, el cloroformo y el sulfonal; y un tercer grupo que agrupaba las sales de bromuro. Con la Ilustración y la Revolución Francesa, se desarrolla el tratamiento moral, con lo que los fármacos pasan a ocupar un papel más secundario (Salazar et al., 2009).

Bleuler, en 1916, limita el uso del opio, por el riesgo de habituación, y del alcohol, por el riesgo de alcoholismo. Bleuler fue el primero en dar nombre a la nueva ciencia de los psicofármacos. Durante el siglo XX surgieron numerosas terapias previas al desarrollo de los neurolepticos (descubrimiento de los principios activos del opio, coca y cannabis, salicilato de sosa para las psicosis, extracción de piezas dentarias, corrientes diatérmicas en la esquizofrenia, derivados tiroideos, piretoterapia, choques leucogénicos en los que se producían abscesos de fijación con trementina, baños calientes...). En 1936 Meduna realizó el primer trabajo sobre el uso del cardiazol y en 1935 Sakel utiliza la insulina para el síndrome de abstinencia de la morfinomanía, lo que antecede a su posterior utilización como terapia de choque en la esquizofrenia (comas insulínicos). En 1938 Cerletti y Bini descubrieron el electroshock o terapia electroconvulsiva. Otras terapias fueron la leucotomía de los lóbulos prefrontales como tratamiento de ciertas psicosis (Salazar et al., 2009).

La historia de la psicofarmacología científica nace al principio de la década de los 50 del siglo XX, con la introducción en clínica de las sales de litio (1949) y el descubrimiento de la clorpromazina (1950) y la imipramina (1955), sucesos que se han venido a denominar como la “Revolución de la Psicofarmacología”. La eficacia de dichos productos se descubrió por casualidad (serendipia) o partiendo de hipótesis equivocadas (Salazar et al., 2009).

A partir de esa época, el número de pacientes reclusos en instituciones psiquiátricas se redujo drásticamente, la psicofarmacología entró en una década de oro que, hasta nuestros días, marca de manera definitiva el tratamiento de pacientes con diversas enfermedades mentales (Salazar et al., 2009).

En 1958, Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol, una droga con estructura diferente a la de las fenotiazinas (familia de fármacos a la cual pertenece la clorpromazina). Se trata de una butirofenona, y junto con las fenotiazinas van a formar el grupo de los neurolépticos típicos. Con la aparición de la risperidona surgen los atípicos o de segunda generación (Salazar et al., 2009).

Desde la aparición de los IMAO, los antidepresivos han evolucionado a través de distintas generaciones desde los años 50, surgiendo nuevos y diversos antidepresivos en cuanto a espectro de acción y reacciones adversas. En los años 60 aparecen los antidepresivos llamados "tricíclicos" (clásicos), por la presencia de tres anillos en su estructura química, posteriormente surgen los de segunda generación (tetracíclicos), y, finalmente, los de tercera generación, entre los que se incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina. Posteriormente aparecen los inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina, los inhibidores específicos o “duales”, y otros con distintas acciones (Salazar et al., 2009).

Las sustancias utilizadas para disminuir la ansiedad o angustia, y tratar los problemas de sueño asociados, durante muchos siglos fueron fármacos depresores del SNC, como el alcohol y los opiáceos. Con la introducción de los barbitúricos, se les empezó a sustituir por éstos, a dosis menores que las requeridas para inducir sueño. En 1955, se observan los efectos tranquilizantes de la mefenesina, sustancia conocida por sus efectos de relajación muscular y, a partir de ella, se introdujo el meprobamato, fármaco

con efectos tranquilizantes, que también contribuía en la relajación muscular. Finalmente, aparecieron un grupo de sustancias con características químicas originales: las benzodiazepinas, en concreto el clordiazepóxido, que tenía efectos sedantes, de relajación muscular, anticonvulsivos y antiagresivos más marcados que los del meprobamato (Salazar et al., 2009).

1.1.3. Clasificación de los psicofármacos

Los psicotrópicos-psicofármacos se clasifican, según Goodman y Gilman (Baldessarini RJ, 2006), en: antipsicóticos y neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos, antidepresivos, y antimaníacos. Cada uno de estos grupos tiene indicaciones de uso muy precisas en la terapéutica, pero también producen un gran número de reacciones adversas que alteran la conducta, la cognición, el sueño, el apetito e incluso pueden alterar las funciones motoras y autónomas de quien los consume.

Cuadro 1: Algunos de los principales psicofármacos y/o fármacos utilizados en psiquiatría (continúa en página siguiente)

Mecanismo de acción	Mecanismo específico y Psicofármacos
ANTIDEPRESIVOS	
Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO/RIMA)	Tranilcipromina Moclobemida
Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas	Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Nortriptilina, Desipramina
	Antidepresivos tetracíclicos: Mianserina, Maprotilina
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram, Sertralina, Fluvoxamina
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA)	Reboxetina
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina o duales (IRSN)	Duloxetina, Venlafaxina
Antagonistas alfa 2 adrenérgicos o Noradrenérgicos y Serotoninérgicos específicos (NaSSA)	Mirtazapina, Mianserina
Modulación 5-HT pre y postsináptica	Trazodona
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)	Bupropion
Agonista melatoninérgico – Antagonista 5HT	Agomelatina
ANSIOLÍTICOS / HIPNÓTICOS	
Benzodiazepinas de vida media corta	Alprazolam, Loracepam
Benzodiazepinas de vida media intermedia – larga	Bromacepam, Clonacepam, Halacepam, Cloracepato, Diazepam
Hipnóticos	Lormetazepam, Ketazolam, Fluracepam, Zolpidem, Zopiclona

Cuadro 1: Algunos de los principales psicofármacos y/o fármacos utilizados en psiquiatría (continuación)

Mecanismo de acción	Mecanismo específico y Psicofármacos
ANTIPSICÓTICOS	
Antipsicóticos clásicos o típicos	Fenotiazinas: Clorpromazina, Levomepromazina, Flufenazina, Perfenazina, Trifluoperazina, Tioridazina
	Butirofenonas: Haloperidol
	Otras: Pimozida, Flupentixol, Zuclopentixol, Clotiapina, Loxapina, Sulpirida
Antipsicóticos atípicos	Clozapina, Risperidona, Paliperidona, Olanzapina, Asenapina, Quetiapina, Ziprasidona, Aripiprazol, Amisulpirida
EUTIMIZANTES O ESTABILIZADORES DEL HUMOR	
Metales alcalinos	Litio
Antiepilépticos	Carbamazepina, Valproato, Valpromida, Lamotrigina
Otros antiepilépticos*	Oxcarbazepina, Topiramato, Gabapentina, Pregabalina
OTROS	
Estimulantes	Metilfenidato
Anticolinérgicos	Biperideno
Inhibidores de la acetilcolinesterasa	Tacrina, Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina, Memantina
Interdictores o aversivos	Disulfiram, cianamida cálcica
Otros	Terapia electroconvulsiva (T.E.C.)

*No indicación como eutimizantes, uso frecuente en trastornos de ansiedad (pregabalina) y trastornos con impulsividad (oxcarbazepina, topiramato).

1.1.4. Consumo de psicofármacos

Este desarrollo de los psicofármacos ha propiciado su difusión, conocimiento y aceptación entre el público, así como el acceso de grupos, cada vez más amplios de población a su consumo. De esta forma, de ser medicinas exclusivamente utilizadas para el tratamiento de trastornos diagnosticados por especialistas y con un cierto estigma como indicadores de “problemas mentales”, han pasado a ser un producto consumido para todo tipo de problemas, sin diagnóstico especializado y, en algunos casos, como decisión personal del consumidor (auto-medicación). El medicamento va convirtiéndose en un bien de consumo, en algo que se emplea cada vez más para solucionar síntomas o problemas cotidianos que no responden al problema médico de enfermedad (lifestyle drugs) (Salazar et al., 2009).

Este consumo, por supuesto, depende también de las circunstancias particulares en que se produce el diagnóstico y el tratamiento en el sistema de salud. Esto hace que el consumo de medicación psicoactiva presente unas características peculiares dependiendo del sistema de salud del país (incluso de la Comunidad Autónoma), e introduce dificultades de comparación y análisis.

Por otra parte, a pesar de su potencial como indicador del grado de salud de la población, el consumo de psicofármacos en población general no ha recibido demasiada atención en la literatura.

1.2.- PREVALENCIA DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En las últimas décadas el consumo de psicofármacos en nuestro país, tanto en la práctica médica como en la población general, ha experimentado un incremento significativo. Dicho incremento se ha producido principalmente en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos (Secades Villa et al., 2003). En el Sistema Nacional de Salud, el grupo de tranquilizantes ocupa el tercer lugar entre los más prescritos, solamente superado por los analgésicos y anti-inflamatorios (Secades Villa et al., 2003). Así mismo, el consumo va en aumento en la población joven (Martínez et al., 2008; Lares AI et al., 2010; Hsia & Maclennan, 2009).

En España el gasto farmacéutico constituye del 18 al 20 % del total del gasto sanitario y esta cifra ha sufrido un incremento constante durante los últimos años. Los psicofármacos, en particular los antidepresivos y las benzodiacepinas, tienen un gran peso en este gasto y se encuentran entre los más consumidos en la población general, lo que les confiere un interés indudable para la salud pública y les convierte en un reto para la planificación sanitaria (Codony et al., 2007).

Este incremento tan significativo en el consumo de psicofármacos en las últimas décadas no ha ido seguido de un incremento proporcional del estado de salud de la población, lo que resulta indicativo de una mayor necesidad de investigar los **aspectos epidemiológicos de la “sobre-prescripción” y excesivo consumo de dichos fármacos** (Vázquez-Barquero et al., 1990).

Los estudios sobre este tema han utilizado diversos métodos, entre los que destaca, por su simplicidad, el **estudio de las recetas** prescritas en los servicios médicos, o alternativamente de las recetas expedidas en las farmacias (Williams, 1980; Laporte et al., 1981). Este tipo de estudio es frecuente pero aporta, sin embargo, una visión muy parcial del consumo real de psicofármacos en la población general. Esto es debido, entre otras cosas, a que en ellos no se tienen en cuenta ni los fármacos conseguidos fuera del control médico ni aquellos que habiendo sido prescritos o dispensados en las farmacias, no son finalmente consumidos. Resulta por todo ello esencial investigar el consumo de psicofármacos mediante **estudios de tipo comunitario** (Vázquez-Barquero et al., 1990).

En la revisión bibliográfica acerca del consumo de psicofármacos encontramos gran variabilidad de resultados, debido fundamentalmente a que los estudios no son homogéneos, habiendo variabilidad en diversos factores (muestra, edad o extensión de la población a estudio, períodos de tiempo, fuentes de información del consumo, formas de consumo, metodología, etc.) (Alonso Formento, 2006). Por otra parte, la mayoría de estudios comunitarios proceden del mundo anglosajón y se observan también importantes diferencias en cuanto a los datos de **prevalencia del consumo de psicofármacos**, dependiendo del país considerado. En general, varía entre el **4-12%** según el país analizado (Ohayon & Caulet, 1995; Gabe & Williams, 1986).

Cuadro 2: Prevalencia del consumo de psicofármacos en diversos países

Prevalencia consumo	País	Autor (Estudios de referencia)
AMÉRICA		
5 % (*)	Montreal	(Ohayon et al., 1995)
29 %	EEUU, Canadá y otros	(Voyer, Cohen, Lauzon, & Collin, 2004)
5.2 %	Brasil	(Almeida, Coutinho, & Pepe, 1994)
6.4 %	Chile	(Rojas, Fritsch, Galleguillos, Gaete, & Araya, 2004)
13.7 %	Buenos Aires, Argentina	(Leiderman, 2007)
15.5 %	Buenos Aires, Argentina	(Leiderman, 2007)
16.4 %	Colombia	(Martínez et al., 2008)
OCEANÍA		
10.6 %	Australia	(Goldney & Bain, 2006)
ASIA		
9.04 %	Tailandia	(Prueksaritanond, Tubtimtes, Pumkopol, & Sukying, 2009)
EUROPA		
12.3 %	Europa	(Alonso et al., 2004)
6.4 %	Francia, Alemania, Italia y Reino Unido	(Ohayon & Lader, 2002)
13.7 %	Italia	(Alonso et al., 2004)
15 %	Verona	(Turrina, Zimmermann-Tansella, Micciolo, & Siciliani, 1993)
19.2 %	Francia	(Boeuf-Cazou, Niezborala, Marquie, & Lapeyre-Mestre, 2010)
5.9 %	Alemania	(Lecadet et al., 2003)
3.5 %	Reino Unido	(Ohayon & Caulet, 1996b)
10 – 12 %	Reino Unido	(Gabe et al., 1986)
19 %	Bélgica	(Bruffaerts, Bonnewyn, Van, Demarest, & Demyttenaere, 2005)
13.2 %	Bélgica	(Alonso et al., 2004)
7.4 %	Holanda	(Alonso et al., 2004)
6.9 %	Israel	(Grinshpoon, Marom, Weizman, & Ponizovsky, 2007)
6 %	Finlandia	(Riska & Klaukka, 1984)
15.3 %	Noruega	(Kjosavik, Ruths, & Hunnskaar, 2009)

(*) De los que presentaban alteraciones del sueño.

En nuestro país existe menos información acerca del consumo real de psicofármacos (Vázquez-Barquero et al., 1990). Según diferentes estudios, el consumo de psicofármacos afecta a entre un **10** y un **20 %** de la población general (Secades Villa et al., 2003; Ortíz Lobo, Mata Ruiz, Hernández Monsalve, & Gervás, 1996), y a un 24 % de la población mayor de 65 años (García Fernández et al., 1994).

Por otro lado, la prevalencia de consumo de psicofármacos en la población que acude a atención primaria es aún mayor; los estudios señalan que entre el 20 y el 25 % de esta población consume psicofármacos (Secades Villa et al., 2003).

En el Cuadro 3 mostramos las cifras de prevalencia encontradas en algunos estudios en cuanto al consumo de psicofármacos en España.

Cuadro 3: Prevalencia del consumo de psicofármacos en España

Prevalencia consumo en España	Autor (Estudio)
9.75 %	(Balter, Levine, & Manheimer, 1974)
6.9 %	(Vázquez-Barquero et al., 1989)
10 % (1993) 14.7 % (1995) 14.4 % (1997)	(Carrasco, Astasio, Ortega, Jimenez, & Gil, 2001)
21 % (*)	(Fernández, Ruperez, Hernando Blazquez, gado Nicolas, & Sanchez Gonzalez, 1997)
26 % (*)	(Villena, Tellez Lapeira, Morena, Donato, & Almar, 2004)
4.6 % 20.5 % (-)	(Carrasco-Garrido, Jimenez-Garcia, stasio-Arbiza, Ortega-Molina, & de Miguel, 2007)
16 %	(Codony et al., 2007)
37.9 % (*)	(Secades Villa et al., 2003)
15.5 %	(Alonso et al., 2004)
9.8 %	(Ricci-Cabello, Ruiz-Perez, Plazaola-Castano, & Montero-Pinar, 2010)

(-) Población mayor de 65 años.

(*) Población que acude a atención primaria.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (Cuadro 4), desagregados por comunidades autónomas, la prevalencia en cuanto al consumo de psicofármacos por trastornos mentales en los últimos 12 meses en España fue del **9,8 %** en población entre 15 y 64 años. En el Cuadro podemos observar también la prevalencia de tranquilizantes así como la de antidepresivos tanto a nivel nacional como por comunidades (Ricci-

Cabello et al., 2010; ENS, 2006). El porcentaje de consumo, durante las últimas dos semanas, de los primeros es aproximadamente el doble que el de los segundos, tanto en el conjunto como en las diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA):

Cuadro 4: Prevalencia de morbilidad psíquica, diagnóstico y consumo de psicofármacos a nivel nacional y por comunidades autónomas.

Comunidad Autónoma	Morbilidad psíquica (%)	Diagnóstico a lo largo de la vida (%)	Consumo de psicofármacos por trastornos mentales en los últimos 12 meses (%)	Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir recetados en las últimas 2 semanas (%)	Antidepresivos, estimulantes recetados en las últimas 2 semanas (%)
Andalucía	18.9	14.8	11	10.3	6
Aragón	17.6	10.7	7.8	8.3	5
Asturias	23.5	21.9	15.7	16	10.7
Canarias	28.2	12.9	9.3	15.1	9.5
Cantabria	12.5	10.7	8.2	9.5	3.9
Castilla la Mancha	16.8	12.5	7.9	9.3	4.4
Castilla León	14.2	10.7	6.6	7.8	4.4
Cataluña	17.6	13	9.1	9.5	5.4
Ceuta y Melilla	23.4	11.5	8.3	7.4	3.9
Extremadura	18.7	14.7	11.6	8.6	6.4
Galicia	22.3	20	13.9	13.5	7.8
Islas Baleares	25.1	17.9	11.6	11.6	6.6
La Rioja	12.2	4.4	4	4.8	2.4
Madrid	23.7	11.8	7.3	9.2	5
Murcia	20.4	15.3	10.5	8.7	4.8
Navarra	25.5	13.7	9.8	12.5	6.4
País Vasco	15.1	12.7	8.1	10.9	5.9
Valencia	24.1	13.3	9.5	11.1	4.5
ESPAÑA	20.1	14	9.8	10.4	5.8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de 2006.

Si utilizamos como indicador el gasto sanitario, según el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010 – 2013 (Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, 2011), en la comunidad autónoma, el gasto en materia de Salud Mental (atención especializada) se incrementó un 9.3 % en el año 2008 respecto a 2007. Estos costes suponen aproximadamente el 3.4 % del total del gasto del Servicio Murciano de Salud para este año. En estas cifras no está incluido el gasto farmacéutico de psicofármacos mediante recetas, que experimentó un incremento del 4.7 % respecto al año 2007.

Analizando el gasto farmacéutico en psicofármacos, de los años 2000 – 2008, lo que más llama la atención es el incremento del mismo en todos los grupos terapéuticos analizados, destacando de manera muy significativa el grupo de los “Antidepresivos”, con un incremento acumulado del 92 %. El gasto en psicofármacos en nuestra Región supone el 12.5 % del gasto farmacéutico total financiado por el Servicio Murciano de Salud (no incluido el gasto por psicofármacos utilizados en unidades hospitalarias) (Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, 2011).

Estudiando el consumo de psicofármacos a través de la prescripción de recetas, y de las “dosis por habitante día” en el período 2000 – 2007, se evidencia un aumento constante anual en los grupos “tranquilizantes” (grupo N05B), “hipnótico sedantes” (grupo N05C) y “antidepresivos” (grupo N06A), tanto en el número de recetas como de la dosis diaria ajustada a población (Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, 2011).

1.2.1. Prevalencia del consumo según el tipo de psicofármaco

Ansiolíticos e hipnóticos son los principales psicofármacos consumidos en los países europeos (Boeuf-Cazou et al., 2010) pero varios estudios (Lepine, Gasquet, Nordmann, & et al, 2006; Durand, 2007) subrayan un incremento en los últimos años del consumo de **antidepresivos** en algunos países como Francia.

El consumo de benzodiazepinas entre la población española es muy elevado (Baos, V, 2005) y según diversos estudios éstas son el grupo farmacológico más usado (Fernández et al., 1997).

Cuadro 5: Prevalencia de consumo según el tipo de psicofármaco

AUTOR (ESTUDIOS)	BENZODIACEPINAS (ANSIOLÍTICOS)	HIPNÓTICOS	ANTIDEPRESIVOS
(Codony et al., 2007)	11.4 %		4.7 % De estos, los ISRS fueron los más comúnmente consumidos (59.5 %)
(Codony et al., 2007) *	5.8 %		2.4 %
(Secades Villa et al., 2003)	35.2 %	5.1 %	16.8 %
	60 % (*)		9 % (*)
	- Bromazepam (30 %) - Lorazepam (22 %) - Alprazolam (17 %) - Diazepam (9.4 %)	- Zolpidem (25 %) - Lormetazepam (29 %)	- ISRS (87.2 %): Paroxetina 24 %, Fluoxetina 18 % - Tricíclicos (12.8 %) (31 % (*) combinación Bz + AD)
(Martínez et al., 2008)	4.8 %	1.5 %	12.9 %
(Ohayon et al., 1996b)	22.3 %	44.3 %	30.5 %
(Turrina et al., 1993)	13.5 %		2.2 %
(Alonso et al., 2004)	9.8 %		3.7 %
(Villena et al., 2004)	53 %		27 % (73 % ISRS)
(Fernández et al., 1997)	74.2 % Clorzepato 22.5 % Lorazepam 17.7 % Bromazepam 17.7 %		33.8 % Serotoninérgicos 19.3 % Cíclicos 14.5 %
(Cooperstock & Parnell, 1982)	Los que más se consumían en Francia. Las más frecuentemente prescritas.	Los segundos más consumidos.	
(Cerdá Esteve et al., 2010)			Los más utilizados en obesidad (en concreto los ISRS)
(Baos, V, 2005)	12.79 % (> 16 años)		
(Antich Arqué & Rodilla Alamá, 2008)	60 % - Alprazolam (19.4 %) - Lorazepam (13.3 %)		40 % - Paroxetina (7.6 %) - Venlafaxina (7 %)

* País Vasco (mencionado por Codony et al., 2007).

(*) Porcentaje entre los consumidores de psicofármacos. Se agruparon benzodiazepinas e hipnóticos debido al pequeño porcentaje de consumidores de hipnóticos.

En la Encuesta Domiciliaria sobre abuso de drogas en España (Ricci-Cabello et al., 2010) realizada en el Observatorio Español sobre Drogas, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, que se dirige a la población de 15-64 años, se analiza la evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos) además de otras sustancias (cuadro 6).

Cuadro 6: Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes en la población española de 15-64 años durante los años 1995 – 2009.

Consumo alguna vez en la vida (%)	2005	2007	2009
Hipnosedantes	8.7	15.4	13.4
Tranquilizantes	7	13	11
Somníferos	4.6	6	6.3
Consumo en los últimos 12 meses (%)	2005	2007	2009
Hipnosedantes	5.1	8.6	7.1
Tranquilizantes (sin receta)	3.9 (0.9)	6.9 (0.9)	5.5 (1.6)
Somníferos (sin receta)	2.7 (0.8)	3.8 (0.8)	3.6 (1.1)
Consumo en el último mes (%)	2005	2007	2009
Hipnosedantes	3.7	5.9	5.2
Tranquilizantes	2.7	4.7	4
Somníferos	2	2.5	2.7
Consumo diario (%)	2005	2007	2009
Hipnosedantes	-	3.1	2.7
Tranquilizantes	-	2.6	2.3
Somníferos	-	1.1	1.4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Informe del Observatorio Español sobre Drogas.

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes se sitúa en 34.5 años. En relación con la evolución temporal, se observa una disminución de la proporción de consumidores en 2009 con respecto a 2007 (excepto en el consumo de somníferos y de hipnosedantes sin receta), tanto para el consumo alguna vez en la vida como en el último año, último mes y a diario, aunque permanece por encima de las cifras obtenidas en 2005. La prevalencia de consumo fue más elevada entre las mujeres y entre la población de 35-64 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.,

2011). Datos recientes publicados en los últimos días hablan de una proporción de consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses del 11.4 % (porcentaje de consumo sólo por debajo del consumo de alcohol y tabaco, y por encima del resto de drogas analizadas), lo que indica un aumento bastante importante respecto a años anteriores (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

En la Región de Murcia existen datos de la Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas realizada en 1995. La prevalencia del consumo de tranquilizantes en los últimos doce meses en la población española, de 15 años en adelante, era del 10.6 % (6.1 % en varones y 14.2 % en mujeres), mientras que para la población de la Región de Murcia era del **14.6 %** (4.7 % en varones y 23 % en mujeres). En cuanto a hipnóticos era del 6.1 % en España y del **6.7 %** en Murcia (3.7 % en varones y 9.3 % en mujeres) (PNSD, 2006).

1.3.- FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

1.3.1. Tipo de consumo: consumo bajo control médico y automedicación

Hay que destacar el interés que tiene investigar en la población general el origen y forma de conseguir la medicación psicotrópica (Vázquez-Barquero et al., 1990). A pesar de que esta medicación no puede ser dispensada en las oficinas de farmacia sin receta médica y, por tanto, debe estar siempre bajo control médico, no es infrecuente que se produzca el consumo sin un seguimiento médico apropiado. De esta manera, el conocimiento de dicho consumo puede tener su utilidad para la prevención de la dependencia que en numerosas ocasiones se produce con los psicofármacos.

Existen estudios que sugieren un alto consumo de psicotrópicos fuera del control médico (**autoconsumo**) (Martin et al., 1980; Vázquez-Barquero et al., 1990). Sin embargo, este dato parece presentar importantes variaciones en función del tipo de muestra. Por ejemplo, en la Encuesta Domiciliaria sobre abuso de drogas en España (Ricci-Cabello et al., 2010), el porcentaje de la población que había consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses, sin que hubieran sido prescritos por un facultativo, era baja, siendo de 1.4 % entre 15 y 34 años y de 1.2 % entre 35 y 64 años. Otro estudio realizado en nuestro país obtuvo cifras del 12.7 % refiriéndose al consumo de medicamentos en general durante las dos semanas previas a la entrevista realizada (Figueiras, Caamaño, & Gestal-Otero, 2000).

Se ha señalado que la “automedicación” es una conducta compleja que depende fundamentalmente de factores socioculturales (Mellinger, Balter, & Manheimer, 1971). Esta tendencia al autoconsumo es más marcada en *hombres*, en los que existe una menor propensión a reconocer sus síntomas como indicativos de un trastorno emocional y rehuyen, por tanto, el contacto médico. También el tipo de medicación parece influir en esta variable. Así, estudios realizados por distintos autores indican que los *hipnóticos* tienden a darse asociados a “autoconsumo” (Vázquez-Barquero et al., 1990; Ohayon et al., 1995).

Los psicofármacos son **prescritos por médicos generales** con mucha frecuencia (73 a 80 % según los distintos estudios) (Ohayon et al., 1995; Ohayon et al., 1996b; Ohayon

& Caulet, 1996c). De hecho, la mayoría de pacientes consumidores son diagnosticados y tratados en atención primaria. Un estudio en este ámbito señala que “sólo uno de cada veinte pacientes que consultan por temas de salud mental son derivados al especialista” (Villena et al., 2004). En un estudio que se realizó en Cantabria llama la atención lo reducido del “autoconsumo” y que la población que con más frecuencia consume psicofármacos “bajo control médico” se define por unas características sociodemográficas específicas (*sexo femenino, edad superior a los 35 años, bajo nivel educacional, presencia de enfermedad física y alto nivel de sufrimiento psicológico*). Se evidenció por tanto una clara interacción entre factores psicosociales y los modos o formas de consumo definidos como “auto-consumo” o “consumo bajo control médico”. Esta interacción sugiere la existencia de **perfiles sociodemográficos específicos** para cada forma de consumo (Vázquez-Barquero et al., 1990).

1.3.2. Factores sociodemográficos

Parece ser que el consumo de psicotrópicos está relacionado con factores sociodemográficos tales como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios, la situación laboral y el estatus social. La magnitud del consumo y la influencia del sexo, la edad y los años de estudio sobre el consumo de psicofármacos son hallazgos constantes en la literatura (Codony et al., 2007; Secades Villa et al., 2003; Martínez et al., 2008; Vázquez-Barquero et al., 1990; Ohayon et al., 1996b; Ohayon et al., 1996c; Ohayon et al., 1995; Boeuf-Cazou et al., 2010; Alonso et al., 2004; Carrasco et al., 2001; Carrasco-Garrido et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1989; Fernández et al., 1997; Cooperstock et al., 1982; Isacson, Carsjo, Haglund, & Smedby, 1988).

a) Edad y sexo

En diferentes estudios se ha comprobado una mayor proporción de consumo de psicofármacos en **personas mayores** (≥ 55 años), **umentando el consumo con la edad**, y en las **mujeres** (Carrasco-Garrido & López de Andrés, 2012; Codony et al., 2007; Secades Villa et al., 2003; Vázquez-Barquero et al., 1990; Ohayon et al., 1996b; Ohayon et al., 1996c; Ohayon et al., 1995; Alonso et al., 2004; Carrasco et al., 2001;

Carrasco-Garrido et al., 2007; Villena et al., 2004; Vázquez-Barquero et al., 1989; Fernández et al., 1997; Cooperstock et al., 1982; Isacson et al., 1988; Legrain & Lecomte, 1998; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Es más, la edad y el género se asocian con el consumo con independencia de la salud mental (Codony et al., 2007), siendo el género un predictor del consumo de psicofármacos (Carrasco-Garrido et al., 2007).

a.1) Edad

El consumo es poco frecuente en jóvenes, incrementándose considerablemente a partir de los 35 años (Ohayon et al., 1996b; Ohayon et al., 1996c). Tener 45 años o más constituye un posible factor predictor del consumo de psicofármacos (Villena et al., 2004) observándose que el aumento del consumo es dramático según aumenta la edad (Ohayon, Caule, & Lemoine, 1996a).

Entre las posibles razones de que exista un mayor consumo entre personas de mayor edad, podría estar el aumento en el porcentaje de pacientes psiquiátricos/neurológicos en este grupo, así como el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades. Paralelamente, con la edad, se produce un aumento del uso de los servicios sanitarios y por consiguiente de la detección / diagnóstico de las enfermedades, a lo que se añadiría una mayor frecuencia de conducta defensiva de los médicos (Voyer et al., 2004).

Sin embargo, parece que el consumo de medicación psicotrópica decrece a partir de la edad de 75 años, sugiriéndose que esto ocurre tal vez porque los médicos tienen mayor precaución al prescribir los fármacos en estos pacientes tan mayores (Mamdani, Herrmann, & Austin, 1999), o bien porque los que sobreviven a estas edades suelen ser sujetos más sanos y por tanto necesitan menor medicación (Pérodeau, King, & Ostoj, 1992). También se ha argumentado que a esta edad se sufren menos eventos estresantes (Pérodeau et al., 1992). De todas maneras el descenso del consumo de psicofármacos en los sujetos de avanzada edad no es un hallazgo universal (Voyer et al., 2004; Grossberg & Grossberg, 1998).

Cuadro 7: Prevalencia del consumo de psicofármacos según la edad

AUTOR (ESTUDIOS)	TIPO	EDAD			
		Jóvenes	Adultos jóvenes	Adultos	Mayores
(Codony et al., 2007)	Psicofármacos en general	(18 - 34 años) 8.7 %	(35 - 49 años) 15 %	(50 - 64 años) 20.4 %	(> 64 años) 25.9 %
(Secades Villa et al., 2003)	Psicofármacos en general			(46 - 64 años) 46.9 %	
(Alonso et al., 2004)	Psicofármacos en general			(50 - 64 años) 14.5 %	(> 64 años) 18.8 %
(Carrasco-Garrido et al., 2007)	Psicofármacos en general				(65 - 74 años) 18.8 % (> 74 años) 22.4 %
(Ricci-Cabello et al., 2010)	Tranquilizantes (Alguna vez) (Últ. 12 meses)	(15 - 34 años) 8.8 % 4.4 %	(35 - 64 años) 16 % 8.4 %		
(Ricci-Cabello et al., 2010)	Somníferos (Alguna vez) (Últ. 12 meses)	(15 - 34 años) 3.7 % 1.8 %	(35 - 64 años) 7.6 % 4.6 %		
(Villena et al., 2004)	Psicofármacos en general	(15 - 44 años) 19 %		(45 - 64 años) 33.3 %	(> 64 años) 47.7 %
(Vázquez-Barquero et al., 1989)	Psicofármacos Varones Mujeres	(< 34 años) 1.1 % 2.7 %	(35 - 54 años) 1.6 % 12 %	(> 54 años) 4.6 % 15.7 %	
(Ohayon et al., 1996a)	Psicofármacos en general	(15 - 44 años) 4.8 %		(45 - 64 años) 15.6 %	(65 - 74 años) 24.3 % (> 74 años) 32.8 %
(Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013)	Hipnosedantes	(15-34 años) 6.3 %		(35 - 64 años) 14.5 %	

a.2) Sexo

En diversos estudios se han observado cifras de consumo de casi el doble en mujeres que en hombres, explicando este hallazgo por el aumento de éstas en cuanto a un consumo puntual u ocasional, ya que no existían tales diferencias entre género cuando el consumo era continuado (Isacson et al., 1988). Se ha sugerido que este predominio en el consumo en las mujeres se deba a una mayor predisposición y vulnerabilidad de éstas a los factores de estrés, así como a la mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (particularmente trastornos ansiosos y depresivos) (Alonso et al., 2004; Carrasco-Garrido et al., 2007). Además las mujeres expresan más comúnmente quejas de síntomas psicológicos y problemas emocionales y buscan ayuda profesional con mayor frecuencia (Alonso et al., 2004; Carrasco-Garrido et al., 2007). Sin embargo, en algunos estudios el mayor consumo en mujeres se ha mostrado independiente de la comorbilidad psiquiátrica (Codony et al., 2007; Alonso et al., 2004; Carrasco et al., 2001).

Por otra parte, las mujeres suelen cumplir las prescripciones médicas explícitamente y ver más positivamente la medicación psicotrópica (Voyer et al., 2004). En esta misma línea, algunos autores sugieren que los hombres prefieren el uso del alcohol a la prescripción de fármacos para tratar sus problemas emocionales (Voyer et al., 2004).

Otra de las posibles explicaciones causales sobre esta diferencia de género en la población adulta tenga que ver con el hecho de que en general, la situación sociolaboral de la mujer ha sido más precaria que la de los hombres. Así, ha existido un mayor número de mujeres sin integrar en el mercado laboral, sobre todo en determinadas áreas geográficas, o también, mayor porcentaje de mujeres sin estudios (Secades Villa et al., 2003).

En concreto, un estudio señala que mientras en las mujeres son ciertos factores médicos específicos (percepción del nivel de salud y consumo de otros fármacos) los que influyen en el consumo de psicofármacos, en los varones la influencia sobre dicho consumo vendría dada por factores de tipo socio-ocupacional, en concreto el nivel de educación y la satisfacción ocupacional (Empereur, Baumann, Alla, & Briançon, 2003).

Así mismo, si se compara el consumo en función de los diferentes grupos de psicofármacos se observan ligeros cambios en cuanto al sexo (Secades Villa et al., 2003).

Cuadro 8: Prevalencia de consumo de psicofármacos en España según el sexo

AUTOR (ESTUDIOS)	MUJERES	VARONES	TIPO DE PSICOFÁRMACO
(Codony et al., 2007)	20.7 %	11.1 %	Psicofármaco en general
(Secades Villa et al., 2003)	44.56 %	27.35 %	Psicofármaco en general
(Vázquez-Barquero et al., 1990)	10.7 %	2.6 %	Psicofármaco en general
(Alonso et al., 2004)	16 %	8.2 %	Psicofármaco en general
(Carrasco et al., 2001)	6.7 %	2.4 %	Psicofármaco en general (1993)
	26.4 %	10.6 %	Psicofármaco en general (1997)
(Ricci-Cabello et al., 2010)	9.1 %	4.7 %	Tranquilizantes
	4.3 %	2.8 %	Somníferos
(Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013)	15.3 %	7.6 %	Hipnosedantes

b) Estado civil

El consumo parece ser mayor entre aquellos que habían estado casados previamente (destacando el grupo de los **viudos y divorciados** (Fernández et al., 1997)) y menor entre los solteros (Codony et al., 2007; Fernández et al., 1997). Hay evidencias que sugieren que mientras el matrimonio es un factor protector contra la enfermedad mental en los varones, actúa como importante fuente de estrés en las mujeres; así, un estudio señala diferencias significativas en las cifras de consumo de psicofármacos a favor de las mujeres casadas respecto a las solteras (Vázquez-Barquero et al., 1989).

El consumo también varía en función del tipo de convivencia familiar, las personas que **viven solas** consumen más cantidad de psicofármacos que las que viven en familia (Boeuf-Cazou et al., 2010; Fernández et al., 1997; Secades Villa et al., 2003).

c) Nivel educativo y social

En cuanto al nivel educativo, los años de estudio parecen mostrar una asociación inversa con el consumo de psicofármacos (valores más elevados de consumo en las personas **sin**

estudios o con estudios primarios y menor consumo a mayor formación) (Secades Villa et al., 2003; Carrasco et al., 2001; Villena et al., 2004; Vázquez-Barquero et al., 1989). De hecho, algunos estudios señalan que el nivel educativo podría actuar como un elemento de protección esencial frente al desarrollo de trastornos psicológicos (Secades Villa et al., 2003). Sin embargo, en otros trabajos los años de estudio no mostraron ninguna asociación con el consumo de psicofármacos (Codony et al., 2007).

Respecto al ámbito geográfico, hay evidencias de que existe una clara disminución del consumo en las zonas rurales (Vázquez-Barquero et al., 1990). Esto es debido, tal vez, a que el estilo de vida en áreas urbanas sea posiblemente más estresante y menos satisfactorio que en zonas rurales, lo que aumenta el riesgo de enfermedad física y/o psíquica y, por tanto, aumenta el consumo. También podría ser porque en las áreas rurales, por razones culturales o por inaccesibilidad a los servicios médicos, se pide menos ayuda médica y en consecuencia reciben menos prescripciones de psicofármacos (Vázquez-Barquero et al., 1989). Así mismo los médicos rurales, por su estilo de trabajo, suelen prescribir menos tranquilizantes (Vázquez-Barquero et al., 1989).

d) Situación laboral

Las mayores probabilidades de consumo parecen encontrarse entre los **jubilados, las personas** que se dedican a **labores domésticas** como las amas de casa, y aquellas que se encuentran **desempleadas o inactivas** (Codony et al., 2007; Secades Villa et al., 2003; Villena et al., 2004).. De hecho, parece existir una tendencia a empeorar la salud mental con la duración del desempleo (Secades Villa et al., 2003; Carrasco et al., 2001).

Además, las dificultades en el trabajo y factores sociales y del medio adversos se asocian a un mayor consumo (Boeuf-Cazou et al., 2010). En situaciones de precariedad en el empleo se objetiva un abuso del consumo de psicofármacos. En concreto se han asociado algunos factores psicosociales en el trabajo con el uso de psicofármacos, tales como la percepción de dificultad del empleo, baja autonomía o excesiva sobrecarga. También se ha observado una estrecha asociación entre el acoso laboral y el consumo de psicofármacos; de hecho, el haber sido expuesto a una situación de acoso en el pasado incrementa el riesgo de consumo en el futuro (Niedhammer & et al, 2011). Las condiciones laborales podrían ser las responsables del inicio de la prescripción del

psicofármaco o bien de su autoconsumo. Adicionalmente, se consumen psicofármacos para paliar los efectos producidos por el estrés laboral debido, entre otros factores, a los cambios en los ritmos biológicos naturales que provocan el trabajo a turnos, la nocturnidad y la necesidad de conciliar y regular el sueño y el descanso (Boeuf-Cazou et al., 2010).

1.3.3. Presencia de enfermedad física y/o psíquica

En la mayoría de los estudios sobre psicofármacos se observa que la presencia de enfermedad física y/o psíquica incrementa, de forma significativa, el consumo de dichos fármacos (Codony et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1990; Boeuf-Cazou et al., 2010; Carrasco et al., 2001; Vázquez-Barquero et al., 1989; Cerdá Esteve et al., 2010). La **coexistencia de enfermedad física y mental** genera un incremento importante en el consumo mientras que la ausencia de ambos tipos de enfermedad se asocia a un muy bajo porcentaje de consumo (Vázquez-Barquero et al., 1989).

a) Enfermedad física

Aparecen niveles más elevados de prevalencia de consumo de psicofármacos ante la presencia de **problemas crónicos de salud**, ya que presentar determinadas enfermedades durante largos períodos de tiempo puede provocar episodios depresivos y sensaciones de malestar constante (Carrasco et al., 2001). Algunos estudios demuestran que el empleo de psicofármacos en la enfermedad somática es la consecuencia de dos mecanismos: prevenir el desarrollo de alteraciones psiquiátricas y tratar los cuadros surgidos como reacción a la enfermedad somática (Cooperstock & Lennard, 1986).

Así mismo, en la actualidad, se prescriben frecuentemente psicofármacos para el tratamiento del dolor y otras enfermedades físicas con un claro componente psicológico asociado (Polatin & Dersh, 2004; Philipp & Fickinger, 1993).

Se han hecho diversos estudios sobre el consumo de psicofármacos en diversas enfermedades físicas (Giron et al., 2001; Pao, Ballard, Rosenstein, Wiener, & Wayne, 2006). Uno de ellos se realizó en pacientes con obesidad, donde se observaron cifras de

consumo de psicofármacos superiores a las de la población general, en torno al 37 %; siendo los fármacos más utilizados los antidepresivos (cifra tres veces superior a la de la población general) (Cerdá Esteve et al., 2010). En otro realizado a individuos mayores de 81 años, se obtienen cifras de consumo de psicofármacos por encima de las de la población general, en torno al 41 %, especialmente superiores en los afectados de demencia (Giron et al., 2001).

En establecimientos penitenciarios existe también un elevado consumo de psicofármacos (superior al de la población general) debido, probablemente, y entre otros factores, al propio estado de salud de un interno preso (cifras en torno al 43 – 45 %) (Fos Claver S & Soler García, 2008; Varela-González, Cañas, Cañas, & Torre, 2001).

b) Trastorno mental

En el estudio ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), que se realizó en España sobre el uso de psicofármacos entre los años 2001 y 2002, se vio que el consumo de psicofármacos fue **casi tres veces mayor entre aquellos sujetos con algún trastorno mental** que entre aquellos que no tenían trastornos. El consumo también fue mayor cuando había **comorbilidad** que cuando no la había (Codony et al., 2007).

De acuerdo con varios estudios, los **trastornos de ansiedad, del sueño y los síntomas depresivos** son los motivos más frecuentes de consumo de psicofármacos (Carrasco et al., 2001; Carrasco-Garrido et al., 2007; Villena et al., 2004). Los motivos principales de prescripción fueron los de depresión mayor o distimia para los antidepresivos y ansiedad generalizada e insomnio para los ansiolíticos / hipnóticos (Vedia Urgell, Bonet Monne, Forcada Vega, & Parellada Esquiús, 2005).

También se asocia a un mayor consumo la **percepción negativa de salud** (Carrasco-Garrido et al., 2007). De hecho, esta mala autopercepción del estado de salud incrementa la presencia de trastornos depresivos (Carrasco-Garrido et al., 2007).

Los **antecedentes de patología psiquiátrica** se asocian de forma independiente al consumo (Villena et al., 2004). Sin embargo, se ha visto que la presencia de enfermedad psíquica no se asocia a tratamiento psicofarmacológico en todos los casos (Codony et

al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1990). Existe un **alto porcentaje de individuos con trastorno mental que no consumen psicofármacos**. En concreto, en el estudio europeo de epidemiología de trastornos mentales (Alonso et al., 2004) se obtiene que, en diferentes países europeos, sólo el 32.6 % de los diagnosticados de trastorno mental en los últimos 12 meses refería consumo de al menos un psicofármaco en ese período, es decir, que el 67.4 % de las personas con morbilidad psíquica no consumen psicofármacos; mientras que otro estudio realizado en España refleja que el porcentaje de personas con algún tipo de trastorno psiquiátrico que no consume psicofármacos es del 58.8 % (Codony et al., 2007). El consumo más bajo se daba en los estados de ansiedad y el más alto en los cuadros psicóticos. En los cuadros depresivos el consumo es reducido y además los más prescritos son las benzodiazepinas (Codony et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1990).

Teniendo en cuenta que en España el consumo de psicofármacos está estrechamente relacionado con la prescripción médica, probablemente una de las principales causas de que existan sujetos con tales alteraciones que no consuman sea la misma que produce una baja proporción de personas diagnosticadas: la conducta de enfermedad que hace que si estas personas no buscan ayuda médica no puedan ser diagnosticadas. Además, cabe la posibilidad de que estas personas estén recibiendo otro tipo de tratamiento no farmacológico, como por ejemplo psicoterapia.

En un estudio se analiza la morbilidad psíquica, evaluada mediante el cuestionario GHQ-12, y su relación con el diagnóstico de trastorno mental y el consumo de psicofármacos (Ricci-Cabello et al., 2010). Se observa que en nuestro país (Cuadro 9) el 62.4 % de las personas con morbilidad psíquica no han recibido nunca un diagnóstico de trastorno mental y el 71.6 % no han consumido psicofármacos en los últimos 12 meses (Ricci-Cabello et al., 2010). A nivel de Comunidades Autónomas, las personas con morbilidad psíquica pertenecientes a La Rioja son las que consumen menos psicofármacos (solamente un 16.9 % de quienes tienen morbilidad). Por el contrario, en el Principado de Asturias es donde se observa un mayor porcentaje de consumo de psicofármacos (42.5 %) entre las personas con morbilidad psíquica (Ricci-Cabello et al., 2010; ENS, 2006). A excepción del Principado de Asturias, en todas las Comunidades Autónomas más de la mitad de las personas con morbilidad psíquica no son diagnosticadas (Ricci-Cabello et al., 2010).

Cuadro 9: Frecuencia de consumo de psicofármacos por trastornos mentales en los últimos 12 meses, en relación con la morbilidad psíquica actual (MP) según el cuestionario GHQ-12.

Comunidad Autónoma	Consumo de psicofármacos en personas que han padecido trastorno mental en los últimos 12 meses (%)		No consumo de psicofármacos en personas que han padecido trastorno mental en los últimos 12 meses (%)	
	Personas sin MP actual	Personas con MP actual	Personas sin MP actual	Personas con MP actual
Andalucía	5.5	34.3	94.5	65.7
Aragón	4.1	25.1	95.9	74.9
Asturias	7.4	42.5	92.6	57.5
Canarias	2.9	25.9	97.1	74.1
Cantabria	4.6	33.8	95.4	66.2
Castilla la Mancha	5	21.9	95	78.1
Castilla León	3.5	25.3	96.5	74.7
Cataluña	5.7	25.1	94.3	74.9
Ceuta y Melilla	3.2	24.6	96.8	75.4
Extremadura	6.9	32.3	93.1	67.7
Galicia	8.2	33.6	91.8	66.4
Islas Baleares	5	31.5	95	68.5
La Rioja	2.4	16.9	97.6	83.1
Madrid	3.1	21.3	96.9	78.7
Murcia	6.2	27.5	93.8	72.5
Navarra	3.5	27.9	96.5	72.1
País Vasco	4.5	28.6	95.5	71.4
Valencia	4.8	24.2	95.2	75.8
ESPAÑA	5.1	28.4	94.9	71.6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de 2006 (Ricci-Cabello et al., 2010)

En un porcentaje importante el uso inadecuado de psicofármacos deriva en la **cronificación** y en un patrón de dependencia con los consiguientes problemas asociados (Secades Villa et al., 2003). La cronicidad en el tratamiento y la dependencia que se establece parece tener relación con el grupo farmacológico, siendo mayor el porcentaje de cronicidad de los consumidores de ansiolíticos e hipnóticos (33.5 %) respecto a los que consumen antidepresivos (5.5 %) aunque estas cifras varían con la edad (Secades Villa et al., 2003) y con la presencia de trastornos del sueño (Ohayon et al., 1995).

1.3.4. Otros factores

a) Co-consumo

La mayoría de estudios han encontrado una asociación positiva entre el **consumo de alcohol** y el uso de psicofármacos (Turrina et al., 1993; Alonso et al., 2004; Carrasco et al., 2001; Carrasco-Garrido et al., 2007; Zimmermann-Tansella, Donini, Ciommei, & Siciliani, 1988b; Zimmermann-Tansella, Donini, Ciommei, & Siciliani, 1988a); otros, sin embargo, hallan una asociación negativa, planteando que los sujetos que beben necesitarían menos consumir psicofármacos (Carrasco-Garrido et al., 2007; Carrasco et al., 2001). Esto último podría interpretarse como un correcto seguimiento por parte del paciente, de los consejos y pautas de administración recomendadas por el médico. Dicha asociación podría variar en función del sexo, ya que los varones consumen más alcohol y menos psicofármacos. En todo caso, no existen datos fiables al respecto.

También se ha observado una asociación significativa entre las **mujeres fumadoras** y el consumo de psicofármacos; de hecho el hábito tabáquico guarda relación con los episodios de ansiedad o depresión (Carrasco et al., 2001; Carrasco-Garrido et al., 2007).

b) Factores sociofamiliares

Existen ciertos factores psicosociales tales como la influencia de amigos y las relaciones intrafamiliares que influyen en el consumo de psicofármacos. En este sentido, la presencia de un amigo o familiar consumidor habitual de psicofármacos figura en un porcentaje importante de los que se automedican con psicofármacos (Martínez et al., 2008).

En un estudio se destaca también la diferencia en el uso de psicofármacos en función del tipo de convivencia familiar, apuntando que las personas que viven solas consumen más cantidad de psicofármacos que las que viven en familia (Secades Villa et al., 2003). En otro estudio se evidenció que la existencia de disfunción familiar (entendida ésta como la pérdida del cumplimiento de las funciones de la familia, bien sean afectivas, sociales, de cuidado, etc.) grave (grado evaluado según el test de Apgar familiar) se asociaba a un mayor consumo (Villena et al., 2004). En la misma línea, se han asociado

la presencia de problemas sociales o la falta de apoyo social con una mayor prevalencia en el consumo (Turrina et al., 1993; Vázquez-Barquero et al., 1989).

Como hallazgo puntual, en un estudio se asoció el consumo a un estatus social medio (Boeuf-Cazou et al., 2010) aunque la mayoría de estudios no encuentran relación significativa (Vázquez-Barquero et al., 1989).

c) Tipo de psicofármaco

Ansiolíticos e hipnóticos son los principales psicofármacos consumidos en los países europeos pero varios estudios subrayan un incremento en los últimos años del consumo de **antidepresivos** en algunos países como Francia (Boeuf-Cazou et al., 2010).

1.4.- PREVALENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES

Como es obvio, y ya se ha mencionado anteriormente, la prevalencia de enfermedades mentales tiene una relación importante con el consumo de psicofármacos a nivel poblacional. Por este motivo, muchos de los factores asociados a la probabilidad de padecer un trastorno mental, se relacionan también con la probabilidad de consumir psicofármacos.

A este respecto cabe destacar que la prevalencia de estos trastornos ha experimentado un notable aumento desde el primer estudio a gran escala realizado entre los años 1980-1984 hasta la actualidad (Regier et al., 1990). En un estudio transversal con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) en el que participaron 29476 personas (sujetos entre 16 y 64 años) se observó que la prevalencia de problemas de salud mental era mayor en mujeres (24.6 %) que en hombres (14.7 %). La prevalencia puntual de morbilidad psíquica fue del 20.1 %; el **14 %** afirmaban haber recibido a lo largo de su vida un diagnóstico de trastorno mental (Ricci-Cabello et al., 2010). Las variables más asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental eran el estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas, o estar limitado/a en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud. Estos resultados permiten la identificación de grupos de la población más vulnerables y pueden ser de utilidad para diseñar intervenciones (Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010).

El estudio más reciente de carácter diagnóstico es el ESEMeD. Este trabajo mostró que el **19.5%** de los individuos presentaron un **trastorno mental alguna vez en su vida** y el **8.4% en los últimos 12 meses** (cifras inferiores a las obtenidas en el anterior estudio descrito, debido tal vez a diferencias metodológicas o en los instrumentos de exploración utilizados (Haro et al., 2006; Ricci-Cabello et al., 2010)). El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, con una prevalencia del 3.9 % en los últimos 12 meses y del 10.5 % alguna vez en la vida. Los otros trastornos más prevalentes fueron: fobia específica, trastorno por abuso de alcohol y distimia. Los factores asociados a presentar trastorno mental fueron el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, estar desempleado o de baja laboral (Haro et al., 2006). En cuanto a las diferencias por sexo, el 15.7 % de los hombres y el 22.9 % de las mujeres en España

presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, y 5.2 y 11.4 %, respectivamente, en los últimos 12 meses (Bones et al., 2010; Haro et al., 2006).

Finalmente, en otro estudio realizado en población de atención primaria, que recoge datos de prevalencia de diversos trabajos publicados desde 1990 hasta 2008, se hallaron tasas de prevalencia en un rango de 1.6 % a 28% para depresión mayor y entre 4.4 % y 72.1 % para depresión, siendo las cifras inferiores para distimia y reacción adaptativa (Ezquiaga Terrazas, García Lopez, Huerta Ramírez, & Pico Rada, 2011). La variabilidad en las cifras de prevalencia se explican por diferencias metodológicas (Somers, , Waraich, & Hsu, 2006), problemas con los instrumentos diagnósticos (que tienden a la sobreestimación) (Somers et al., 2006), validez de los propios criterios diagnósticos y diferencias en la calidad metodológica de los estudios (Reijnders, Ehrt, Weber, Aarsland, & Leentjens, 2008).

2.- FACTORES GENÉTICOS EN
LOS TRASTORNOS MENTALES
Y EN EL CONSUMO DE
PSICOFÁRMACOS

2.- FACTORES GENÉTICOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES Y EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Es una observación clásica que algunos trastornos mentales tienden a “correr en familias”, esto es, suelen darse con más frecuencia de la esperada por el azar en determinadas familias. De aquí que considerar la herencia como un factor causal – entre otros – de algunos trastornos mentales, particularmente los más graves, ha sido una hipótesis que ha merecido y merece estudios correspondientes a este campo (Vallejo Ruiloba, 2006).

Se puede decir que todos los trastornos psiquiátricos tienen alguna influencia de factores genéticos, en mayor o menor magnitud. Además, el ambiente no compartido tiene también una considerable influencia sobre el fenotipo. La influencia del medio ambiente compartido o intra-familia, sin embargo, parece tener sólo una influencia limitada o está totalmente ausente, al menos en individuos adultos (Swets, Middeldorp, & Schoevers, 2009).

En el estudio de los factores genéticos se pueden distinguir dos aspectos: por un lado, los **modelos genéticos de transmisión**, y por otro lado, los **diseños de los estudios genéticos** (Vallejo Ruiloba, 2006).

En cuanto a los modelos genéticos, existen fundamentalmente dos tipos (Vallejo Ruiloba, 2006):

- **Modelos mendelianos o de gen único principal**, en los que se supone que un único gen es el responsable de la transmisión de un rasgo. No se han podido demostrar de manera evidente para los trastornos mentales.
- **Modelos multifactoriales poligénicos**: considerados como más válidos, en los cuales se supone que está implicado un número variable de genes cuyos efectos se pueden agregar y, además, factores ambientales, por lo que la probabilidad de manifestar el trastorno es un efecto acumulativo de muchos factores de riesgo, tanto poligénicos como ambientales.

2.1.- UN ACERCAMIENTO A LA INVESTIGACIÓN EN GENÉTICA CUANTITATIVA

Respecto a los diseños clásicos de investigación en genética cuantitativa, destacamos los siguientes:

- **Estudios de familia:** se basan en la hipótesis de que, en las familias de los individuos afectados por un trastorno (probandos), se encontrará una mayor proporción de miembros afectados por dicho trastorno de la que se hallaría en familias de personas sanas (controles) o en la población general. Aunque estos estudios son más sencillos y rápidos en su ejecución, no son capaces de distinguir claramente entre herencia y ambiente, dado que los miembros de una familia, además de tener un cierto grado de similitud genética, comparten en gran medida el mismo ambiente.
- **Estudios de gemelos:** se basan en que la presencia de un factor genético se ha de evidenciar por diferencias en la tasa de concordancia (frecuencia en que ambos gemelos padecen el trastorno) entre gemelos monocigóticos (MZ), que poseen idéntico genotipo; y dicigóticos (DZ) que comparten en promedio el 50 % de sus genes. Es decir, si hay un factor genético que en sí mismo fuera suficiente para determinar una enfermedad, la concordancia entre gemelos MZ debería ser del 100%, esto es, ambos gemelos deberían manifestar la enfermedad. Si los factores genéticos no son un factor necesariamente suficiente para la presencia de una enfermedad, pero tienen una influencia significativa, los gemelos MZ deberían presentar tasas de concordancia más altas que las correspondientes a los DZ.
- **Estudios de adopción:** a diferencia de los anteriores, en los que se supone que el ambiente se mantiene constante, estos permiten la comparación de diferentes tipos de ambiente entre sujetos con predisposiciones genéticas similares.

Dichos estudios pueden combinarse con métodos de aparición más reciente en el ámbito de la genética molecular, lo que permite un acercamiento combinado al análisis de las influencias de los factores genéticos sobre el desarrollo de genotipos complejos.

A partir de los hallazgos obtenidos en los estudios genéticos realizados, se puede inferir de una manera clara una participación de factores genéticos en el desarrollo de los principales trastornos mentales. Entre ellos están *algunas formas de demencia, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, el trastorno obsesivo-compulsivo y las crisis de angustia, así como el rasgo de “ansiedad” en general*. No es infrecuente que algunos trastornos mentales presenten no sólo una mayor frecuencia familiar del mismo trastorno, sino también de otro tipo de trastornos mentales, lo que puede hacer suponer que, a pesar de manifestarse como dos trastornos distintos, pueden compartir factores genéticos similares (Vallejo Ruiloba, 2006).

Otros tipos de diseños se han dirigido más a intentar establecer la localización cromosómica de un posible gen principal de una enfermedad. Los **estudios de ligamiento** analizan datos de los miembros de una familia para determinar si un marcador genético con una localización cromosómica conocida co-segrega con un determinado fenotipo (en este caso, el trastorno mental objeto de estudio).

Finalmente, la **genética molecular** es un campo que está experimentando un gran desarrollo. La detección de polimorfismos (variaciones de la secuencia de nucleótidos en una localización concreta del ADN) puntuales constituye una de las estrategias más utilizadas actualmente para el estudio de variaciones genéticas asociadas a un trastorno mental.

2.2.- CONTRIBUCIÓN DE LOS GENES AL COMPORTAMIENTO

Los **comportamientos**, al igual que todos los rasgos complejos, involucran a múltiples genes, una realidad que complica la búsqueda de contribuciones genéticas. Los estudios de los genes y el comportamiento requieren un análisis y comparación de las poblaciones que tienen el rasgo en cuestión con los que no. El resultado a menudo es una estimación de heredabilidad, estadística que cuantifica la magnitud de variación en una población que es atribuible a factores genéticos. “Si decimos que el Coeficiente intelectual (C.I.) tiene una heredabilidad de 0.6, ello significa que el 60 % de las variaciones en C.I. de una determinada población, en un momento determinado, se debe a diferencias genéticas” (Flint, Greenspan, & Kendler, 2010).

Se sabe que los genes tienen importancia e influyen en el comportamiento pero esto no es equivalente a que determinen la conducta. Un sólo gen no determina un comportamiento en particular sino que al ser algo complejo, está influido por multitud de genes que son afectados a su vez por otros factores. Sería más exacto hablar de influencias genéticas sobre las diferencias individuales en altura, en el comportamiento del esquizofrénico, etc (genes asociados a, o implicados en la enfermedad X) y no de “genes para la conducta”. Esto mismo ocurriría para la conducta de “consumir psicofármacos”. Los genes indirectamente pueden afectar extremos tan complejos como la conducta, pero no hay genes para un tipo de comportamiento particular (Flint et al., 2010).

2.3.- FACTORES GENÉTICOS Y TRASTORNOS MENTALES

Se ha demostrado una participación genética importante en los **Trastornos de angustia**, en los cuales existe una gran importancia de la herencia, especialmente referida al pánico (crisis de angustia), pero con participación de los factores ambientales (Vallejo Ruiloba, 2006). Un estudio ha estimado una heredabilidad de las crisis de pánico de 0.43 frente a 0.32 en el trastorno de ansiedad generalizada (Hettema, Neale, & Kendler, 2001).

En los **Trastornos obsesivos** se ha observado una concordancia en gemelos MZ (65 %) notablemente más elevada que en gemelos DZ (nunca superior al 45 %) (Vallejo Ruiloba, 2006).

En la **Esquizofrenia** se han propuesto correlaciones para la propensión a la enfermedad alrededor del 0.85 para gemelos MZ, 0.50 para gemelos DZ y del 0.40 para parientes de primer grado. Según esto, la heredabilidad de la propensión a la esquizofrenia sería alta, quizás en torno al 80 % (Swets et al., 2009).

En cuanto a los **Trastornos depresivos**, la concordancia en MZ (65 %) es más elevada que la de DZ (14 %). Se estima que la heredabilidad de la depresión está en torno al 37 % (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000) aunque otros estudios apuntan a porcentajes más altos del 83 % (Kendler, Pedersen, Neale, & Mathe, 1995), siendo esta cifra parecida a la de la esquizofrenia.

En cuanto al **Trastorno bipolar** existe una coincidencia de la enfermedad en gemelos MZ aproximadamente del 62 %, mientras que en gemelos DZ no alcanza el 14 % (Kendler et al., 1995). Hay estudios que sitúan la heredabilidad de este trastorno en torno al 85 % (McGuffin et al., 2003). En concreto, los factores genéticos desempeñan un papel esencial en la etiopatogenia de dicho trastorno, también en la expresión clínica y en el curso de la enfermedad (los cicladores rápidos, pacientes con cuatro o más episodios al año, parecen tener una influencia genética superior) (Vallejo Ruiloba, 2006).

Se ha observado que existe una innegable participación de factores genéticos en la **conducta suicida**. Así, la historia familiar de suicidio incrementa el riesgo de suicidio o

de intentos suicidas. En estudios de gemelos se ha observado una elevada concordancia de las tasas de suicidio y de tentativas entre gemelos MZ, en comparación con las tasas observadas en gemelos DZ. Parece que lo que se transmite es una predisposición a presentar comportamientos suicidas, ya que las tasas de suicidio son elevadas entre los familiares de los sujetos que cometen tentativas. Además, entre los familiares de individuos que consuman el suicidio, los antecedentes de intentos son más habituales.

En lo que se refiere al **consumo de psicofármacos** hemos encontrado un sólo estudio que se ocupe de estudiar la heredabilidad de este fenotipo. Este estudio se llevó a cabo en una muestra tomada del registro de gemelos de Suecia. Este registro contiene la percepción subjetiva de los datos de salud, y todos los diagnósticos psiquiátricos para pacientes hospitalizados entre 1969 y 1983 de 30344 gemelos del mismo sexo que respondieron a una encuesta de salud en el año 1973, cuando tenían entre 15 – 47 años (Allgulander, Nowak, & Rice, 1991). La heredabilidad estimada para los que referían consumo de psicofármacos fue de 0.49, para el tratamiento de hospitalización fue de 0.47 y para los que referían consumo de tranquilizantes de 0.28. En el caso del diagnóstico se encontró una heredabilidad de 0.60 para los diagnosticados de trastorno de personalidad y trastornos neuróticos, siendo no significativa para otros grupos diagnósticos. La contribución genética que se encontró fue independiente del sexo y del medio compartido (Allgulander et al., 1991). No hemos encontrado estudios sobre la heredabilidad del consumo de psicofármacos en la población general.

3.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

3.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como se ha observado en la revisión efectuada, los fármacos psicotrópicos presentan altos niveles de consumo en la población y tienen un gran peso en el gasto sanitario español. En España, en los últimos años, se ha producido un importante aumento en el consumo de psicofármacos (Carrasco-Garrido et al., 2007). Este hecho se puede explicar por varios factores que pueden ser complementarios: al mismo tiempo que está aumentando progresivamente el número de diagnósticos de problemas mentales (Ricci-Cabello et al., 2010), los recursos destinados a los servicios preventivos y asistenciales de salud mental en nuestro país son insuficientes, lo que hace que el principal abordaje del sistema sanitario sean los fármacos. A esto se añade la “cultura farmacológica” de los pacientes y los profesionales sanitarios en nuestro entorno, que fomenta la demanda de psicofármacos como solución rápida a distintos tipos de problemas.

Las causas que explican la excesiva medicalización probablemente tengan que ver con factores que dependen del propio médico (no revisión o seguimiento de los motivos y pautas de la prescripción inicial, presión de la industria farmacéutica o insuficiente formación sobre el manejo de psicofármacos) o bien variables de tipo social o estructural (disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar causado por los problemas de la vida diaria, aumento de la prevalencia de patologías susceptibles de ser tratadas con estos fármacos, falta de tiempo en la consulta o escasa utilización de terapias psicológicas alternativas y/o complementarias a los psicofármacos) (Secades Villa et al., 2003; Martínez et al., 2008; Villena et al., 2004).

Los psicofármacos alcanzan niveles de consumo importantes en población general sin prescripción facultativa, lo que puede tener consecuencias graves en la salud individual y colectiva. Algunas investigaciones realizadas en España sitúan al conjunto de los psicofármacos dentro de aquellos grupos farmacológicos de mayor autoconsumo. Sin embargo, paralelamente, muchos individuos con trastornos mentales no siguen adecuadamente las prescripciones y reducen o abandonan el tratamiento (Codony et al., 2007).

En este marco se pone de manifiesto la conveniencia de **conocer las características y el perfil de los consumidores de psicofármacos**, con la finalidad de orientar y facilitar la labor de educación para la salud en esos colectivos de la población y evitar, de este

modo, los posibles riesgos derivados del consumo inapropiado de este recurso terapéutico (Secades Villa et al., 2003; Carrasco et al., 2001). En la misma línea resulta necesario continuar realizando estudios farmacoepidemiológicos que conduzcan a **identificar patrones de consumo** en la población y establecer la relación con otros factores de tipo sociodemográfico y psicosocial (Martínez et al., 2008).

Adicionalmente, podría haber otros factores implicados que no se han estudiado aún suficientemente. En particular, la posible **influencia de factores genéticos** en el consumo de psicofármacos no ha recibido por el momento demasiada atención. Solamente un estudio realizado en Suecia, halló la existencia de una contribución genética al consumo, que era independiente del sexo. Este estudio mostró una heredabilidad para el consumo de psicofármacos en 12884 pares de gemelos de 0.49 y una nula influencia del ambiente compartido (Allgulander et al., 1991).

Atendiendo a las cuestiones apuntadas, este trabajo pretende profundizar en las **características asociadas al consumo de psicofármacos**. Para ello, en este estudio se analizará el consumo de dos grandes grupos farmacológicos¹: “tranquilizantes – sedantes” e “hipnóticos” (fundamentalmente benzodiazepinas), y antidepresivos, en una muestra de gemelos adultos. Este tipo de muestra permite llevar a cabo un estudio clásico de gemelos sobre el tema y, además, desarrollar un análisis epidemiológico acerca de la importancia de los factores sociodemográficos y psicosociales en cuanto al consumo, determinando su influencia sobre el mismo. Se trata así de identificar el efecto de diferentes factores asociados al consumo de psicofármacos en una muestra genéticamente informativa y de base poblacional.

¹ A partir de ahora, cuando hablemos de psicofármacos, nos referiremos exclusivamente a estos dos grupos de agentes psicoactivos. Al usar los términos benzodiazepinas o tranquilizantes, estaremos refiriéndonos también a relajantes e hipnóticos, al igual que con el término antidepresivos nos referiremos a estimulantes.

4.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, los objetivos del presente estudio son los siguientes:

- Revisar y analizar la bibliografía respecto a la situación actual de la utilización de psicofármacos entre la población adulta, con especial focalización en nuestro entorno geográfico y social.
- Llevar a cabo una descripción epidemiológica de la utilización de psicofármacos, observando, a través de nuestra muestra, la prevalencia del consumo de psicofármacos en la población general murciana.
- Describir los patrones de consumo de los fármacos psicotrópicos en la población general, definiendo las características y factores asociados a una mayor predisposición al consumo de psicofármacos.
- Estudiar la importancia de los factores sociodemográficos en el consumo de psicofármacos en la población estudiada, explorando si existen diferencias por sexo, edad, estado civil, nivel educativo o situación laboral en el consumo de psicofármacos, en este grupo de población.
- Investigar el tipo de psicofármacos que se consume y si existen trastornos psíquicos asociados al uso de dichos fármacos.
- Estimar la heredabilidad y el grado de contribución relativa de factores genéticos y ambientales sobre las diferencias individuales en el consumo de psicofármacos en la población general.

De estos objetivos y de la revisión realizada, se derivan las siguientes hipótesis de trabajo:

1.- El consumo de psicofármacos será mayor entre los siguientes grupos de población:

- Mujeres.
- Individuos de mayor edad.

- Sujetos separados o que vivan solos.
- Personas con menor nivel educativo.
- Personas sin empleo remunerado fuera de casa (desempleados, jubilados o amas de casa).
- Sujetos que han sufrido o sufren algún tipo de trastorno mental.

2.- Los psicofármacos más consumidos pertenecerán al grupo de las benzodiazepinas.

3.- El consumo de psicofármacos no irá paralelo a la presencia de trastornos mentales. Existirá un grupo sin trastornos que consume, y no todos los casos con diagnóstico de trastorno mental utilizarán medicación psicoactiva.

4.- Los factores genéticos tendrán una influencia relevante sobre el consumo de psicofármacos en la población general. Esto se plasmará en una estimación de heredabilidad moderada y significativa.

5.- METODOLOGÍA

5.- METODOLOGÍA

5.1.- DISEÑO

El diseño utilizado en este estudio consiste en una **cohorte prospectiva** formada por parejas de gemelos residentes en la Región de Murcia y nacidos entre los años 1940 y 1966. Esta muestra se incluye en un registro de parejas de gemelos con participación voluntaria y de base poblacional: el Registro de Gemelos de Murcia (RGM) (Ordoñana et al., 2006). Por tanto, este trabajo se basa en un diseño genéticamente informativo que combina el método epidemiológico tradicional con un **estudio clásico de gemelos**.

5.1.1. Diseños genéticamente informativos: los estudios de gemelos.

Los diseños genéticamente informativos y, en particular, los estudios de gemelos constituyen un importante recurso para llegar al conocimiento de las causas de variación fenotípica en humanos. Estos diseños constituyen la metodología más utilizada para separar las causas genéticas de las ambientales en el parecido familiar (Plomin R, DeFries JC, McClearn GE, & McGuffin P, 2008; Neale & Cardon, 1992).

Consisten, básicamente, en hacer la comparación de la mayor o menor similitud, con respecto a un carácter seleccionado, entre gemelos monocigóticos, es decir gemelos que provienen de un único cigoto escindido, y gemelos que provienen de dos cigotos diferentes o dicigóticos. Los primeros son genéticamente iguales, mientras que los segundos comparten, en promedio, sólo la mitad de su genoma; esto permite que a través de su comparación, se pueda obtener una valiosa información acerca de la influencia genética en diversos fenotipos. De esta forma es posible analizar la importancia relativa de factores hereditarios y ambientales en el desarrollo de caracteres complejos, como enfermedades, desórdenes de todo tipo, y comportamientos, constituyendo un elemento básico para la investigación en el ámbito sanitario y, en particular, de la salud mental.

5.1.2. Los registros de gemelos

Los registros de gemelos son un recurso imprescindible para este tipo de estudios. Se trata de bases de datos en las que se incluye información proporcionada, de forma voluntaria, por parejas de gemelos que desean participar en protocolos de investigación. Estos registros aportan el material básico necesario para ciertos tipos de estudios, proporcionando una muestra con unas características peculiares, a investigadores de distintas disciplinas y especialidades (Martin, Boomsma, & Machin, 1997).

La investigación en gemelos reúne la colaboración de diversas disciplinas (Medicina, Psicología, Biología, Estadística,...) y métodos de investigación. Es un diseño muy utilizado y de gran valor informativo debido a las evidentes ventajas que presenta, entre otras cosas por el tipo de muestra, como son la eliminación de variables de confusión, la facilidad de emparejamiento o el control de factores ambientales compartidos.

Así, los registros de gemelos han sido utilizados por la comunidad científica para llevar a cabo distintos tipos de estudios, permitiendo tanto diseños transversales como longitudinales. Entre estos podemos mencionar:

- 1.- Estudios biométricos clásicos de gemelos y de familias de gemelos, que intentan cuantificar el papel de factores genéticos y ambientales en la variación de caracteres y susceptibilidad a la enfermedad.
- 2.- Estudios de caso-control en gemelos, utilizando parejas de gemelos discordantes para factores ambientales específicos, o discordantes en enfermedad o medidas de morbilidad.
- 3.- Estudios de intervención, en los que los gemelos de un par son asignados aleatoriamente a un determinado tratamiento de forma que se genera un emparejamiento natural por edad, sexo y susceptibilidad genética.
- 4.- Estudios longitudinales, en los que se analiza la evolución en el tiempo de variables de interés.

Adicionalmente, en los últimos años, los avances teóricos e instrumentales han llevado a que los modernos análisis de gemelos vayan más allá de la clásica estimación de la heredabilidad de un rasgo, para participar en aspectos como la caracterización funcional

de genes, el análisis de las interacciones genotipo-ambiente, o como recurso para estudios de epidemiología genética (Boomsma, Busjahn, & Peltonen, 2002).

5.1.3. El Registro de gemelos de Murcia (RGM)

El RGM es una iniciativa pionera en España, el único registro de base poblacional establecido en nuestro entorno, que pretende servir como recurso para la investigación de las causas de variación fenotípica en humanos. El RGM se gestiona y coordina desde el Área de Psicobiología de la Universidad de Murcia y cuenta con la colaboración de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Su puesta en marcha ha sido financiada por la Fundación Séneca y el Ministerio de Ciencia e Innovación. Este registro tiene como objetivo general el análisis de los factores genéticos y ambientales que influyen sobre el desarrollo de ciertas conductas de salud, la utilización de los servicios sanitarios y el consumo de medicamentos en adultos.

El RGM comenzó en el año 2007, con la primera fase de recogida de datos, obteniendo una muestra de 874 mujeres residentes en la Región de Murcia nacidas en partos múltiples entre 1940 y 1966. En esta ocasión, a través de una entrevista telefónica diseñada para establecer un primer contacto, se recabó su consentimiento a participar en el registro y recogió información básica sobre aspectos demográficos, de salud y estilos de vida. El RGM contempla la recogida periódica de información de sus participantes y en sucesivas fases se han llevado a cabo nuevas recogidas de datos y ampliación de la muestra. Así, posteriormente (2009/2010), se llevó a cabo una segunda recogida de información, en entrevista personal. En esta segunda oleada, participaron 827 mujeres, de las cuales 700 habían participado también en la primera ocasión. Finalmente (2010), fueron contactados los varones y gemelos de distintos sexo a través de una entrevista telefónica. En la actualidad, el RGM cuenta con 2281 participantes (998 personas en parejas/tríos femeninos, 651 en parejas/tríos masculinos y 632 en parejas/tríos de distinto sexo).

5.2.- PARTICIPANTES

La muestra, por tanto, consiste en una selección de los participantes en el RGM. Con objeto de optimizar la información para análisis se han seleccionado los datos recogidos en la segunda oleada entre parejas femeninas y masculinas. Así pues, la muestra final con la que se ha contado para este trabajo está compuesta por 1482 sujetos que se distribuyen en 794 pares gemelares: 376 pares MZ (342 de ellos completos) y 418 pares DZ (372 completos). La edad promedio es de 52.75 años (DT = 7.3), siendo el rango de 43 a 70 años.

5.3.- MEDIDAS

El instrumento de medida utilizado es un inventario elaborado específicamente para este estudio. Está basado en el desarrollado y validado para estudios con muestras similares desde el Registro de Gemelos de Holanda, e incorpora cuestiones relativas a salud, morbilidad y factores socio-demográficos adaptadas de encuestas epidemiológicas de nuestro entorno (ENS, 2006). En el cuadro 10 se resumen las principales variables incluidas en el cuestionario.

Cuadro 10: Resumen de las principales variables recogidas

Datos sociodemográficos
Edad, sexo, área de residencia, parejas, educación, ocupación
Cigalidad
Datos antropométricos
Color de ojos y pelo, lateralidad, altura, peso, peso al nacer.
Calidad de vida relacionada con la salud
EQ-5D
Conducta de salud y preventiva
Preocupación general por la salud, actividades preventivas generales, adherencia al tratamiento, asistencia a cribado mamográfico, auto-examen de mama.
Estilos de vida
Tabaco, alcohol, sedentarismo y actividad física.
Historia reproductiva
Edad de menarquia, maternidad, lactancia natural, edad de menopausia.
Historial médico
Principales enfermedades, limitación de actividad
Uso de servicios de salud
Uso de medicamentos
Medicamentos prescritos, auto-prescripción
Depresión estado-rasgo
Calidad de sueño

En particular, los datos sobre la presencia de trastornos mentales y consumo de psicofármacos fueron recogidos utilizando el listado de enfermedades (¿Ha padecido alguna vez/en los últimos veinticuatro meses *depresión, ansiedad u otros trastornos mentales?*) y medicamentos (¿Ha tomado en el último mes *tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir o antidepresivos, estimulantes?*) contenidos en la ENS-2006.

La información que se ha utilizado para la elaboración del presente trabajo ha sido la relativa a datos demográficos seleccionados (edad, sexo, convivencia en pareja, nivel de estudios, situación laboral), datos referentes a la menopausia, auto-informe de presencia de trastornos mentales y consumo de psicofármacos.

- *Cigosidad de la muestra*

La cigosidad de las parejas gemelares ha sido establecida por medio de cuestionario que ha sido elaborado específicamente para este proyecto, dado que actualmente no existe ninguno disponible en español, adaptando el utilizado por el Registro de Gemelos de Holanda (Willemsen, Posthuma, & Boomsma, 2005). La validez de este cuestionario ha sido establecida mediante comparación con marcadores de ADN en una submuestra, obteniendo una clasificación correcta de la cigosidad en un 95.5 % de los casos, lo que resulta comparable al estándar internacional (Ohm Kyvik & Derom, 2006).

5.4.- ASPECTOS ÉTICOS

La participación en el RGM es voluntaria y todos los datos de investigación disponibles en la base de datos se encuentran de forma anonimizada. La utilización de información personal se encuentra amparada por un Convenio entre la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. El RGM cuenta con el informe favorable de la Comisión de Bioética de la UMU, y ha sido dado de alta como fichero de titularidad pública en la Agencia de Protección de Datos, con el grado máximo de protección. Todo participante tiene acceso a sus datos y derecho a retirarlos del registro cuando lo considere oportuno, tras comunicarlo a los responsables del mismo.

Únicamente los datos de personas que han accedido voluntariamente a participar tras ser informados convenientemente han sido incluidos en el estudio. Los datos de contacto y los de investigación se mantienen en bases separadas. Todos los datos de salud se mantienen anonimizados.

5.5.- ANÁLISIS DE DATOS

5.5.1. Variables del estudio

Como **variables dependientes** (VD) del estudio se ha tenido en cuenta el consumo de psicofármacos, en general, y por clase terapéutica: tranquilizantes, relajantes o hipnóticos y antidepresivos o estimulantes.

Las **variables independientes** (VI) fueron variables sociodemográficas y clínicas de la muestra experimental: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, menopausia (esta variable sólo disponible para las mujeres), haber padecido trastorno mental recientemente o de manera sostenida.

5.5.2. Análisis de las variables sociodemográficas

a) Análisis descriptivos

Para la obtención de las características sociodemográficas de la muestra, se utilizaron las frecuencias, cuando las variables eran de tipo cualitativo y la media y la desviación típica (DT) cuando se trataba de variables cuantitativas. También se ha calculado la prevalencia del consumo de psicofármacos (en general, de tranquilizantes, relajantes o hipnóticos y de antidepresivos o estimulantes) y de auto-informe de enfermedad mental.

Se aplicó la Prueba Chi-cuadrado de Pearson de Independencia (χ^2) para ver la relación existente entre las variables de consumo de psicofármacos y enfermedad mental y cada una de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra experimental.

b) Análisis de regresión

Para evaluar la asociación entre las diferentes variables sociodemográficas y clínicas de los sujetos de la muestra y la utilización de fármacos psicotrópicos en general y por clase terapéutica, con cada VD se aplicaron modelos de regresión logística binaria. Con el fin de simplificar dichos análisis, las VI analizadas, excepto la edad, fueron categorizadas de manera binaria: sexo masculino o femenino, tener pareja actualmente o

no tenerla; ser trabajador en activo (i.e., fuera de casa) o inactivo; estudios primarios o menos y secundarios o más; haber iniciado/pasado la menopausia o no; y haber sufrido o no trastorno mental recientemente (últimos 24 meses) o de forma sostenida (tanto en 2007 como en 2009). Así:

En primer lugar, se aplicaron **modelos de regresión logística simple** para comprobar la capacidad de asociación estadística de cada predictor por separado.

A continuación, con objeto de seleccionar el conjunto de factores con mayor capacidad predictiva, se aplicó **regresión logística múltiple** por el método de selección hacia delante (forward). En este caso se tomaron como categorías de referencia: ser varón (para el análisis de la muestra total), la situación laboral activa, tener pareja, estudios secundarios o más, no haber iniciado aún la menopausia (para el análisis de la muestra de mujeres), no haber padecido un trastorno mental de forma reciente, y no haber padecido un trastorno mental de forma sostenida (esta última para el análisis de la muestra de mujeres).

El análisis de sujetos procedentes de la misma familia produce dependencia en los datos, por este motivo los análisis de regresión fueron realizados ajustando las estimaciones de error estándar para tener en cuenta dicha dependencia. Este método proporciona estimaciones de estadísticos robustas para las características del modelo. Los análisis se realizaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 18.0 y STATA 12.0 (SSS, 2011), estableciendo el nivel de significación estadística en $\alpha = 0.05$ así como un intervalo de confianza (IC) del 95 %.

c) Análisis genéticos

La estimación de heredabilidad fue realizada mediante un estudio clásico de gemelos, utilizando el paquete estadístico Mx (Neale MC., 1999). Este diseño consiste, básicamente, en comparar el grado de similitud, con respecto a un carácter seleccionado, entre gemelos MZ y DZ. Los gemelos MZ son genéticamente iguales, mientras que los DZ comparten, en promedio, la mitad de su genoma. Cuando existe información fenotípica de ambos tipos gemelares, la varianza total de un rasgo puede descomponerse en varianza debida a factores genéticos (A), ambiente compartido (C) y

ambiente no compartido (E). Por el contrario, una mayor similitud entre gemelos MZ que entre gemelos DZ se interpreta como resultado de una influencia genética sobre las diferencias individuales en el rasgo estudiado. Si los gemelos DZ se parecen entre sí más de la mitad del parecido entre MZ, esto se interpreta como una indicación de la presencia de efectos ambientales compartidos. Estos se refieren a factores intra-familiares, que contribuyen a un mayor parecido entre individuos que han convivido en el mismo ambiente familiar. Por último, los factores ambientales no compartidos, son aquellos que afectan específicamente a cada individuo y, por tanto, contribuyen a diferenciar a los miembros de una pareja, independientemente de su cigosidad.

Siendo categóricas, las variables dependientes fueron analizadas por medio de un modelo de umbral de susceptibilidad (Threshold liability model). Este modelo de análisis asume que las categorías reflejan una medida imprecisa de una distribución de susceptibilidad subyacente, que tendría uno o más umbrales para discriminar entre categorías. Esta susceptibilidad puede estar influida por factores tanto genéticos como ambientales y se distribuye normalmente, con una media igual a 0 y una varianza igual a 1. La similitud de las parejas gemelares puede, por tanto, ser estimada por la correlación en esta escala de susceptibilidad. Dicha correlación se denomina tetra o policórica y presenta los valores clásicos en este tipo de análisis.

Para poder utilizar todos los datos, independientemente de que el par esté o no completo, se ha utilizado el método de estimación de Máxima Verosimilitud con Información Completa (Full Information Maximum Likelihood – FIML) en datos crudos. En este método, se calcula el doble del logaritmo negativo de la verosimilitud ($-2LL$) y los parámetros se estiman de forma que la verosimilitud de los datos crudos es maximizada. Las correlaciones entre gemelos han sido estimadas en un modelo saturado. Los modelos anidados son comparados a través de la prueba de razón de verosimilitud (Likelihood Ratio Test- LRT), obtenida de la diferencia entre el modelo más y el menos restringido ($\chi^2 = (-2LL_0) - (-2LL_1)$). El estadístico resultante tiene una distribución χ^2 con grados de libertad (gl) equivalentes a la diferencia en gl entre ambos modelos. Cuando el ajuste de un modelo más restringido difiere significativamente del ajuste de otro menos restringido, se entiende que la restricción impuesta en el modelo anidado no es adecuada para los datos. Un cambio no significativo sugiere que la reducción en parámetros es aceptable. El modelo de mejor ajuste, más parsimonioso, se selecciona en función de la LRT y comparando el Criterio de Información de Akaike

(Akaike's Information Criterion – AIC), cuyo valor es menor cuanto mejor es el ajuste (Akaike H., 1987).

6.- RESULTADOS

6.- RESULTADOS

6.1.- RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

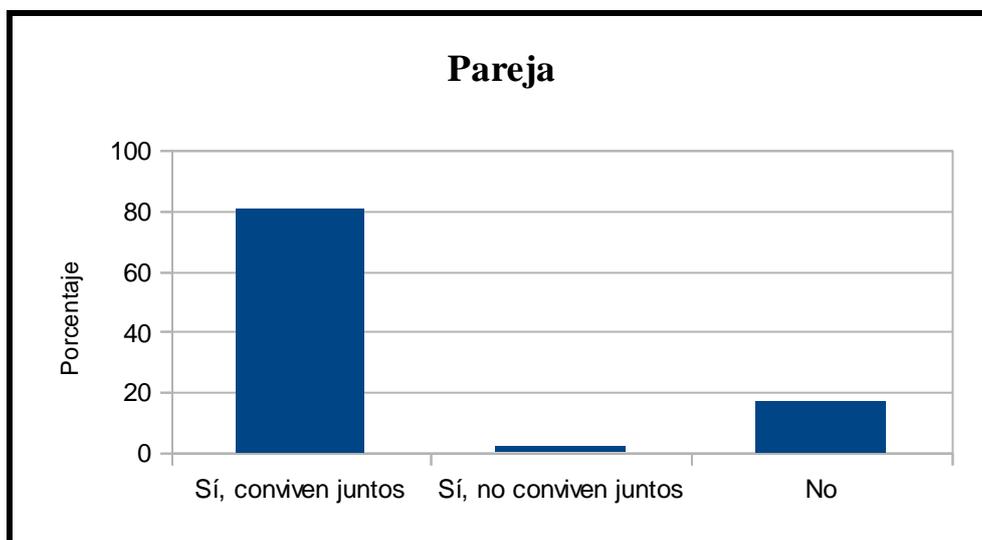
La muestra total con la que se ha contado para este trabajo está compuesta por 1482 sujetos, entre los cuales 708 son gemelos monocigóticos y 774 dicigóticos que se distribuyen, incluyendo pares incompletos, en 376 pares de MZ y 418 pares de DZ siendo el porcentaje de 47.4 % y 52.6 % respectivamente para cada uno (Tablas 1 y 2). A continuación se muestran los datos tal y como se recogieron en la entrevista telefónica.

La edad promedio de la muestra experimental es de 52.75 años (DT= 7.302), siendo su rango de 43 a 70 años.

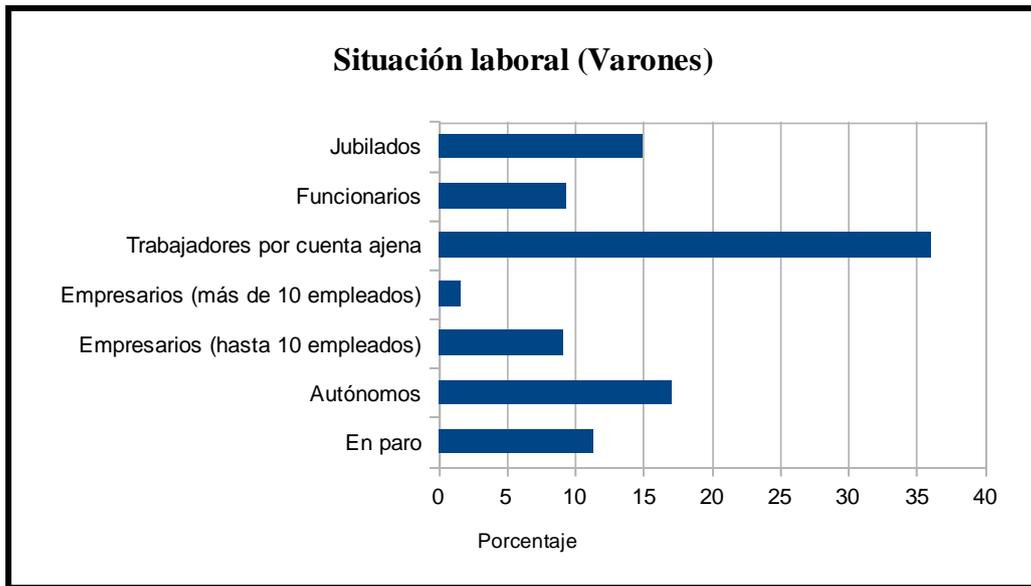
En cuanto al sexo, el 56.1 % de la muestra son mujeres y el 43.9 % corresponden a varones (Tabla 3).

El resto de las **variables sociodemográficas** analizadas se muestran en las tablas 4 – 6. A modo de resumen, los sujetos de nuestra muestra experimental se caracterizan por lo siguiente: tener pareja estable con la que comparten vivienda (80.6 %), ser trabajadores por cuenta ajena en el caso de los varones (36.1 %) y amas de casa en las mujeres (36.8 %), y poseer estudios primarios o equivalentes (41.4 %).

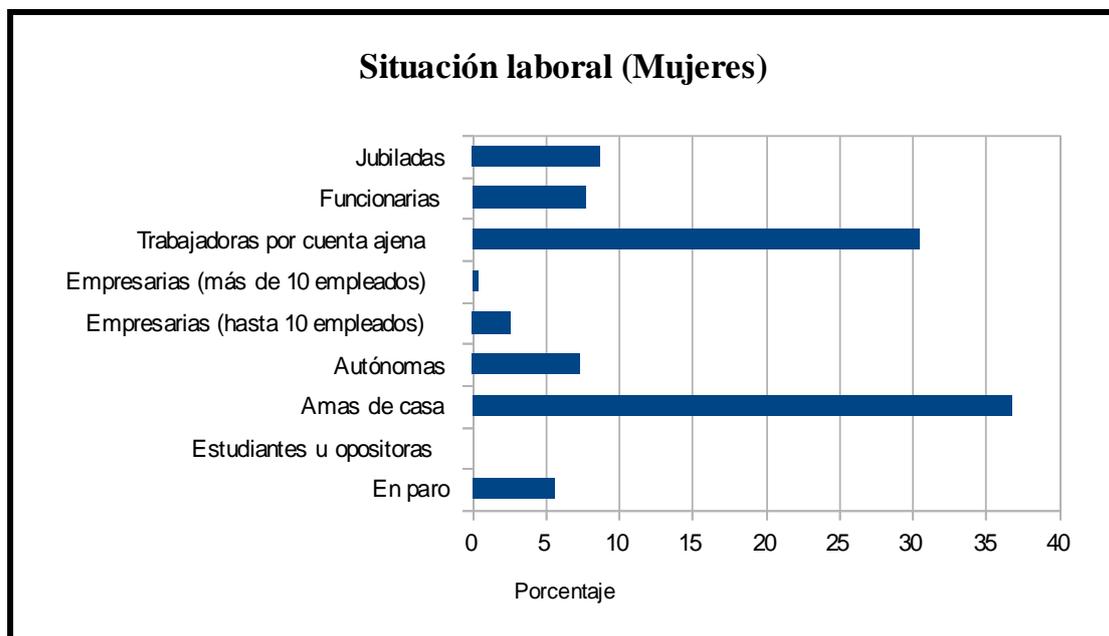
GRÁFICA 1



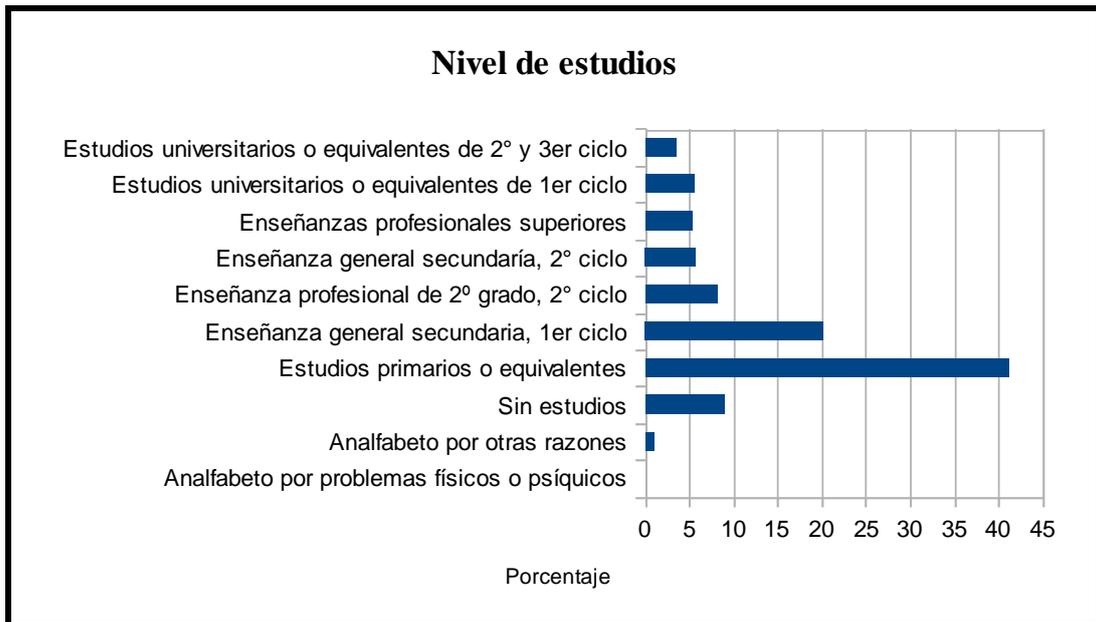
GRÁFICA 2



GRÁFICA 3

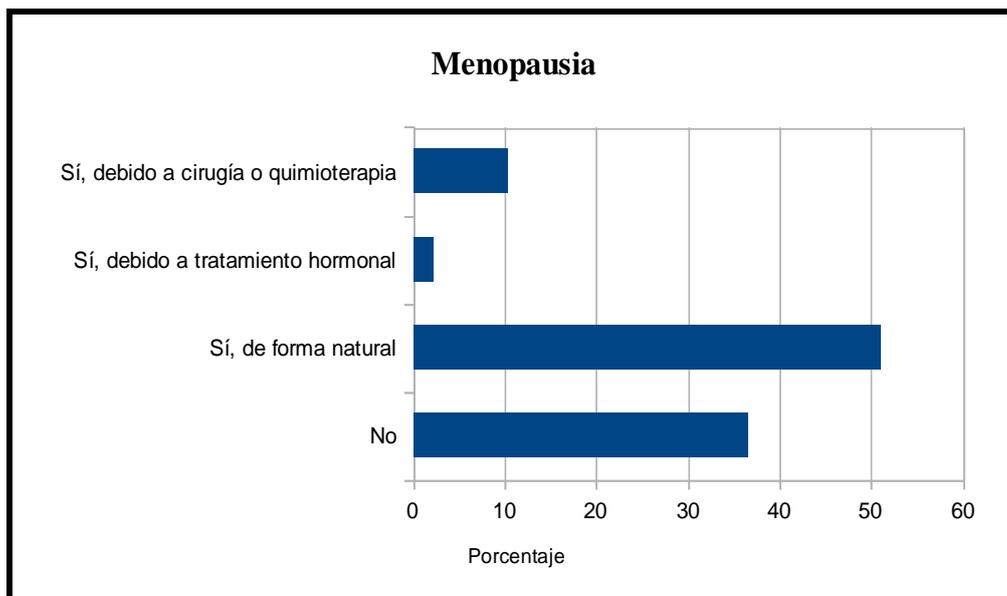


GRÁFICA 4



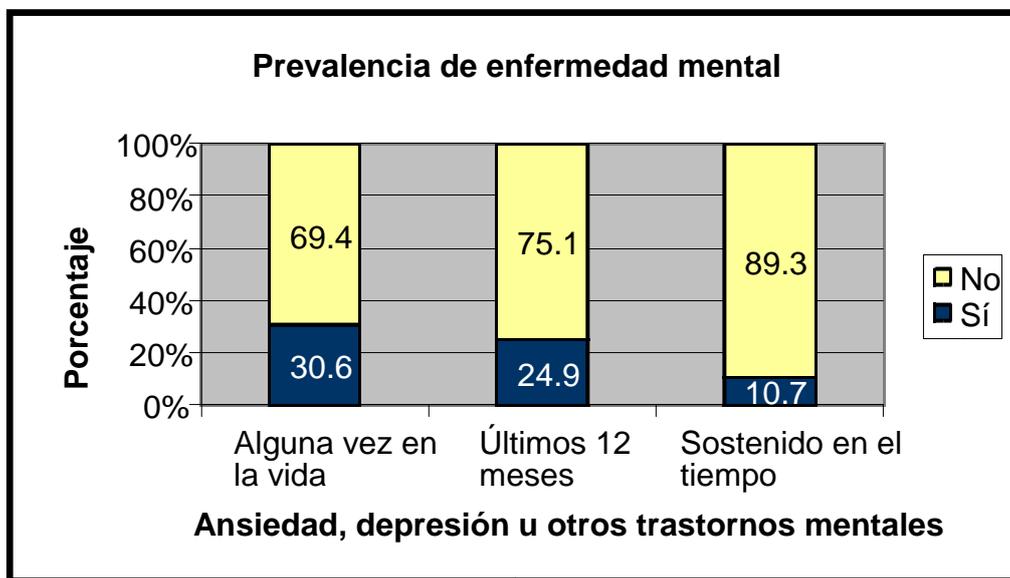
En cuanto a los resultados de las variables clínicas, podemos observar que la mayoría de las sujetos de nuestra muestra han comenzado o pasado ya la menopausia (63.5 %) (Tabla 7).

GRÁFICA 5



Respecto a la **prevalencia de enfermedad mental**, de los sujetos entrevistados en el año 2009, el **30.6 %** refería haber padecido alguna vez en la vida depresión, ansiedad u otros trastornos mentales (Tabla 8) mientras que el **24.9 %** afirmaba haberlos padecido recientemente (durante los últimos 12 meses) (Tabla 9). Además, en el caso de las mujeres (ya que la información longitudinal sólo está disponible en éstas), el **10.7 %** afirmaban que dicho trastorno había sido sostenido en el tiempo (nos referiremos a trastorno mental sostenido a partir de ahora), es decir, lo padecían tanto en 2007 como en 2009 (Tabla 10).

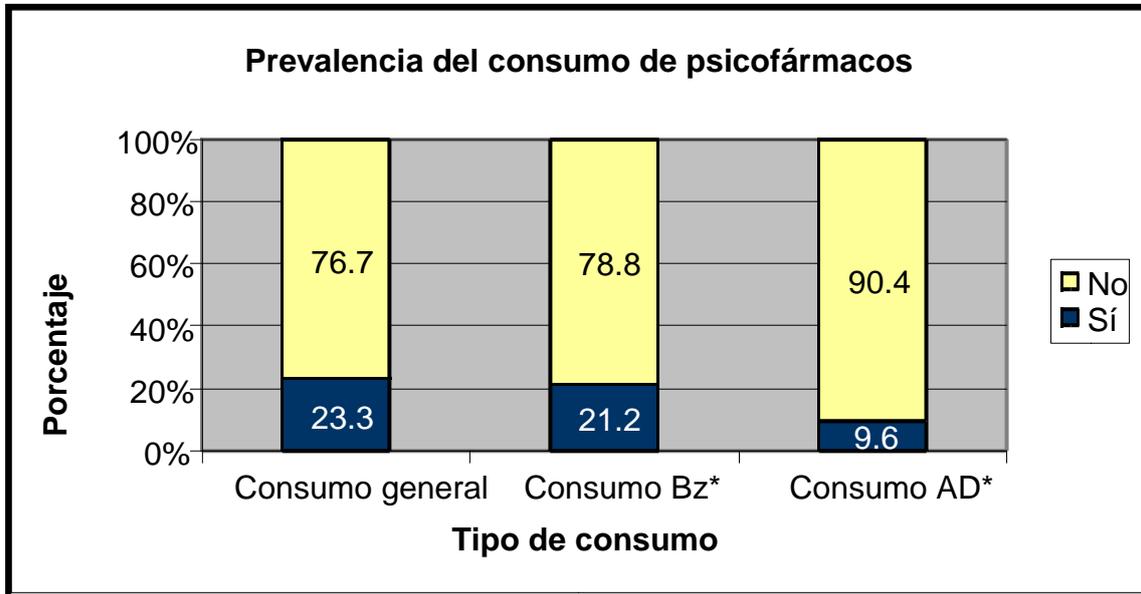
GRÁFICA 6



En lo referente al **consumo de psicofármacos**, examinamos si en el último mes habían consumido algún tipo de medicamento; la respuesta fue que el **23.3 %** de los entrevistados en 2009 afirmaba haber consumido algún tipo de fármaco (de aquí en adelante nos referiremos a consumo general de psicofármacos, que incluye consumo de tranquilizantes y/o antidepresivos), concretamente, el **21.2 %** fármacos tranquilizantes y el **9.6 %** antidepresivos. De estos, prácticamente todos lo habían hecho con receta, prescritos por un médico; sólo un bajo porcentaje, en el caso del consumo de tranquilizantes, lo había hecho sin receta médica como forma de autoconsumo (2.9 %). En concreto el porcentaje de consumo sin receta médica para el grupo de los tranquilizantes fue del 2.4 % en mujeres frente al 5.5 % en varones. Ningún sujeto de nuestra muestra refería haber consumido antidepresivos sin receta médica (Tablas 11 -

13). Finalmente, el 7.5 % de los sujetos habían consumido ambos tipos de medicamentos, tanto tranquilizantes como antidepresivos (Tabla 14).

GRÁFICA 7



* Bz = benzodiazepinas (tranquilizantes, relajantes o hipnóticos). AD = antidepresivos o estimulantes. Consumo general = consumo de Bz y/o AD.

Por otro lado, analizando el consumo sostenido (sujetos que referían consumo en el último mes tanto en 2007 como en 2009) las cifras fueron del 11.4 % para tranquilizantes y del 5.3 % para antidepresivos (submuestra exclusivamente formada por mujeres) (Tablas 15 y 16).

En 2007, año en el que disponemos datos únicamente de mujeres, el **15.9 %** afirmaba haber consumido algún tipo de fármaco tranquilizante y el **9 %** algún tipo de antidepresivo (Tablas 17 y 18).

6.2.- INFLUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS SOBRE EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y EL TRASTORNO MENTAL

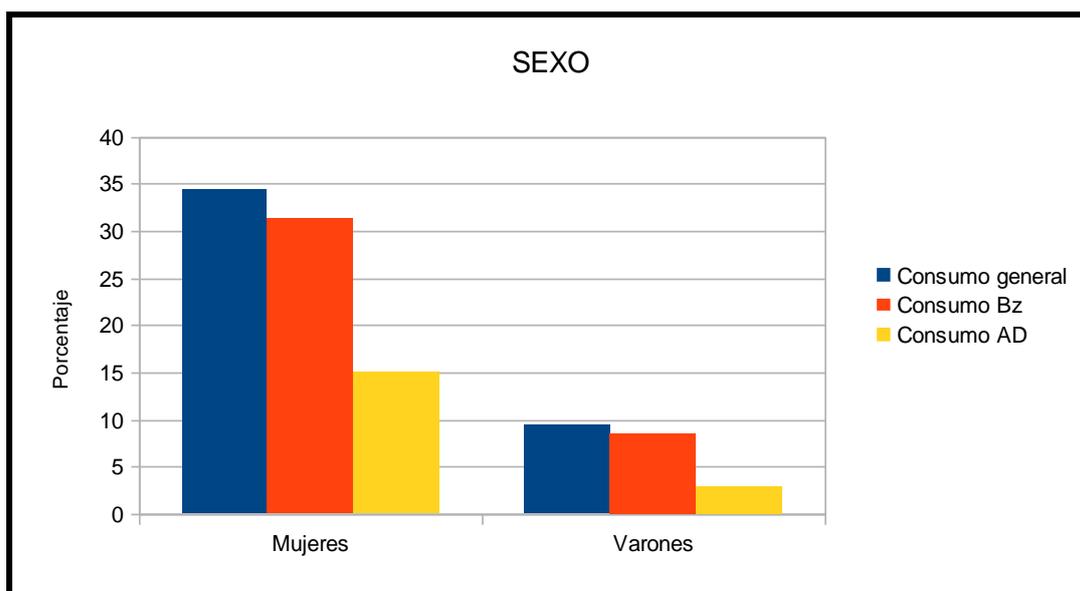
6.2.1.- Influencia de la variable sexo

a) Consumo de Psicofármacos

Los resultados muestran que parece existir una relación estadísticamente significativa entre las variables sexo y consumo de psicofármacos, tanto para el consumo general [$\chi^2(1) = 125.627, p = 0.000$] como para las dos categorías terapéuticas, antidepresivos [$\chi^2(1) = 62.8, p = 0.001$] y tranquilizantes [$\chi^2(1) = 112.6, p = 0.000$].

Los datos apuntan hacia una *mayor prevalencia en el consumo de psicofármacos en las mujeres que en los varones*, puesto que en el último mes, el 34.3 % de las mujeres refieren haber consumido algún tipo de psicofármaco general frente al 9.4 % de los varones, siendo los porcentajes de las otras dos categorías, del 15 % de mujeres frente al 2.8 % de los varones, en el consumo de fármacos antidepresivos y del 31.2 % en mujeres y el 8.5 % en varones, en el consumo de tranquilizantes (Tablas 19 – 21).

GRÁFICA 8



d) Trastorno mental

Los resultados muestran que parece existir una relación estadísticamente significativa entre las variables sexo y haber padecido un trastorno mental, ya sea haberlo padecido alguna vez en la vida [$\chi^2(1) = 79.8, p = 0.000$], como de manera reciente (en los últimos 12 meses) [$\chi^2(1) = 105.6, p = 0.000$].

De nuevo, los datos apuntan a que son las mujeres las que más señalan haber padecido este tipo de trastornos. El 37.2 % de las mujeres, frente al 16.8 % de los varones, reconocen haber padecido un trastorno mental alguna vez en la vida (Tabla 22). Datos similares se obtuvieron cuando se analizó el trastorno mental reciente. En este caso referían haberlo padecido el 35.2 % de las mujeres frente al 11.9 % de los varones (Tabla 23).

6.2.2. Influencia de la variable edad

Para llevar a cabo los análisis con la variable edad, los sujetos se agruparon en tres intervalos de edades comprendidas entre los 43 – 50 años, 51 – 60 años o 61 – 70 años, siendo el número perteneciente a cada uno de los grupos de 760 (46 %), 581 (35.1 %) y 312 (18.9 %) respectivamente (Tabla 24).

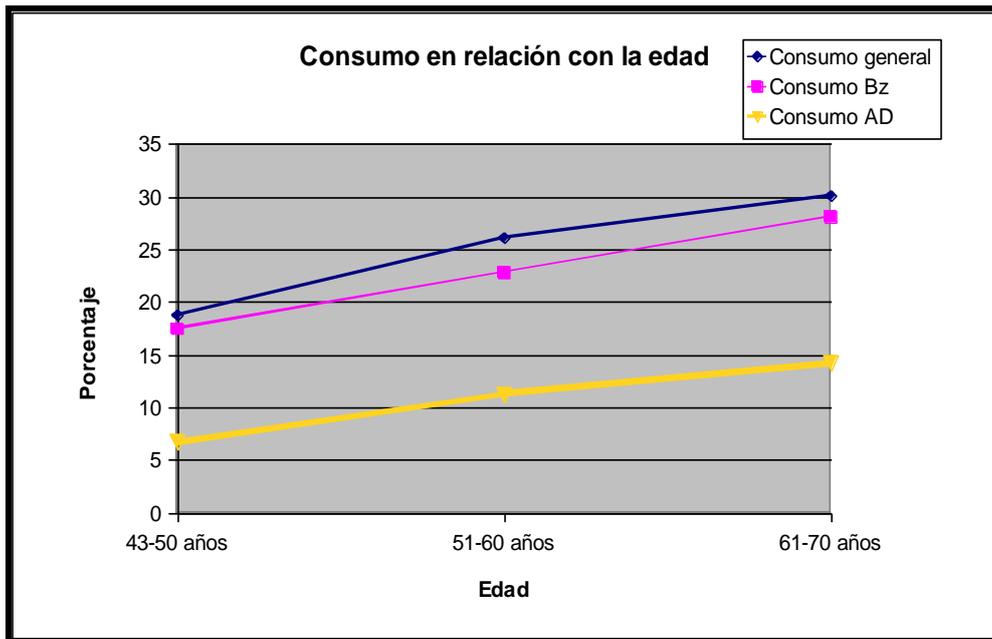
a) Consumo de Psicofármacos

Los resultados obtenidos, con la *muestra total de sujetos*, revelan que parece existir una relación estadísticamente significativa entre las variables edad y consumo de psicofármacos, tanto para el consumo general [$\chi^2(2) = 16.8, p = 0.000$] como para las dos categorías terapéuticas, antidepresivos [$\chi^2(2) = 14.5, p = 0.001$] y tranquilizantes [$\chi^2(2) = 13.9, p = 0.001$].

Los datos señalan que en el último mes, el 18.8 % de los sujetos entre 43 - 50 años habían consumido algún tipo de psicofármacos frente al 26.1 % entre los de 51 - 60 años y al 30 % entre los de 61 - 70 años (Tabla 25a). Los resultados obtenidos para el consumo de antidepresivos y tranquilizantes son similares. En el caso de los fármacos

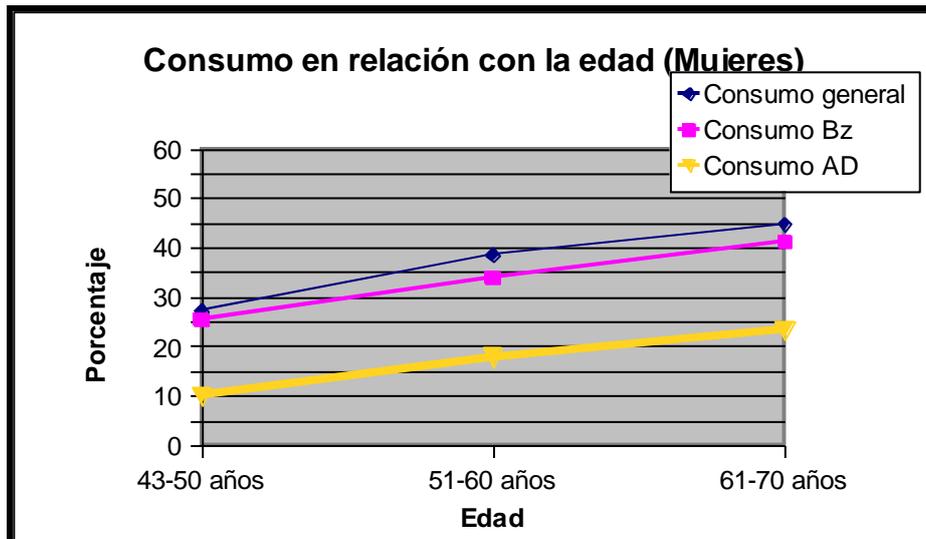
antidepresivos, los porcentajes de consumo fueron del 6.7 % para los sujetos incluidos en el grupo de menor edad, del 11.2 % para los del grupo intermedio y del 14.2 % para los sujetos del grupo de mayor edad (Tabla 26a). Finalmente, los porcentajes de consumo de fármacos tranquilizantes fueron del 17.5 %, 22.8 % y 28.1 % respectivamente en cada uno de estos grupos de edad (Tabla 27a).

GRÁFICA 9a (Muestra total)

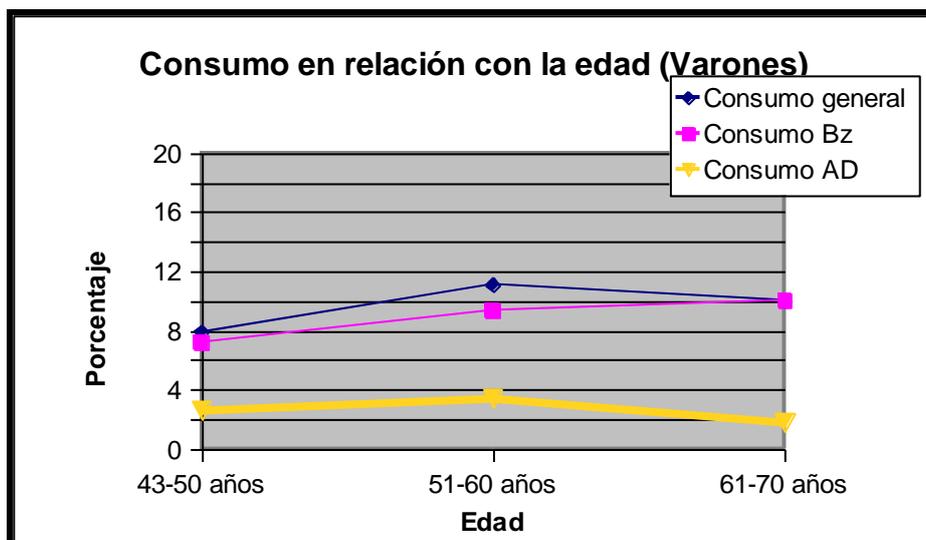


Cuando se realiza el análisis de esta relación atendiendo a la *variable sexo*, observamos claras diferencias entre varones y mujeres. Mientras que en las mujeres, el porcentaje de consumo aumenta conforme lo hace la edad, para el consumo general [$\chi^2(2) = 18.1, p = 0.000$], para el de tranquilizantes [$\chi^2(2) = 14.2, p = 0.001$] y para el de antidepresivos [$\chi^2(2) = 17.6, p = 0.000$] (Tablas 25b, 26b y 27b), en los varones los análisis no revelan ninguna significación estadística ($p > 0.05$) (Tablas 25c, 26c y 27c). En este caso, los datos son similares en los tres grupos de edad establecidos tendiendo a concentrarse el mayor consumo, concretamente para el consumo general y para antidepresivos, en el grupo de edad intermedio.

GRÁFICA 9b



GRÁFICA 9c



b) *Trastorno mental*

Los resultados obtenidos, con la *muestra total de sujetos*, revelan que no parece existir una relación estadísticamente significativa entre las variables edad y haber padecido un trastorno mental, ya sea este de manera reciente, en los últimos 12 meses, o alguna vez en la vida ($p > 0.05$). A pesar de esa ausencia de significación estadística, los datos

parecen indicar una cierta tendencia a aumentar la prevalencia de un trastorno mental conforme se incrementa la edad (Tablas 28 y 29).

6.2.3. Influencia de la variable situación de pareja

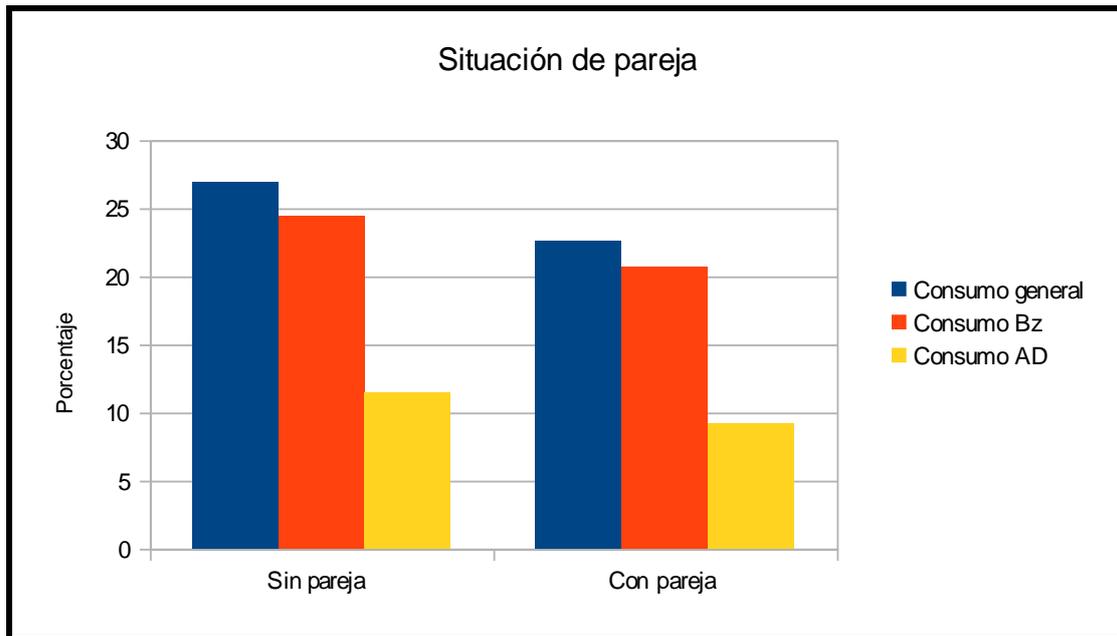
Dado el reducido número de la categoría “sujetos con pareja que no conviven con ella” las personas que refirieron esta condición, fueron integradas dentro del grupo “sujetos con pareja estable”.

a) Consumo de Psicofármacos

El análisis de la posible relación entre las variables situación de pareja y consumo de psicofármacos, teniendo en cuenta la *muestra total de sujetos*, no reveló ningún resultado estadísticamente significativo ($p > 0.05$). A pesar de la ausencia de significación estadística, los datos muestran que las cifras de consumo parecen ser ligeramente superiores en el grupo de sujetos sin pareja, frente a los que sí la tienen, tanto para el consumo en general como para el de antidepresivos y tranquilizantes (Tablas 30 - 32).

En los análisis realizados atendiendo a la *variable sexo*, vemos cómo la relación existente entre estas dos variables parece ser diferente entre mujeres y varones (Tablas 33 y 34). Así, mientras que en las mujeres las cifras de consumo de psicofármacos en general, son mayores en las que tienen pareja, 34.6 % frente al 32.9 % que no tienen pareja (Tabla 34a), en el caso de los varones sucede lo contrario y dicho consumo es superior en los sujetos sin pareja (13.6 % frente al 8.8 %) (Tablas 33a). De todas maneras, los resultados sólo alcanzan la significación estadística para el consumo de antidepresivos o estimulantes en el caso de los varones [$\chi^2(1) = 3.9$, $p = 0.046$] (Tabla 33b), no siéndolo en el resto de categorías y en el caso de las mujeres ($p > 0.05$).

GRÁFICA 10



b) *Trastorno mental*

En cuanto al análisis de la posible relación entre las variables situación de pareja y haber padecido un trastorno mental, teniendo en cuenta la *muestra total de sujetos*, los datos revelan significación estadística tanto para el trastorno mental reciente [$\chi^2(1) = 5.8, p = 0.015$] como para el trastorno mental padecido alguna vez en la vida [$\chi^2(1) = 8.6, p = 0.003$]. En ambos casos, las cifras de prevalencia de trastorno mental son más elevadas en los sujetos sin pareja (Tablas 35 y 36).

6.2.4.- Influencia de la variable situación laboral

Con el objetivo de simplificar la interpretación de los datos, agrupamos las categorías de la variable situación laboral en cuatro grupos: sujetos en paro (incluye estudiantes u opositores), amas de casa, trabajadores (autónomos, por cuenta ajena, empresarios y funcionarios) y jubilados.

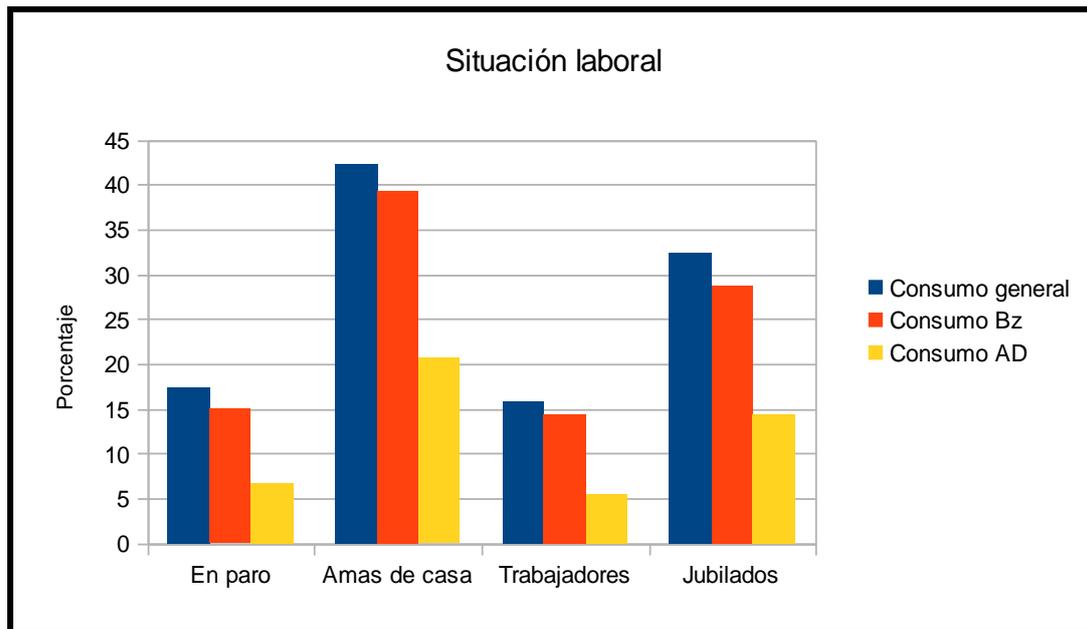
a) *Consumo de Psicofármacos*

El análisis de la posible relación entre las variables situación laboral y consumo de psicofármacos, teniendo en cuenta la *muestra total de sujetos*, reveló resultados estadísticamente significativos para todas las categorías analizadas, consumo general [$\chi^2(3) = 97.9, p = 0.000$], consumo de antidepresivos [$\chi^2(3) = 65.5, p = 0.000$] y consumo de fármacos tranquilizantes [$\chi^2(3) = 91, p = 0.000$].

El grupo que mayor consumo de algún tipo de psicofármaco en general refería era el de las amas de casa (42.2 %), seguido de la categoría de jubilados (32.3 %) (Tabla 37a). De igual modo, tanto para el consumo de antidepresivos como para el de tranquilizantes seguían siendo las amas de casa (20.7 % y 39.2 % respectivamente) y los jubilados (14.4 % y 28.7 % respectivamente) los que alcanzaban una mayor prevalencia (Tablas 38a y 39a).

Si analizamos estos datos *atendiendo al sexo*, los resultados obtenidos, en el grupo de mujeres, son similares a los expuestos con anterioridad. El mayor porcentaje de consumo se encuentra en las categorías de jubiladas y amas de casa, para el consumo general [$\chi^2(3) = 31.4, p = 0.000$], para el de antidepresivos [$\chi^2(3) = 26.3, p = 0.000$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2(3) = 28.4, p = 0.000$] (Tablas 37b, 38b y 39b). En el caso de los varones, parece existir un mayor consumo en el grupo de los jubilados para el consumo en general [$\chi^2(2) = 11.35, p = 0.003$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2(2) = 9.3, p = 0.009$], no alcanzando la significación estadística para el consumo de fármacos antidepresivos ($p > 0.05$) (Tablas 37c, 38c y 39c).

GRÁFICA 11



b) Trastorno mental

Los resultados obtenidos, con la *muestra total de sujetos*, revelan que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables situación laboral y haber padecido un trastorno mental, ya sea este alguna vez en la vida [$\chi^2(3) = 43.7, p = 0.000$], o de manera reciente, en los últimos 12 meses [$\chi^2(3) = 51.1, p = 0.000$].

El porcentaje mayor de sujetos que referían haber padecido alguna vez en la vida depresión, ansiedad u otros trastornos mentales eran las amas de casa (45 %), seguidas de los jubilados (34.1 %), parados (28.9 %) y por último los trabajadores (24.9 %) (Tabla 40). Las cifras de consumo en los sujetos que refieren haber padecido en los últimos 12 meses depresión, ansiedad u otros trastornos mentales eran parecidos siguiendo una distribución similar (Tabla 41).

6.2.5.- Influencia de la variable nivel de estudios

Una vez más, para simplificar la interpretación de los datos, agrupamos las distintas categorías de la variable nivel de estudios en cuatro grupos: analfabetos o sin estudios,

estudios primarios, estudios secundarios o de formación profesional y estudios universitarios.

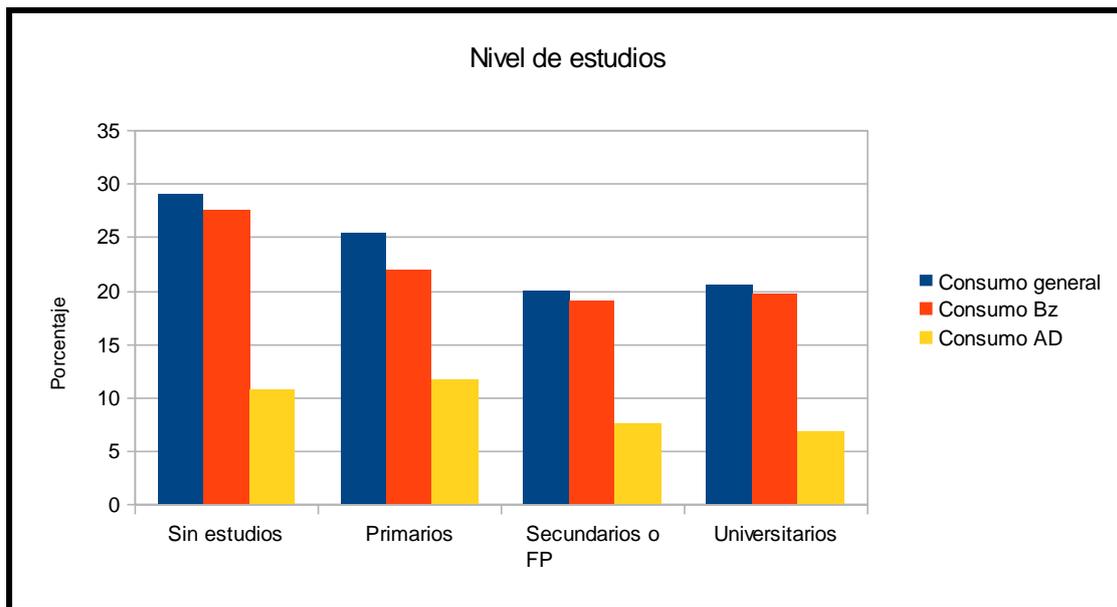
a) *Consumo de Psicofármacos*

Los resultados obtenidos, con la *muestra total de sujetos*, revelan que parece existir una relación estadísticamente significativa entre las variables nivel de estudios y consumo de psicofármacos general [$\chi^2(3) = 8.0, p = 0.045$]. Así, las cifras de prevalencia para este tipo de consumo eran superiores en el grupo de los analfabetos o sin estudios (29 %) y en el de estudios primarios (25.4 %) respecto a los otros grupos (Tabla 42a).

Los análisis realizados con las otras dos categorías terapéuticas no alcanzaron significación estadística ($p > 0.05$). A pesar de ello, las cifras de consumo de fármacos antidepressivos y de tranquilizantes, parecen ser similares a las del consumo general y guardan una distribución parecida, encontrándose un mayor consumo en los grupos que refieren un nivel de estudios inferior y cifras menores de consumo en los grupos con un nivel académico superior (Tablas 43a y 44a).

Los resultados obtenidos atendiendo a la *variable sexo* indican que en la muestra de mujeres, el mayor porcentaje de consumo se concentra en el grupo de estudios primarios y en el de analfabetos o sin estudios para el consumo de psicofármacos general [$\chi^2(3) = 14.9, p = 0.002$] y para el de antidepressivos [$\chi^2(3) = 12.1, p = 0.007$], no alcanzando la significación estadística para el consumo de tranquilizantes ($p > 0.05$) (Tablas 42b, 43b y 44b). Por contra, en el caso de los varones, si bien existe un mayor porcentaje de consumo en el grupo de universitarios, no alcanza la significación estadística para ninguna de las tres categorías analizadas ($p > 0.05$) (Tablas 42c, 43c y 44c).

GRÁFICA 12



b) Trastorno mental

Los análisis realizados para ver la posible relación entre las variables nivel de estudios y trastorno mental no ofrecen resultados estadísticamente significativos para ninguna de las categorías analizadas, trastorno mental reciente y trastorno mental alguna vez en la vida ($p > 0.05$) (Tablas 45 y 46).

6.2.6.- Influencia de la variable menopausia

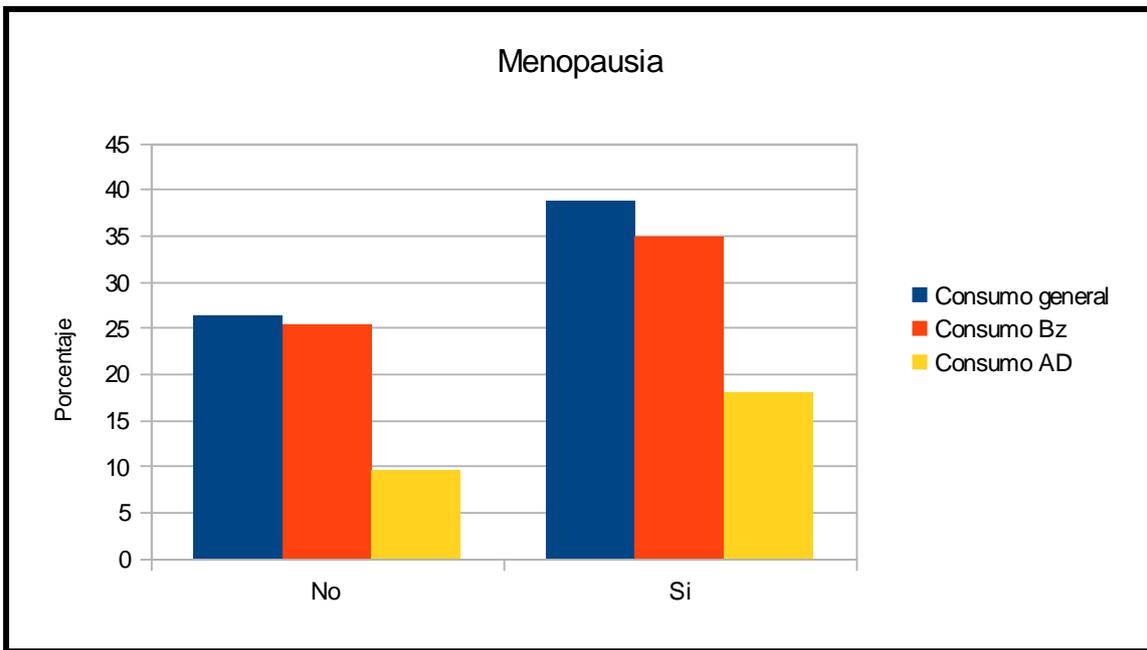
Para realizar estos análisis, seleccionamos únicamente al grupo de mujeres, y las categorizamos en dos grupos: mujeres que sí han comenzado / pasado la menopausia y mujeres que no han comenzado / pasado la menopausia.

a) Consumo de Psicofármacos

Los resultados obtenidos revelan que parece existir una relación estadísticamente significativa entre las variables menopausia y consumo de psicofármacos para las tres categorías analizadas, consumo general [$\chi^2(1) = 12.8, p = 0.000$], consumo de

antidepresivos [$\chi^2(1) = 10.8, p = 0.001$] y consumo de tranquilizantes [$\chi^2(1) = 8.2, p = 0.004$]. Los datos muestran que es en el grupo de mujeres que han pasado la menopausia donde existe un mayor porcentaje de consumo general comparadas con las mujeres que no la han pasado (38.6 % frente a 26.3 %). Sucede lo mismo cuando se analiza el consumo por grupo de fármacos, en concreto, 18 % frente a 9.5 % para el consumo de antidepresivos y 34.9 % frente a 25.3 % para el de fármacos tranquilizantes (Tablas 47 - 49).

GRÁFICA 13



b) Trastorno mental

En este caso, los datos muestran que existe un aumento de la prevalencia de trastorno mental en aquellas mujeres que han pasado la menopausia, aunque únicamente se alcanza la significación estadística en el caso de haber padecido trastorno mental de forma reciente [$\chi^2(1) = 7.5, p = 0.006$] (Tablas 50 y 51).

6.2.7.- Influencia de la variable trastorno mental

a) Consumo de Psicofármacos

Los resultados obtenidos, con la *muestra total de sujetos*, en cuanto a la relación entre la presencia de un **trastorno mental alguna vez en la vida** y el consumo de psicofármacos, revelan significación estadística para las 3 categorías analizadas; para el consumo general [$\chi^2(1) = 446, p = 0.000$], para el de antidepresivos [$\chi^2(1) = 315.2, p = 0.000$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2(1) = 361.3, p = 0.000$]. Estos datos parecen indicar que el padecer depresión, ansiedad u otros trastornos mentales puede considerarse como un factor que se asocia a un mayor consumo de psicofármacos.

Así, los resultados indican que un 76.7 % de los consumidores de psicofármacos en general refieren haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales alguna vez en la vida. De los que no consumen, sólo una mínima parte, el 16.7 %, manifiestan haber padecido alguno de estos trastornos (Tabla 52a1).

Por otra parte, un 95.8 % de los sujetos que afirman consumir fármacos antidepresivos, señalan haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales alguna vez en la vida, mientras que de los que no los consumen, un 23.6 % indican haber padecido trastorno mental alguna vez en la vida (Tabla 53a1).

Finalmente, el 74.7 % de los sujetos que consumen fármacos tranquilizantes, indican haber padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida, siendo el 18.8 % los que habiendo padecido el trastorno, no consumen este tipo de fármacos (Tabla 54a1).

Por otro lado, los resultados obtenidos, con la *muestra total de sujetos*, en cuanto a la relación entre la presencia de un **trastorno mental de forma reciente** y el consumo de psicofármacos, también revelan significación estadística para las 3 categorías analizadas; para el consumo general [$\chi^2(1) = 480, p = 0.000$], para el de antidepresivos [$\chi^2(1) = 385.1, p = 0.000$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2(1) = 379, p = 0.000$]. Estos datos parecen indicar que el padecer depresión, ansiedad u otros trastornos mentales de forma reciente puede considerarse como un factor que se asocia a un mayor consumo de psicofármacos.

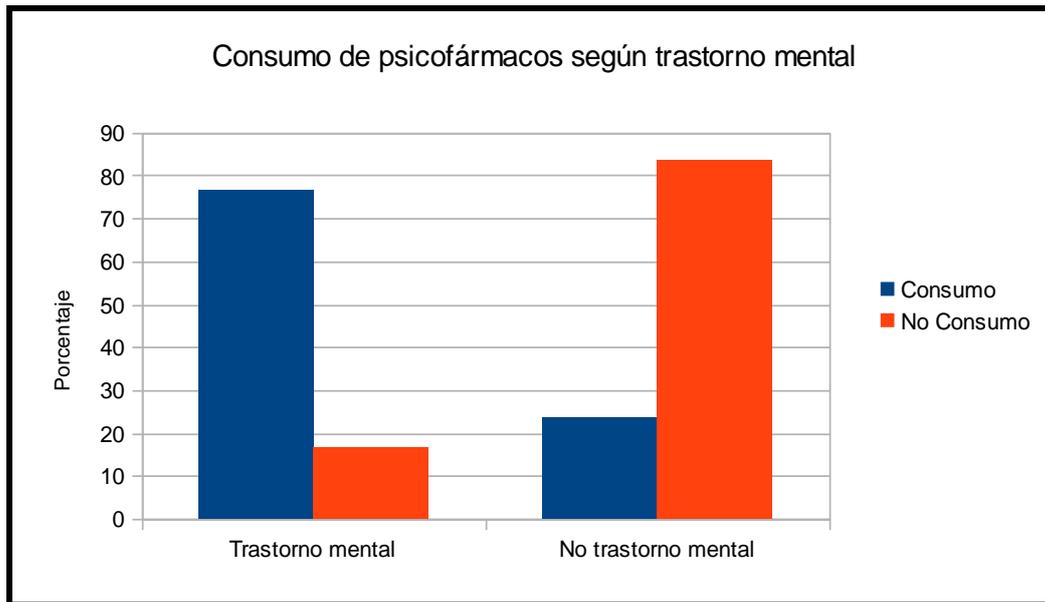
Así, los resultados indican que un 69.9 % de los consumidores de psicofármacos en general refieren haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales de forma reciente. De los que no consumen, sólo una parte, el 11.3 %, manifiestan haber padecido alguno de estos trastornos (Tabla 52b1).

Por otra parte, un 92.9 % de los sujetos que afirman consumir fármacos antidepresivos, señalan haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales de forma reciente, mientras que de los que no los consumen, un 17.7 % indican haber padecido trastorno mental de forma reciente (Tabla 53b1).

Finalmente, el 67.3 % de los sujetos que consumen fármacos tranquilizantes, indican haber padecido algún trastorno mental de forma reciente, siendo el 13.6 % los que habiendo padecido el trastorno de forma reciente, no consumen este tipo de fármacos (Tabla 54b1).

Si analizamos estos datos atendiendo a la *variable sexo*, observamos resultados similares a los expuestos anteriormente. Como podemos ver en las tablas 52 - 54, el porcentaje tanto de los que consumen como de los que no consumen que refieren haber padecido trastorno mental alguna vez en la vida o de forma reciente es menor en los varones (Tablas 52a3, 53a3 y 54a3 para trastorno mental alguna vez en la vida; Tablas 52b3, 53b3 y 54b3 para trastorno mental reciente) en comparación con las mujeres (Tablas 52a2, 53a2, 54a2; Tablas 52b2, 53b2 y 54b2) para los tres tipos de consumo (por ejemplo, del 10.9 % frente al 22.9 % para el consumo general, como se puede ver en las tablas 52a3 y 52a2 respectivamente). Cabe destacar en los varones que todos los que consumen antidepresivos o estimulantes referían haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales alguna vez en la vida y también de forma reciente (Tablas 53a3 y 53b3).

GRÁFICA 14



b) Trastorno mental

De los que referían haber padecido alguna vez en la vida trastorno mental, más de la mitad, 58.3 % (65.1 % para los que referían haber padecido trastorno mental de forma reciente), afirmaba haber consumido algún tipo de psicofármaco en el último mes. Por contra, de los que refieren no haber padecido trastorno mental, menos del 10 % (7.8 % alguna vez en la vida y 9.3 % de forma reciente) afirmaba haber consumido psicofármacos en general (Tablas 52a1 y 52b1).

De nuevo se obtienen datos muy similares a los del consumo en general para el consumo de tranquilizantes (Tablas 54a1 y 54b1). En el caso del consumo de antidepresivos (Tablas 53a1 y 53b1), alrededor de un tercio de los que referían haber padecido trastorno mental (30.3 % alguna vez en la vida y 35.8 % de forma reciente) afirmaba haberlos consumido. Finalmente, prácticamente nadie (0.6 % y 0.9 % respectivamente) de los que refieren no haber padecido trastorno mental manifestaban haberlos consumido.

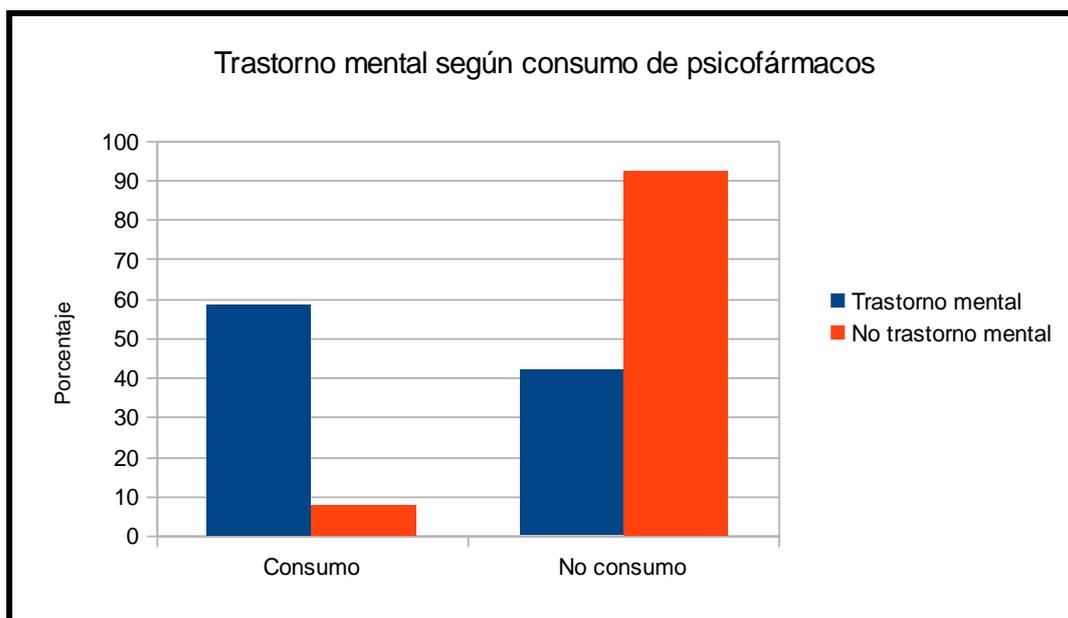
Los resultados obtenidos, atendiendo a la *variable sexo*, alcanzan significación estadística tanto para varones como para mujeres, en cada una de las categorías analizadas.

En el grupo de mujeres, en el caso de padecer trastorno mental alguna vez en la vida, se obtuvieron resultados significativos para el consumo de psicofármacos general [$\chi^2 (1) = 225.1, p = 0.000$], para el de antidepresivos [$\chi^2 (1) = 173.9, p = 0.000$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2 (1) = 177.1, p = 0.000$]. En el caso de padecer trastorno mental de forma reciente para el consumo de psicofármacos general [$\chi^2 (1) = 248.4, p = 0.000$], para el de antidepresivos [$\chi^2 (1) = 203.3, p = 0.000$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2 (1) = 191.5, p = 0.000$].

En el grupo de varones, en el caso de padecer trastorno mental alguna vez en la vida, los resultados fueron para el consumo general [$\chi^2 (1) = 156.4, p = 0.000$], para el de antidepresivos [$\chi^2 (1) = 91.7, p = 0.000$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2 (1) = 125.9, p = 0.000$]. En el caso de padecer trastorno mental de forma reciente, para el consumo de psicofármacos general [$\chi^2 (1) = 156.5, p = 0.000$], para el de antidepresivos [$\chi^2 (1) = 137.3, p = 0.000$] y para el de tranquilizantes [$\chi^2 (1) = 116.6, p = 0.000$].

En los varones que referían haber padecido alguna vez en la vida trastorno mental, a diferencia de las mujeres, el porcentaje que consumía se sitúa por debajo de la mitad (41.3 % frente al 63.7 %) (Tablas 52a3 y 52a2), en concreto en cuanto al consumo de antidepresivos se sitúa en el 16.5 % frente al 34.7 % de las mujeres (Tablas 53a3 y 53a2). De los que refieren no haber padecido trastorno mental, mientras que en las mujeres las cifras de consumo en general y de tranquilizantes se sitúan en torno al 13 % (Tablas 52a2 y 54a2) y de antidepresivos alrededor del 1 % (Tabla 53a2), en los varones es claramente inferior, siendo un 3 % los consumidores de algún psicofármaco en general y de tranquilizantes (Tablas 52a3 y 54a3), y ninguno de los varones refería haber consumido antidepresivos sin padecer dicho trastorno (Tabla 53a3).

GRÁFICA 15



6.3.- ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

6.3.1. Regresión logística simple

A continuación se muestran los resultados obtenidos sobre la relación del consumo de psicofármacos con las diferentes características sociodemográficas analizadas y la presencia de trastorno mental tanto de la muestra total como de dicha muestra categorizada por sexos (Tablas 55a-55c).

a) Influencia de las variables sociodemográficas sobre el consumo de psicofármacos

Los análisis realizados, con la muestra total de sujetos, señalan que las mayores probabilidades de consumo de psicofármacos se relacionan con el **sexo femenino** en todas las variables dependientes analizadas ($p < .01$) con una odds ratio asociada de 5.02 en el caso del consumo general, de 6.21 para el consumo de fármacos antidepresivos y de 4.90 para el de tranquilizantes. Así, el 34.3 % de las mujeres refieren haber consumido algún psicofármaco de manera general frente al 9.4 % en varones. Para las otras dos categorías evaluadas, consumo de fármacos tranquilizantes y de antidepresivos, se mantiene una proporción por sexos similar (31.2% versus 8.5%) y (15% versus 2.8%) respectivamente (Tablas 56.1 – 56.3).

En cuanto a la variable **edad**, los análisis realizados tanto con la muestra total de sujetos como con el grupo de mujeres, parecen indicar que se produce un incremento en el consumo de psicofármacos conforme aumenta la edad en todas las categorías analizadas ($p < .01$). En este caso, la odds ratio asociada para el consumo general de psicofármacos fue de 1.04 en la muestra total y de 1.05 en la muestra de mujeres, para el de antidepresivos de 1.04 en la muestra total y de 1.06 en el grupo de mujeres y para el consumo de fármacos tranquilizantes de 1.04 y 1.05 para la muestra total y para el grupo de mujeres respectivamente,. Por el contrario, cuando los análisis se realizan únicamente con el grupo de varones, los resultados no alcanzan la significación estadística en ninguna de las variables dependientes analizadas ($p > .05$) (Tablas 55a-55c).

El **nivel de estudios** también parece relacionarse con el consumo de psicofármacos, sin embargo, dicha relación es diferente según el grupo muestral con el que se realiza el análisis.

Así, cuando se utiliza la *muestra total de sujetos*, los análisis muestran resultados significativos con el consumo de carácter general ($p = .01$), con una odds ratio asociada de 1.40 y con el de antidepresivos ($p = .01$), con una odds ratio asociada de 1.62 (Tabla 55a). De aquellos sujetos que manifiestan tener únicamente *estudios primarios o inferiores*, el 26.1 % refieren consumo general de psicofármacos y el 11.5 % de antidepresivos (frente a los de estudios secundarios o superiores que presentan cifras de consumo del 20.1 % y 7.4 % respectivamente) (Tablas 57.1 y 57.2). Con este análisis, el consumo de tranquilizantes no parece tener relación con el nivel académico ($p = .11$) (Tabla 55a).

Por otro lado, los análisis con el *grupo de mujeres* muestran que parece existir una relación con el nivel de estudios que alcanza significación estadística en las 3 variables dependientes analizadas, consumo general de psicofármacos ($p = .001$), con una odds ratio asociada de 1.75, consumo de antidepresivos ($p = .003$), con una odds ratio asociada de 1.91 y consumo de tranquilizantes ($p = .02$) con una odds ratio asociada de 1.48 (Tabla 55b). Así, de nuevo el consumo parece relacionarse con niveles de estudios primarios o inferiores, concretamente, el 40.0 % de las mujeres que refieren este nivel educativo, consumen psicofármacos de manera general frente al 27.6 % que señalan tener estudios secundarios o superiores. En el caso del consumo de antidepresivos y tranquilizantes, las proporciones son similares (18.8 % versus 10.9 %) y (35.2 % versus 26.8 %) respectivamente (Tablas 58.1-58.3).

Finalmente, no aparecen resultados estadísticamente significativos cuando se analiza la relación entre el nivel de estudios y el consumo de fármacos en el *grupo de varones* ($p > .05$) para ninguna de las categorías analizadas (Tabla 55c).

En relación con la **situación laboral**, cuando se utiliza la *muestra total de sujetos* para los análisis, se observan resultados estadísticamente significativos para las 3 categorías analizadas ($p = .000$). La odds ratio asociada es de 2.78 para el consumo general de psicofármacos, de 3.34 para el de fármacos antidepresivos y de 2.70 para el consumo de tranquilizantes (Tabla 55a). En este caso, las mayores probabilidades de consumo

parecen relacionarse con aquellos sujetos que refieren encontrarse *inactivos, jubilados o que se dedican a labores domésticas*. Así, el 34.4 % de estos sujetos señalaban consumo general de psicofármacos, frente al 15.8% que lo hacían encontrándose en una situación laboral activa, un 31.2 % para el consumo de fármacos tranquilizantes, frente al 14.4 %, y un 16 % para el de antidepresivos, frente al 5.4 % (Tablas 59.1-59.3).

Cuando se realizan los análisis por sexos, aparecen resultados similares.

En el *grupo de mujeres*, de nuevo los resultados vuelven a alcanzar significación estadística para las 3 variables dependientes ($p = .000$). La odds ratio asociada es de 2.14 para el consumo general de psicofármacos, de 2.53 para el de fármacos antidepresivos y de 2.13 para el consumo de tranquilizantes (Tabla 55b). Así, del grupo de mujeres que están inactivas, jubiladas o se dedican a labores domésticas, frente a las que están laboralmente activas, un 42.3 % refiere que consume fármacos de manera general, un 20.6 % fármacos antidepresivos y un 39.0 % fármacos tranquilizantes (Tablas 60.1-60.3).

Finalmente, los análisis con el *grupo de varones* fueron estadísticamente significativos en consumo general de psicofármacos ($p = .007$) y consumo de tranquilizantes ($p = .04$), con una odds ratio asociada de 2.09 y 1.81 respectivamente (Tabla 55c). El 14.6 % de los sujetos que manifestaron no estar activos laboralmente referían consumo general frente al 7.6 % que consumían estando en una situación activa. También, el 12.3 % de los sujetos inactivos señalaban consumo de fármacos tranquilizantes frente al 7.2 % de los laboralmente activos (Tablas 61.1 y 61.2).

La **menopausia** también parece relacionarse tanto con el consumo general ($p = .001$), con una odds ratio asociada de 1.76, como con el consumo de antidepresivos ($p = .002$), con una odds ratio asociada de 2.10 y de tranquilizantes ($p = .007$), con una odds ratio asociada de 1.59 (Tabla 55b). Así, el 38.6 % de las mujeres que *sí han comenzado o pasado la menopausia* refieren consumir psicofármacos de manera general, siendo estos porcentajes del 34.9 % y 18 % para el consumo de fármacos tranquilizantes y antidepresivos respectivamente (Tablas 62.1-62.3).

Finalmente, el **estado civil** no parece mostrar ninguna asociación con el consumo de fármacos psicotrópicos para ninguna de las VD ni de los grupos analizados ($p > .05$) (Tablas 55a-55c).

b) Relación de los trastornos mentales con el consumo de psicofármacos

En cuanto a haber padecido un **trastorno mental reciente**, los datos obtenidos con la *muestra general de sujetos*, parecen establecer una asociación con las 3 categorías analizadas ($p = .000$). La odds ratio asociada fue de 18.13 para el consumo general de psicofármacos, de 60.87 para el consumo de antidepresivos y de 13.13 para el consumo de fármacos tranquilizantes (Tabla 55a). Así, el 65.1 % de los sujetos que refieren *haber padecido un trastorno de manera reciente*, consumen psicofármacos de manera general, siendo el 35.8 % el que consume fármacos antidepresivos y el 57.2 % tranquilizantes (Tablas 63.1–63.3).

Cuando se analizan los resultados separando la muestra por sexos, esta relación parece mantenerse.

En el caso del *grupo de mujeres* los datos muestran significación estadística en las tres variables analizadas ($p = .000$). La odds ratio asociada fue de 12.97 para el consumo general de psicofármacos, de 33.45 para el consumo de antidepresivos y de 9.25 para el consumo de fármacos tranquilizantes (Tabla 55b). Así, el 69.7 % de las mujeres que señalan haber tenido un trastorno mental reciente, consumen psicofármacos de manera general, el 39.1 % consume fármacos antidepresivos y el 61.7 % tranquilizantes (Tablas 64.1-64.3).

Para el *grupo de varones*, los análisis mostraron resultados significativos para 2 de las variables analizadas, consumo general de psicofármacos y consumo de tranquilizantes ($p = .000$), con una odds ratio asociada de 22.04 y 16.06 respectivamente (Tabla 55c). En esta ocasión, el 48.1 % de los varones refieren haber consumido psicofármacos de manera general tras padecer este tipo de trastorno, siendo un 40.3 % los que consumen fármacos tranquilizantes (Tablas 65.1 y 65.2). Los resultados con la variable antidepresivos no revelaron significación estadística ($p = .099$) (Tabla 55c).

Finalmente, analizamos la posible influencia de un trastorno mental sostenido en el tiempo. En este caso, únicamente se disponía de datos del grupo de mujeres y por ello, los resultados que se exponen a continuación están circunscritos a ellas.

De manera similar a lo sucedido con el trastorno mental reciente, cuando se analiza el *trastorno sostenido en el tiempo*, los resultados vuelven a alcanzar significación estadística para las 3 categorías analizadas ($p = .000$). La odds ratio asociada fue de

13.32 para el consumo general de psicofármacos, de 15.19 para el consumo de antidepresivos y de 7.75 en el caso de consumo de fármacos tranquilizantes (Tabla 55b). En esta ocasión, el 84 % de las mujeres que padecen un trastorno de estas características menciona consumir psicofármacos de manera general, siendo dicho consumo del 73.3 % en el caso de los tranquilizantes y del 62.2 % para los fármacos antidepresivos (Tablas 66.1-66.3).

6.3.2. Regresión logística múltiple

Al igual que los resultados expuestos con anterioridad, los obtenidos mediante regresión logística múltiple se describen atendiendo a la muestra general de sujetos y a dicha muestra separada por sexos.

Con la *muestra total de sujetos*, los análisis muestran que para las tres VD analizadas, los predictores seleccionados por el modelo de regresión son: el sexo, la edad, la situación laboral y el haber padecido un trastorno mental previo de carácter reciente (Tabla 67a).

El análisis de la variable **sexo** mostró resultados estadísticamente significativos para todas las categorías evaluadas ($p < 0.01$), siendo la odds ratio asociada de 3.06 para el consumo general, 2.66 para el de antidepresivos y de 2.97 para el consumo de tranquilizantes.

La variable **edad** también parece relacionarse significativamente con el consumo general de psicofármacos (OR: 1.04; $p = 0.001$), de fármacos antidepresivos (OR: 1.04; $p = 0.021$), y con el consumo de tranquilizantes (OR: 1.03; $p = 0.004$).

La **situación laboral** de nuevo parece afectar tanto al consumo de psicofármacos en general (OR: 1.69; $p = 0.003$), como al consumo de antidepresivos (OR: 1.73; $p = 0.02$) y de tranquilizantes (OR: 1.57; $p = 0.01$).

Finalmente, el haber padecido un **trastorno mental** de manera **reciente** se establece como el mejor predictor del consumo en todas las categorías analizadas ($p = 0.000$) con una odds ratio asociada de 14.64 para el consumo de psicofármacos en general, de 47.67 para el de antidepresivos y de 10.34 para el consumo de tranquilizantes.

Los análisis realizados únicamente con el *grupo de mujeres* muestran que los predictores seleccionados por el análisis de regresión múltiple son la edad y el haber padecido un trastorno mental, tanto de manera reciente como sostenido en el tiempo (Tabla 67b).

La **edad** parece afectar significativamente tanto al consumo de psicofármacos en general (OR: 1.05; $p = 0.03$) como al de antidepresivos (OR: 1.06; $p = 0.01$) y al de tranquilizantes (OR: 1.05; $p = 0.02$).

También la presencia de un **trastorno mental** parece ser un buen predictor del consumo de psicofármacos tanto si se trata de un trastorno reciente como sostenido. El trastorno mental reciente aparece como predictor de mayor consumo en todas las categorías analizadas ($p = 0.000$) con una odds ratio asociada de 9.34 para el consumo de psicofármacos en general, de 29.93 para el de antidepresivos y de 7.21 para el consumo de tranquilizantes. El trastorno mental sostenido también lo es en todas las categorías analizadas, consumo en general (OR: 3.27; $p = 0.001$), de antidepresivos (OR: 3.84; $p = 0.000$) y de tranquilizantes (OR: 2.29; $p = 0.008$).

Los análisis realizados con el *grupo de varones* muestran que el único predictor seleccionado por el análisis de regresión múltiple es el haber padecido un trastorno mental de manera reciente (Tabla 67c).

Así, el haber padecido este tipo de trastorno, parece establecerse como un predictor de mayor consumo en las categorías consumo en general y de tranquilizantes ($p = 0.000$), con una odds ratio asociada de 22.20 y de 15.50, respectivamente.

6.4.- CONTRIBUCIÓN RELATIVA DE FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES AL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El segundo objetivo del presente trabajo consistía en realizar un análisis clásico de gemelos para estimar la heredabilidad del consumo de psicofármacos.

6.4.1. Tasas de concordancia y relación con la heredabilidad

Los estudios de gemelos se utilizan para evaluar el papel relativo de los genes y del ambiente en el desarrollo de rasgos conductuales y trastornos/enfermedades de todo tipo. Esta evaluación se plasma en la estimación de la heredabilidad de un fenotipo; es decir, la proporción de variación inter-individual (varianza) que es debida a diferencias genéticas entre los individuos. Esta heredabilidad puede estimarse tanto en fenotipos cuantitativos como cualitativos y puede tomar valores entre 0 y 1. En general se asume que (Ramírez & Egaña, 2003):

$0 < h^2 < 0.25$ --- Baja heredabilidad

$0.25 < h^2 < 0.50$ --- Heredabilidad media

$0.50 < h^2 < 1$ --- Alta heredabilidad

En nuestro estudio, para hallar el grado de contribución de los factores genéticos sobre el consumo de psicofármacos hemos realizado en primer lugar una estimación preliminar de la heredabilidad. Esta estimación se lleva a cabo a través de una comparación del grado de similitud entre parejas de gemelos monocigóticos (MZ) y dicigóticos (DZ). Si los gemelos MZ se parecen más entre si que los gemelos DZ, se asume que este mayor parecido es producto de su mayor similitud genética y, por tanto, que el rasgo estudiado está influido genéticamente. La magnitud de esta influencia dependerá de la diferencia entre similitudes; es decir, de cuánto más se parecen entre si los MZ que los DZ. Si los gemelos MZ no resultan ser más parecidos entre si que los

DZ, entonces se asume que la variación en el rasgo está influida solamente por factores ambientales.

De acuerdo con las asunciones establecidas en el modelo genético básico, las diferencias entre las personas en un rasgo determinado o fenotipo, puede ser atribuidas a 3 fuentes de variación: 1) Varianza genética (principalmente varianza aditiva (V_A), 2) La varianza atribuible a experiencias comunes compartidas por miembros de la familia que viven juntos (V_C), (por ejemplo nivel socioeconómico durante la infancia) y 3) la varianza debida a experiencias específicas del individuo y no compartidas por los miembros de la familia (V_E), (por ejemplo historia laboral en la vida adulta). Así la varianza fenotípica (V_P) puede ser expresada de la siguiente manera:

$$V_P = V_A + V_C + V_E$$

Si cada término de esta ecuación se divide por V_P de forma que la varianza fenotípica equivale a 1 unidad, obtenemos la siguiente fórmula:

$$1 = h^2 + c^2 + e^2$$

Donde la h^2 es la aproximación a la heredabilidad (proporción de la varianza del consumo de psicofármacos atribuible a factores genéticos), c^2 es la proporción de la varianza atribuible a las influencias del ambiente compartido, y e^2 es la proporción de la varianza atribuible a las influencias del ambiente no compartido.

Para establecer la proporción de la varianza con la información de este estudio, se puede llevar a cabo un acercamiento inicial a través de las fórmulas básicas de Falconer (Falconer & MacKay, 1996):

$$h^2 = 2 \times (r_{MZ} - r_{DZ})$$

Donde r_{MZ} representa la correlación para los pares MZ y r_{DZ} supone la correlación para pares DZ. En el caso de datos cualitativos, se puede sustituir la correlación por la tasa de concordancia, con lo que la fórmula queda de la siguiente manera:

$$h^2 = 2 \times (C_{MZ} - C_{DZ})$$

Nuestra muestra se distribuye en 794 pares de gemelos (376 pares de MZ y 418 pares de DZ), de ellos 714 son pares completos y 80 incompletos.

En las Tablas 68 – 76 podemos observar el número de pares concordantes y discordantes en las parejas de gemelos monocigóticos y dicigóticos para los tres tipos de consumo analizados. Con estos datos, hallamos la tasa de concordancia en gemelos MZ y DZ (Cuadro 11) mediante la siguiente fórmula para cada uno de los tipos de consumo y en función del sexo:

$$\text{Tasa de concordancia} = 2 \times \text{número de pares concordantes} / (2 \times \text{número de pares concordantes} + \text{número de pares discordantes})$$

Cuadro 11 – Tasas de concordancia

		Tasas de concordancia Mz	Tasas de concordancia Dz
Muestra total	Consumo general	0.52	0.38
	Tranquilizantes	0.46	0.35
	Antidepresivos	0.31	0.30
Mujeres	Consumo general	0.58	0.43
	Tranquilizantes	0.52	0.40
	Antidepresivos	0.33	0.29
Varones	Consumo general	0.22	0.08
	Tranquilizantes	0.16	0.09
	Antidepresivos	0.22	0.40

Como se puede observar, las tasas de concordancia son consistentemente mayores entre gemelos MZ en comparación con los gemelos DZ, tanto para consumo general como para el de tranquilizantes. Sin embargo, estas diferencias no son tan claras en el caso de los antidepresivos, especialmente en varones, lo que sería achacable a la escasa prevalencia de consumo de estos psicofármacos en esta población.

Este cálculo inicial permite un acercamiento preliminar a la cuestión que orienta hacia la presencia de factores genéticos implicados en el fenotipo de estudio. Posteriormente, con el ánimo de profundizar en esta cuestión y obtener estimaciones más fiables de los parámetros genéticos y ambientales se llevó a cabo un análisis a través de modelos de ecuaciones estructurales.

6.4.2. Estimación de la heredabilidad

El tipo de muestra utilizada permite llevar a cabo un diseño clásico de gemelos para estimar la distribución de la varianza fenotípica entre sus componentes genéticos y ambientales. Como cabía esperar, las **correlaciones tetracóricas** obtenidas fueron consistentemente mayores entre gemelos MZ que entre DZ (Cuadro 12). De nuevo, la única excepción la constituía el consumo de antidepresivos en varones, por el motivo

antes apuntado. Esta mayor similitud de los MZ apunta hacia la presencia de factores genéticos implicados en el fenotipo de interés.

Cuadro 12 – Correlaciones tetracóricas entre gemelos monocigóticos (r_{MZ}) y dicigóticos (r_{DZ}). Intervalo de confianza (IC) 95%.

12.1 - Muestra total

	r_{MZ} (IC 95%) n = 342 pares	r_{DZ} (IC 95%) n = 372 pares
Consumo de medicación psicoactiva (Cualquiera)	0.497 (0.317 - 0.649)	0.175 (-0.039 - 0.376)
Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos	0.406 (0.212 - 0.575)	0.196 (-0.025 - 0.401)
Antidepresivos o estimulantes	0.443 (0.176 - 0.659)	0.381 (0.108 - 0.612)

12.2 - Mujeres

	r_{MZ} (IC 95%) (n = 212 pares)	r_{DZ} (IC 95%) (n = 209 pares)
Consumo de medicación psicoactiva (Cualquiera)	0.548 (0.352 - 0.707)	0.201 (-0.031 - 0.417)
Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos	0.459 (0.247 - 0.638)	0.218 (-0.021 - 0.439)
Antidepresivos o estimulantes	0.429 (0.130 - 0.668)	0.308 (0.014 - 0.564)

12.3 - Varones

	r_{MZ} (IC 95%) (n = 130 pares)	r_{DZ} (IC 95%) (n = 163 pares)
Consumo de medicación psicoactiva (Cualquiera)	0.297 (-0.129 - 0.651)	0.025 (-0.496 - 0.519)
Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos	0.18 (-0.271 - 0.584)	0.072 (-0.464 - 0.561)
Antidepresivos o estimulantes	0.508 (-0.134 - 0.885)	0.873 (0.254 - 0.992)

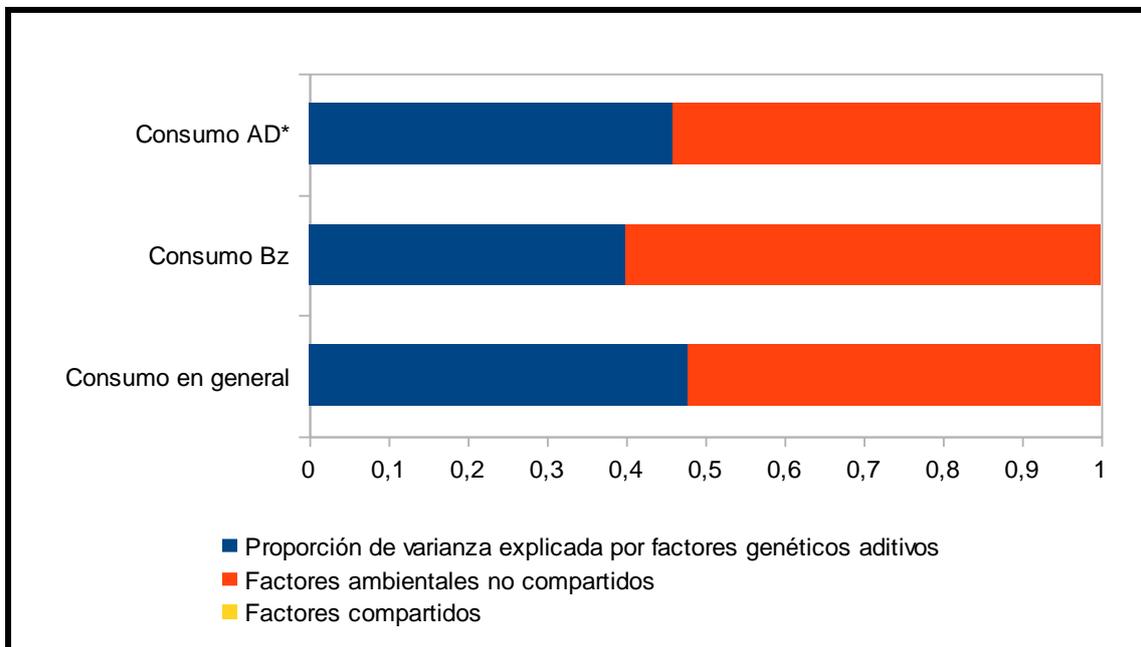
Los resultados del **ajuste de modelos genéticos** se muestran en las Tablas 77 a, b y c. En los modelos saturados, los umbrales pudieron ser restringidos a ser iguales entre todos los grupos sin que el ajuste fuera significativamente peor ($p > 0.05$). Por tanto, como cabía esperar, se asume que no existen diferencias por orden entre parejas ni por cigosidad. En lo que se refiere a consumo general y de tranquilizantes, los modelos ACE (A: varianza debida a factores genéticos aditivos; C: varianza debida a factores ambientales compartidos; E: varianza debida a factores ambientales individuales) presentaron un ajuste adecuado, sin presentar diferencias significativas con los modelos saturados, por lo que se procedió a ajustar modelos anidados analizando sucesivamente si los modelos AE, CE o E podían explicar los datos sin pérdida significativa de ajuste. Los modelos que mejor ajustaban, en ambos casos, eran aquellos que distribuían la varianza entre factores genéticos y ambientales únicos de cada individuo (AE). No se detectó evidencia significativa de la presencia de factores ambientales compartidos en ninguno de los tres fenotipos estudiados.

Las estimaciones de la distribución de la varianza se muestran en la parte derecha de las Tablas 77 a, b y c. Como se puede observar, las estimaciones de heredabilidad indican que aproximadamente la mitad de la varianza observada en el consumo de medicación psicoactiva (i.e., 0.476 para el consumo en general; 0.404 para el consumo de tranquilizantes) es debida a factores genéticos, mientras que el resto se debería a factores ambientales propios de cada individuo. Podemos observar grandes diferencias en cuanto al sexo, siendo la heredabilidad en el consumo en las mujeres mucho más elevada que en los varones (0.53 frente a 0.27 para el consumo en general y 0.46 frente a 0.18 para el de tranquilizantes). El peso del consumo entre mujeres es de tal magnitud, en comparación con el de varones, que las estimaciones de parámetros obtenidas dependen en gran medida de éstas.

En el caso de los antidepresivos, sin embargo, la prevalencia de consumo no generó suficiente variabilidad para un análisis pormenorizado y la muestra no ofrece potencia estadística suficiente para poder eliminar claramente ninguno de los factores. Esto es especialmente cierto en el caso de los varones. Para las mujeres, las estimaciones del modelo ACE reflejarían una contribución similar de factores genéticos y ambientales compartidos (Tabla 77c). Sin embargo, un análisis adicional de la muestra femenina en

solitario vuelve a indicar que el modelo AE es el que mejor ajusta ($\chi^2 = 0.33$; $df = 1$; $p = 0.56$), con un estimación de heredabilidad de 0.46.

GRÁFICA 16: Heredabilidad del consumo de psicofármacos



* Estimado solamente en la muestra femenina.

7.- DISCUSIÓN Y **CONCLUSIONES**

7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de nuestro estudio es analizar la relación entre el consumo de fármacos psicotrópicos, en general y por categoría terapéutica, y determinados factores asociados. Para ello evaluamos aquellas variables sociodemográficas y de salud que habitualmente se emplean en estudios similares (Codony et al., 2007; Secades Villa et al., 2003; Martínez et al., 2008; Vázquez-Barquero et al., 1990; Ohayon et al., 1996b; Ohayon et al., 1996c; Ohayon et al., 1995; Boeuf-Cazou et al., 2010; Alonso et al., 2004; Carrasco et al., 2001; Carrasco-Garrido et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1989; Fernández et al., 1997; Cooperstock et al., 1982; Isacson et al., 1988). Además, estudiamos la posible relación entre este consumo y la presencia de factores genéticos relacionados.

7.1. PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL

Los resultados de este estudio indican que el **30.6 %** de los sujetos entrevistados en el año 2009 refería haber padecido alguna vez en la vida algún trastorno mental mientras que uno de cada cuatro afirmaba haberlo padecido durante los últimos 12 meses. Por otro lado, y este dato se refiere exclusivamente a la muestra de mujeres ya que no disponemos datos de los varones en 2007, un **10.7 %** afirmaba padecer trastorno mental tanto en ese año como en el año 2007, fecha en la que se realizó la primera entrevista (trastorno mental sostenido).

Resulta complicada la comparación de nuestros resultados con los de estudios previos debido a las diferencias en cuanto a metodología y selección de la muestra. A pesar de ello, los resultados obtenidos apuntan en una dirección común. Si comparamos de forma preliminar con los resultados del estudio más reciente de carácter diagnóstico, el ESEMeD (Haro et al., 2006), observamos que nuestras cifras de prevalencia son superiores (en este estudio, el 19.5 % había padecido trastorno mental alguna vez en la vida y el 8.4 % en los últimos 12 meses). En cualquier caso, creemos que esta diferencia puede deberse a la mayor edad de los sujetos de nuestra muestra, menor tamaño muestral así como la existencia de menor fiabilidad en el diagnóstico en nuestro estudio al no utilizarse entrevistas diagnósticas estructuradas basadas en criterios DSM o CIE-10 (en el ESEMeD se realiza una entrevista domiciliaria asistida por ordenador utilizando la versión española de la CIDI, Composite International Diagnostic Interview, que proporciona diagnósticos psiquiátricos según criterios DSM-IV y CIE-10), restringiéndonos en nuestro caso a lo que responda el sujeto acerca de si padece o no trastorno mental, lo que conlleva limitaciones a este respecto debido a la probable existencia de falsos positivos y negativos.

7.2. PREVALENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En el último mes (datos de 2009) el **23.3 %** de los sujetos afirmaba haber consumido algún tipo de psicofármaco en general (ya fuera del grupo de los tranquilizantes o de los antidepresivos), en concreto el 21.2 % habían consumido tranquilizantes y el 9.6 % antidepresivos.

Aunque de nuevo resulta difícil comparar nuestros resultados con los de estudios previos, debido a la gran variabilidad en los métodos y en las muestras, la prevalencia de consumo de psicofármacos en general encontrada en nuestro estudio se sitúa dentro del rango en las que se hallan las de otros estudios realizados en nuestro país, que hacen referencia a una prevalencia de un 10 - 20 % (Secades Villa et al., 2003; Ortíz Lobo et al., 1996), en concreto los dos más destacados hablan de una prevalencia de consumo (se refiere a consumo en los últimos 12 meses) del 16 % y 9.8 % respectivamente (Codony et al., 2007; Ricci-Cabello et al., 2010), siendo de 11.4 % para benzodiacepinas y de 4.7 % para antidepresivos (Codony et al., 2007). Hay que tener en cuenta que el rango de edad seleccionado en estos estudios es el de mayores de 18 años, diferente por tanto al de nuestro estudio (43 – 70 años), lo que puede explicar la mayor prevalencia en nuestro caso, y nos lleva a realizar únicamente una comparación preliminar. Si comparamos respecto a estudios con un diseño metodológico similar enfocando los resultados en los grupos de similar edad, obtenemos cifras similares a las de nuestro estudio respecto al consumo general, en torno al 20.4 % (Codony et al., 2007) y al 14.5 % (Alonso et al., 2004) mientras que del 14.5 % respecto al consumo de hipnosedantes (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013), cifra inferior en este último caso a la hallada en nuestro estudio.

Al igual que diversos estudios encontramos cómo el grupo de psicofármacos más consumido es el de las benzodiacepinas (Fernández et al., 1997; Codony et al., 2007; Alonso et al., 2004), por encima del grupo de los antidepresivos.

Por otro lado, los resultados de nuestro estudio reflejan que el 11.4 % refería haber consumido tranquilizantes en 2009 y también en 2007, mientras que el 5.3 % lo había hecho de igual forma pero para antidepresivos (consumo sostenido en mujeres). Se evidencia así mismo un aumento de las cifras de consumo en el año 2009 en

comparación con 2007 (datos de 2007 sólo disponibles en mujeres), tanto en el consumo de tranquilizantes (31.2 % frente al 15.9 %) como en el de antidepresivos (15 % frente al 9 %).

En referente al porcentaje de autoconsumo o de consumo sin receta, obtenemos que de entre los consumidores de tranquilizantes, el 2.9 % lo habían hecho sin receta médica mientras que ningún sujeto había consumidos antidepresivos sin receta médica. Podemos comparar estas cifras con las obtenidos en otros estudios, que hablan del 1.2 % para hipnosedantes en sujetos entre 35 - 64 años (Ricci-Cabello et al., 2010). No hemos analizado los factores asociados al autoconsumo en nuestro estudio debido a la baja prevalencia en nuestra muestra, pero destacamos diferencias encontradas en cuanto al sexo, siendo la prevalencia de autoconsumo mayor en los varones que en las mujeres, tal como indican otros estudios (Vázquez-Barquero et al., 1990).

7.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Es importante aclarar que en realidad, tal y como observamos en los análisis de regresión, muchos de los factores que se describen a continuación pierden significación una vez que en el análisis introducimos el factor sexo y la edad. Es decir, todas las variaciones se podrían explicar principalmente a través de estas dos variables. En realidad, el peso de casi todos los factores sobre el consumo desaparece al controlar por sexo y edad en nuestra muestra.

- *Consumo en relación con el sexo*

Como otros autores, encontramos que el consumo de psicofármacos es significativamente superior en mujeres que en hombres (Secades Villa et al., 2003; Martínez et al., 2008; Alonso Formento, 2006; Ohayon et al., 1996b; Boeuf-Cazou et al., 2010; Carrasco-Garrido et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1989; Fernández et al., 1997), obteniendo en las mujeres un porcentaje de consumo del 34.3 % frente al 9.4 % de los varones. Para tranquilizantes los porcentajes fueron del 31.2 % frente al 8.5 % y para antidepresivos del 15 % frente al 2.8 % en los varones.

Las cifras de consumo obtenidas por tanto son de **más del triple en mujeres que en hombres** para el consumo en general mientras que en la bibliografía se observan porcentajes de casi el doble (Isacson et al., 1988). Tal y como sugieren varios estudios este predominio en el consumo en las mujeres se puede deber a una mayor predisposición y vulnerabilidad de estas a los factores de estrés, así como a la mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (particularmente trastornos ansiosos y depresivos) (Alonso et al., 2004; Carrasco-Garrido et al., 2007). Además las mujeres expresan más comúnmente quejas de síntomas psicológicos y problemas emocionales y buscan ayuda profesional con mayor frecuencia (Alonso et al., 2004; Carrasco-Garrido et al., 2007).

Analizando los distintos factores según el sexo observamos que las mujeres obtienen cifras de consumo más elevadas predominantemente en los grupos de mayor de edad, en

las que tienen pareja (no significativo), las de menor nivel de estudios, las amas de casa y jubiladas, las que han pasado la menopausia y las que padecen trastorno mental de forma reciente o sostenido en el tiempo. Por contra, en los varones, los grupos de mayor consumo corresponden a los de edad intermedia (no significativo), los que no tienen pareja (no significativo), los de estudios universitarios (no significativo), los jubilados (no significativo para antidepresivos) y los que padecen trastorno mental de forma reciente (incalculable para antidepresivos). Los mejores predictores para el consumo en las mujeres son la edad y haber padecido trastorno mental reciente o sostenido mientras que en los varones sería haber padecido trastorno mental reciente.

Podríamos sugerir por tanto un perfil de mujeres consumidoras (mujeres entre 61-70 años, que han pasado la menopausia, con pareja, con un menor nivel de estudios, dedicadas a las tareas del hogar o jubiladas, que han padecido trastorno mental de forma reciente o sostenida en el tiempo) diferente al perfil de los consumidores varones (varones entre 51 – 60 años, sin pareja, con estudios universitarios, jubilados, que han padecido trastorno mental de forma reciente), aunque en estos últimos no encontramos prácticamente resultados significativos debido a la baja prevalencia de consumo que obtenemos.

En nuestro estudio, al igual que en otros previos (Codony et al., 2007; Alonso et al., 2004; Carrasco et al., 2001), el factor sexo se ha mostrado asociado al consumo en general, de tranquilizantes y antidepresivos con independencia del resto de factores estudiados, entre ellos el padecer trastorno mental.

- *Consumo en relación con la edad*

El consumo en general **se incrementa con la edad**, obteniendo cifras en nuestro estudio del 18.8 % en menores de 50 años, 26.1 % en los de 51 – 60 años hasta el 30.1 % en los mayores de 60 años. Lo mismo ocurre para el consumo de tranquilizantes y para el de antidepresivos. En este último caso el porcentaje de consumo es más del doble en los sujetos entre 61 – 70 años que en los más jóvenes. Esta relación entre el mayor consumo según avanza la edad se corresponde con el resto de estudios previos que encontramos en la bibliografía (Codony et al., 2007; Secades Villa et al., 2003; Alonso Formento,

2006; Voyer et al., 2004; Carrasco-Garrido et al., 2007; Ricci-Cabello et al., 2010; Villena et al., 2004; Ohayon et al., 1996a).

Como ya hemos comentado en la introducción, el aumento en el porcentaje de pacientes psiquiátricos/neurológicos así como el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades en el grupo de mayor edad podría explicar esta asociación. Paralelamente, con la edad, se produce un aumento del uso de los servicios sanitarios y por consiguiente de la detección / diagnóstico de las enfermedades, a lo que se añadiría una mayor frecuencia de conducta defensiva de los médicos (Voyer et al., 2004). Es de interés la existencia de un mayor consumo en las personas de mayor edad, ya que en concreto las benzodiacepinas, además de crear dependencia, tienen el riesgo adicional de influir en el deterioro cognitivo en estos pacientes (Carrasco-Garrido et al., 2007).

La variable edad, al igual que el sexo, se ha mostrado asociada a los tres tipos de consumo estudiados con independencia del resto de factores estudiados. Como excepción, no aparece asociada al consumo en la muestra de varones, debido probablemente a la baja prevalencia de consumo obtenida en dicha muestra.

- *Consumo en relación con la situación de pareja*

Se observa un mayor consumo de psicofármacos, de cualquier tipo, entre los participantes en el estudio que **no tienen pareja** respecto a los que sí (26.8 % frente a 22.6 %). Este efecto, sin embargo, no es significativo en ningún caso, y tampoco es igual en ambos sexos. En las mujeres, tener pareja aumenta las cifras de consumo, al contrario de lo que ocurre en los varones. Los estudios revisados hablan de un mayor consumo en los viudos y divorciados y menor entre los solteros, siendo el matrimonio un factor protector en los varones (es decir, el tener pareja reduciría la probabilidad de consumir) y un factor de estrés en las mujeres (las mujeres con pareja tendrían mayores cifras de consumo) (Codony et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1989; Fernández et al., 1997), lo que tendría relación con lo observado en nuestro estudio.

De cualquier manera, como se ha mencionado, los resultados con relación a esta variable no alcanzan la significación estadística, y la asociación con el consumo desaparece al controlar otras variables.

- *Consumo en relación con la situación laboral*

Se observan los mayores porcentajes de consumo general en los **jubilados** (32.3 %) y en las **amas de casa** (42.2 %). Estos resultados coinciden con la literatura, que encuentra además un mayor consumo en las personas inactivas o en paro (que estarían en tercer lugar en nuestro estudio con un mayor consumo que los trabajadores) (Codony et al., 2007; Secades Villa et al., 2003; Villena et al., 2004). Tener trabajo, por tanto, se asociaría a un menor consumo.

Es importante señalar que la asociación entre la situación laboral y el consumo tiene también relación con el sexo. En nuestro estudio se observa que el consumo de psicofármacos es mayor en el grupo de las jubiladas y amas de casa en las mujeres y en el caso de los jubilados en los varones (no existen en nuestra muestra varones que se dediquen a las tareas domésticas).

Si bien la situación laboral se asocia de manera independiente con el consumo en general, al realizar el análisis teniendo en cuenta el resto de factores según el sexo desaparece su asociación con el consumo en las mujeres aunque se mantiene como factor relacionado con el consumo en los varones (en concreto con el consumo en general, no para el de antidepresivos ni tranquilizantes) independientemente de otros factores.

- *Consumo en relación con el nivel de estudios*

Se observa un mayor consumo en los **analfabetos o sin estudios** (29 %) y en los sujetos con **estudios primarios** (25.4 %) respecto a los que tienen estudios secundarios o superiores (en torno al 20 %). Al igual que en la literatura revisada, parece que el nivel educativo se asocia de manera inversa con el consumo (mayor consumo a **menor formación** y viceversa) (Secades Villa et al., 2003; Carrasco et al., 2001; Villena et al., 2004; Vázquez-Barquero et al., 1989). El nivel educativo podría actuar de esta manera como un elemento de protección esencial frente al desarrollo de trastornos psicológicos (Secades Villa et al., 2003).

Esta influencia del nivel de estudios sobre el consumo estaría asociada también a la edad de los sujetos. Tal y como observamos en el análisis multivariante, al controlar los efectos de la edad, la asociación de consumo con nivel de estudios desaparece. Dadas las características de la muestra, las personas de mayor edad tienen un nivel de instrucción alcanzado menor. El posible efecto de la educación, por tanto, no se mantendría dentro de cada grupo de edad independientemente.

- *Consumo en relación con la menopausia*

Se evidencia un aumento estadísticamente significativo del consumo en las **mujeres que han comenzado o pasado la menopausia** respecto a las que no (38.6 % frente a 26.3 %).

Este resultado, de nuevo, se relacionaría con el efecto de la edad y con el incremento del riesgo de trastornos y enfermedades médicas asociadas al climaterio. De hecho, al introducir en el análisis la variable edad, la variable menopausia se excluye, perdiendo relevancia su asociación con el consumo.

- *Consumo en relación con la presencia de trastorno mental*

Diversos autores han encontrado una lógica relación entre consumo de psicofármacos y trastorno mental (Codony et al., 2007; Carrasco-Garrido et al., 2007; Villena et al., 2004). Nuestros resultados muestran que, del grupo de sujetos que refiere haber **padecido ansiedad, depresión u otros trastornos mentales**, más de la mitad refería haber consumido psicofármacos y además, más de tres de cada cuatro sujetos de los que referían haber consumido psicofármacos en el último mes, manifestaban haber padecido trastorno mental alguna vez en la vida. Por contra, de los que no han padecido trastorno mental, sólo una minoría (menos del 10 %) refería haberlo hecho (prácticamente ninguno había consumido antidepresivos) y de los que no habían consumido, uno de cada seis (16.7 %) manifestaba haber padecido trastorno mental.

En resumen, como parece lógico, todo esto apunta, al igual que lo hacen múltiples estudios (Codony et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1990; Boeuf-Cazou et al., 2010; Carrasco et al., 2001; Vázquez-Barquero et al., 1989; Cerdá Esteve et al., 2010), a que *padecer depresión, ansiedad u otros trastornos mentales es un factor que se asocia a un mayor consumo general, de tranquilizantes, relajantes o hipnóticos y de antidepresivos o estimulantes*. Parece clara esta asociación teniendo en cuenta que padecer un trastorno mental es la indicación principal de la prescripción de psicofármacos y el consumo está relacionado con dicha prescripción. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, en la actualidad, existen otras indicaciones para el uso de medicación psicoactiva, prescribiéndose frecuentemente para el tratamiento del dolor y otras enfermedades físicas con un claro componente psicológico asociado (Polatin et al., 2004; Philipp et al., 1993).

Por otro lado se observan diferencias en cuanto al sexo en esta relación. Mientras que en las mujeres hay un grupo que dice consumir sin haber padecido trastorno alguno, en los varones esto es muy infrecuente. Incluso padeciendo un trastorno mental, el porcentaje de consumo entre estos es inferior al de las mujeres. La variable padecer trastorno mental de forma reciente se ha mostrado relacionada con el consumo de psicofármacos independientemente de otras variables como la edad y el sexo, y esta relación se obtiene en ambas categorías (a excepción del consumo de antidepresivos para los varones debido al escaso número en nuestra muestra de éstos que consuman este tipo de fármacos).

Por contra, en la literatura encontramos que existe un alto porcentaje de individuos con trastorno mental que no consumen psicofármacos. Por ejemplo un estudio muestra que de los que referían padecer trastorno mental, el 58.8 % no consumían psicofármacos (Codony et al., 2007). En nuestro estudio esa cifra de individuos con trastorno mental y que no consumen es del 41.7 % aunque se refiere a consumo en el último mes. Es decir, que la presencia de enfermedad psíquica no se asocia a tratamiento psicofarmacológico en todos los casos (Codony et al., 2007; Vázquez-Barquero et al., 1990). Teniendo en cuenta, como hemos dicho, que en España el consumo de psicofármacos está estrechamente relacionado con la prescripción médica, probablemente una de las principales causas de que existan sujetos con tales alteraciones que no consuman, sea la misma que produce una baja proporción de personas diagnosticadas: la conducta de enfermedad que hace que si estas personas no buscan ayuda médica no puedan ser

diagnosticadas. Además, cabe la posibilidad de que estas personas estén recibiendo otro tipo de tratamiento no farmacológico, como por ejemplo psicoterapia.

- *Consumo en relación con factores genéticos*

En cuanto al impacto de los factores genéticos sobre el consumo de psicofármacos los resultados de este estudio van en la línea prevista. Como cabía esperar, las correlaciones tetracóricas obtenidas fueron consistentemente mayores entre gemelos MZ que entre DZ. Esta mayor similitud de las parejas MZ apunta hacia la presencia de factores genéticos implicados en el consumo. La única excepción es la referida al consumo de antidepresivos en varones que, como ya se ha dicho, se explica por la baja prevalencia de consumo en esta población.

Las estimaciones de heredabilidad indican que, aproximadamente, la mitad de la varianza observada en el consumo de medicación psicoactiva (0.48 para el consumo en general; 0.40 para el consumo de tranquilizantes) es debida a factores genéticos, mientras que el resto se debería a factores ambientales propios de cada individuo. Es decir, aproximadamente la mitad de las diferencias entre los individuos respecto a si consumen o no estos psicofármacos se explicaría por la existencia de factores genéticos influyentes en dicho consumo, que se distribuyen de forma diferente entre los sujetos. Esto no quiere decir, en ningún caso, que existan genes específicos que influyan directamente en la necesidad o interés del sujeto por consumir psicofármacos. Lo que indicaría sería la presencia de influencias indirectas que contribuyen a una mayor o menor probabilidad de consumo.

Habida cuenta de la importante diferencia encontrada en la prevalencia del consumo entre varones y mujeres, parece lógico detectar variaciones en las estimaciones de heredabilidad. Así, se han encontrado grandes diferencias en cuanto al sexo, siendo la heredabilidad en el consumo en las mujeres mucho más elevada que en los varones. De hecho, éstas son las que tienen mayoritariamente el peso en las cifras de heredabilidad total. En el caso de los antidepresivos el resultado obtenido debe ser interpretado con cautela debido a la baja prevalencia de consumo, sobre todo en los varones. A pesar de esto, analizando los datos de las mujeres por separado, cabe señalar que las

estimaciones son similares a las obtenidas para consumo de tranquilizantes y consumo en general.

Aunque existe una considerable cantidad de literatura acerca de la influencia genética en el inicio y frecuencia de consumo de drogas ilegales y áreas afines, como el consumo de alcohol o tabaco (Plomin R et al., 2008; Flint et al., 2010), hemos encontrado pocos trabajos comparables. Respecto al estudio de otras sustancias que producen adicción, se ha observado que los valores de heredabilidad son variables en los trastornos por abuso de sustancias, y dependen de la sustancia de abuso. Así, se han descrito valores moderados (en el caso de alucinógenos, estimulantes y marihuana) hasta muy altos (nicotina, alcohol, opiáceos y cocaína), correlacionándose la capacidad adictiva de las sustancias de abuso con los valores de heredabilidad a la adicción a la sustancia (a baja capacidad adictiva de la sustancia, moderada heredabilidad de su abuso y dependencia, y a muy alta capacidad adictiva, valores elevados de heredabilidad) (Lorenzo Fernández, Ladero, Leza Cerro, & Lizasoain Hernández, 2009).

La contribución genética para el consumo de psicofármacos está dentro de los márgenes esperados encontrados en otros estudios revisados anteriormente donde se calcula una heredabilidad para el consumo en gemelos suecos, independiente del sexo, de 0.49 (Allgulander et al., 1991). Otro estudio informó de una heredabilidad de 0.28 para el uso de tranquilizantes auto-informado (Pedersen, 1981). Aunque no es directamente comparable, nuestra estimación en esta muestra está en un rango similar. Es decir, nuestros datos confirman que los factores genéticos juegan un papel importante en este fenotipo. Dichos factores podrían ser compartidos en parte con patología mental subyacente y, en parte, ser específicos para el consumo de medicación psicoactiva. Especialmente si tenemos en cuenta el alto porcentaje de consumidores que dicen no haber sufrido trastorno mental recientemente. La presencia de morbilidad psicológica leve o rasgos de personalidad (e.g., neuroticismo) podrían actuar como mediadores de tales influencias específicas. Por otra parte, no hemos encontrado impacto alguno de factores ambientales compartidos. Es decir, el ambiente intra-familiar, si alguna vez tuvo un efecto sobre este fenotipo, dejó de tenerlo según se incrementaba la edad y las experiencias individuales concomitantes.

7.4. CONCLUSIONES

En este trabajo hemos presentado datos obtenidos de una muestra de gemelos de base poblacional. Los análisis efectuados indican que la presencia de enfermedades psíquicas y ciertos factores psicosociales condicionan significativamente el uso de psicofármacos en la población.

Como hemos observado, un grupo importante de sujetos con alteraciones emocionales pueden no estar consumiendo psicofármacos o consumirlos de forma inadecuada, teniendo esto importantes implicaciones en la salud, por lo que deberíamos enfatizar en ello. Las consecuencias de esto son dos: primero se necesita más atención dirigida a analizar el complejo mecanismo que condiciona la prescripción y el uso de psicofármacos en la población; y, segundo, que se precisa de tiempo para madurar estrategias de intervención en salud dirigidas a mejorar la prescripción y consumo de psicofármacos. Esto debería incentivar el desarrollo de más estudios de investigación e intervención para:

- Identificar los factores que condicionan la prescripción y consumo de psicofármacos en la población.
- Desarrollar estrategias educacionales y de salud dirigidas a la mejora de los hábitos de prescripción y de consumo.

Como conclusión, queremos resaltar también el elevado número de consumidores entre los sujetos, sobre todo en determinados “**grupos de riesgo**”. En la literatura se relacionan con el consumo de psicofármacos el sexo femenino, la edad avanzada, la patología física (sobre todo crónica), la patología psiquiátrica, el consumo de otras medicaciones, la pérdida de apoyo social, el área urbana, vivir sólo (separado, divorciado o viudo), la no actividad laboral fuera del hogar, y el bajo nivel educativo. Mientras que en nuestro estudio cabe destacar el elevado consumo en las **mujeres**, en los de **edad más avanzada**, en los **jubilados y las amas de casa**, en los de **menor nivel de estudios**, en los que presentan **patología psiquiátrica** y, además, se añade otro factor a los observados en trabajos anteriores: que **presenten la menopausia**. Aunque es necesario indicar que, según nuestros datos, todos estos factores se pueden resumir

fundamentalmente en tres: sexo, edad y patología psiquiátrica; ya que el resto de factores, en realidad, dependen de los anteriores, especialmente del sexo y de la edad.

Por otro lado, la presencia de un trastorno mental reciente se relaciona independientemente de la presencia de un trastorno mental sostenido en el tiempo, a pesar de estar ambos factores muy relacionadas. Esto puede ser debido a la magnitud del efecto, que es muy grande en ambos, o a que presenten características diferenciales, ya que el trastorno mental sostenido sólo ha sido posible tenerlo en cuenta en mujeres, que obtienen cifras de consumo superiores a los varones y además reflejaría un trastorno mental de mayor cronicidad (ya que se padece en dos fechas distintas con una diferencia de dos años entre ellas), lo que podría conllevar un mayor riesgo de consumo respecto a un trastorno más agudo o puntual.

Probablemente en las personas con las características descritas sea necesaria una actuación especial mediante apoyo y detección precoz de síntomas psíquicos a fin de prevenir la aparición de trastornos psiquiátricos y el consumo excesivo de psicofármacos.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio sobre la influencia de los factores genéticos en el uso de psicofármacos, en población general. Aunque muchos estudios previos se han ocupado de estudiar los patrones de consumo de psicofármacos, ninguno de ellos ha analizado la importancia de los factores genéticos sobre dicho consumo. Las estimaciones de heredabilidad encontradas indican una presencia relevante de estos factores y, por tanto, la necesidad de profundizar en este ámbito con objeto de identificar qué variantes génicas y por qué vías ejercen esta influencia. Esta información no solamente resultaría de utilidad para una mejor comprensión de los procesos subyacentes al consumo, sino que revestiría gran interés para determinar la necesidad y el posible efecto de la medicación, y, en último término, adaptar la prescripción a las características del individuo. En el contexto del crecimiento constante del consumo e importancia presupuestaria de estos fármacos durante los últimos años (Codony et al., 2007), esta información reviste una utilidad directa para el conocimiento más amplio de la epidemiología de dicho consumo.

Limitaciones del estudio

El tipo de población utilizada, a la vez que una fortaleza, puede ser también visto como una limitación de nuestro estudio, ya que impide la comparación con otros grupos de edad. Los datos recogidos, además presentan también algunas limitaciones. En primer lugar, la referencia temporal del consumo de psicofármacos fue adaptada y, como resultado, no es exactamente la misma que en otros estudios epidemiológicos. Si bien esto puede introducir algunas diferencias en cuanto a la comparación con encuestas de referencia españolas, entendemos que deben ser de escasa magnitud. Por otra parte, esto no invalida los resultados ni afecta, en ningún modo, a la estimación de distribución de varianzas. En una línea similar, la referencia temporal del consumo de medicación y de haber padecido trastorno mental no es la misma, hecho común en encuestas de este tipo. Otra limitación es que no puede eliminarse por completo el sesgo de recuerdo y el error por ser datos auto-informados, lo que implica que los resultados deben ser considerados de forma conservadora. Así mismo, al realizarse la recogida de datos mediante entrevista directa, no podemos olvidar la influencia en los registros de los llamados sesgos de información. Debido a las características socioculturales que rodean al consumo de psicofármacos, algunas personas que no tendrían inconveniente en confesar abiertamente el consumo prescrito o automedicado de otro tipo de fármacos, podrían mostrar ciertas reticencias a la hora de manifestar un consumo prescrito o automedicado de este grupo de fármacos. Los datos sobre presencia de trastornos mentales fueron recogidos utilizando el listado de enfermedades contenidos en la ENS-2006, pero el diagnóstico de enfermedad mental no fue confirmado clínicamente a través de criterios diagnósticos (DSM-IV-R/ CIE-10). Tampoco se ha diferenciado el consumo ocasional del consumo crónico ni se recogieron datos sobre frecuencia de consumo, dosis o duración del tratamiento, datos que habrían aportado mayor profundidad al análisis.

Implicaciones

Este es de los pocos estudios poblacionales sobre uso de medicación psicoactiva realizado mediante entrevista directa en España y es el único que permite una estimación de la heredabilidad de este fenotipo. Así, a pesar de las limitaciones mencionadas, creemos que podría constituirse como un punto de referencia para futuros

estudios. Los resultados alcanzados son de utilidad, por un lado, como información de partida para el análisis y planificación de políticas de salud, así como intervenciones de mejora de la prescripción y hábitos de consumo de psicofármacos. Por otro, representan una base necesaria para el desarrollo posterior de análisis más específicos en los que se trate de diseccionar el papel de los factores genéticos en el consumo de medicación psicoactiva, independientemente de la presencia de patología psiquiátrica.

8.- REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akaike H. (1987). Factor análisis and AIC. *Psychometrika*, 1, 317-332.
- Allgulander, C., Nowak, J., & Rice, J. P. (1991). Psychopathology and treatment of 30,344 twins in Sweden. II. Heritability estimates of psychiatric diagnosis and treatment in 12,884 twin pairs. *Acta Psychiatr.Scand.*, 83, 12-15.
- Almeida, L. M., Coutinho, E. S., & Pepe, V. L. (1994). [Consumption of psychotropic drugs in an Administrative Region of the city of Rio de Janeiro: Ilha do Governador]. *Cad.Saude Publica.*, 10, 5-16.
- Alonso Formento, J. E. (2006). *Patrón de consumo de psicofármacos en la población geriátrica de Zaragoza y su relación con la psicopatología.*
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.*, 55-64.
- Antich Arqué, S. & Rodilla Alamá, V. (2008). Estudio de la utilización de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos desde farmacias comunitarias. *Farmacia de atención primaria (FAP)*, 6, 11-14.
- Baldessarini RJ (2006). Drug therapy of depression and anxiety disorder. In Goodman LS (Ed.), *The pharmacological basis of therapeutics*. (11 edición ed., pp. 429-430). New York: Mc Graw-Hill.
- Balter, M., Levine, J., & Manheimer, D. (1974). Cross-National study of extent of anxiety sedative drug use. *New England Journal of Medicine*, 290, 769-774.
- Baos, V., V (2005). [Medical prescription of psychiatric drugs in primary care]. *Aten.Primaria.*, 36, 246-247.
- Boeuf-Cazou, O., Niezborala, M., Marquie, J. C., & Lapeyre-Mestre, M. (2010). Factors associated with psychoactive drug initiation in a sample of workers in France: results of the VISAT cohort study. *Pharmacoepidemiol.Drug Saf.*, 19, 296-305.
- Bones, R. K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). [Prevalence of mental health problems and their association with socioeconomic, work and health variables: Findings from the Spain National Health Survey]. *Psicothema.*, 22, 389-395.
- Boomsma, D., Busjahn, A., & Peltonen, L. (2002). Classical twin studies and beyond. *Nat.Rev.Genet.*, 3, 872-882.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van, O. H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2005). [Psychotropic drug use in the Belgian non-institutionalized population]. *Rev.Med Liege.*, *60*, 181-188.

Carrasco, P., Astasio, P., Ortega, P., Jimenez, R., & Gil, A. (2001). [Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Surveys for 1993, 1995 and 1997]. *Med Clin (Barc.)*, *116*, 324-329.

Carrasco-Garrido, P. & López de Andrés, A. H. B. V. J.-T. I. J.-G. R. (2012). National trends (2003-2009) and factors related to psychotropic medication use in community-dwelling elderly population. *Int Psychogeriatr.*, *15*, 1-11.

Carrasco-Garrido, P., Jimenez-Garcia, R., stasio-Arbiza, P., Ortega-Molina, P., & de Miguel, A. G. (2007). Psychotropics use in the Spanish elderly: predictors and evolution between years 1993 and 2003. *Pharmacoepidemiol.Drug Saf.*, *16*, 449-457.

Cerdá Esteve, M. A., Barral, T. D., Gudelis, M., Goday, A., Farre, A. M., & Cano, J. F. (2010). [Prevalence of psychoactive drug consumption in an obese population]. *Endocrinol.Nutr.*, *57*, 155-159.

Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. et al. (2007). [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Esp.Psiquiatr.*, *35 Suppl 2:29-36.*, 29-36.

Cooperstock, R. & Lennard, H. (1986). Some social meanings of tranquilizer use. In J.Gabe & P. Williams (Eds.), *Tranquillizers, social, psychological and clinical perspective* (London and New York: Tavistock Publications.

Cooperstock, R. & Parnell, P. (1982). Research on psychotropic drug use. A review of findings and methods. *Soc.Sci.Med.*, *16*, 1179-1196.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [On-line]. Available: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf> (último acceso el 2/3/13)

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2011). Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe de 2011. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). [On-line]. Available: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf> (último acceso el 2/3/13)

Dorland W. (1985). *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*. (8ª Edición ed.) Madrid: Interamericana.

Durand, E. (2007). Médicaments psychotropes et travail: Médicaments antidépresseurs. *Documents pour le médecin du travail*, 112, 487-508.

Empereur, F., Baumann, M., Alla, F., & Briançon, S. (2003). Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther*, 28, 61-68.

ENS (2006). Encuesta Nacional de Salud [archivo electrónico]. Ministerio de Sanidad y Política Social [On-line]. Available: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> (Último acceso el 2/3/13)

Ezquiaga Terrazas, E., García Lopez, A., Huerta Ramírez, R., & Pico Rada, A. (2011). [Prevalence of depression in primary care according to the methodology of the studies]. *Med Clin (Barc)*, 137, 612-615.

Falconer, D. S. & MacKay, T. F. (1996). *Introduction to Quantitative Genetics*. (4th ed.) Longmans Green, Harlow, Essex, UK..

Fernández, M., Ruperez, C. O., Hernando Blazquez, M. A., gado Nicolas, M. A., & Sanchez Gonzalez, R. (1997). [The consumption of psychoactive drugs in primary care]. *Aten Primaria*, 19, 47-50.

Figueiras, A., Caamaño, F., & Gestal-Otero, J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol*, 16, 19-26.

Flint, J., Greenspan, R., & Kendler, K. (2010). *How genes influence behavior*. Oxford.

Fos Claver S & Soler García, V. (2008). Estudio de utilización de psicofármacos en el establecimiento penitenciario de Valencia. *Ars Pharmaceutica*, 49, 113-125.

Gabe, J. & Williams, P. (1986). Tranquillizers, social, psychological and clinical perspectives. In J.Gabe & P. Williams (Eds.), *Tranquillizers, social, psychological and clinical perspectives* (London y New York: Tavistock Publications.

García Fernández, J., González Pérez, C., Martín Sánchez, M., Sánchez Baragaño, M., Bernardo Vega, J., & Menéndez Rodríguez, M. (1994). Consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos 303-310. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 303-310.

Gibert Rahola, J., Álvarez, E., Baca, E., Bobes, J., Casais, L., Cuenca, E. et al. (2012). *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos... Y nunca se atrevió a preguntar*. (4ª ed.) Madrid: aulamédica.

Giron, M., Forsell, Y., Bernsten, C., Thorslund, M., Winblad, B., & Fastbom, J. (2001). Psychotropic drug use in elderly people with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, *16*, 900-906.

Goldney, R. & Bain, M. (2006). Prevalence of psychotropic use in a South Australian population. *Australas.Psychiatry.*, *14*, 379-383.

Grinshpoon, A., Marom, E., Weizman, A., & Ponizovsky, A. M. (2007). Psychotropic drug use in Israel: results from the national health survey. *Prim.Care Companion.J.Clin Psychiatry.*, *9*, 356-363.

Grolleau, A., Cougnard, A., Begaud, B., & Verdoux, H. (2008). [Psychotropic drug use and correspondence with psychiatric diagnoses in the mental health in the general population survey]. *Encephale.*, *34*, 352-359.

Grossberg, G. & Grossberg, J. (1998). Epidemiology of psychotherapeutic drug use in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, *14*, 1-5.

Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I. et al. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc).*, *126*, 445-451.

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am.J.Psychiatry.*, *158*, 1568-1578.

Hsia, Y. & Maclennan, K. (2009). Rise in psychotropic drug prescribing in children and adolescents during 1992-2001: a population-based study in the UK. *Eur.J.Epidemiol.*, *24*, 211-216.

Isacson, D., Carsjo, K., Haglund, B., & Smedby, B. (1988). Psychotropic drug use in a Swedish community--patterns of individual use during 2 years. *Soc.Sci.Med.*, *27*, 263-267.

Kendler, K. S., Pedersen, N. L., Neale, M. C., & Mathe, A. A. (1995). A pilot Swedish twin study of affective illness including hospital- and population-ascertained subsamples: results of model fitting. *Behav.Genet.*, *25*, 217-232.

Kjosavik, S. R., Ruths, S., & Hunskaar, S. (2009). Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiol.Drug Saf.*, *18*, 572-578.

Laporte, J., Capella, D., Gisbert, R., Porta, M., Frati, M., García Santesmases, M. et al. (1981). The utilization of sedative-hypnotic drugs in Spain. *Epidemiological impact of psychotropic drugs.*

Lares AI, Sosa MM, Alanis BRE, Sánchez P, Guillé PG, Loera CV et al. (2010). Farmacoepidemiología de psicofármacos empleados en la práctica pediátrica en el Servicio de Psiquiatría infantil del Hospital General de Durango, México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 67.

Lecadet, J., Bidal, P., Baris, B., Vallier, N., Fender, P., & Allemand, H. (2003). Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine: I-Données nationales, 2000. *Revue Médicale de L'assurance Maladie*, 34, 75-84.

Legrain, M. & Lecomte, T. (1998). [The consumption of psychotropics in France and some european countries]. *Ann.Pharm.Fr.*, 56, 67-75.

Leiderman, E. (2007). Consumo de psicofármacos. Estudio en el conurbano bonaerense. *UPCI*, 4-5.

Lepine, J., Gasquet, I., Nordmann, R., & et al (2006). Usage des psychotropes en France: évolution temporelle et comparaison avec les pays européens proches. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 190, 1139-1145.

López-Muñoz, F. & Álamo González, C. (2007). *Historia de la Psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Lorenzo Fernández, P., Ladero, J., Leza Cerro, J., & Lizasoain Hernández, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología Psicológica. Legislación*. (3ª ed.).

Mamdani, M., Herrmann, N., & Austin, P. (1999). Prevalence of antidepressant use among older people: Population-based observations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1350-1353.

Martin, M., Busquet, L., Arnau, J., Arboix, M., Frati, M., & Casas, M. (1980). Medicines at home and attitudes of public towards medicines. In P. Turner & C. Padgam (Eds.), *World Conference on clinical pharmacology and therapeutics* London.

Martin, N., Boomsma, D., & Machin, G. (1997). A twin-pronged attack on complex traits. *Nat.Genet.*, 17, 387-392.

Martínez, G., Martínez, L., Rodríguez, M. A., Mesa, P., Muñoz, J., & Bedoya, J. (2008). Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de ciencias de la salud. *Vitae*, 15, 244-250.

McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 497-502.

Mellinger, D., Balter, M., & Manheimer, D. (1971). Patterns of psychotherapeutic drug use among adults in San Francisco. *Archives of General Psychiatry*, 25, 385-394.

Moreno Muñoz, M. (1995). La determinación genética del comportamiento humano. Una revisión crítica desde la filosofía y la genética de la conducta. *Gazeta de Antropología*, 11.

Neale MC. (1999). Mx: Statistical modeling (5th ed.). Box 126 Medical College of Virginia, Richmond, VA 23298: Department of Psychiatry. [Computer software].

Neale, M. C. & Cardon, L. R. (1992). *Methodology for genetic studies of twins and families*. Kluwer Academic Publishers.

Niedhammer, I. & et al (2011). Workplace bullying and psychotropic drug use: the mediating role of physical and mental health status. *Ann Occup Hyg*, 55, 152-163.

Ohayon, M. M., Caule, M., & Lemoine, P. (1996a). Sleep and Psychotropic Drug Consumption: Relationships with Aging. *European Neuropsychopharmacology*, 6, 6-7.

Ohayon, M. M. & Caulet, M. (1996b). Prevalence of psychotropic drug consumption in the general population of UK. *Biological Psychiatry*, 39, 665.

Ohayon, M. M. & Caulet, M. (1996c). Psychotropic drug consumption related to sleep complaints in a representative french sample. *European Psychiatry*, 11, 394.

Ohayon, M. M. & Caulet, M. (1995). Insomnia and psychotropic drug consumption. *Prog.Neuropsychopharmacol.Biol.Psychiatry.*, 19, 421-431.

Ohayon, M. M. & Lader, M. H. (2002). Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J.Clin Psychiatry.*, 63, 817-825.

Ohm Kyvik, K. & Derom, C. (2006). Data collection on multiple births -- establishing twin registers and determining zygosity. *Early Human Development*, 82, 357-363.

Ordoñana, J. R., Perez-Riquelme, F., Gonzalez-Javier, F., Carrillo, E., Gomez-Amor, J., & Martinez-Selva, J. M. (2006). An initiative in Spain for the study of women's health: the Murcia Twin Registry. *Twin.Res.Hum.Genet.*, 9, 865-867.

Ortíz Lobo, A., Mata Ruiz, I., Hernández Monsalve, M., & Gervás, J. (1996). El uso de psicofármacos en medicina general de familia según tres fuentes complementarias de información: paciente, historia clínica y médico de cabecera. *FarmaciaClínica*, 13, 101-109.

Pao, M., Ballard, E., Rosenstein, D., Wiener, L., & Wayne, A. (2006). Psychotropic medication use in pediatric patients with cancer. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 818-822.

Pedersen, N. (1981). Twin similarity for usage of common drugs. *Prog Clin Biol Res*, 69, 53-59.

Pérodeau, G., King, S., & Ostoj, M. (1992). Stress and psychotropic drug use among the elderly: An exploratory model. *The Canadian Journal of Aging*, 11, 347-369.

Philipp, M. & Fickinger, M. (1993). Los fármacos psicotrópicos en el tratamiento de los síndromes de dolor crónico. *Pharmacopsychiatry*, 26, 221-234.

Plomin R, DeFries JC, McClearn GE, & McGuffin P (2008). *Behavioural genetics*. (5th ed.) Nueva York: Worth Publishers.

PNSD (2006). Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas [On-line]. Available: <http://www.idea.murciasalud.es/recursos/ficheros/3548-Plandrog2.pdf> (Último acceso el 2/3/13)

Polatin, P. & Dersh, J. (2004). Medicación psicotrópica en trastornos crónicos de la columna vertebral. *Columna J*, 4, 436-450.

Prueksaritanond, S., Tubtimtes, S., Pumkopol, T., & Sukying, C. (2009). Psychotropic drug prescribing in the family medicine out-patient clinic, Ramathibodi Hospital. *J.Med Assoc.Thai.*, 92, 266-272.

Ramírez, L. & Egaña, B. (2003). Guía de conceptos de genética cuantitativa. online [On-line]. Available: <http://www.unavarra.es/genmic/genetica%20y%20mejora/genetica%20cuantitativa/GENETICA-CUANTITATIVA.htm> (último acceso el 2/3/13)

Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.

Reijnders, J., Ehrt, U., Weber, W., Aarsland, D., & Leentjens, A. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 23, 183-189.

Ricci-Cabello, I., Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J., & Montero-Pinar, I. (2010). [Mental disease, existence of diagnostic, use of psychotropic medication: differences by autonomous communities under the national health survey 2006]. *Rev.Esp.Salud Publica.*, 84, 29-41.

Riska, E. & Klaukka, T. (1984). Use of psychotropic drugs in Finland. *Soc.Sci.Med.*, 19, 983-989.

Rojas, G., Fritsch, R., Galleguillos, T., Gaete, J., & Araya, R. (2004). Use of psychotropic drugs in general population in Santiago, Chile. *Revista de psiquiatría clínica*, 41, 15-24.

Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, F. (2009). *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. (2ª Edición ed.) Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Secades Villa, R., Rodríguez García, E., Valderrey Barbero, J., Jiménez García, J. M., Fernández Hermida, J. R., & Vallejo Seco, G. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias. *Psicothema*, 15, 650-655.

Somers, J., , G. E., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 51, 100-113.

SSS (2011). Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP StataCorp. [Computer software].

Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010 – 2013. Consejería de Sanidad y Política Social. 2011.

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am.J.Psychiatry.*, 157, 1552-1562.

Swets, M., Middeldorp, C. M., & Schoevers, R. A. (2009). [Heritability and environment in psychiatric disorders]. *Tijdschr.Psychiatr.*, 51, 651-663.

Turrina, C., Zimmermann-Tansella, C., Micciolo, R., & Siciliani, O. (1993). A community survey of psychotropic drug consumption in South Verona: prevalence and associated variables. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 28, 40-44.

Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. (6ª ed.) Masson.

Varela-González, O., Cañas, M., Cañas, J., & Torre, M. (2001). Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro penitenciario de León. Análisis comparativo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3, 106-110.

Vázquez-Barquero, J. L., Díez Manrique, J. F., Peña Martín, C., Artal, J., Arias Bal M, Iglesias, C. et al. (1990). Orígenes y razones del consumo de psicofármacos y analgésicos en la población general. *R.A.E.N.*, X.

Vázquez-Barquero, J. L., Díez Manrique, J. F., Pena, C., Arenal, G. A., Cuesta, M. J., & Artal, J. A. (1989). Patterns of psychotropic drug use in a Spanish rural community. *Br.J.Psychiatry.*, *155:633-41.*, 633-641.

Vedia Urgell, C., Bonet Monne, S., Forcada Vega, C., & Parellada Esquiús, N. (2005). [Study of use of psychiatric drugs in primary care]. *Aten.Primaria.*, *36*, 239-245.

Villena, F. A., Tellez Lapeira, J. M., Morena, R. S., Donato, G. E., & Almar, M. E. (2004). [Consumption of psychodrugs. Influence of family dysfunction]. *Actas Esp.Psiquiatr.*, *32*, 143-148.

Voyer, P., Cohen, D., Lauzon, S., & Collin, J. (2004). Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC.Nurs.*, *3*, 3.

Willemsen, G., Posthuma, D., & Boomsma, D. I. (2005). Environmental factors determine where the Dutch live: results from the Netherlands twin register. *Twin Research and Human Genetics*, *8*, 312-317.

Williams, P. (1980). The use of prescribed psychotropic medicines. *Public Health Reviews*, *9*, 215-247.

Zimmermann-Tansella, C., Donini, S., Ciommei, A. M., & Siciliani, O. (1988a). Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse, and minor psychiatric morbidity in the community. *Compr.Psychiatry.*, *29*, 460-466.

Zimmermann-Tansella, C., Donini, S., Ciommei, A. M., & Siciliani, O. (1988b). Social factors associated with the use of psychotropic drugs: alcohol abuse and minor psychiatric morbidity in the community. *Acta Psychiatr.Scand.*, *77*, 14-21.

9.- TABLAS

TABLA 1 y 2 – CIGOSIDAD

Tabla 1 - Sujetos

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Monocigóticos	708	47.8	47.8
Dicigóticos	774	52.2	100.0
Total	1482	100.0	

Tabla 2 - Pares

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Monocigóticos	376	47.4	47.4
Dicigóticos	418	52.6	100.0
Total	794	100.0	

TABLA 3 – SEXO

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Varones	651	43.9	43.9
Mujeres	831	56.1	100.0
Total	1482	100.0	

TABLA 4 – PAREJA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin pareja	254	17.1	17.3	17.3
Con pareja y viven juntos	1187	80.1	80.6	97.9
Con pareja y no viven juntos	31	2.1	2.1	100.0
Total	1472	99.3	100.0	
Perdidos	10	0.7		
Total	1482	100.0		

TABLA 5 – SITUACIÓN LABORAL**TABLA 5a - Muestra total**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	En paro	120	8.1	8.2
	Estudiante / opositor	1	0.1	8.3
	Ama de casa	302	20.4	28.9
	Trabajador autónomo	172	11.6	40.6
	Empresario (hasta 10 empleados)	81	5.5	46.1
	Empresario (menos de 10 empleados)	14	0.9	47.1
Válidos	Trabajo por cuenta ajena	483	32.6	80.0
	Funcionario	125	8.4	88.5
	Jubilado	168	11.3	100.0
	Total	1466	98.9	100.0
Perdidos	Sistema	16	1.1	
	Total	1482	100.0	

TABLA 5b - Mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	En paro	46	5.5	5.6
	Estudiante / opositor	1	0.1	5.7
	Ama de casa	302	36.3	42.6
	Trabajador autónomo	61	7.3	50.0
	Empresario (hasta 10 empleados)	22	2.6	52.7
	Empresario (menos de 10 empleados)	3	0.4	53.0
Válidos	Trabajo por cuenta ajena	250	30.1	83.5
	Funcionario	64	7.7	91.3
	Jubilado	71	8.5	100.0
	Total	820	98.7	100.0
Perdidos	Sistema	11	1.3	
	Total	831	100.0	

TABLA 5c - Varones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En paro	74	11.4	11.5
	Trabajador autónomo	111	17.1	17.2
	Empresario (hasta 10 empleados)	59	9.1	9.1
	Empresario (menos de 10 empleados)	11	1.7	1.7
	Trabajo por cuenta ajena	233	35.8	36.1
	Funcionario	61	9.4	9.4
	Jubilado	97	14.9	15.0
	Total	646	99.2	100.0
Perdidos	Sistema	5	0.8	
	Total	651	100.0	

TABLA 6 – NIVEL DE ESTUDIOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeto por problemas físicos o psíquicos	0	0	0
	Analfabeto por otras razones	13	0.9	0.9
	Sin estudios	120	8.1	8.3
	Estudios primarios o equivalentes	600	40.5	41.4
	Enseñanza general secundaria, primer ciclo	288	19.4	19.9
	Enseñanza profesional de 2º grado, 2º ciclo	126	8.5	8.7
	Enseñanza general secundaria, 2º ciclo	86	5.8	5.9
	Enseñanzas profesionales superiores	83	5.6	5.7
	Estudios universitarios o equivalentes de primer ciclo	77	5.2	5.3
	Estudios universitarios o equivalentes de 2º y tercer ciclo	55	3.7	3.8
	Total	1448	97.7	100.0
Perdidos	Sistema	34	2.3	
	Total	1482	100.0	

TABLA 7 – MENOPAUSIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No menopausia	299	36.0	36.5	36.5
	Menopausia de forma natural	418	50.3	51.0	87.5
	Menopausia debido a tratamiento hormonal	18	2.2	2.2	89.7
	Menopausia debido a cirugía o quimioterapia	84	10.1	10.3	100.0
	Total	819	98.6	100.0	
Perdidos	Sistema	12	1.4		
	Total	831	100.0		

TABLA 8 – PREVALENCIA TRASTORNO MENTAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	452	30.5	30.6	30.6
	No	1023	69.0	69.4	100.0
	Total	1475	99.5	100.0	
Perdidos	Sistema	7	0.5		
	Total	1482	100.0		

¿Ha padecido alguna vez en la vida ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 9 - PREVALENCIA TRASTORNO MENTAL RECIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	367	24.8	24.9	24.9
	No	1106	74.6	75.1	100.0
	Total	1473	99.4	100.0	
Perdidos	Sistema	9	0.6		
	Total	1482	100.0		

¿Ha padecido de forma reciente en los últimos 12 – 24 meses ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 10 - PREVALENCIA TRASTORNO MENTAL SOSTENIDO (SÓLO MUJERES ENTREVISTADAS EN 2007 Y 2009)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	75	10.7	10.7
	No	626	89.0	89.3
	Total	701	99.7	100.0
Perdidos	Sistema	2	0.3	
	Total	703	100.0	

¿Ha padecido de forma sostenida en el tiempo (durante 2007 y 2009) ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 11 - PREVALENCIA CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS GENERAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	344	23.2	23.3
	No	1131	76.3	76.7
	Total	1475	99.5	100.0
Perdidos	Sistema	7	0.5	
	Total	1482	100.0	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco en general?

TABLA 12.1 - PREVALENCIA CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	313	21.1	21.2
	No	1162	78.4	78.8
	Total	1475	99.5	100.0
Perdidos	Sistema	7	0.5	
	Total	1482	100.0	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de tranquilizante, relajante o hipnótico?

TABLA 12.2 – PREVALENCIA AUTOCONSUMO TRANQUILIZANTES**TABLA 12.2a - Muestra total (Sujetos que habían consumido tranquilizantes)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	300	95.8	97.1	97.1
No	9	2.9	2.9	100.0
Total	309	98.7	100.0	
Perdidos				
Sistema	4	1.3		
Total	313	100.0		

¿Se los había recetado un médico?

TABLA 12.2b – Mujeres (que habían consumido tranquilizantes)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	248	96.1	97.6	97.6
No	6	2.3	2.4	100.0
Total	254	98.4	100.0	
Perdidos				
Sistema	4	1.6		
Total	258	100.0		

¿Se los había recetado un médico?

TABLA 12.2c – Varones (que habían consumido tranquilizantes)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	52	94.5	94.5	94.5
No	3	5.5	5.5	100.0
Total	55	100.0	100.0	

¿Se los había recetado un médico?

TABLA 13.1 - PREVALENCIA CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	142	9.6	9.6	9.6
	No	1331	89.8	90.4	100.0
	Total	1473	99.4	100.0	
Perdidos	Sistema	9	0.6		
	Total	1482	100.0		

En el último mes, ¿ha utilizado algún tipo de antidepresivo o estimulante?

TABLA 13.2 - PREVALENCIA AUTOCONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS**TABLA 13.2a - Muestra total (sujetos que habían consumido antidepresivos)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	132	93.0	100	100
	No	0	0.0	0	
Perdidos	Sistema	10	7.0		
	Total	142	100.0		

TABLA 13.2b – Mujeres (que habían consumido antidepresivos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	114	91.9	100	100
	No	0	0.0	0	
Perdidos	Sistema	10	8.1		
	Total	124	100.0		

¿Se los había recetado un médico?

TABLA 13.2c – Varones (que habían consumido antidepresivos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	18	100	100	100
	No	0	0.0	0	
Perdidos	Sistema				
	Total	18	100.0		

¿Se los había recetado un médico?

TABLA 14 - PREVALENCIA CONSUMO AMBOS PSICOFÁRMACOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	111	7.5	100.0
	No	1371	92.5	100.0
	Total	1482	100.0	

En el último mes. ¿ha utilizado ambos tipos de psicofármaco?

**TABLA 15 - PREVALENCIA CONSUMO SOSTENIDO TRANQUILIZANTES
(SOLO MUJERES ENTREVISTADAS EN 2007 Y 2009)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	80	11.4	11.4
	No	621	88.3	88.6
	Total	701	99.7	100.0
Perdidos	Sistema	2	0.3	
	Total	703	100.0	

¿Ha consumido algún tipo de tranquilizante, relajante o hipnótico de forma sostenida en el tiempo (en 2007 y en 2009)?

**TABLA 16 - PREVALENCIA CONSUMO SOSTENIDO
ANTIDEPRESIVOS(SOLO MUJERES ENTREVISTADAS EN 2007 Y 2009)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	37	5.3	5.3
	No	662	94.2	94.7
	Total	699	99.4	100.0
Perdidos	Sistema	4	0.6	
	Total	703	100.0	

¿Ha consumido algún tipo de antidepresivo o estimulante de forma sostenida en el tiempo (en 2007 y en 2009)?

TABLA 17 - PREVALENCIA CONSUMO TRANQUILIZANTES EN 2007

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	139	15.9	15.9
	No	735	84.1	100.0
	Total	874	100.0	100.0

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de tranquilizante, relajante o hipnótico? (Datos de 2007)

TABLA 18 - PREVALENCIA CONSUMO ANTIDEPRESIVOS EN 2007

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	79	9.0	9.0
	No	795	91.0	100.0
	Total	874	100.0	100.0

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de antidepresivo o estimulante? (Datos de 2007)

TABLA 19 - 23 – TABLAS DE CONTINGENCIA DE LA VARIABLE SEXO**TABLA 19 – CONSUMO GENERAL**

		Consumo general			
		Sí	No	Total	
SEXO	Varones	Recuento	61	588	649
		% dentro de sexo	9.4%	90.6%	100.0%
		% dentro de consumo general	17.7%	52.0%	44.0%
		% del total	4.1%	39.9%	44.0%
	Mujeres	Recuento	283	543	826
		% dentro de sexo	34.3%	65.7%	100.0%
Total		% dentro de consumo general	82.3%	48.0%	56.0%
		% del total	19.2%	36.8%	56.0%
		Recuento	344	1131	1475
		% dentro de sexo	23.3%	76.7%	100.0%
	% dentro de consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.3%	76.7%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco?

TABLA 20 – CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
SEXO	Varones	Recuento	18	631	649
		% dentro de Sexo	2.8%	97.2%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	12.7%	47.4%	44.1%
		% del total	1.2%	42.8%	44.1%
	Mujeres	Recuento	124	700	824
		% dentro de Sexo	15.0%	85.0%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	87.3%	52.6%	55.9%
		% del total	8.4%	47.5%	55.9%
	Total	Recuento	142	1331	1473
		% dentro de Sexo	9.6%	90.4%	100.0%
% dentro de Consumo AD		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		9.6%	90.4%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco antidepresivo o estimulante?

TABLA 21 – CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
SEXO	Varones	Recuento	55	594	649
		% dentro de Sexo	8.5%	91.5%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	17.6%	51.1%	44.0%
		% del total	3.7%	40.3%	44.0%
	Mujeres	Recuento	258	568	826
		% dentro de Sexo	31.2%	68.8%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	82.4%	48.9%	56.0%
		% del total	17.5%	38.5%	56.0%
	Total	Recuento	313	1162	1475
		% dentro de Sexo	21.2%	78.8%	100.0%
% dentro de Consumo Bz		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		21.2%	78.8%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco tranquilizante, relajante o hipnótico?

TABLA 22 – TRASTORNO MENTAL

		Trastorno Mental		Total		
		Sí	No			
SEXO	Varones	Recuento	109	541	650	
		% dentro de Sexo	16.8%	83.2%	100.0%	
		% dentro de Trastorno Mental	22.7%	46.4%	39.5%	
	-----		% del total	6.6%	32.9%	39.5%
	Mujeres	Recuento	371	625	996	
		% dentro de Sexo	37.2%	62.8%	100.0%	
		% dentro de Trastorno Mental	77.3%	53.6%	60.5%	
	-----		% del total	22.5%	38.0%	60.5%
	Total	Recuento	480	1166	1646	
% dentro de Sexo		29.2%	70.8%	100.0%		
% dentro de Trastorno Mental		100.0%	100.0%	100.0%		
% del total		29.2%	70.8%	100.0%		

¿Ha padecido alguna vez ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 23 - TRASTORNO MENTAL RECIENTE

		Trastorno Mental reciente		Total		
		Sí	No			
SEXO	Varones	Recuento	77	572	649	
		% dentro de Sexo	11.9%	88.1%	100.0%	
		% dentro de Trastorno Mental reciente	21.0%	51.7%	44.1%	
	-----		% del total	5.2%	38.8%	44.1%
	Mujeres	Recuento	290	534	824	
		% dentro de Sexo	35.2%	64.8%	100.0%	
		% dentro de Trastorno Mental reciente	79.0%	48.3%	55.9%	
	-----		% del total	19.7%	36.3%	55.9%
	Total	Recuento	367	1106	1473	
% dentro de Sexo		24.9%	75.1%	100.0%		
% dentro de Trastorno Mental reciente		100.0%	100.0%	100.0%		
% del total		24.9%	75.1%	100.0%		

¿Ha padecido de forma reciente ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 24 - 29 – TABLAS DE CONTINGENCIA DE LA VARIABLE EDAD**TABLA 24 – GRUPOS DE EDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EDAD	43 – 50 años	760	46.0	46.0
	51 – 60 años	581	35.1	81.1
	61 – 70 años	312	18.9	100.0
	Total	1653	100.0	100.0

TABLA 25 - CONSUMO GENERAL**TABLA 25a - Muestra total (sujetos que habían consumido psicofármacos en general)**

		Consumo general		Total	
		Sí	No		
EDAD		Recuento	131	567	698
	43 – 50 años	% dentro de Edad	18.8%	81.2%	100.0%
		% dentro de Consumo general	38.1%	50.1%	47.3%
		% del total	8.9%	38.4%	47.3%
	51 – 60 años	Recuento	135	382	517
		% dentro de Edad	26.1%	73.9%	100.0%
		% dentro de Consumo general	39.2%	33.8%	35.1%
	61 – 70 años	% del total	9.2%	25.9%	35.1%
		Recuento	78	182	260
		% dentro de Edad	30.0%	70.0%	100.0%
	Total	% dentro de Consumo general	22.7%	16.1%	17.6%
		% del total	5.3%	12.3%	17.6%
Recuento		344	1131	1475	
Total	% dentro de Edad	23.3%	76.7%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.3%	76.7%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco en general?

TABLA 25b – Mujeres (que habían consumido psicofármacos en general)

		Consumo general		Total	
		Sí	No		
EDAD		Recuento	107	286	393
	43 – 50 años	% dentro de Edad	27.2%	72.8%	100.0%
		% dentro de Consumo general	37.8%	52.7%	47.6%
		% del total	13.0%	34.6%	47.6%
		Recuento	109	174	283
	51 – 60 años	% dentro de Edad	38.5%	61.5%	100.0%
		% dentro de Consumo general	38.5%	32.0%	34.3%
		% del total	13.2%	21.1%	34.3%
		Recuento	67	83	150
	61 – 70 años	% dentro de Edad	44.7%	55.3%	100.0%
		% dentro de Consumo general	23.7%	15.3%	18.2%
		% del total	8.1%	10.0%	18.2%
Recuento		283	543	826	
Total	% dentro de Edad	34.3%	65.7%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	34.3%	65.7%	100.0%	

TABLA 25c – Varones (que habían consumido psicofármacos en general)

		Consumo general		Total		
		Sí	No			
EDAD		Recuento	24	281	305	
	43 – 50 años	% dentro de Edad	7.9%	92.1%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	39.3%	47.8%	47.0%	
		% del total	3.7%	43.3%	47.0%	
			Recuento	26	208	234
	51 – 60 años	% dentro de Edad	11.1%	88.9%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	42.6%	35.4%	36.1%	
		% del total	4.0%	32.0%	36.1%	
			Recuento	11	99	110
	61 – 70 años	% dentro de Edad	10.0%	90.0%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	18.0%	16.8%	16.9%	
		% del total	1.7%	15.3%	16.9%	
		Recuento	61	588	649	
Total	% dentro de Edad	9.4%	90.6%	100.0%		
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%		
	% del total	9.4%	90.6%	100.0%		

TABLA 26 - CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS**TABLA 26a - Muestra total (sujetos que habían consumido antidepresivos)**

		Consumo AD		Total	
		Sí	No		
EDAD	43 – 50 años	Recuento	47	650	697
		% dentro de Edad	6.7%	93.3%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	33.1%	48.8%	47.3%
		% del total	3.2%	44.1%	47.3%
	51 – 60 años	Recuento	58	458	516
		% dentro de Edad	11.2%	88.8%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	40.8%	34.4%	35.0%
		% del total	3.9%	31.1%	35.0%
	61 – 70 años	Recuento	37	223	260
		% dentro de Edad	14.2%	85.8%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	26.1%	16.8%	17.7%
		% del total	2.5%	15.1%	17.7%
Total	Recuento	142	1331	1473	
	% dentro de Edad	9.6%	90.4%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	9.6%	90.4%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco antidepresivo o estimulante?

TABLA 26b – Mujeres (que habían consumido antidepresivos)

		Consumo AD		Total		
		Sí	No			
EDAD		Recuento	39	353	392	
	43 – 50 años	% dentro de Edad	9.9%	90.1%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	31.5%	50.4%	47.6%	
		% del total	4.7%	42.8%	47.6%	
			Recuento	50	232	282
	51 – 60 años	% dentro de Edad	17.7%	82.3%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	40.3%	33.1%	34.2%	
		% del total	6.1%	28.2%	34.2%	
			Recuento	35	115	150
	61 – 70 años	% dentro de Edad	23.3%	76.7%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	28.2%	16.4%	18.2%	
		% del total	4.2%	14.0%	18.2%	
		Recuento	124	700	824	
Total	% dentro de Edad	15.0%	85.0%	100.0%		
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%		
	% del total	15.0%	85.0%	100.0%		

TABLA 26c –Varones (que habían consumido antidepresivos)

		Consumo AD		Total	
		Sí	No		
EDAD	43 – 50 años	Recuento	8	297	305
		% dentro de Edad	2.6%	97.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	44.4%	47.1%	47.0%
		% del total	1.2%	45.8%	47.0%
	51 – 60 años	Recuento	8	226	234
		% dentro de Edad	3.4%	96.6%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	44.4%	35.8%	36.1%
		% del total	1.2%	34.8%	36.1%
	61 – 70 años	Recuento	2	108	110
		% dentro de Edad	1.8%	98.2%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	11.1%	17.1%	16.9%
		% del total	0.3%	16.6%	16.9%
Total	Recuento	18	631	649	
	% dentro de Edad	2.8%	97.2%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	2.8%	97.2%	100.0%	

TABLA 27– CONSUMO DE TRANQUILIZANTES**TABLA 27a – Muestra total (sujetos que habían consumido tranquilizantes)**

		Consumo Bz		Total	
		Sí	No		
EDAD	43 – 50 años	Recuento	122	576	698
		% dentro de Edad	17.5%	82.5%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	39.0%	49.6%	47.3%
		% del total	8.3%	39.1%	47.3%
	51 – 60 años	Recuento	118	399	517
		% dentro de Edad	22.8%	77.2%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	37.7%	34.3%	35.1%
		% del total	8.0%	27.1%	35.1%
	61 – 70 años	Recuento	73	187	260
		% dentro de Edad	28.1%	71.9%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	23.3%	16.1%	17.6%
		% del total	4.9%	12.7%	17.6%
Total	Recuento	313	1162	1475	
	% dentro de Edad	21.2%	78.8%	100.0%	
	% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	21.2%	78.8%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco tranquilizante, relajante o hipnótico?

TABLA 27b – Mujeres (que habían consumido tranquilizantes)

		Consumo Bz		Total	
		Sí	No		
EDAD		Recuento	100	293	393
	43 – 50 años	% dentro de Edad	25.4%	74.6%	100.0%
		% dentro de Consumo general	38.8%	51.6%	47.6%
		% del total	12.1%	35.5%	47.6%
		Recuento	96	187	283
	51 – 60 años	% dentro de Edad	33.9%	66.1%	100.0%
		% dentro de Consumo general	37.2%	32.9%	34.3%
		% del total	11.6%	22.6%	34.3%
		Recuento	62	88	150
	61 – 70 años	% dentro de Edad	41.3%	58.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	24.0%	15.5%	18.2%
		% del total	7.5%	10.7%	18.2%
	Recuento	258	568	826	
Total	% dentro de Edad	31.2%	68.8%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	31.2%	68.8%	100.0%	

TABLA 27c – Varones (que habían consumido tranquilizantes)

		Consumo Bz		Total	
		Sí	No		
EDAD	43 – 50 años	Recuento	22	283	305
		% dentro de Edad	7.2%	92.8%	100.0%
		% dentro de Consumo general	40.0%	47.6%	47.0%
		% del total	3.4%	43.6%	47.0%
	51 – 60 años	Recuento	22	212	234
		% dentro de Edad	9.4%	90.6%	100.0%
		% dentro de Consumo general	40.0%	35.7%	36.1%
		% del total	3.4%	32.7%	36.1%
	61 – 70 años	Recuento	11	99	110
		% dentro de Edad	10.0%	90.0%	100.0%
		% dentro de Consumo general	20.0%	16.7%	16.9%
		% del total	1.7%	15.3%	16.9%
Total	Recuento	55	594	649	
	% dentro de Edad	8.5%	91.5%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	8.5%	91.5%	100.0%	

TABLA 28– TRASTORNO MENTAL

		Trastorno Mental		Total	
		Sí	No		
EDAD		Recuento	219	537	756
	43 – 50 años	% dentro de Edad	29.0%	71.0%	100.0%
		% dentro de Trastorno Mental	45.6%	46.1%	45.9%
		% del total	13.3%	32.6%	45.9%
		Recuento	166	414	580
	51 – 60 años	% dentro de Edad	28.6%	71.4%	100.0%
		% dentro de Trastorno Mental	34.6%	35.5%	35.2%
		% del total	10.1%	25.2%	35.2%
		Recuento	95	215	310
	61 – 70 años	% dentro de Edad	30.6%	69.4%	100.0%
		% dentro de Trastorno Mental	19.8%	18.4%	18.8%
		% del total	5.8%	13.1%	18.8%
Recuento		480	1166	1646	
Total	% dentro de Edad	29.2%	70.8%	100.0%	
	% dentro de Trastorno Mental	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	29.2%	70.8%	100.0%	

¿Ha padecido alguna vez ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 29 - TRASTORNO MENTAL RECIENTE

		Trastorno mental reciente		Total		
		Sí	No			
EDAD		Recuento	156	540	696	
	43 – 50 años	% dentro de Edad	22.4%	77.6%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental reciente	42.5%	48.8%	47.3%	
		% del total	10.6%	36.7%	47.3%	
			Recuento	139	377	516
	51 – 60 años	% dentro de Edad	26.9%	73.1%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental reciente	37.9%	34.1%	35.0%	
		% del total	9.4%	25.6%	35.0%	
			Recuento	72	189	261
	61 – 70 años	% dentro de Edad	27.6%	72.4%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental reciente	19.6%	17.1%	17.7%	
		% del total	4.9%	12.8%	17.7%	
Total		Recuento	367	1106	1473	
		% dentro de Edad	24.9%	75.1%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%	
		% del total	24.9%	75.1%	100.0%	

¿Ha padecido de forma reciente ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

**TABLA 30 - 36 – TABLAS DE CONTINGENCIA DE LA VARIABLE
SITUACIÓN DE PAREJA**

TABLA 30 – CONSUMO GENERAL

		Consumo general		Total	
		Sí	No		
PAREJA	Sin pareja	Recuento	68	186	254
		% dentro de Pareja	26.8%	73.2%	100.0%
		% dentro de Consumo general	19.9%	16.5%	17.3%
		% del total	4.6%	12.7%	17.3%
	Con pareja	Recuento	274	941	1215
		% dentro de Pareja	22.6%	77.4%	100.0%
		% dentro de Consumo general	80.1%	83.5%	82.7%
		% del total	18.7%	64.1%	82.7%
	Total	Recuento	342	1127	1469
% dentro de Pareja		23.3%	76.7%	100.0%	
% dentro de Consumo general		100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.3%	76.7%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco en general?

TABLA 31 - CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

		Consumo AD		Total	
		Sí	No		
PAREJA		Recuento	29	225	254
	Sin pareja	% dentro de Pareja	11.4%	88.6%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	20.6%	17.0%	17.3%
		% del total	2.0%	15.3%	17.3%
	Con pareja	Recuento	112	1101	1213
		% dentro de Pareja	9.2%	90.8%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	79.4%	83.0%	82.7%
		% del total	7.6%	75.1%	82.7%
	Total		Recuento	141	1326
		% dentro de Pareja	9.6%	90.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9.6%	90.4%	100.0%

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco antidepresivo o estimulante?

TABLA 32– CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
PAREJA	Sin pareja	Recuento	62	192	254
		% dentro de Pareja	24.4%	75.6%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	19.9%	16.6%	17.3%
		% del total	4.2%	13.1%	17.3%
	Con pareja	Recuento	250	965	1215
		% dentro de Pareja	20.6%	79.4%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	80.1%	83.4%	82.7%
		% del total	17.0%	65.7%	82.7%
	Total	Recuento	312	1157	1469
		% dentro de Pareja	21.2%	78.8%	100.0%
% dentro de Consumo Bz		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		21.2%	78.8%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco tranquilizante, relajante o hipnótico?

TABLA 33 – Varones**TABLA 33a – Consumo en general en varones**

			Consumo general		Total
			Sí	No	
PAREJA	Sin pareja	Recuento	11	70	81
		% dentro de Pareja	13.6%	86.4%	100.0%
		% dentro de Consumo general	18.0%	11.9%	12.5%
		% del total	1.7%	10.8%	12.5%
	Con pareja	Recuento	50	518	568
		% dentro de Pareja	8.8%	91.2%	100.0%
		% dentro de Consumo general	82.0%	88.1%	87.5%
		% del total	7.7%	79.8%	87.5%
	Total	Recuento	61	588	649
		% dentro de Pareja	9.4%	90.6%	100.0%
% dentro de Consumo general		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		9.4%	90.6%	100.0%	

TABLA 33b – Consumo de antidepresivos en varones

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
PAREJA	Sin pareja	Recuento	5	76	81
		% dentro de Pareja	6.2%	93.8%	100.0%
		% dentro de Consumo general	27.8%	12.0%	12.5%
		% del total	.8%	11.7%	12.5%
	Con pareja	Recuento	13	555	568
		% dentro de Pareja	2.3%	97.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	72.2%	88.0%	87.5%
		% del total	2.0%	85.5%	87.5%
	Total	Recuento	18	631	649
		% dentro de Pareja	2.8%	97.2%	100.0%
		% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	2.8%	97.2%	100.0%

TABLA 33c – Consumo de tranquilizantes en varones

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
PAREJA	Sin pareja	Recuento	10	71	81
		% dentro de Pareja	12.3%	87.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	18.2%	12.0%	12.5%
		% del total	1.5%	10.9%	12.5%
	Con pareja	Recuento	45	523	568
		% dentro de Pareja	7.9%	92.1%	100.0%
		% dentro de Consumo general	81.8%	88.0%	87.5%
		% del total	6.9%	80.6%	87.5%
	Total	Recuento	55	594	649
		% dentro de Pareja	8.5%	91.5%	100.0%
		% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	8.5%	91.5%	100.0%

TABLA 34 – Mujeres**TABLA 34a – Consumo en general en mujeres**

		Consumo general		Total	
		Sí	No		
PAREJA	Sin pareja	Recuento	57	116	173
		% dentro de Pareja	32.9%	67.1%	100.0%
		% dentro de Consumo general	20.3%	21.5%	21.1%
		% del total	7.0%	14.1%	21.1%
	Con pareja	Recuento	224	423	647
		% dentro de Pareja	34.6%	65.4%	100.0%
		% dentro de Consumo general	79.7%	78.5%	78.9%
		% del total	27.3%	51.6%	78.9%
	Total	Recuento	281	539	820
		% dentro de Pareja	34.3%	65.7%	100.0%
% dentro de Consumo general		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		34.3%	65.7%	100.0%	

TABLA 34b – Consumo de antidepresivos en mujeres

		Consumo AD		Total	
		Sí	No		
PAREJA	Sin pareja	Recuento	24	149	173
		% dentro de Pareja	13.9%	86.1%	100.0%
		% dentro de Consumo general	19.5%	21.4%	21.1%
		% del total	2.9%	18.2%	21.1%
	Con pareja	Recuento	99	546	645
		% dentro de Pareja	15.3%	84.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	80.5%	78.6%	78.9%
		% del total	12.1%	66.7%	78.9%
	Total	Recuento	123	695	818
		% dentro de Pareja	15.0%	85.0%	100.0%
% dentro de Consumo general		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		15.0%	85.0%	100.0%	

TABLA 34c – Consumo de tranquilizantes en mujeres

		Consumo Bz		Total
		Sí	No	
PAREJA	Recuento	52	121	173
	Sin pareja			
	% dentro de Pareja	30.1%	69.9%	100.0%
	% dentro de Consumo general	20.2%	21.5%	21.1%
	% del total	6.3%	14.8%	21.1%
	Con pareja			
	% dentro de Pareja	31.7%	68.3%	100.0%
	% dentro de Consumo general	79.8%	78.5%	78.9%
	% del total	25.0%	53.9%	78.9%
Total	Recuento	257	563	820
	% dentro de Pareja	31.3%	68.7%	100.0%
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	31.3%	68.7%	100.0%

TABLA 35– TRASTORNO MENTAL

		Trastorno mental		Total
		Sí	No	
PAREJA	Recuento	97	156	253
	Sin pareja			
	% dentro de Pareja	38.3%	61.7%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental	21.6%	15.3%	17.2%
	% del total	6.6%	10.6%	17.2%
	Con pareja			
	% dentro de Pareja	29.0%	71.0%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental	78.4%	84.7%	82.8%
	% del total	24.0%	58.8%	82.8%
Total	Recuento	449	1019	1468
	% dentro de Pareja	30.6%	69.4%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	30.6%	69.4%	100.0%

¿Ha padecido alguna vez ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 36- TRASTORNO MENTAL RECIENTE

		Trastorno mental reciente		Total		
		Sí	No			
PAREJA		Recuento	78	175	253	
	Sin pareja	% dentro de Pareja	30.8%	69.2%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental reciente	21.4%	15.9%	17.2%	
		% del total	5.3%	11.9%	17.2%	
			Recuento	287	929	1216
	Con pareja	% dentro de Pareja	23.6%	76.4%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental reciente	78.6%	84.1%	82.8%	
		% del total	19.5%	63.2%	82.8%	
	Total		Recuento	365	1104	1469
			% dentro de Pareja	24.8%	75.2%	100.0%
			% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%
			% del total	24.8%	75.2%	100.0%

¿Ha padecido de forma reciente ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

**TABLA 37 - 41 – TABLAS DE CONTINGENCIA DE LA VARIABLE
SITUACIÓN LABORAL**

TABLA 37– CONSUMO GENERAL

TABLA 37a – Muestra total (sujetos que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
SITUACIÓN LABORAL		Recuento	21	100	121
	En paro	% dentro de situación laboral	17.4%	82.6%	100.0%
		% dentro de Consumo general	6.2%	8.9%	8.3%
		% del total	1.4%	6.8%	8.3%
		Recuento	127	174	301
	Amas de casa	% dentro de situación laboral	42.2%	57.8%	100.0%
		% dentro de Consumo general	37.4%	15.5%	20.6%
		% del total	8.7%	11.9%	20.6%
		Recuento	138	736	874
	Trabajadores	% dentro de situación laboral	15.8%	84.2%	100.0%
		% dentro de Consumo general	40.6%	65.5%	59.7%
		% del total	9.4%	50.3%	59.7%
	Recuento	54	113	167	
Jubilados	% dentro de situación laboral	32.3%	67.7%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	15.9%	10.1%	11.4%	
	% del total	3.7%	7.7%	11.4%	
Total	Recuento	340	1123	1463	
	% dentro de situación laboral	23.2%	76.8%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.2%	76.8%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco en general?

TABLA 37b – Mujeres (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total	
			Sí	No		
SITUACIÓN LABORAL	En paro	Recuento	14	33	47	
		% dentro de situación laboral	29.8%	70.2%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	5.0%	6.1%	5.8%	
	%			1.7%	4.0%	5.8%
	Amas de casa	Recuento	127	174	301	
		% dentro de situación laboral	42.2%	57.8%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	45.5%	32.3%	36.8%	
	%			15.5%	21.3%	36.8%
	Trabajadoras	Recuento	102	297	399	
		% dentro de situación laboral	25.6%	74.4%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	36.6%	55.2%	48.8%	
	%			12.5%	36.4%	48.8%
	Jubiladas	Recuento	36	34	70	
		% dentro de situación laboral	51.4%	48.6%	100.0%	
		% dentro de Consumo general	12.9%	6.3%	8.6%	
%			4.4%	4.2%	8.6%	
Total	Recuento	279	538	817		
	% dentro de situación laboral	34.1%	65.9%	100.0%		
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%		
	% del total	34.1%	65.9%	100.0%		

TABLA 37c – Varones (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
Recuento			7	67	74
En paro	% dentro de situación laboral		9.5%	90.5%	100.0%
	% dentro de Consumo general		11.5%	11.5%	11.5%
	% del total		1.1%	10.4%	11.5%
Recuento			36	439	475
Trabajadores	% dentro de situación laboral		7.6%	92.4%	100.0%
	% dentro de Consumo general		59.0%	75.0%	73.5%
	% del total		5.6%	68.0%	73.5%
SITUACIÓN					
LABORAL					
Recuento			18	79	97
Jubilados	% dentro de situación laboral		18.6%	81.4%	100.0%
	% dentro de Consumo general		29.5%	13.5%	15.0%
	% del total		2.8%	12.2%	15.0%
Recuento			61	585	646
Total	% dentro de situación laboral		9.4%	90.6%	100.0%
	% dentro de Consumo general		100.0%	100.0%	100.0%
	% del total		9.4%	90.6%	100.0%

TABLA 38 - CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS**TABLA 38a – Muestra total (sujetos que habían consumido antidepresivos)**

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
SITUACIÓN LABORAL		Recuento	8	113	121
	En paro	% dentro de situación laboral	6.6%	93.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	5.7%	8.6%	8.3%
		% del total	.5%	7.7%	8.3%
		Recuento	62	238	300
	Amas de casa	% dentro de situación laboral	20.7%	79.3%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	44.0%	18.0%	20.5%
		% del total	4.2%	16.3%	20.5%
		Recuento	47	826	873
	Trabajadores	% dentro de situación laboral	5.4%	94.6%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	33.3%	62.6%	59.8%
		% del total	3.2%	56.5%	59.8%
	Recuento	24	143	167	
Jubilados	% dentro de situación laboral	14.4%	85.6%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	17.0%	10.8%	11.4%	
	% del total	1.6%	9.8%	11.4%	
Total	Recuento	141	1320	1461	
	% dentro de situación laboral	9.7%	90.3%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	9.7%	90.3%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco antidepresivo o estimulante?

TABLA 38b – Mujeres (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
SITUACIÓN LABORAL		Recuento	5	42	47
	En paro	% dentro de situación laboral	10.6%	89.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	4.1%	6.1%	5.8%
		% del total	.6%	5.2%	5.8%
		Recuento	62	238	300
	Amas de casa	% dentro de situación laboral	20.7%	79.3%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	50.4%	34.4%	36.8%
		% del total	7.6%	29.2%	36.8%
		Recuento	37	361	398
	Trabajadoras	% dentro de situación laboral	9.3%	90.7%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	30.1%	52.2%	48.8%
		% del total	4.5%	44.3%	48.8%
	Recuento	19	51	70	
Jubiladas	% dentro de situación laboral	27.1%	72.9%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	15.4%	7.4%	8.6%	
	% del total	2.3%	6.3%	8.6%	
Total	Recuento	123	692	815	
	% dentro de situación laboral	15.1%	84.9%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	15.1%	84.9%	100.0%	

TABLA 38c – Varones (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
SITUACIÓN LABORAL	En paro	Recuento	3	71	74
		% dentro de situación laboral	4.1%	95.9%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	16.7%	11.3%	11.5%
		% del total	.5%	11.0%	11.5%
	Trabajadores	Recuento	10	465	475
		% dentro de situación laboral	2.1%	97.9%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	55.6%	74.0%	73.5%
		% del total	1.5%	72.0%	73.5%
	Jubilados	Recuento	5	92	97
		% dentro de situación laboral	5.2%	94.8%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	27.8%	14.6%	15.0%
		% del total	.8%	14.2%	15.0%
Total	Recuento	18	628	646	
	% dentro de situación laboral	2.8%	97.2%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	2.8%	97.2%	100.0%	

TABLA 39– CONSUMO DE TRANQUILIZANTES**TABLA 39a – Muestra total (sujetos que habían consumido tranquilizantes)**

			Consumo Bz		Total	
			Sí	No		
SITUACIÓN LABORAL	En paro	Recuento	18	103	121	
		% dentro de situación laboral	14.9%	85.1%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	5.8%	8.9%	8.3%	

	Amas de casa	Recuento	118	183	301	
		% dentro de situación laboral	39.2%	60.8%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	38.1%	15.9%	20.6%	

	Trabajadores	Recuento	126	748	874	
		% dentro de situación laboral	14.4%	85.6%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	40.6%	64.9%	59.7%	

Jubilados	Recuento	48	119	167		
	% dentro de situación laboral	28.7%	71.3%	100.0%		
	% dentro de Consumo Bz	15.5%	10.3%	11.4%		

Total	Recuento	310	1153	1463		
	% dentro de situación laboral	21.2%	78.8%	100.0%		
	% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%		
	% del total	21.2%	78.8%	100.0%		

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco tranquilizante, relajante o hipnótico?

TABLA 39b – Mujeres (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total	
			Sí	No		
SITUACIÓN LABORAL	En paro	Recuento	13	34	47	
		% dentro de situación laboral	27.7%	72.3%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	5.1%	6.0%	5.8%	
	%			1.6%	4.2%	5.8%
	Amas de casa	Recuento	118	183	301	
		% dentro de situación laboral	39.2%	60.8%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	46.3%	32.6%	36.8%	
	%			14.4%	22.4%	36.8%
	Trabajadoras	Recuento	92	307	399	
		% dentro de situación laboral	23.1%	76.9%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	36.1%	54.6%	48.8%	
	%			11.3%	37.6%	48.8%
Jubiladas	Recuento	32	38	70		
	% dentro de situación laboral	45.7%	54.3%	100.0%		
	% dentro de Consumo Bz	12.5%	6.8%	8.6%		
%			3.9%	4.7%	8.6%	
Total	Recuento	255	562	817		
	% dentro de situación laboral	31.2%	68.8%	100.0%		
	% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%		
	% del total	31.2%	68.8%	100.0%		

TABLA 39c – Varones (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total		
			Sí	No			
SITUACIÓN LABORAL	En paro	Recuento	5	69	74		
		% dentro de situación laboral	6.8%	93.2%	100.0%		
		% dentro de Consumo Bz	9.1%	11.7%	11.5%		

	Trabajadores	Recuento	34	441	475		
		% dentro de situación laboral	7.2%	92.8%	100.0%		
		% dentro de Consumo Bz	61.8%	74.6%	73.5%		

				% del total	5.3%	68.3%	73.5%
	Jubilados	Recuento	16	81	97		
		% dentro de situación laboral	16.5%	83.5%	100.0%		
		% dentro de Consumo Bz	29.1%	13.7%	15.0%		

			% del total	2.5%	12.5%	15.0%	
Total	Recuento		55	591	646		
	% dentro de situación laboral		8.5%	91.5%	100.0%		
	% dentro de Consumo Bz		100.0%	100.0%	100.0%		
	% del total		8.5%	91.5%	100.0%		

TABLA 40- TRASTORNO MENTAL

			Trastorno mental		Total
			Sí	No	
SITUACIÓN LABORAL		Recuento	35	86	121
	En paro	% dentro de situación laboral	28.9%	71.1%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental	7.9%	8.5%	8.3%
		% del total	2.4%	5.9%	8.3%
		Recuento	135	165	300
	Amas de casa	% dentro de situación laboral	45.0%	55.0%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental	30.3%	16.2%	20.5%
		% del total	9.2%	11.3%	20.5%
		Recuento	218	656	874
	Trabajadores	% dentro de situación laboral	24.9%	75.1%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental	49.0%	64.5%	59.8%
		% del total	14.9%	44.9%	59.8%
	Recuento	57	110	167	
Jubilados	% dentro de situación laboral	34.1%	65.9%	100.0%	
	% dentro de Trastorno mental	12.8%	10.8%	11.4%	
	% del total	3.9%	7.5%	11.4%	
Total	Recuento	445	1017	1462	
	% dentro de situación laboral	30.4%	69.6%	100.0%	
	% dentro de Trastorno mental	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	30.4%	69.6%	100.0%	

¿Ha padecido alguna vez ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 41- TRASTORNO MENTAL RECIENTE

			Trastorno mental reciente		Total
			Sí	No	
SITUACIÓN LABORAL	En paro	Recuento	28	93	121
		% dentro de situación laboral	23.1%	76.9%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	7.7%	8.4%	8.3%
		% del total	1.9%	6.4%	8.3%
	Amas de casa	Recuento	119	183	302
		% dentro de situación laboral	39.4%	60.6%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	32.9%	16.6%	20.6%
		% del total	8.1%	12.5%	20.6%
	Trabajadores	Recuento	167	706	873
		% dentro de situación laboral	19.1%	80.9%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	46.1%	64.1%	59.6%
		% del total	11.4%	48.2%	59.6%
	Jubilados	Recuento	48	120	168
		% dentro de situación laboral	28.6%	71.4%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	13.3%	10.9%	11.5%
		% del total	3.3%	8.2%	11.5%
Total	Recuento	362	1102	1464	
	% dentro de situación laboral	24.7%	75.3%	100.0%	
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	24.7%	75.3%	100.0%	

¿Ha padecido de forma reciente ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 42 - 46 – TABLAS DE CONTINGENCIA DE LA VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS

TABLA 42– CONSUMO GENERAL

TABLA 42a – Muestra total (sujetos que habían consumido psicofármacos en general)

		Consumo general		Total	
		Sí	No		
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	38	93	131
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	29.0%	71.0%	100.0%
		% dentro de Consumo general	11.4%	8.4%	9.1%
		% del total	2.6%	6.4%	9.1%
		Recuento	152	447	599
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	25.4%	74.6%	100.0%
		% dentro de Consumo general	45.6%	40.3%	41.5%
		% del total	10.5%	31.0%	41.5%
		Recuento	116	465	581
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	20.0%	80.0%	100.0%
		% dentro de Consumo general	34.8%	41.9%	40.3%
		% del total	8.0%	32.2%	40.3%
		Recuento	27	105	132
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	20.5%	79.5%	100.0%
		% dentro de Consumo general	8.1%	9.5%	9.1%
% del total		1.9%	7.3%	9.1%	
	Recuento	333	1110	1443	
Total	% dentro de Nivel de estudios	23.1%	76.9%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.1%	76.9%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco en general?

TABLA 42b – Mujeres (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	33	60	93
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	35.5%	64.5%	100.0%
		% dentro de Consumo general	12.1%	11.3%	11.6%
		% del total	4.1%	7.5%	11.6%
		Recuento	133	189	322
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	41.3%	58.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	48.7%	35.7%	40.1%
		% del total	16.6%	23.5%	40.1%
		Recuento	89	231	320
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	27.8%	72.2%	100.0%
		% dentro de Consumo general	32.6%	43.6%	39.9%
		% del total	11.1%	28.8%	39.9%
		Recuento	18	50	68
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	26.5%	73.5%	100.0%
		% dentro de Consumo general	6.6%	9.4%	8.5%
% del total		2.2%	6.2%	8.5%	
	Recuento	273	530	803	
Total	% dentro de Nivel de estudios	34.0%	66.0%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	34.0%	66.0%	100.0%	

TABLA 42c – Varones (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios	Recuento	5	33	38
		% dentro de Nivel de estudios	13.2%	86.8%	100.0%
		% dentro de Consumo general	8.3%	5.7%	5.9%
		% del total	.8%	5.2%	5.9%
	Primarios	Recuento	19	258	277
		% dentro de Nivel de estudios	6.9%	93.1%	100.0%
		% dentro de Consumo general	31.7%	44.5%	43.3%
		% del total	3.0%	40.3%	43.3%
	Secundarios o FP	Recuento	27	234	261
		% dentro de Nivel de estudios	10.3%	89.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	45.0%	40.3%	40.8%
		% del total	4.2%	36.6%	40.8%
	Universitarios	Recuento	9	55	64
		% dentro de Nivel de estudios	14.1%	85.9%	100.0%
		% dentro de Consumo general	15.0%	9.5%	10.0%
% del total		1.4%	8.6%	10.0%	
Total	Recuento	60	580	640	
	% dentro de Nivel de estudios	9.4%	90.6%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	9.4%	90.6%	100.0%	

TABLA 43 - CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS**TABLA 43a – Muestra total (sujetos que habían consumido antidepresivos)**

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	14	116	130
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	10.8%	89.2%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	10.2%	8.9%	9.0%
		% del total	1.0%	8.0%	9.0%
		Recuento	70	529	599
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	11.7%	88.3%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	51.1%	40.6%	41.6%
		% del total	4.9%	36.7%	41.6%
		Recuento	44	537	581
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	7.6%	92.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	32.1%	41.2%	40.3%
		% del total	3.1%	37.3%	40.3%
		Recuento	9	122	131
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	6.9%	93.1%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	6.6%	9.4%	9.1%
		% del total	.6%	8.5%	9.1%
	Recuento	137	1304	1441	
Total	% dentro de Nivel de estudios	9.5%	90.5%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	9.5%	90.5%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco antidepresivo o estimulante?

TABLA 43b – Mujeres (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	13	79	92
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	14.1%	85.9%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	10.8%	11.6%	11.5%
		% del total	1.6%	9.9%	11.5%
		Recuento	65	257	322
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	20.2%	79.8%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	54.2%	37.7%	40.2%
		% del total	8.1%	32.1%	40.2%
		Recuento	35	285	320
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	10.9%	89.1%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	29.2%	41.9%	40.0%
		% del total	4.4%	35.6%	40.0%
		Recuento	7	60	67
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	10.4%	89.6%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	5.8%	8.8%	8.4%
		% del total	.9%	7.5%	8.4%
Total	Recuento	120	681	801	
	% dentro de Nivel de estudios	15.0%	85.0%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	15.0%	85.0%	100.0%	

TABLA 43c – Varones (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	1	37	38
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	2.6%	97.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	5.9%	5.9%	5.9%
		% del total	.2%	5.8%	5.9%
		Recuento	5	272	277
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	1.8%	98.2%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	29.4%	43.7%	43.3%
		% del total	.8%	42.5%	43.3%
		Recuento	9	252	261
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	3.4%	96.6%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	52.9%	40.4%	40.8%
		% del total	1.4%	39.4%	40.8%
		Recuento	2	62	64
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	3.1%	96.9%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	11.8%	10.0%	10.0%
		% del total	.3%	9.7%	10.0%
Total	Recuento	17	623	640	
	% dentro de Nivel de estudios	2.7%	97.3%	100.0%	
	% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	2.7%	97.3%	100.0%	

TABLA 44– CONSUMO DE TRANQUILIZANTES**TABLA 44a – Muestra total (sujetos que habían consumido tranquilizantes)**

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	36	95	131
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	27.5%	72.5%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	11.8%	8.3%	9.1%
		% del total	2.5%	6.6%	9.1%
		Recuento	131	468	599
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	21.9%	78.1%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	43.1%	41.1%	41.5%
		% del total	9.1%	32.4%	41.5%
		Recuento	111	470	581
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	19.1%	80.9%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	36.5%	41.3%	40.3%
		% del total	7.7%	32.6%	40.3%
		Recuento	26	106	132
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	19.7%	80.3%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	8.6%	9.3%	9.1%
% del total		1.8%	7.3%	9.1%	
	Recuento	304	1139	1443	
Total	% dentro de Nivel de estudios	21.1%	78.9%	100.0%	
	% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	21.1%	78.9%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco tranquilizante, relajante o hipnótico?

TABLA 44b – Mujeres (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	32	61	93
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	34.4%	65.6%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	12.8%	11.0%	11.6%
		% del total	4.0%	7.6%	11.6%
		Recuento	114	208	322
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	35.4%	64.6%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	45.6%	37.6%	40.1%
		% del total	14.2%	25.9%	40.1%
		Recuento	86	234	320
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	26.9%	73.1%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	34.4%	42.3%	39.9%
		% del total	10.7%	29.1%	39.9%
		Recuento	18	50	68
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	26.5%	73.5%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	7.2%	9.0%	8.5%
		% del total	2.2%	6.2%	8.5%
	Recuento	250	553	803	
Total	% dentro de Nivel de estudios	31.1%	68.9%	100.0%	
	% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	31.1%	68.9%	100.0%	

TABLA 44c – Varones (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	4	34	38
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	10.5%	89.5%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	7.4%	5.8%	5.9%
		% del total	.6%	5.3%	5.9%
		Recuento	17	260	277
	Primarios	% dentro de Nivel de estudios	6.1%	93.9%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	31.5%	44.4%	43.3%
		% del total	2.7%	40.6%	43.3%
		Recuento	25	236	261
	Secundarios o FP	% dentro de Nivel de estudios	9.6%	90.4%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	46.3%	40.3%	40.8%
		% del total	3.9%	36.9%	40.8%
		Recuento	8	56	64
	Universitarios	% dentro de Nivel de estudios	12.5%	87.5%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	14.8%	9.6%	10.0%
% del total		1.3%	8.8%	10.0%	
	Recuento	54	586	640	
Total	% dentro de Nivel de estudios	8.4%	91.6%	100.0%	
	% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	8.4%	91.6%	100.0%	

TABLA 45- TRASTORNO MENTAL

			Trastorno mental		Total
			Sí	No	
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios	Recuento	54	111	165
		% dentro de Nivel de estudios	32.7%	67.3%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental	11.5%	9.7%	10.2%
		% del total	3.3%	6.9%	10.2%
	Primarios	Recuento	197	469	666
		% dentro de Nivel de estudios	29.6%	70.4%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental	42.1%	40.9%	41.2%
		% del total	12.2%	29.0%	41.2%
	Secundarios o FP	Recuento	183	455	638
		% dentro de Nivel de estudios	28.7%	71.3%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental	39.1%	39.7%	39.5%
		% del total	11.3%	28.2%	39.5%
	Universitarios	Recuento	34	112	146
% dentro de Nivel de estudios		23.3%	76.7%	100.0%	
% dentro de Trastorno mental		7.3%	9.8%	9.0%	
% del total		2.1%	6.9%	9.0%	
Total	Recuento	468	1147	1615	
	% dentro de Nivel de estudios	29.0%	71.0%	100.0%	
	% dentro de Trastorno mental	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	29.0%	71.0%	100.0%	

¿Ha padecido alguna vez ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 46- TRASTORNO MENTAL RECIENTE

		Trastorno mental reciente		Total	
		Sí	No		
NIVEL DE ESTUDIOS		Recuento	38	94	132
	Sin estudios	% dentro de Nivel de estudios	28.8%	71.2%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	10.7%	8.6%	9.1%
		% del total	2.6%	6.5%	9.1%
	Primarios	Recuento	159	439	598
		% dentro de Nivel de estudios	26.6%	73.4%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	44.7%	40.4%	41.4%
		% del total	11.0%	30.4%	41.4%
	Secundarios o FP	Recuento	136	446	582
		% dentro de Nivel de estudios	23.4%	76.6%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	38.2%	41.0%	40.3%
		% del total	9.4%	30.9%	40.3%
Universitarios	Recuento	23	108	131	
	% dentro de Nivel de estudios	17.6%	82.4%	100.0%	
	% dentro de Trastorno mental reciente	6.5%	9.9%	9.1%	
	% del total	1.6%	7.5%	9.1%	
Total	Recuento	356	1087	1443	
	% dentro de Nivel de estudios	24.7%	75.3%	100.0%	
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	24.7%	75.3%	100.0%	

¿Ha padecido de forma reciente ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

**TABLA 47 - 51 – TABLAS DE CONTINGENCIA DE LA VARIABLE
MENOPAUSIA**

TABLA 47– CONSUMO GENERAL

			Consumo general		Total
			Sí	No	
MENOPAUSIA	No	Recuento	78	219	297
		% dentro de Menopausia	26.3%	73.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	28.1%	40.8%	36.4%
		% del total	9.6%	26.9%	36.4%
	Sí	Recuento	200	318	518
		% dentro de Menopausia	38.6%	61.4%	100.0%
		% dentro de Consumo general	71.9%	59.2%	63.6%
		% del total	24.5%	39.0%	63.6%
	Total	Recuento	278	537	815
% dentro de Menopausia		34.1%	65.9%	100.0%	
% dentro de Consumo general		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		34.1%	65.9%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco en general?

TABLA 48 - CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
MENOPAUSIA	No	Recuento	28	268	296
		% dentro de Menopausia	9.5%	90.5%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	23.1%	38.7%	36.4%
		% del total	3.4%	33.0%	36.4%
	Sí	Recuento	93	424	517
		% dentro de Menopausia	18.0%	82.0%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	76.9%	61.3%	63.6%
		% del total	11.4%	52.2%	63.6%
	Total	Recuento	121	692	813
% dentro de Menopausia		14.9%	85.1%	100.0%	
% dentro de Consumo AD		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		14.9%	85.1%	100.0%	

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco antidepresivo o estimulante?

TABLA 49– CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

			Consumo Bz		Total	
			Sí	No		
MENOPAUSIA	No	Recuento	75	222	297	
		% dentro de Menopausia	25.3%	74.7%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	29.3%	39.7%	36.4%	
	%			9.2%	27.2%	36.4%
	Sí	Recuento	181	337	518	
		% dentro de Menopausia	34.9%	65.1%	100.0%	
		% dentro de Consumo Bz	70.7%	60.3%	63.6%	
	%			22.2%	41.3%	63.6%
	Total	Recuento	256	559	815	
% dentro de Menopausia		31.4%	68.6%	100.0%		
% dentro de Consumo Bz		100.0%	100.0%	100.0%		
% del total		31.4%	68.6%	100.0%		

En el último mes. ¿ha utilizado algún tipo de fármaco tranquilizante, relajante o hipnótico?

TABLA 50 - TRASTORNO MENTAL

			Trastorno mental		Total	
			Sí	No		
MENOPAUSIA	No	Recuento	117	179	296	
		% dentro de Menopausia	39.5%	60.5%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental	34.7%	37.5%	36.4%	
	%			14.4%	22.0%	36.4%
	Sí	Recuento	220	298	518	
		% dentro de Menopausia	42.5%	57.5%	100.0%	
		% dentro de Trastorno mental	65.3%	62.5%	63.6%	
	%			27.0%	36.6%	63.6%
	Total	Recuento	337	477	814	
% dentro de Menopausia		41.4%	58.6%	100.0%		
% dentro de Trastorno mental		100.0%	100.0%	100.0%		
% del total		41.4%	58.6%	100.0%		

¿Ha padecido alguna vez ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 51 - TRASTORNO MENTAL RECIENTE

		Trastorno mental reciente		Total	
		Sí	No		
MENOPAUSIA		Recuento	86	211	297
	No	% dentro de Menopausia	29.0%	71.0%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	30.1%	39.7%	36.4%
		% del total	10.5%	25.8%	36.4%
		Recuento	200	320	520
	Sí	% dentro de Menopausia	38.5%	61.5%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	69.9%	60.3%	63.6%
		% del total	24.5%	39.2%	63.6%
	Total		Recuento	286	531
		% dentro de Menopausia	35.0%	65.0%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	35.0%	65.0%	100.0%

¿Ha padecido de forma reciente ansiedad, depresión u otros trastornos mentales?

TABLA 52 - 54 – TABLAS DE CONTINGENCIA DE LA VARIABLE TRASTORNO MENTAL

TABLA 52a - Consumo general de psicofármacos / Padecimiento de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales alguna vez en la vida

TABLA 52a.1 - Muestra total (sujetos que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
Trastorno mental		Recuento	263	188	451
	Sí	% dentro de Trastorno mental	58.3%	41.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	76.7%	16.7%	30.6%
		% del total	17.9%	12.8%	30.6%
	No	Recuento	80	941	1021
		% dentro de Trastorno mental	7.8%	92.2%	100.0%
		% dentro de Consumo general	23.3%	83.3%	69.4%
	Total	% del total	5.4%	63.9%	69.4%
		Recuento	343	1129	1472
% dentro de Trastorno mental		23.3%	76.7%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.3%	76.7%	100.0%	

TABLA 52a.2 – Mujeres (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
Trastorno mental		Recuento	218	124	342
	Sí	% dentro de Trastorno mental	63.7%	36.3%	100.0%
		% dentro de Consumo general	77.3%	22.9%	41.6%
		% del total	26.5%	15.1%	41.6%
	No	Recuento	64	417	481
		% dentro de Trastorno mental	13.3%	86.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	22.7%	77.1%	58.4%
	Total	% del total	7.8%	50.7%	58.4%
		Recuento	282	541	823
% dentro de Trastorno mental		34.3%	65.7%	100.0%	
	% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	34.3%	65.7%	100.0%	

TABLA 52a.3 – Varones (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
		Recuento	45	64	109
Trastorno mental	Sí	% dentro de Trastorno mental	41.3%	58.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	73.8%	10.9%	16.8%
		% del total	6.9%	9.9%	16.8%
		Recuento	16	524	540
	No	% dentro de Trastorno mental	3.0%	97.0%	100.0%
		% dentro de Consumo general	26.2%	89.1%	83.2%
% del total		2.5%	80.7%	83.2%	
Total		Recuento	61	588	649
		% dentro de Trastorno mental	9.4%	90.6%	100.0%
		% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9.4%	90.6%	100.0%

TABLA 52b - Consumo general de psicofármacos / Padecimiento de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales de forma reciente**TABLA 52b.1 - Muestra total (sujetos que habían consumido psicofármacos en general)**

			Consumo general		Total
			Sí	No	
		Recuento	239	128	367
Trastorno mental reciente	Sí	% dentro de Trastorno mental reciente	65.1%	34.9%	100.0%
		% dentro de Consumo general	69.9%	11.3%	25.0%
		% del total	16.3%	8.7%	25.0%
		Recuento	103	1000	1103
	No	% dentro de Trastorno mental reciente	9.3%	90.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	30.1%	88.7%	75.0%
% del total		7.0%	68.0%	75.0%	
Total		Recuento	343	1128	1470
		% dentro de Trastorno mental reciente	23.3%	76.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	23.3%	76.7%	100.0%

TABLA 52b.2 – Mujeres (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
		Recuento	202	88	290
Trastorno mental reciente	Sí	% dentro de Trastorno mental reciente	69.7%	30.3%	100.0%
		% dentro de Consumo general	71.6%	16.3%	35.3%
		% del total	24.6%	10.7%	35.3%
		Recuento	80	452	532
	No	% dentro de Trastorno mental reciente	15.0%	85.0%	100.0%
		% dentro de Consumo general	28.4%	83.7%	64.7%
% del total		9.7%	55.0%	64.7%	
Total		Recuento	282	540	822
		% dentro de Trastorno mental reciente	34.3%	65.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	34.3%	65.7%	100.0%

TABLA 52b.3 – Varones (que habían consumido psicofármacos en general)

			Consumo general		Total
			Sí	No	
		Recuento	37	40	77
Trastorno mental reciente	Sí	% dentro de Trastorno mental	48.1%	51.9%	100.0%
		% dentro de Consumo general	61.7%	6.8%	11.9%
		% del total	5.7%	6.2%	11.9%
		Recuento	23	548	571
	No	% dentro de Trastorno mental	4.0%	96.0%	100.0%
		% dentro de Consumo general	38.3%	93.2%	88.1%
% del total		3.5%	84.6%	88.1%	
Total		Recuento	60	588	648
		% dentro de Trastorno mental	9.3%	90.7%	100.0%
		% dentro de Consumo general	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9.3%	90.7%	100.0%

TABLA 53a - Consumo de antidepresivos o estimulantes / Padecimiento de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales alguna vez en la vida**TABLA 53a.1 – Muestra total (sujetos que habían consumido antidepresivos)**

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
		Recuento	136	313	449
Trastorno mental	Sí	% dentro de Trastorno mental	30.3%	69.7%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	95.8%	23.6%	30.5%
		% del total	9.3%	21.3%	30.5%
		Recuento	6	1015	1021
	No	% dentro de Trastorno mental	0.6%	99.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	4.2%	76.4%	69.5%
% del total		0.4%	69.0%	69.5%	
Total		Recuento	142	1328	1470
		% dentro de Trastorno mental	9.7%	90.3%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9.7%	90.3%	100.0%

TABLA 53a.2 – Mujeres (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
		Recuento	118	222	340
Trastorno mental	Sí	% dentro de Trastorno mental	34.7%	65.3%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	95.2%	31.9%	41.4%
		% del total	14.4%	27.0%	41.4%
		Recuento	6	475	481
	No	% dentro de Trastorno mental	1.2%	98.8%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	4.8%	68.1%	58.6%
% del total		0.7%	57.9%	58.6%	
Total		Recuento	124	697	821
		% dentro de Trastorno mental	15.1%	84.9%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	15.1%	84.9%	100.0%

TABLA 53a.3 – Varones (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
		Recuento	18	91	109
Trastorno mental	Sí	% dentro de Trastorno mental	16.5%	83.5%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	100.0%	14.4%	16.8%
		% del total	2.8%	14.0%	16.8%
		Recuento	0	540	540
	No	% dentro de Trastorno mental	0.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	0.0%	85.6%	83.2%
% del total		0.0%	83.2%	83.2%	
Total		Recuento	18	631	649
		% dentro de Trastorno mental	2.8%	97.2%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	2.8%	97.2%	100.0%

TABLA 53b - Consumo de antidepresivos o estimulantes / Padecimiento de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales de forma reciente**TABLA 53b.1 – Muestra total (sujetos que habían consumido antidepresivos)**

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
		Recuento	131	235	366
Trastorno mental reciente	Sí	% dentro de Trastorno mental reciente	35.8%	64.2%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	92.9%	17.7%	24.9%
		% del total	8.9%	16.0%	24.9%
		Recuento	10	1092	1102
	No	% dentro de Trastorno mental reciente	0.9%	99.1%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	7.1%	82.3%	75.1%
% del total		0.7%	74.4%	75.1%	
Total		Recuento	141	1327	1468
		% dentro de Trastorno mental reciente	9.6%	90.4%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9,6%	90,4%	100,0%

TABLA 53b.2 – Mujeres (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
Recuento			113	176	289
SÍ	% dentro de Trastorno mental reciente		39.1%	60.9%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	91.9%	25.3%	35.2%
		% del total	13.8%	21.5%	35.2%
Trastorno mental reciente					
Recuento			10	521	531
NO	% dentro de Trastorno mental reciente		1.9%	98.1%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	8.1%	74.7%	64.8%
		% del total	1.2%	63.5%	64.8%
Recuento			123	697	820
% dentro de Trastorno mental reciente			15.0%	85.0%	100.0%
Total	% dentro de Consumo AD		100.0%	100.0%	100.0%
	% del total		15.0%	85.0%	100.0%

TABLA 53b.3 – Varones (que habían consumido antidepresivos)

			Consumo AD		Total
			Sí	No	
Recuento			18	59	77
SÍ	% dentro de Trastorno mental reciente		23.4%	76.6%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	100.0%	9.4%	11.9%
		% del total	2.8%	9.1%	11.9%
Trastorno mental reciente					
Recuento			0	571	571
NO	% dentro de Trastorno mental reciente		0.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de Consumo AD	0.0%	90.6%	88.1%
		% del total	0.0%	88.1%	88.1%
Recuento			18	630	648
% dentro de Trastorno mental reciente			2.8%	97.2%	100.0%
Total	% dentro de Consumo AD		100.0%	100.0%	100.0%
	% del total		2.8%	97.2%	100.0%

TABLA 54a - Consumo de tranquilizantes, sedantes o hipnóticos / Padecimiento de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales alguna vez en la vida

TABLA 54a.1 – Muestra total (sujetos que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
		Recuento	233	218	451
Trastorno mental	Sí	% dentro de Trastorno mental	51.7%	48.3%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	74.7%	18.8%	30.6%
		% del total	15.8%	14.8%	30.6%
	No	Recuento	79	942	1021
		% dentro de Trastorno mental	7.7%	92.3%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	25.3%	81.2%	69.4%
Total		% del total	5.4%	64.0%	69.4%
		Recuento	312	1160	1472
		% dentro de Trastorno mental	21.2%	78.8%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	21.2%	78.8%	100.0%

TABLA 54a.2 – Mujeres (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
		Recuento	194	148	342
Trastorno mental	Sí	% dentro de Trastorno mental	56.7%	43.3%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	75.5%	26.1%	41.6%
		% del total	23.6%	18.0%	41.6%
	No	Recuento	63	418	481
		% dentro de Trastorno mental	13.1%	86.9%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	24.5%	73.9%	58.4%
Total		% del total	7.7%	50.8%	58.4%
		Recuento	257	566	823
		% dentro de Trastorno mental	31.2%	68.8%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	31.2%	68.8%	100.0%

TABLA 54a.3 – Varones (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
		Recuento	39	70	109
Trastorno mental	Sí	% dentro de Trastorno mental	35.8%	64.2%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	70.9%	11.8%	16.8%
		% del total	6.0%	10.8%	16.8%
		Recuento	16	524	540
	No	% dentro de Trastorno mental	3.0%	97.0%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	29.1%	88.2%	83.2%
% del total		2.5%	80.7%	83.2%	
Total		Recuento	55	594	649
		% dentro de Trastorno mental	8.5%	91.5%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	8.5%	91.5%	100.0%

TABLA 54b - Consumo de tranquilizantes, sedantes o hipnóticos / Padecimiento de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales de forma reciente**TABLA 54b.1 – Muestra total (sujetos que habían consumido tranquilizantes)**

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
		Recuento	210	157	367
Trastorno mental reciente	Sí	% dentro de Trastorno mental reciente	57.2%	42.8%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	67.3%	13.6%	25.0%
		% del total	14.3%	10.7%	25.0%
		Recuento	102	1001	1103
	No	% dentro de Trastorno mental reciente	9.2%	90.8%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	32.7%	86.4%	75.0%
% del total		6.9%	68.1%	75.0%	
Total		Recuento	312	1158	1470
		% dentro de Trastorno mental reciente	21.2%	78.8%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	21.2%	78.8%	100.0%

TABLA 54b.2 – Mujeres (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
Recuento			179	111	290
SÍ	% dentro de Trastorno mental reciente		61.7%	38.3%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	69.4%	19.7%	35.3%
		% del total	21.8%	13.5%	35.3%
Trastorno mental reciente					
Recuento			79	453	532
NO	% dentro de Trastorno mental reciente		14.8%	85.2%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	30.6%	80.3%	64.7%
		% del total	9.6%	55.1%	64.7%
Recuento			258	564	822
% dentro de Trastorno mental reciente			31.4%	68.6%	100.0%
Total	% dentro de Consumo Bz		100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	31.4%	68.6%	100.0%

TABLA 54b.3 – Varones (que habían consumido tranquilizantes)

			Consumo Bz		Total
			Sí	No	
Recuento			31	46	77
SÍ	% dentro de Trastorno mental reciente		40.3%	59.7%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	57.4%	7.7%	11.9%
		% del total	4.8%	7.1%	11.9%
Trastorno mental reciente					
Recuento			23	548	571
NO	% dentro de Trastorno mental reciente		4.0%	96.0%	100.0%
		% dentro de Consumo Bz	42.6%	92.3%	88.1%
		% del total	3.5%	84.6%	88.1%
Recuento			54	594	648
% dentro de Trastorno mental reciente			8.3%	91.7%	100.0%
Total	% dentro de Consumo Bz		100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	8.3%	91.7%	100.0%

TABLA 55 -CONSUMO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS SEGÚN LA CLASE TERAPÉUTICA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ENFERMEDAD MENTAL. REGRESIÓN LOGÍSTICA SIMPLE.

TABLA 55a - Regresión logística simple. Muestra total.

	Consumo general de psicofármacos				Antidepresivos o estimulantes				Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos			
	<i>N</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>
Sexo	1475	5.02	3.66-6.89	<0.01	1473	6.21	3.56-10.83	<0.01	1475	4.90	3.54-6.79	<0.01
Edad	1475	1.04	1.02-1.06	<0.01	1473	1.05	1.02-1.07	<0.01	1475	1.04	1.02-1.06	<0.01
Situación Laboral	1463	2.78	2.14-3.62	<0.01	1461	3.34	2.29-4.88	<0.01	1463	2.70	2.05-3.54	<0.01
Pareja	1469	1.25	0.91-1.73	0.16	1467	1.26	0.83-1.91	0.26	1469	1.25	0.89-1.74	0.20
Nivel Estudios	1443	1.40	1.08-1.82	0.01	1441	1.62	1.10-2.37	0.014	1443	1.25	0.95-1.63	0.11
T. Mental Reciente	1470	18.13	13.44-24.44	<0.01	1468	60.87	31.42-117.90	<0.01	1470	13.13	9.79-17.60	<0.01

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

TABLA 55b -Regresión logística simple. Mujeres.

	Consumo general de psicofármacos				Antidepresivos o estimulantes				Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos			
	<i>N</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>
Edad	826	1.05	1.03-1.07	<0.01	824	1.06	1.03-1.09	<0.01	826	1.05	1.03-1.07	<0.01
Situación Laboral	817	2.14	1.57-2.91	<0.01	815	2.53	1.69-3.81	<0.01	817	2.13	1.55-2.94	<0.01
Pareja	820	0.93	0.64-1.34	0.69	818	0.89	0.56-1.40	0.61	820	0.93	0.63-1.36	0.69
Nivel Estudios	803	1.75	1.28-2.40	<0.01	801	1.91	1.24-2.94	<0.01	803	1.48	1.08-2.04	0.02
Menopausia	815	1.76	1.26-2.47	<0.01	813	2.10	1.31-3.37	<0.01	815	1.59	1.14-2.22	<0.01
T. Mental Reciente	822	12.97	9.15-18.39	<0.01	820	33.45	17.04-65.65	<0.01	822	9.25	6.58-12.99	<0.01
T. Mental Sostenido	701	13.32	7.05-25.15	<0.01	699	15.19	8.40-27.47	<0.01	701	7.75	4.50-13.33	<0.01

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

TABLA 55c - Regresión logística simple. Varones.

	Consumo general de psicofármacos				Antidepresivos o estimulantes				Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos			
	<i>N</i>	OR	95% IC	<i>P</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>
Edad	649	1.03	0.99-1.06	0.12	649	1.00	0.93-1.07	0.90	649	1.03	0.99-1.07	0.15
Situación Laboral	646	2.09	1.22-3.58	<0.01	646	2.28	0.82-6.33	0.11	646	1.81	1.04-3.18	0.04
Pareja	649	1.63	0.78-3.41	0.20	649	2.81	0.93-8.45	0.07	649	1.64	0.75-3.58	0.22
Nivel Estudios	640	0.66	0.39-1.12	0.12	640	0.55	0.21-1.43	0.22	640	0.63	0.36-1.11	0.11
T. Mental Reciente	648	22.04	11.77-41.27	<0.01	*	-	-	-	648	16.06	8.57-30.09	<0.01

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

* Incalculable (ya que todos los varones de nuestra muestra consumidores de antidepresivos referían haber padecido trastorno mental reciente).

TABLA 56 - TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA TOTAL DE SUJETOS, DE LA VARIABLE SEXO POR:**Tabla 56.1: Consumo General de Psicofármacos**

			Sexo		Total
			Mujeres	Varones	
Consumo general	No	Recuento	542	589	1131
		% dentro de Consumo general	47.9%	52.1%	100.0%
		% dentro de Sexo	65.7%	90.6%	76.7%
	Sí	Recuento	283	61	344
		% dentro de Consumo general	82.3%	17.7%	100.0%
		% dentro de Sexo	34.3%	9.4%	23.3%
Total	Recuento	825	650	1475	
	% dentro de Consumo general	55.9%	44.1%	100.0%	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 56.2: Consumo de Antidepresivos

			Sexo		Total
			Mujeres	Varones	
Consumo AD	No	Recuento	700	631	1331
		% dentro de Consumo AD	52.6%	47.4%	100.0%
		% dentro de Sexo	85.0%	97.2%	90.4%
	Sí	Recuento	124	18	142
		% dentro de Consumo AD	87.3%	12.7%	100.0%
		% dentro de Sexo	15.0%	2.8%	9.6%
Total	Recuento	824	649	1473	
	% dentro de Consumo AD	55.9%	44.1%	100.0%	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 56.3: Consumo de Tranquilizantes

			Sexo		Total
			Mujeres	Varones	
Consumo Bz	No	Recuento	568	594	1162
		% dentro de Consumo Bz	48.9%	51.1%	100.0%
		% dentro de Sexo	68.8%	91.5%	78.8%
	Sí	Recuento	258	55	313
		% dentro de Consumo Bz	82.4%	17.6%	100.0%
		% dentro de Sexo	31.2%	8.5%	21.2%
Total	Recuento	826	649	1475	
	% dentro de Consumo Bz	56.0%	44.0%	100.0%	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 57 - TABLA DE CONTINGENCIA, EN MUESTRA TOTAL, DE LA VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS POR:**Tabla 57.1: Consumo General de Psicofármacos**

			Nivel de estudios		Total
			Primarios o inferiores	Secundarios o superiores	
Consumo general	No	Recuento	539	570	1109
		% dentro de Consumo general	48.6%	51.4%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	73.9%	79.9%	76.9%
	Sí	Recuento	190	143	333
		% dentro de Consumo general	57.1%	42.9%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	26.1%	20.1%	23.1%
Total	Recuento	729	713	1442	
	% dentro de Consumo general	50.6%	49.4%	100.0%	
	% dentro de Nivel de estudios	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 57.2: Consumo de Antidepresivos

		Nivel de estudios		Total	
		Primarios o inferiores	Secundarios o superiores		
Consumo AD	No	Recuento	645	659	1304
		% dentro de Consumo AD	49.5%	50.5%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	88.5%	92.6%	90.5%
	Sí	Recuento	84	53	137
		% dentro de Consumo AD	61.3%	38.7%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	11.5%	7.4%	9.5%
Total	Recuento	729	712	1441	
	% dentro de Consumo AD	50.6%	49.4%	100.0%	
	% dentro de Nivel de estudios	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 57.3: Consumo de Tranquilizantes

		Nivel de estudios		Total	
		Primarios o inferiores	Secundarios o superiores		
Consumo Bz	No	Recuento	405	748	1153
		% dentro de Consumo Bz	35.1%	64.9%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	68.8%	85.6%	78.8%
	Sí	Recuento	184	126	310
		% dentro de Consumo Bz	59.4%	40.6%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	31.2%	14.4%	21.2%
Total	Recuento	589	874	1463	
	% dentro de Consumo Bz	40.3%	59.7%	100.0%	
	% dentro de Nivel de estudios	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 58 - TABLA DE CONTINGENCIA, EN MUESTRA DE MUJERES, DE LA VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS POR:**Tabla 58.1: Consumo General de Psicofármacos**

		Nivel de estudios		Total	
		Primarios o inferiores	Secundarios o superiores		
Consumo general	No	Recuento	249	281	530
		% dentro de Consumo general	47.0%	53.0%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	60.0%	35.0%	66.0%
	Sí	Recuento	166	107	273
		% dentro de Consumo general	60.8%	39.2%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	40.0%	27.6%	34.0%
Total	Recuento	415	388	803	
	% dentro de Consumo general	51.7%	48.3%	100.0%	
	% dentro de Nivel de estudios	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 58.2: Consumo de Antidepresivos

		Nivel de estudios		Total	
		Primarios o inferiores	Secundarios o superiores		
Consumo AD	No	Recuento	336	345	681
		% dentro de Consumo AD	49.3%	50.7%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	81.2%	89.1%	85.0%
	Sí	Recuento	78	42	120
		% dentro de Consumo AD	65.0%	35.0%	100.0%
		% dentro de Nivel de estudios	18.8%	10.9%	15.0%
Total	Recuento	414	387	801	
	% dentro de Consumo AD	51.7%	48.3%	100.0%	
	% dentro de Nivel de estudios	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 58.3: Consumo de Tranquilizantes

		Nivel de estudios		Total
		Primarios o inferiores	Secundarios o superiores	
Consumo Bz	Recuento	269	284	553
	No % dentro de Consumo Bz	48.6%	51.4%	100.0%
	% dentro de Nivel de estudios	64.8%	73.2%	68.9%
	Recuento	146	104	250
	Sí % dentro de Consumo Bz	58.4%	41.6%	100.0%
	% dentro de Nivel de estudios	35.2%	26.8%	31.1%
Total	Recuento	415	388	803
	% dentro de Consumo Bz	51.7%	48.3%	100.0%
	% dentro de Nivel de estudios	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 59 - TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA TOTAL, DE LA VARIABLE SITUACIÓN LABORAL POR:**Tabla 59.1: Consumo General de Psicofármacos**

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo general	Recuento	386	736	1122
	No % dentro de Consumo general	34.4%	65.6%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	65.6%	84.2%	76.7%
	Recuento	202	138	340
	Sí % dentro de Consumo general	59.4%	40.6%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	34.4%	15.8%	23.3%
Total	Recuento	588	874	1462
	% dentro de Consumo general	40.2%	59.8%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 59.2: Consumo de Antidepresivos

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo AD	Recuento	494	826	1320
	No % dentro de Consumo AD	37.4%	62.6%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	84.0%	94.6%	90.3%
	Recuento	94	47	141
	Sí % dentro de Consumo AD	66.7%	33.3%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	16.0%	5.4%	9.7%
Total	Recuento	588	873	1461
	% dentro de Consumo AD	40.2%	59.8%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 59.3: Consumo de Tranquilizantes

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo Bz	Recuento	405	748	1153
	No % dentro de Consumo Bz	35.1%	64.9%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	68.8%	85.6%	78.8%
	Recuento	184	126	310
	Sí % dentro de Consumo Bz	59.4%	40.6%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	31.2%	14.4%	21.2%
Total	Recuento	589	874	1463
	% dentro de Consumo Bz	40.3%	59.7%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 60 - TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA DE MUJERES, DE LA VARIABLE SITUACIÓN LABORAL POR:**Tabla 60.1: Consumo General de Psicofármacos**

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo general	Recuento	241	297	538
	No % dentro de Consumo general	44.8%	55.2%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	57.7%	74.4%	65.9%
	Recuento	177	102	279
	Sí % dentro de Consumo general	63.4%	36.6%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	42.3%	25.6%	34.1%
Total	Recuento	418	399	817
	% dentro de Consumo general	51.2%	48.8%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 60.2: Consumo de Antidepresivos

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo AD	Recuento	331	361	692
	No % dentro de Consumo AD	47.8%	52.2%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	79.4%	90.7%	84.9%
	Recuento	86	37	123
	Sí % dentro de Consumo AD	69.9%	30.1%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	20.6%	9.3%	15.1%
Total	Recuento	417	398	815
	% dentro de Consumo AD	51.2%	48.8%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 60.3: Consumo de Tranquilizantes

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo Bz	Recuento	255	307	562
	No % dentro de Consumo Bz	45.4%	54.6%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	61.0%	76.9%	68.8%
Consumo Bz	Recuento	163	92	255
	Sí % dentro de Consumo Bz	63.9%	36.1%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	39.0%	23.1%	31.2%
Total	Recuento	418	399	817
	% dentro de Consumo Bz	51.2%	48.8%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 61

TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA DE VARONES, DE LA VARIABLE SITUACIÓN LABORAL POR:

Tabla 61.1: Consumo General de Psicofármacos

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo general	Recuento	146	439	585
	No % dentro de Consumo general	25.0%	75.0%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	85.4%	92.4%	90.6%
Consumo general	Recuento	25	36	61
	Sí % dentro de Consumo general	41.0%	59.0%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	14.6%	7.6%	9.4%
Total	Recuento	171	475	646
	% dentro de Consumo general	26.5%	73.5%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 61.2: Consumo de Tranquilizantes

		Situación laboral		Total
		Inactivo	Activo o fuera de casa	
Consumo Bz	Recuento	150	441	591
	No % dentro de Consumo Bz	25.4%	74.6%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	87.7%	92.8%	91.5%
	Recuento	21	34	55
	Sí % dentro de Consumo Bz	38.2%	61.8%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	12.3%	7.2%	8.5%
Total	Recuento	171	475	646
	% dentro de Consumo Bz	26.5%	73.5%	100.0%
	% dentro de Situación laboral	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 62 - TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA DE MUJERES, DE LA VARIABLE MENOPAUSIA POR:**Tabla 62.1: Consumo General de Psicofármacos**

		Menopausia		Total
		No	Sí	
Consumo general	Recuento	219	318	537
	No % dentro de Consumo general	40.8%	59.2%	100.0%
	% dentro de Menopausia	73.7%	61.4%	65.9%
	Recuento	78	200	278
	Sí % dentro de Consumo general	28.1%	71.9%	100.0%
	% dentro de Menopausia	26.3%	38.6%	34.1%
Total	Recuento	297	518	815
	% dentro de Consumo general	36.4%	63.6%	100.0%
	% dentro de Menopausia	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 62.2: Consumo de Antidepresivos

		Menopausia		Total	
		No	Sí		
Consumo AD	No	Recuento	268	424	692
		% dentro de Consumo AD	38.7%	61.3%	100.0%
		% dentro de Menopausia	90.5%	82.0%	85.1%
	Sí	Recuento	28	93	121
		% dentro de Consumo AD	23.1%	76.9%	100.0%
		% dentro de Menopausia	9.5%	18.0%	14.9%
Total	Recuento	296	517	813	
	% dentro de Consumo AD	36.4%	63.6%	100.0%	
	% dentro de Menopausia	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 62.3: Consumo de Tranquilizantes

		Menopausia		Total	
		No	Sí		
Consumo Bz	No	Recuento	222	337	559
		% dentro de Consumo Bz	39.7%	60.3%	100.0%
		% dentro de Menopausia	74.7%	65.1%	68.6%
	Sí	Recuento	75	181	256
		% dentro de Consumo Bz	29.3%	70.7%	100.0%
		% dentro de Menopausia	25.3%	34.9%	31.4%
Total	Recuento	297	518	815	
	% dentro de Consumo Bz	36.4%	63.6%	100.0%	
	% dentro de Menopausia	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 63- TABLA DE CONTINGENCIA, EN MUESTRA TOTAL, DE LA VARIABLE TRASTORNO MENTAL RECIENTE POR:

Tabla 63.1: Consumo General de Psicofármacos

		Trastorno mental reciente		Total
		No	Sí	
Consumo general	Recuento	1000	128	1128
	No			
	% dentro de Consumo general	88.7%	11.3%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	90.7%	34.9%	76.7%
	Sí			
	Recuento	103	239	342
Sí				
% dentro de Consumo general	30.1%	69.9%	100.0%	
% dentro de Trastorno mental reciente	9.3%	65.1%	23.3%	
Total	Recuento	1103	367	1470
	% dentro de Consumo general	75.0%	25.0%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 63.2: Consumo de Antidepresivos

		Trastorno mental reciente		Total
		No	Sí	
Consumo AD	Recuento	1092	235	1327
	No			
	% dentro de Consumo AD	82.3%	17.7%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	99.1%	64.2%	90.4%
	Sí			
	Recuento	10	131	141
Sí				
% dentro de Consumo AD	7.1%	92.9%	100.0%	
% dentro de Trastorno mental reciente	0.9%	35.8%	9.6%	
Total	Recuento	1102	366	1468
	% dentro de Consumo AD	75.1%	24.9%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 63.3: Consumo de Tranquilizantes

		Trastorno mental reciente		Total
		No	Sí	
Consumo Bz	Recuento	1001	157	1158
	No % dentro de Consumo Bz	86.4%	13.6%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	90.8%	42.8%	78.8%
	Recuento	102	210	312
Sí % dentro de Consumo Bz	32.7%	67.3%	100.0%	
% dentro de Trastorno mental reciente	9.2%	57.2%	21.2%	
Total	Recuento	1103	367	1470
	% dentro de Consumo Bz	75.0%	25.0%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 64 - TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA DE MUJERES, DE LA VARIABLE TRASTORNO MENTAL RECIENTE:**Tabla 64.1: Consumo General de Psicofármacos**

		Trastorno mental reciente		Total
		No	Sí	
Consumo general	Recuento	452	88	540
	No % dentro de Consumo general	83.7%	16.3%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	85.0%	30.3%	65.7%
	Recuento	80	202	282
Sí % dentro de Consumo general	28.4%	71.6%	100.0%	
% dentro de Trastorno mental reciente	9.7%	24.6%	34.3%	
Total	Recuento	532	290	822
	% dentro de Consumo general	64.7%	35.3%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 64.2: Consumo de Antidepresivos

		Trastorno mental reciente		Total
		No	Sí	
Consumo AD	Recuento	521	176	697
	No	74.7%	25.3%	100.0%
	% dentro de Consumo AD	98.1%	60.9%	85.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente			
	Recuento	10	113	123
	Sí	8.1%	91.9%	100.0%
% dentro de Consumo AD	1.9%	39.1%	15.0%	
% dentro de Trastorno mental reciente				
Total	Recuento	531	289	820
	% dentro de Consumo AD	64.8%	35.2%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 64.3: Consumo de Tranquilizantes

		Trastorno mental reciente		Total
		No	Sí	
Consumo Bz	Recuento	453	111	564
	No	80.3%	19.7%	100.0%
	% dentro de Consumo Bz	85.2%	38.3%	68.6%
	% dentro de Trastorno mental reciente			
	Recuento	79	179	258
	Sí	30.6%	69.4%	100.0%
% dentro de Consumo Bz	14.8%	61.7%	31.4%	
% dentro de Trastorno mental reciente				
Total	Recuento	532	290	822
	% dentro de Consumo Bz	64.7%	35.3%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 65 -TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA DE VARONES, DE LA VARIABLE TRASTORNO MENTAL RECIENTE POR:

Tabla 65.1: Consumo General de Psicofármacos

		Trastorno mental reciente		Total	
		No	Sí		
Consumo general	Recuento	548	40	588	
	No	% dentro de Consumo general	93.2%	6.8%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	96.0%	51.9%	90.7%
	Sí	Recuento	23	37	60
		% dentro de Consumo general	38.3%	61.7%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	4.0%	48.1%	9.3%
Total	Recuento	571	77	648	
		% dentro de Consumo general	88.1%	11.9%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 65.2: Consumo de Tranquilizantes

		Trastorno mental reciente		Total	
		No	Sí		
Consumo Bz	Recuento	548	46	594	
	No	% dentro de Consumo Bz	92.3%	7.7%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	96.0%	59.7%	91.7%
	Sí	Recuento	23	31	54
		% dentro de Consumo Bz	42.6%	57.4%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	4.0%	40.3%	8.3%
Total	Recuento	571	77	648	
		% dentro de Consumo Bz	88.1%	11.9%	100.0%
		% dentro de Trastorno mental reciente	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 66 -TABLA DE CONTINGENCIA, EN LA MUESTRA DE MUJERES, DE LA VARIABLE TRASTORNO MENTAL SOSTENIDO:

Tabla 66.1: Consumo General de Psicofármacos

		Trastorno mental sostenido		Total
		No	Sí	
Consumo general	Recuento	449	12	461
	No % dentro de Consumo general	97.4%	2.6%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	71.7%	16.0%	65.8%
	Recuento	177	63	240
	Sí % dentro de Consumo general	73.8%	26.3%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	28.3%	84.0%	34.2%
Total	Recuento	626	75	701
	% dentro de Consumo general	89.3%	10.7%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 66.2: Consumo de Antidepresivos

		Trastorno mental sostenido		Total
		No	Sí	
Consumo AD	Recuento	564	28	592
	No % dentro de Consumo AD	95.3%	4.7%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	90.2%	37.8%	84.7%
	Recuento	61	46	107
	Sí % dentro de Consumo AD	57.0%	43.0%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	9.8%	62.2%	15.3%
Total	Recuento	625	74	699
	% dentro de Consumo AD	89.4%	10.6%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 66.3: Consumo de Tranquilizantes

		Trastorno mental sostenido		Total
		No	Sí	
Consumo Bz	Recuento	462	20	482
	No % dentro de Consumo Bz	95.9%	4.1%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	73.8%	26.7%	68.8%
	Recuento	164	55	219
	Sí % dentro de Consumo Bz	74.9%	25.1%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	26.2%	73.3%	31.2%
Total	Recuento	626	75	701
	% dentro de Consumo Bz	89.3%	10.7%	100.0%
	% dentro de Trastorno mental sostenido	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 67 - CONSUMO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS SEGÚN LA CLASE TERAPÉUTICA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ENFERMEDAD MENTAL. REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE

TABLA 67a - Regresión logística múltiple. Muestra total.

	Consumo general de psicofármacos				Antidepresivos o estimulantes				Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos			
	<i>N</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>N</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>P</i>
Sexo	1434	3.06	2.14-4.37	<0.01	1432	2.66	1.42-4.97	<0.01	1462	2.97	2.07-4.25	<0.01
Edad	1434	1.04	1.01-1.06	<0.01	1432	1.04	1.00-1.08	0.02	1462	1.03	1.01-1.06	<0.01
Situación Laboral	1434	1.69	1.19-2.39	<0.01	1432	1.73	1.08-2.78	0.02	1462	1.57	1.12-2.21	0.01
Nivel Estudios	1434	0.93	0.67-1.29	0.65	1432	0.99	0.62-1.58	0.96	-	-	-	-
T. Mental Reciente	1434	14.64	10.67-20.10	<0.01	1432	47.67	23.81-95.42	<0.01	1462	10.34	7.60-14.08	<0.01

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

TABLA 67b - Regresión logística múltiple. Mujeres.

	Consumo general de psicofármacos				Antidepresivos o estimulantes				Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos			
	<i>N</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>P</i>
Edad	686	1.05	1.01-1.10	0.03	684	1.06	1.02-1.12	0.01	690	1.05	1.01-1.06	0.02
Situación Laboral	686	1.28	0.83-1.97	0.27	684	1.34	0.78-2.33	0.29	690	1.33	0.87-2.04	0.19
Pareja	-	-	-	-	-	-	-	-	690	0.82	0.48-1.40	0.47
Nivel Estudios	686	1.29	0.83-1.98	0.26	684	1.29	0.73-2.28	0.37	-	-	-	-
Menopausia	686	0.83	0.43-1.63	0.59	684	0.77	0.34-1.75	0.54	690	0.74	0.39-1.39	0.35
T. Mental Reciente	686	9.34	6.11-14.29	<0.01	684	29.93	13.24-67.64	<0.01	690	7.21	4.78-10.88	<0.01
T. Mental Sostenido	686	3.27	1.61-6.63	<0.01	684	3.84	2.07-7.15	<0.01	690	2.29	1.24-4.24	<0.01

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

TABLA 67c - Regresión logística múltiple. Varones.

	Consumo general de psicofármacos				Tranquilizantes, relajantes o hipnóticos			
	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>P</i>	<i>n</i>	OR	95% IC	<i>p</i>
Edad	645	1.03	0.98-1.08	0.28	-	-	-	-
Situación Laboral	645	1.68	0.81-3.48	0.16	645	1.63	0.88-3.00	0.12
T. Mental Reciente	645	22.20	11.67-42.23	<0.01	645	15.50	8.27-29.03	<0.01

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

TABLA 68 – 70 - MUESTRA TOTAL

TABLA 68 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN GENERAL

TABLA 68a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	42	39	81
		% dentro de Gemelo A	51.9%	48.1%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	51.9%	15.8%	24.7%
	No	Recuento	39	208	247
		% dentro de Gemelo A	15.8%	84.2%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	48.1%	84.2%	75.3%
Total	Recuento	81	247	328	
	% dentro de Gemelo A	24.7%	75.3%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 68a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.361	0.059	5.587	0.000
N de casos válidos		328			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 68b.1 Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

		Gemelo B ¿Ha consumido?		Total	
		Sí	No		
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	30	35	65
		% dentro de Gemelo A	46.2%	53.8%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	31.9%	13.6%	18.5%
	No	Recuento	64	223	287
		% dentro de Gemelo A	22.3%	77.7%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	18.2%	63.4%	81.5%
Total	Recuento	94	258	352	
	% dentro de Gemelo A	26.7%	73.3%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 68b.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error tít. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.209	0.058	3.424	0.001
N de casos válidos		352			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLA 69 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE TRANQUILIZANTES, RELAJANTES O HIPNÓTICOS

TABLA 69a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	35	40	75
		% dentro de Gemelo A	46.7%	53.3%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	45.5%	15.9%	22.9%
	No	Recuento	42	211	253
		% dentro de Gemelo A	16.6%	83.4%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	54.5%	84.1%	77.1%
Total	Recuento	77	251	328	
	% dentro de Gemelo A	23.5%	76.5%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 69a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.298	0.060	4.571	0.000
N de casos válidos		328			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 69b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	25	32	57
		% dentro de Gemelo A	43.9%	56.1%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	29.4%	12.0%	16.2%
	No	Recuento	60	235	295
		% dentro de Gemelo A	20.3%	79.7%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	70.6%	88.0%	83.8%
Total	Recuento	85	267	352	
	% dentro de Gemelo A	24.1%	75.9%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 69b.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.202	0.060	3.201	0.001
N de casos válidos		352			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLA 70 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS O ESTIMULANTES

TABLA 70a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	10	26	36
		% dentro de Gemelo A	27.8%	72.2%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	35.7%	8.7%	11.0%
	No	Recuento	18	273	291
		% dentro de Gemelo A	6.2%	93.8%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	64.3%	91.3%	89.0%
Total	Recuento	28	299	327	
	% dentro de Gemelo A	8.6%	91.4%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 70a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

		Valor	Error típ. Asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.242	0.081	2.646	0.008
N de casos válidos		327			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 70b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	10	14	24
		% dentro de Gemelo A	41.7%	58.3%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	23.8%	4.5%	6.8%
	No	Recuento	32	295	327
		% dentro de Gemelo A	9.8%	90.2%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	76.2%	95.5%	93.2%
Total		Recuento	42	309	351
		% dentro de Gemelo A	12.0%	88.0%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 70b.2 – Significación estadística: Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. Asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.248	0.079	2.715	0.007
N de casos válidos		351			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLAS 71 – 73 - MUJERES

TABLA 71 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN GENERAL

TABLA 71a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	39	28	67
		% dentro de Gemelo A	58.2%	41.8%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	57.4%	21.5%	33.8%
		% del total	19.7%	14.1%	33.8%
	No	Recuento	29	102	131
		% dentro de Gemelo A	22.1%	77.9%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	42.6%	78.5%	66.2%
		% del total	14.6%	51.5%	66.2%
		Total	Recuento	68	130
	% dentro de Gemelo A	34.3%	65.7%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	34.3%	65.7%	100.0%	

TABLA 71a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	0.359	0.069	4.977	0.000
N de casos válidos	198			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 71b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	29	29	58
		% dentro de Gemelo A	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	38.2%	25.4%	30.5%
		% del total	15.3%	15.3%	30.5%
	No	Recuento	47	85	132
		% dentro de Gemelo A	35.6%	64.4%	100.0%
% dentro de Gemelo B		61.8%	74.6%	69.5%	
	% del total	24.7%	44.7%	69.5%	
Total		Recuento	76	114	190
		% dentro de Gemelo A	40.0%	60.0%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	40.0%	60.0%	100.0%

TABLA 71b.2 – Significación estadística: Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.135	0.073	1.839	0.066
N de casos válidos		190			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLA 72 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

TABLA 72a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	33	29	62
		% dentro de Gemelo A	53.2%	46.8%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	50.8%	21.8%	31.3%
		% del total	16.7%	14.6%	31.3%
	No	Recuento	32	104	136
		% dentro de Gemelo A	23.5%	76.5%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	49.2%	78.2%	68.7%
		% del total	16.2%	52.5%	68.7%
Total	Recuento	65	133	198	
	% dentro de Gemelo A	32.8%	67.2%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	32.8%	67.2%	100.0%	

TABLA 72a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.293	0.072	3.959	0.000
N de casos válidos		198			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 72b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	24	27	51
		% dentro de Gemelo A	47.1%	52.9%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	35.3%	22.1%	26.8%
		% del total	12.6%	14.2%	26.8%
	No	Recuento	44	95	139
		% dentro de Gemelo A	31.7%	68.3%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	64.7%	77.9%	73.2%
		% del total	23.2%	50.0%	73.2%
Total		Recuento	68	122	190
		% dentro de Gemelo A	35.8%	64.2%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	35.8%	64.2%	100.0%

TABLA 72b.2 – Significación estadística: Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.142	0.074	1.899	0.058
N de casos válidos		190			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLA 73 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

TABLA 73a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	9	20	29
		% dentro de Gemelo A	31.0%	69.0%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	34.6%	11.7%	14.7%
		% del total	4.6%	10.2%	14.7%
	No	Recuento	17	151	168
		% dentro de Gemelo A	10.1%	89.9%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	65.4%	88.3%	85.3%
		% del total	8.6%	76.6%	85.3%
Total		Recuento	26	171	197
		% dentro de Gemelo A	13.2%	86.8%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	13.2%	86.8%	100.0%

TABLA 73a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.219	0.090	2.229	0.026
N de casos válidos		197			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 73b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	9	13	22
		% dentro de Gemelo A	40.9%	59.1%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	23.1%	8.7%	11.6%
		% del total	4.8%	6.9%	11.6%
	No	Recuento	30	137	167
		% dentro de Gemelo A	18.0%	82.0%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	76.9%	91.3%	88.4%
		% del total	15.9%	72.5%	88.4%
		Total	Recuento	39	150
	% dentro de Gemelo A	20.6%	79.4%	100.0%	
	% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	20.6%	79.4%	100.0%	

TABLA 73b.2 – Significación estadística: Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.182	0.087	1.977	0.048
N de casos válidos		189			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLAS 74 – 76 VARONES

TABLA 74 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN GENERAL

TABLA 74a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	3	11	14
		% dentro de Gemelo A	21.4%	78.6%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	23.1%	9.4%	10.8%
		% del total	2.3%	8.5%	10.8%
	No	Recuento	10	106	116
		% dentro de Gemelo A	8.6%	91.4%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	76.9%	90.6%	89.2%
		% del total	7.7%	81.5%	89.2%
		Total	13	117	130
		% dentro de Gemelo A	10.0%	90.0%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	10.0%	90.0%	100.0%

TABLA 74a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.132	0.115	1.102	0.271
N de casos válidos		130			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 74b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

		Gemelo B ¿Ha consumido?		Total	
		Sí	No		
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	1	6	7
		% dentro de Gemelo A	14.3%	85.7%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	5.6%	4.2%	4.3%
		% del total	0.6%	3.7%	4.3%
	No	Recuento	17	138	155
		% dentro de Gemelo A	11.0%	89.0%	100.0%
% dentro de Gemelo B		94.4%	95.8%	95.7%	
	% del total	10.5%	85.2%	95.7%	
Total		Recuento	18	144	162
		% dentro de Gemelo A	11.1%	88.9%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	11.1%	88.9%	100.0%

TABLA 74b.2 – Significación estadística: Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.021	0.087	0.246	0.806
N de casos válidos		162			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLA 75 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

TABLA 75a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	2	11	13
		% dentro de Gemelo A	15.4%	84.6%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	16.7%	9.3%	10.0%
		% del total	1.5%	8.5%	10.0%
	No	Recuento	10	107	117
		% dentro de Gemelo A	8.5%	91.5%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	83.3%	90.7%	90.0%
		% del total	7.7%	82.3%	90.0%
	Total		Recuento	12	118
		% dentro de Gemelo A	9.2%	90.8%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	9.2%	90.8%	100.0%

TABLA 75a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	0.071	0.106	0.654	0.513
N de casos válidos	130			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 75b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	1	5	6
		% dentro de Gemelo A	16.7%	83.3%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	5.9%	3.4%	3.7%
	% del total		0.6%	3.1%	3.7%
	No	Recuento	16	140	156
		% dentro de Gemelo A	10.3%	89.7%	100.0%
% dentro de Gemelo B		94.1%	96.6%	96.3%	
% del total		9.9%	86.4%	96.3%	
Total		Recuento	17	145	162
		% dentro de Gemelo A	10.5%	89.5%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	10.5%	89.5%	100.0%

TABLA 75b.2 – Significación estadística: Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.040	0.095	0.411	0.681
N de casos válidos		162			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLA 76 - CONCORDANCIA ENTRE GEMELOS DEL MISMO PAR / CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

TABLA 76a.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos monocigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	1	6	7
		% dentro de Gemelo A	14.3%	85.7%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	50.0%	4.7%	5.4%
		% del total	0.8%	4.6%	5.4%
	No	Recuento	1	122	123
		% dentro de Gemelo A	0.8%	99.2%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	50.0%	95.3%	94.6%
	% del total	.8%	93.8%	94.6%	
Total		Recuento	2	128	130
		% dentro de Gemelo A	1.5%	98.5%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	1.5%	98.5%	100.0%

TABLA 76a.2 – Significación estadística. Pareja de gemelos monocigóticos

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	0.247	0.202	0.959	.338
N de casos válidos	130			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Monocigóticos.

TABLA 76b.1 - Tabla de contingencia: Pareja de gemelos dicigóticos

			Gemelo B ¿Ha consumido?		Total
			Sí	No	
Gemelo A ¿Ha consumido?	Sí	Recuento	1	1	2
		% dentro de Gemelo A	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	33.3%	0.6%	1.2%
		% del total	0.6%	0.6%	1.2%
	No	Recuento	2	158	160
		% dentro de Gemelo A	1.3%	98.8%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	66.7%	99.4%	98.8%
		% del total	1.2%	97.5%	98.8%
Total		Recuento	3	159	162
		% dentro de Gemelo A	1.9%	98.1%	100.0%
		% dentro de Gemelo B	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	1.9%	98.1%	100.0%

TABLA 76b.2 – Significación estadística: Pareja de gemelos dicigóticos

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0.399	0.279	0.996	.319
N de casos válidos		162			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Dicigóticos.

TABLAS 77. RESULTADOS DE LOS MODELOS GENÉTICOS. MUESTRA TOTAL.

TABLA 77a - Consumo de medicación psicoactiva en general

Modelo	Bondad del ajuste						Estimaciones de los parámetros					
	-2LL	gl	AIC	$\Delta\chi^2$	Δgl	P	Varones / Total			Mujeres		
							A	C	E	A	C	E
1. Prevalencias y distribución de varianzas (ACE) diferente para varones y mujeres	1433.4	1464	-1494.59	--			0.27 (0.00 - 0.62)	0.00 (0.00 - 0.48)	0.73 (0.38 - 1)	0.53 (0.09 - 0.68)	0.0 (0.00 - 0.35)	0.47 (0.32 - 0.66)
2. Prevalencias iguales. Distribución de varianzas (ACE) diferente para varones y mujeres	1544.12	1465	-1385.88	110.72	1	0.00	0 (0 - 0.73)	0.63 (0 - 0.79)	0.371 (0.17 - 0.62)	0.55 (0.07 - 0.69)	0.0 (0 - 0.38)	0.45 (0.30 - 0.63)
3. Prevalencias y distribución de varianzas (ACE) iguales para varones y mujeres	1547.91	1468	-1388.09	114.51	4	0.00	0.45 (0 - 0.7)	0.12 (0 - 0.5)	0.43 (0.3 - 0.59)			
4. Prevalencias y distribución de varianzas (AE) iguales para varones y mujeres	1548.28	1469	-1389.72	114.88	5	0.00	0.58 (0.44 - 0.71)	0	0.42 (0.29 - 0.56)			
5. Prevalencias y distribución de varianzas (CE) iguales para varones y mujeres	1551.46	1469	-1386.54	118.05	5	0.00	0	0.46 (0.34 - 0.57)	0.54 (0.43 - 0.66)			
6. Prevalencias y distribución de varianzas (E) iguales para varones y mujeres	1599.59	1470	-1340.4	166.19	6	0.00	0	0	1			
7. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (ACE) igual para varones y mujeres	1434.97	1467	-1499.03	1.56	3	0.67	0.48 (0.08 - 0.62)	0 (0 - 0.31)	0.52 (0.38 - 0.69)			
8. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (AE) igual para varones y mujeres	1434.97	1468	-1501.03	1.57	4	0.82	0.48 (0.31 - 0.62)	0	0.52 (0.38 - 0.69)			
9. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (CE) igual para varones y mujeres	1440.09	1468	-1495.91	6.69	4	0.15	0	0.35 (0.21 - 0.48)	0.65 (0.52 - 0.79)			
10. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (E) igual para varones y mujeres	1462.82	1469	-1475.18	29.42	5	0	0	0	1			

TABLA 77b - Consumo de tranquilizantes, relajantes o hipnóticos

Modelo	Bondad del ajuste						Estimaciones de los parámetros					
	-2LL	gl	AIC	$\Delta\chi^2$	Δgl	P	Varones / Total			Mujeres		
							A	C	E	A	C	E
1. Prevalencias y distribución de varianzas (ACE) diferente para varones y mujeres	1378.96	1464	-1549.03	--			0.18 (0 - 0.56)	0 (0 - 0.46)	0.83 (0.44 - 1)	0.46 (0 - 0.62)	0 (0 - 0.44)	0.54 (0.38 - 0.75)
2. Prevalencias iguales. Distribución de varianzas (ACE) diferente para varones y mujeres	1480.98	1465	-1449.02	102.08	1	0.00	0 (0 - 0.68)	0.6 (0 - 0.78)	0.40 (0.2 - 0.68)	0.45 (0 - 0.64)	0.03 (0 - 0.46)	0.52 (0.36 - 0.72)
3. Prevalencias y distribución de varianzas (ACE) iguales para varones y mujeres	1484.25	1468	-1451.75	105.28	4	0.00	0.29 (0 - 0.64)	0.20 (0 - 0.51)	0.51 (0.36 - 0.69)			
4. Prevalencias y distribución de varianzas (AE) iguales para varones y mujeres	1485.14	1469	-1452.85	106.178	5	0.00	0.52 (0.36 - 0.65)	0 (0 - 0)	0.48 (0.35 - 0.64)			
5. Prevalencias y distribución de varianzas (CE) iguales para varones y mujeres	1485.53	1469	-1452.47	106.55	5	0.00	0 (0 - 0)	0.42 (0.29 - 0.54)	0.58 (0.46 - 0.71)			
6. Prevalencias y distribución de varianzas (E) iguales para varones y mujeres	1522.35	1470	-1417.65	143.38	6	0.00	0	0	1			
7. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (ACE) igual para varones y mujeres	1380.5	1467	-1553.49	1.54	3	0.674	0.4 (0 - 0.56)	0 (0 - 0.4)	0.6 (0.44 - 0.79)			
8. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (AE) igual para varones y mujeres	1380.5	1468	-1555.49	1.54	4	0.82	0.4 (0.23 - 0.56)	0	0.6 (0.44 - 0.77)			
9. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (CE) igual para varones y mujeres	1382.63	1468	-1553.37	3.66	4	0.45	0	0.31 (0.16 - 0.44)	0.691 (0.56 - 0.84)			
10. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (E) igual para varones y mujeres	1399.35	1469	-1538.65	20.38	5	0.001	0	0	1			

TABLA 77c - Consumo de antidepresivos o estimulantes

Modelo	Bondad del ajuste						Estimaciones de los parámetros					
	-2LL	Gf	AIC	$\Delta\chi^2$	Δgl	P	Varones / Total			Mujeres		
							A	C	E	A	C	E
1. Prevalencias y distribución de varianzas (ACE) diferente para varones y mujeres	841.81	1462	-2082.18	--			0 (0 - 0.84)	0.67 (0 - 0.91)	0.32 (0.09 - 0.79)	0.24 (0 - 0.67)	0.19 (0 - 0.54)	0.57 (0.33 - 0.83)
2. Prevalencias iguales. Distribución de varianzas (ACE) diferente para varones y mujeres	892.29	1463	-2033.71	50.47	1	0.00	0 (0 - 0.24)	0.92 (0.67 - 0.98)	0.08 (0.02 - 0.24)	0.18 (0 - 0.65)	0.23 (0 - 0.53)	0.59 (0.35 - 0.82)
3. Prevalencias y distribución de varianzas (ACE) iguales para varones y mujeres	906.7	1466	-2025.29	64.89	4	0.00	0 (0 - 0.64)	0.48 (0 - 0.63)	0.52 (0.31 - 0.69)			
4. Prevalencias y distribución de varianzas (AE) iguales para varones y mujeres	909.72	1467	-2024.28	67.91	5	0.00	0.56 (0.34 - 0.73)	0 (0 - 0)	0.44 (0.27 - 0.65)			
5. Prevalencias y distribución de varianzas (CE) iguales para varones y mujeres	906.7	1467	-2027.29	64.88	5	0.00	0 (0 - 0)	0.48 (0.31 - 0.63)	0.52 (0.37 - 0.69)			
6. Prevalencias y distribución de varianzas (E) iguales para varones y mujeres	933.17	1468	-2002.83	91.36	6	0.00	0	0	1			
7. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (ACE) igual para varones y mujeres	843.69	1465	-2086.31	1.88	3	0.59	0.12 (0 - 0.66)	0.32 (0 - 0.58)	0.56 (0.34 - 0.77)			
8. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (AE) igual para varones y mujeres	844,84	1466	-2087,16	3,03	4	0,55	0.49 (0.27 - 0.68)	0	0.51 (0.32 - 0.74)			
9. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (CE) igual para varones y mujeres	843,81	1466	-2088,18	2	4	0,73	0	0.41 (0.22 - 0.58)	0.59 (0.42 - 0.78)			
10. Prevalencias diferentes. Distribución de varianzas (E) igual para varones y mujeres	861.21	1467	-2072.79	19.39	5	0.002	0	0	1			

10.- ANEXO

FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES EN EL DESARROLLO DE CARACTERES CONDUCTUALES COMPLEJOS

Cuestionario – 2009

(BLOQUES CON INFORMACIÓN SELECCIONADA PARA ESTE ESTUDIO)

A. DATOS DE REGISTRO

NIP -
Código del entrevistador
Fecha de cumplimentación: Día Mes Año
Hora de inicio de la entrevista: Hora Minutos

B. DATOS DEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES

B.1. Sexo: 1.- Varón 2.- Mujer B.2. Año de nacimiento: _____

B.4. ¿Tiene algún hermano/a (con el que comparta al menos un padre o madre biológico)? (Sin contar a su hermano/a gemela) |

1.- Si Nº de hermanos: _____ Nº de Hermanas: _____
 2.- No
 3.- No sabe

B.5. ¿Cuál es su orden de nacimiento dentro de la familia? (El del par de gemelos/as): _____

B.6. ¿Tiene algún familiar de primer grado con alguna discapacidad intelectual?

1.- Si Parentesco: _____ Grado de discapacidad (>33%, <60%, >65%): _____
 2.- No

BB.1. ¿Usted y su hermano/a se consideran?

1.- Gemelos/as idénticos 2.- Mellizos/as 3.- No estoy seguro/a
 (Si son de distinto sexo saltar a pregunta BB.8)

BB.2. ¿Han confirmado esta impresión con la ayuda de una prueba de cigosidad (análisis de sangre o de ADN)?

1.- Si 2.- No

BB.4. ¿Cuál de los dos nació primero?

1.- Yo nació primero 2.- Mi hermano/a gemelo nació primero 3.- No lo se

BB.5. ¿Cuál de los dos pesó más al nacer?

1.- Yo pesé más 2.- Mi hermano/a gemelo pesó más 3.- No lo se 4.- Igual

BB.6. ¿Hasta qué punto eran su hermano/a y usted parecidos/as cuando eran niños en cuanto a...?

	Nada en absoluto	Algo (como dos hermanos normales)	Mucho
BB.6.1. Aspecto facial			
BB.6.2. Color natural de pelo			
BB.6.3. Color de la piel			
BB.6.4. Color de ojos			

BB.7. Dificultades de identificación (Referido siempre a la infancia)

	NO	SI
BB.7.1. ¿Eran ustedes idénticos/as cuando eran niños/as?		
BB.7.2. ¿En alguna ocasión su madre y su padre les confundían?		
BB.7.3. ¿En alguna ocasión otros miembros de la familia les confundían?		
BB.7.4. Las personas ajenas a la familia ¿Encontraban difícil diferenciarles?		

BB.8. ¿Cuántos gemelos hay en su familia? _____ pares (Sin incluirles a ellas) Hasta segundo grado (Primos, tíos, abuelos,...)

Anotar detalles:

G. HISTORIA REPRODUCTIVA (Mujeres)

G.1. ¿A qué edad tuvo usted su primera menstruación? _____ años

G.2. ¿Quién tuvo primero su menstruación usted o su gemela?

- 1.- Yo 2.- Mi hermana 3.- No recuerdo 4.- Las dos a la vez

G.3. ¿Ha tenido usted hijos?

- 1.- No
2.- Si N° de hijos biológicos _____ niños _____ niñas
 N° de hijos adoptivos _____ niños _____ niñas

G.3. ¿A qué edad tuvo el primer hijo? _____ años

G.4. ¿Dio usted el pecho a sus hijos?

- 1.- No
2.- Si

G.4.1. ¿Durante cuánto tiempo?

- 1º _____ meses 4º _____ meses 7º _____ meses
2º _____ meses 5º _____ meses 8º _____ meses
3º _____ meses 6º _____ meses 9º _____ meses

G.5. ¿Cuál fue el sexo de su primer hijo? 1.- Masculino 2.- Femenino

G.6. ¿Recuerda el motivo por el que dejó de dar el pecho al PRIMER hijo?

.....
.....

G.7. ¿Qué opinaba su pareja respecto a que le diera el pecho a su hijo/a? (El primer hijo/a)

- 1.- Le parecía bien 2.- Le daba igual 3.- No le gustaba

G.8. ¿Toma o ha tomado alguna vez píldoras anticonceptivas?

- 1.- Si lo estoy haciendo 2.- Si, las he tomado, pero ahora no 3.- No, nunca

G.9. ¿Ha comenzado/pasado ya la menopausia?

- 1.- No
2.- Si. De forma natural
3.- Si. Debido a tratamiento hormonal H.7.1. ¿A qué edad? _____ Años
4.- Si. Debido a cirugía/quimioterapia

G.10. ¿Quién tuvo los síntomas de menopausia primero, usted o su hermana?

- 1.- Yo 2.- Mi hermana 3.- No aplicable 4.- No se 5.- Las dos a la vez

(Si no ha comenzado la menopausia pasar a BLOQUE H)

I. ANTECEDENTES MÉDICOS

I.1. ¿Ha padecido alguna enfermedad importante A LO LARGO DE SU VIDA? ¿En los últimos dos años? ¿Se lo ha dicho un médico?

Tabla de Codificación

Enfermedad/es	I.A. ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa en la pregunta 16.A preguntar y anotar lo que proceda		I.C. ¿Le ha dicho un médico que la padece?	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
I1.1. Dolor de espalda crónico (cervical)	1	2	1	2	1	2
I1.2. Dolor de espalda crónico (lumbar)	1	2	1	2	1	2
I1.3. Bronquitis crónica.	1	2	1	2	1	2
I1.4. Asma.	1	2	1	2	1	2
I1.5. Migraña o dolor de cabeza frecuente.	1	2	1	2	1	2
I1.6. Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	1	2	1	2	1	2
I1.7. Úlcera de estómago o duodeno.	1	2	1	2	1	2
I1.8. Alergia crónica.	1	2	1	2	1	2
I1.9. Problemas crónicos de piel.	1	2	1	2	1	2
I1.10. Anemia.	1	2	1	2	1	2
I1.11. Diabetes.	1	2	1	2	1	2
I1.12. Estreñimiento crónico.	1	2	1	2	1	2
I1.13. Problemas de tiroides.	1	2	1	2	1	2
I1.14. Colesterol alto.	1	2	1	2	1	2
I1.15. Tensión alta.	1	2	1	2	1	2
I1.H1. Infarto de miocardio.	1	2	1	2	1	2
I1.17. Otras enfermedades del corazón.	1	2	1	2	1	2
I1.18. Varices en las piernas.	1	2	1	2	1	2
I1.19. Artrosis, artritis o reumatismo.	1	2	1	2	1	2
I1.20. Hemorroides.	1	2	1	2	1	2
I1.21. Tumores malignos.	1	2	1	2	1	2
I1.22. Embolia.	1	2	1	2	1	2
I1.23. Cataratas.	1	2	1	2	1	2
I1.24. Incontinencia urinaria	1	2	1	2	1	2
I1.25. Osteoporosis	1	2	1	2	1	2
I1.26. Problemas de próstata (sólo hombres)	1	2	1	2	1	2
I1.27. Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres)	1	2	1	2	1	2
Otra (especificar)	1	2	1	2	1	2

I.2. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS ¿Ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales por algún dolor o síntomas

1.- No 2.- Si

Anotar comentarios:

J. USO DE SERVICIOS SANITARIOS

J.1. ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad suya?

- 1.- Nunca he ido al médico
- 2.- Hace un año o más
- 3.- Hace > 4 semanas y < 1 año
- 4.- Hace 4 semanas o menos

J.1.1. Médico de familia/Último mes _____ veces

J.1.2. Especialista/Último mes _____ veces

J.2. Durante los últimos DOCE MESES ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

1.- No 2.- Si ¿Cuántas veces? _____ - veces

Anotar comentarios:

K. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

K.1. En el ÚLTIMO MES ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc...)? ¿Se los había recetado un médico?

Medicamentos	Medicamentos consumidos		Medicamentos recetados	
	Sí	No	Sí	No
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.	1	2	1	2
2. Medicinas para el dolor.	1	2	1	2
3. Medicinas para la fiebre.	1	2	1	2
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.	1	2	1	2
5. Laxantes.	1	2	1	2
6. Antibióticos.	1	2	1	2
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.	1	2	1	2
8. Medicamentos para la alergia.	1	2	1	2
9. Medicamentos para la diarrea.	1	2	1	2
10. Medicinas para el reuma.	1	2	1	2
11. Medicinas para el corazón	1	2	1	2
12. Medicinas para la tensión arterial.	1	2	1	2
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas.	1	2	1	2
14. Antidepresivos, estimulantes.	1	2	1	2
15. Píldoras para no quedar embarazadas (sólo para mujeres)	1	2	1	2
16. Hormonas para la menopausia.	1	2	1	2
17. Medicamentos para adelgazar.	1	2	1	2
18. Medicamentos para bajar el colesterol	1	2	1	2
19. Medicamentos para la diabetes.	1	2	1	2
20. Otros medicamentos	1	2	1	2
21. Productos homeopáticos.	1	2		
22. Productos naturistas.	1	2		

M. DATOS DE CARACTERIZACIÓN

M.1.- ¿Está usted casada o tiene una pareja estable actualmente?

1.- No

2.- Si. Vivimos juntos

3.- Si. No vivimos juntos

¿Cuánto tiempo? _____ años _____ meses

M.1.B.- ¿Ha estado casada o ha tenido pareja estable anteriormente?

1.- No

2.- Sí. La relación terminó (se rompió)

3.- Si. La relación terminó por fallecimiento de la pareja



Duración de la última relación: _____ años

Año de finalización de la relación: _____

Anotar comentarios: _____

M.2. ¿Cuál es su situación laboral actual?

1.- En paro

2.- Estudiante/opositor

3.- Ama de casa

4.- Trabajador autónomo

5.- Empresario (Hasta 10 empleados)

6.- Empresario (Más de 10 empleados)

7.- Trabajo por cuenta ajena

8.- Funcionario

9.- Jubilado

M.3.- ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha alcanzado?

M.4.- ¿Cuál es su ocupación, profesión u oficio actual o el último que ha tenido?

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

}