



Uso y abuso de los ansiolíticos y antidepresivos



Autores: Cristina Jeremías, Estela Sánchez, Ilda Ruiz,
Jessica Galván, Marc Roquer y Patricia Zayas

Coordinadora asignatura: Marian March

Profesor asociado: Jordi Casas

Tutores OF: Olga Tres, Alejandra Sanz, Anna Maria Puig,
Jaume Tura Lladó, Antonio Vaquer

ÍNDICE

Impacto de los ansiolíticos en nuestra sociedad	2
Consumo de ansiolíticos.....	2
Consumo de antidepresivos.....	4
Depresión y ansiedad	5
DEPRESIÓN	5
ANSIEDAD.....	5
Abordaje terapéutico	5
DEPRESIÓN.....	5
ANSIEDAD.....	6
Grafico ansiedad/depresión:	7
Conceptos importantes	7
Antidepresivos	8
Clasificación de los antidepresivos.....	8
Efectos adversos comunes de los antidepresivos.....	8
Benzodiazepinas	9
Clasificación de las Benzodiazepinas.....	9
Características de las Benzodiazepinas.....	9
Efectos adversos comunes de las Benzodiazepinas.....	9
Entre la necesidad y el abuso sólo hay un paso	10
Dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia	10
DEPENDENCIA	10
TOLERANCIA.....	10
SÍNDROME DE ABSTINENCIA.....	10
¿Cómo identificar la dependencia-tolerancia?	10
¿Cómo planificar la retirada?	11
Camino hacia el éxito	11
Conclusiones	13
Bibliografía	14

Impacto de los ansiolíticos en nuestra sociedad

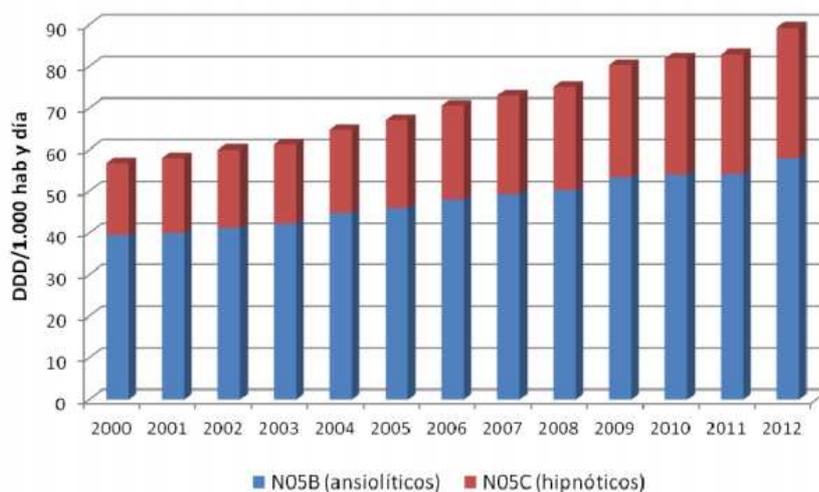
Los hipnosedantes, o benzodiacepinas, son los **medicamentos más consumidos** en España y son las **sustancias adictivas más consumidas** sólo superadas por el alcohol y el tabaco. Este dato es demoledor por lo que respecta a las mujeres: **el 16% de las mujeres consume benzodiacepinas** y se estima que hay más de medio millón de adictas a éste medicamento. Además, existe una falta de información al paciente que preocupa enormemente a los especialistas: **6 de cada 10** pacientes dicen no haber sido informados del riesgo de tomar estos fármacos y de los posibles efectos adversos. Como comentaremos a lo largo de éste trabajo, las benzodiacepinas tienen una gran capacidad de **generar dependencia**, por lo que ciertos pacientes **necesitan cada vez más dosis**. Muchas veces, médico y paciente saben cuándo inician un tratamiento pero no cuándo terminarlo.

Consumo de ansiolíticos

Según un estudio de la AEMPS, España estaría situada **por encima de la media europea** en consumo de ansiolíticos. En una encuesta reciente de drogas de abuso, se ha estimado que la prevalencia de uso de hipnóticos sedantes en España durante el año 2011 fue del 11,4% en la población general.

Aunque las benzodiacepinas tienen varias indicaciones terapéuticas así como relajantes musculares en contracturas o para el tratamiento de convulsiones en crisis epilépticas, su uso principal es para el tratamiento del insomnio y de los trastornos de ansiedad. La utilización de estos psicofármacos está asociada a unos riesgos para la salud cuando se consumen a largo plazo.

Figura 1. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España

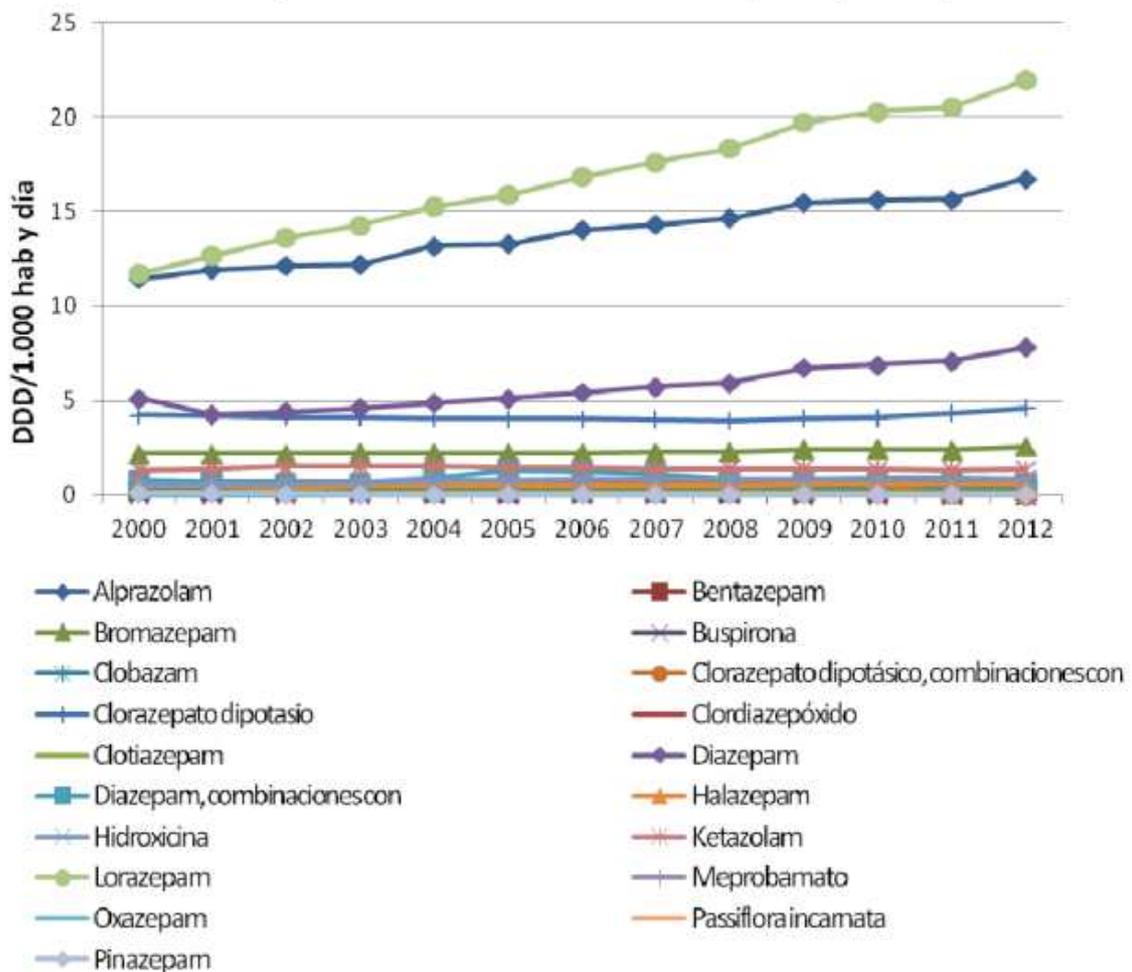


Fuente: "Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2012" y de las Encuestas nacionales de Salud del 2006 y 2011/12 del Instituto Nacional de Estadísticas. AEMPS

Como se puede observar en el gráfico, el consumo de ansiolíticos e hipnóticos ha incrementado considerablemente. Concretamente ha habido un **incrementado del 57,4%** desde el año 2000 al 2012. Se observa un incremento del 2% al 3% en la mayoría de años, con excepción de los años 2004 y 2006 (crecimiento del 6% i 5%) y del 2008 y 2011 (aumento del 7% y 8%, respectivamente).

Además es interesante observar que los ansiolíticos que más han aumentado su consumo han sido el Lorazepam y el Alprazolam, tal y como se observa en el gráfico.

Figura 2. Consumo de ansiolíticos (N05B) en España



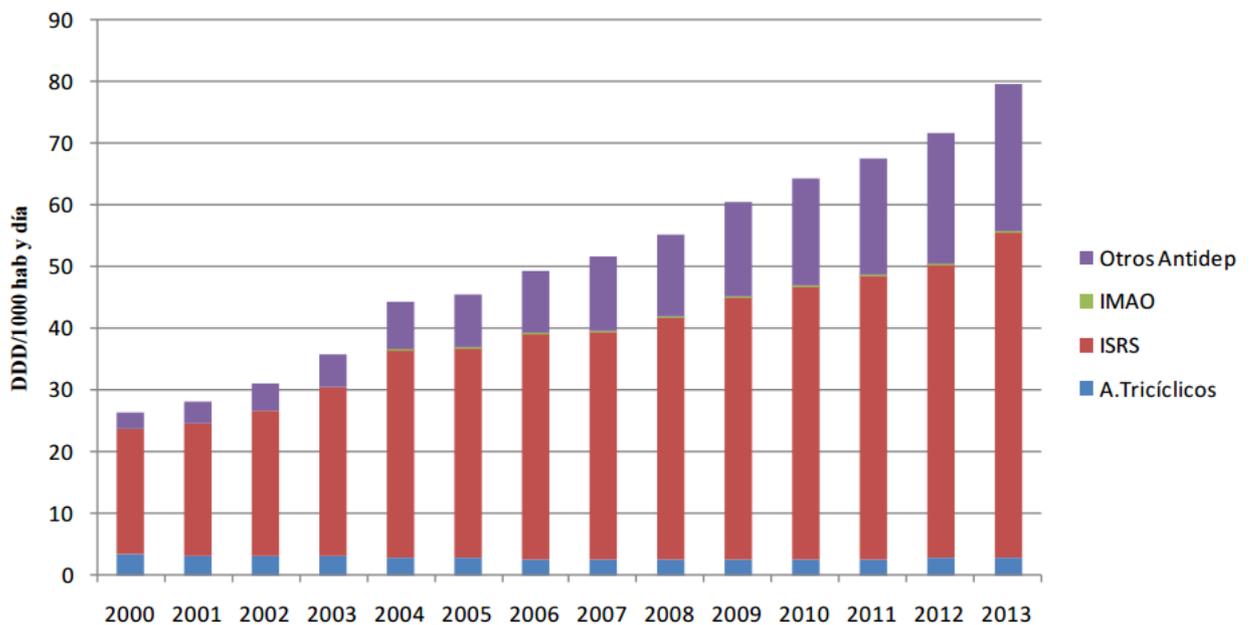
Fuente: "Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2012" y de las Encuestas nacionales de Salud del 2006 y 2011/12 del Instituto Nacional de Estadísticas. AEMPS

Consumo de antidepresivos

Según el informe de utilización de medicamentos de la AEMPS, el consumo de antidepresivos en España ha pasado de 26,5 DHD en el año 2000 a 79,5 DHD en el año 2013, lo que representa un **incremento de 200%**.

En el gráfico se observa claramente el incremento del consumo de estos medicamentos. Por lo que respecta a los antidepresivos tradicionales, IMAO y antidepresivos tricíclicos, su consumo se ha mantenido constante durante el periodo de 2000 a 2013. En cambio, ha habido un marcado incremento de los ISRS y del grupos de otros antidepresivos, los cuales empiezan a tener un gran uso sobretodo en estos últimos años. De hecho, los ISRS y el grupo de otros antidepresivos han sido los antidepresivos más consumidos durante todo el periodo de estudio y representan el 97% del consumo total de antidepresivos en 2013: 65% del consumo fue de ISRS y el 32% fue del grupo otros antidepresivos.

Figura 1. Consumo de antidepresivos en España



Fuente: "Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013 ". AEMPS

Depresión y ansiedad

La depresión y la ansiedad son enfermedades que están estrechamente relacionadas con el consumo de ansiolíticos. Estas, pese a ser dos patologías distintas, están relacionadas.

DEPRESIÓN

Se define como la pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras. Se caracteriza por un aumento de la capacidad de fatiga, o de la pérdida de la vitalidad habitual. Además viene acompañada de humor o ánimo depresivo no habitual en el paciente

ANSIEDAD

La ansiedad se define como la preocupación, temor, dificultad para decidir, pensamientos negativos sobre uno mismo. Se caracteriza por la aparición de sudoración, tensión muscular, taquicardia, molestias en el estómago acompañadas de dificultad respiratoria, temblor, tartamudeo, etc.

Las manifestaciones de la depresión tienen carácter más psicológico, mientras que las de la ansiedad tienen carácter más fisiológico.

Abordaje terapéutico

DEPRESIÓN

La terapéutica de la depresión consiste en terapia de apoyo psicológica, tanto individual como familiar. Cuando la terapia psicológica no sea suficiente se puede complementar con tratamiento farmacológico con antidepresivos, si el médico lo considera necesario. El fármaco antidepresivo para tratar la depresión se escogerá según la etiología de la misma. El tratamiento farmacológico consta de 3 fases:

- 1) Fase aguda: tiene una duración de entre 2 y 4 meses.
- 2) Fase de continuación: debe haber un período mínimo de 6 meses.
- 3) Fase de mantenimiento: no definida: puede que sea breve o que se alargue bastante en el tiempo, como en el caso de pacientes con depresión crónica.

Se debe tener en cuenta que el tratamiento farmacológico no se puede dejar de golpe y por lo tanto debe haber una **retirada gradual** del medicamento, según pauta médica. Así mismo se

deben promover hábitos que eviten la recurrencia de la depresión y se recomienda el tratamiento psicológico durante y una vez finalizado el tratamiento.

La depresión de adulto mayor es común y responde bien al tratamiento con antidepresivos. Y se debe considerar que los ansiolíticos NO son terapéuticos en trastornos depresivos.

ANSIEDAD

Dividimos el abordaje terapéutico de la ansiedad según si se trata de una ansiedad puntual o se trata de trastorno de ansiedad orgánico:

- Por acontecimiento puntual:

Consta de 2 fases:

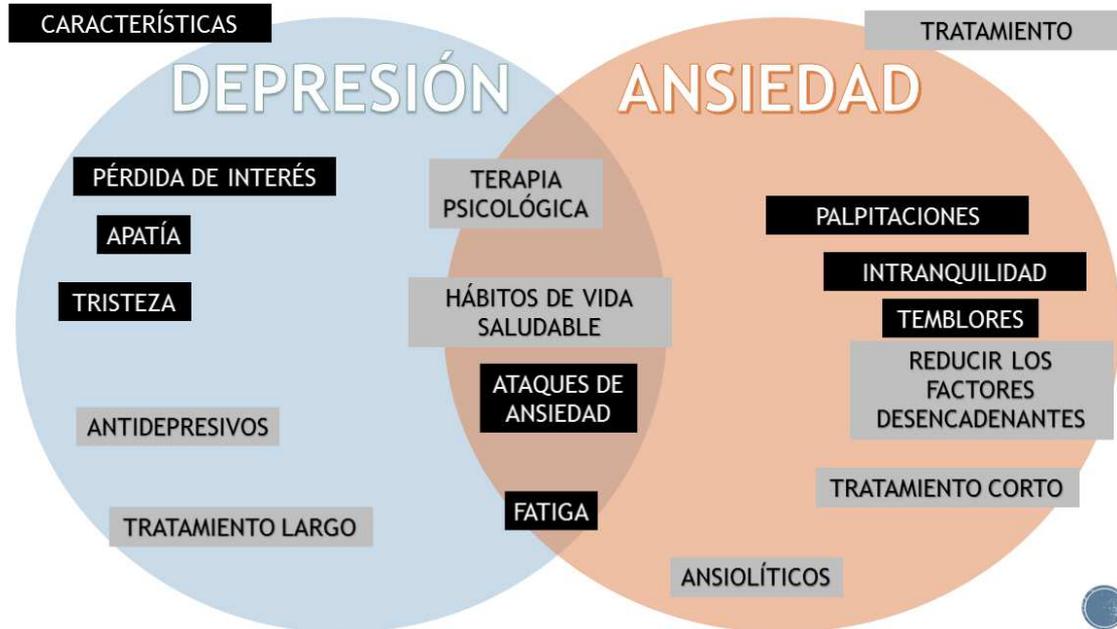
- 1) Terapia de apoyo psicológica: donde se resuelve el factor causante de ansiedad.
- 2) Tratamiento farmacológico puntual con ansiolíticos (benzodiazepinas).
Tratamiento de rescate en casos de ataque de ansiedad.

- Por factor orgánico o trastorno psiquiátrico:

Este caso es más complejo y consta de 3 fases:

- 1) Tratar la patología o trastorno: debe tratarse el problema de fondo que causa dicha ansiedad.
- 2) Terapia de apoyo psicológica.
- 3) Tratamiento farmacológico puntual con ansiolíticos (benzodiazepinas). Uso de los ansiolíticos como rescate en un ataque de ansiedad.

Grafico ansiedad/depresión:



En el gráfico anterior se diferencian entre las características propias de la depresión y de la ansiedad así como las características comunes que las unen. Así mismo el gráfico muestra el tratamiento a seguir en ambos casos y el tratamiento concreto de cada patología.

Las características de la depresión son la pérdida de interés, la apatía y la tristeza. Las de la ansiedad son las palpitaciones, la intranquilidad y los temblores. Asimismo, ambas patologías tienen en común la fatiga o el cansancio y los ataques de ansiedad, que se pueden dar tanto en depresión como en ansiedad.

Por lo que respecta al tratamiento, ambas patologías necesitan hábitos de vida saludables y terapia psicológica. La depresión será tratada con antidepresivos, lo que consistirá en un tratamiento largo. En la ansiedad se deberán reducir los factores desencadenantes y serán tratados con ansiolíticos, lo que consistirá en un tratamiento corto.

Conceptos importantes

Antes de introducir-nos en los tratamientos farmacológicos i sus características de deben dejar claros algunos conceptos relacionados.

- **Antidepresivo:** Sustancia que ayudan a regular el equilibrio de los neurotransmisores en el cerebro. Se utilizan para tratar la **depresión**.



- **Benzodiazepinas (ansiolítico/hipnótico/sedante):** medicamento psicotrópico que actúa como potenciado alostérico del GABA, y puede tener los siguientes efectos:
 - **Ansiolítico:** Sustancia que reduce la ansiedad y provoca efecto calmante, pero sin reducir funciones motoras o mentales. La depresión del SNC es **leve**.
 - **Hipnótico:** Fármaco que produce somnolencia e induce al sueño semejante al fisiológico. La depresión del SNC es **pronunciada**.
 - **Sedante:** Causan una **reducción** en la alerta y el **rendimiento** motor/intelectual.

Antidepresivos

Clasificación de los antidepresivos

- **ATC (Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas):** *Amitriptilina (deprelio®), Clomipramina (anafranil®), Imipramina (tofranil®)*.
 - Inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina. Tienen acción **antidepresiva** no euforizante (no adictivos), **ansiolítica, sedante y analgésica**.
- **ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina):** *Fluoxetina (Prozac®), citalopram (Prisdal®), Escitalopram (Esertia®), Sertralina (Aremis®, Besitran®)*.
 - Inhiben la recaptación de serotonina. **Los más usados. Menos efectos adversos** que el resto.
- **IMAO (Inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa):** *Tranilcipromina (Parnate®), Iproniazida, Moclobemida (Manerix®)*.
 - Acción **antidepresiva y analgésica**. También se usan para fobias y ansiedad. Poco uso por sus **efectos adversos**.
- **OTROS:** *Mirtazapina, Venlafaxina (Vandral®), Duloxetina (Xeristar®), Trazodona (Deprax®), Reboxetina (Norebox®)*.
 - Tienen acción mixta. Pueden producir sedación y somnolencia.

Efectos adversos comunes de los antidepresivos

- **Digestivos:** Diarrea, Nauseas, Vómitos, Sequedad de boca, Estreñimiento, Dispepsia.



- **Cardiovasculares:** Palpitaciones, Taquicardia (frecuentes).
- **Neurológicos/Psicológicos:** Cefalea, insomnio, euforia, temblores, disminución de la libido, agitación, ansiedad, disminución de la concentración, tendencias suicidas, alucinaciones, síndrome de abstinencia.
- **Otros:** dermatológicos, hepáticos, sexuales, endocrinos, etc. (con menor frecuencia).

Benzodiacepinas

Clasificación de las Benzodiacepinas

- Se diferencian según su vida media.
 - Vida media corta:
Triazolam (novodorm®), Midazolam (dormicum®), Brotizolam (sintonal®).
 - Vida media intermedia:
Lorazepam (orfidal®), Alprazolam (trankimazin®).
 - Vida media larga:
Clonazepam (rivotril®), Diazepam (valium®, ansium®, aneurol®).

Características de las Benzodiacepinas

- Se absorben rápidamente
- Son **hipnóticas, sedantes i ansiolíticas** a dosis bajas.
- Son los **mejores ansiolíticos** y se usan preferiblemente las de **acción larga**.

Efectos adversos comunes de las Benzodiacepinas

- **Digestivos:** Náuseas, Sequedad de boca, Estreñimiento, Anorexia
- **Cardiovasculares:** Insuficiencia cardíaca, Hipotensión, Arritmias, parada cardíaca
- **Respiratorios:** Insuficiencia respiratoria o depresión respiratoria
- **Neurológicos/Psicológicos:** Cefalea, mareo, temblor, confusión, depresión, disminución de la libido, agitación, irritabilidad, agresividad, pesadillas, alucinaciones, dependencia física
- **Otros:** dermatológicos, hepáticos, etc (con menor frecuencia)

Entre la necesidad y el abuso sólo hay un paso

Las benzodiacepinas son **herramientas indiscutiblemente valiosas** para el manejo de los trastornos de ansiedad. A pesar de su eficacia, generan una gran **dependencia**. El paciente cada vez necesita más dosis. Muchas veces no se ve forma de terminar el tratamiento. **Sólo** se debe empezar el tratamiento **si es necesario** y siendo consciente que es algo **temporal**.

Además tiene que ser un tratamiento corto que no supere los 3 meses, y en ningún caso que se alargue más de un año.

Las benzodiacepinas **no tienen connotación de placer**. A diferencia del alcohol y las drogas, las **benzodiacepinas no se las ve como un “vicio”**. Muchos ciudadanos buscan el **remedio fácil** en este tipo de medicamentos para hacer frente a “preocupaciones que no son un problema de salud”.

Dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia

DEPENDENCIA

- La dependencia se desarrolla después de la administración crónica de una sustancia y se caracteriza por la **necesidad continuada de re-administrarse** la sustancia para evitar la aparición de efectos adversos de retirada.

TOLERANCIA

- La tolerancia es un estado de adaptación biológica que se caracteriza porque **disminuye la respuesta** que provoca la administración de **la misma cantidad** de una droga.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

- **Tras la no administración** de la droga a un sujeto que presenta **dependencia** a ella aparecen un conjunto de **síntomas** y signos comunes para cada grupo de droga, y es uno de los indicadores de la presencia de síndrome de dependencia.

¿Cómo identificar la dependencia-tolerancia?

Para identificar la adicción a una sustancia el paciente puede contestar las siguientes preguntas honestamente para ayudar a evaluar si ésta persona tiene adicción a los fármacos o pastillas:

- ✓ ¿Busca con frecuencia una pastilla cuando está nervioso?

- ✓ ¿Necesita ya tomar más de una píldora para lograr el mismo efecto?
- ✓ ¿Se encuentra usted a menudo pensando en las pastillas o preocupado en cómo conseguir las?
- ✓ ¿Se ha molestado alguna vez por comentarios de sus amigos o seres queridos con referencia a su uso de medicamentos de prescripción?
- ✓ ¿Toma las pastillas antes de que cualquier síntoma aparezca?
- ✓ ¿Cambia de médicos en un intento por conseguir más recetas de fármacos?
- ✓ ¿Ha usado alguna vez medicinas de prescripción como un medio para “seguir adelante” o para “calmarse”?

¿Cómo planificar la retirada?

La retirada de los tranquilizantes **SIEMPRE** debe ser bajo **supervisión médica**. Además se deben considerar estos factores cuando se planifique la retirada de estos medicamentos:

- La **dependencia** a los tranquilizantes no es sólo **psicológica**, sino también es **física**.
- La dependencia está favorecida por la **duración del tratamiento** y por el **tipo de ansiolítico** que se toma.
- Los ansiolíticos de **acción corta son más intensos**, y por lo tanto generan mayor dependencia física que los de acción larga.
- Se intentará, siempre que sea posible y el médico lo considere, cambiar un ansiolítico de acción corta por uno de acción larga.
- Si se interrumpe el tratamiento de forma brusca hay un **efecto rebote** que hace que la persona presente: *gran ansiedad, agitación, irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, agresividad, mareos, náuseas, vómitos, angustia, confusión, convulsiones y aumento de la temperatura corporal.*

Camino hacia el éxito

Según un estudio realizado en el Departamento de Medicina Interna de la Vall d’Hebrón en 2010 con voluntarios tratados de forma crónica con benzodiazepinas:

- Un año después de la intervención, el éxito en la deshabitación es aproximadamente del 65%.
- El abandono del consumo crónico de benzodiazepinas es beneficioso para el enfermo.
- Los pacientes que consiguen abandonar el consumo de benzodiazepina mejoran en la puntuación de las escalas de depresión y ansiedad.
- No empeora su calidad del sueño en la mayoría de los casos.

Es imprescindible hacerlo siempre bajo supervisión de un profesional sanitario y complementar la deshabitación con ayuda psicológica.

Conclusiones

- Los tratamientos farmacológicos de la ansiedad y la depresión son de mucha utilidad siempre y cuando se utilicen de forma adecuada.
- Los ansiolíticos reducen la sintomatología pero es posible que no incidan en el problema de fondo, que habrá que abordar con terapia complementaria.
- La sensación de bienestar que causan las benzodiazepinas puede derivar en una dependencia.
- La acción de los antidepresivos se suele notar a las 3-4 semanas, por eso son tratamientos largos. Sus efectos adversos aparecen antes de que el fármaco haga la acción terapéutica, por lo que suele ser el motivo principal de abandono.
- En el caso de las benzodiazepinas el tratamiento debe ser corto y no superar los 3 meses. En ningún caso debería alargarse más de un año.
- Ante cualquier síntoma, o problema que se perciba que pueda estar relacionado con la ansiedad o la depresión se debe consultar con profesionales de la salud.
- Nunca se debe comenzar ni abandonar un tratamiento sin consultar al médico o farmacéutico, ya que esto puede ser peligroso.

Bibliografía

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informes publicados.

Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España, 2000-2012. Fecha publicación:

27/01/2014. [Citada febrero 2017] Recuperada de:

https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informes publicados.

Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2014.

[Citada febrero 2017]. Fecha publicación: 14/01/2015. Recuperada de:

<https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>

Análisis de un programa de deshabituación de benzodiazepinas destinado a ser aplicado por enfermería en las consultas de atención primaria - PiCuida [Internet].

[citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.picuida.es/analisis-de-un-programa-de-deshabituacion-de-benzodiazepinas-destinado-a-ser-aplicado-por-enfermeria-en-las-consultas-de-atencion-primaria/>

Dejar las pastillas o fármacos | Clínica de adicciones y desintoxicación. Centre Can Rosselló [Internet]. [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en:

<http://www.centroadiccionesbarcelona.com/patologies/tratamientos/dejar-las-pastillas-o-farmacos/>