

Consumo de psicofármacos

Psychotropic drug use

Caterina Vicens Caldentey^a y Ermengol Sempere Verdú^b

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca. GdT de Utilización de Fármacos de la semFYC

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GdT de Utilización de Fármacos de la semFYC

Los psicofármacos (PSF) constituyen el eje fundamental del tratamiento farmacológico en múltiples trastornos mentales y de salud, agrupando desde ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos y antipsicóticos hasta estabilizadores del ánimo y estimulantes para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Sin embargo, el patrón de prescripción en España se concentra principalmente en antidepresivos (AD) y benzodiazepinas (BDZ), que juntos representan cerca del 85% del consumo total, según datos del Observatorio de Uso de Medicamentos¹.

El consumo de PSF es elevado en el conjunto del mundo occidental, y en general con una tendencia al alza, tanto en personas adultas como en jóvenes, lo que suscita un intenso debate en la literatura científica en los últimos años sobre si este aumento va acompañado o no de beneficios adicionales en salud^{2,3}.

El consumo de antipsicóticos es mucho menor que el de BDZ y AD, aunque también ha experimentado un incremento notable en los últimos años en España (14,4 DHD [dosis diaria definida por mil habitantes y día] en 2023). Sus indicaciones aceptadas tradicionalmente en España son la esquizofrenia y el trastorno bipolar, aunque es relativamente frecuente su uso en la depresión resistente y también en la demencia, en donde es de particular importancia tener en cuenta sus frecuentes efectos adversos⁴.

Respecto a los antiepilépticos o anticonvulsivos, al igual que los antipsicóticos, a pesar de tener un consumo comparativamente más reducido (13,5 DHD en 2023), también ha experimentado un crecimiento sostenido atribuido principalmente a la expansión de sus indicaciones habituales a otros trastornos mentales más allá de la epilepsia, como el trastorno bipolar o la cefalea.

En el TDAH se utilizan mayoritariamente los psicoestimulantes, predominando el metilfenidato. Aunque el consumo en España continúa siendo limitado (4,9 DHD en 2024), destaca su tendencia ascendente, tal como ocurre en los países de elevado poder adquisitivo⁵.

Las BDZ fueron descubiertas en la década de 1960, y a partir de la de 1970 su uso se popularizó, hasta el punto de que el diazepam se convirtió en el fármaco más prescrito a nivel mundial. Sin embargo, pronto se evidenciaron importantes consecuencias relacionadas con su potencial de dependencia, lo que motivó críticas y preocupación en la comunidad científica pero también en la sociedad^{6,7}. Como respuesta, a principios de los ochenta se establecieron diversas restricciones y recomendaciones específicas de prescrip-

ción destinadas a evitar el uso indiscriminado, y fomentar su uso solo en sus indicaciones clínicas y limitando la duración del tratamiento. A pesar de ello, su consumo fue en aumento en la mayoría de los países.

En España, las BDZ han mantenido una propensión al alza hasta 2014, año en que se inicia una tendencia a la estabilización hasta los años 2020-2021, cuando hubo un importante repunte coincidiendo con la pandemia de la COVID, para volver a descender a partir de 2022¹.

El notable incremento en el uso de AD se dio a partir de la década de 1990, coincidiendo fundamentalmente con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que ofrecían una eficacia similar a los clásicos, pero con un mejor perfil de seguridad y tolerancia, lo cual facilitó su uso, no solo en el tratamiento de la depresión, sino también en otros trastornos como la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados. El resultado fue un crecimiento exponencial en su prescripción, consolidándose durante décadas como los AD de primera elección en múltiples contextos clínicos, tendencia a la que se han sumado los médicos y médicas de familia. La evolución global de su consumo ha seguido un patrón ascendente, y desde 2022 su DHD ha superado ya a la de las BDZ, fenómeno que se viene registrando en la mayoría de los países europeos desde hace varios años⁸.

Según datos del Ministerio de Sanidad, el consumo de BDZ y AD aumenta progresivamente con la edad, es mayor en mujeres que en hombres, mayor entre los nacidos en España respecto al extranjero, y se asocia con otras variables sociales como desempleo, menor renta o residencia en municipios más pequeños⁹.

Los riesgos inherentes al uso prolongado de BDZ —tolerancia, dependencia, accidentes, fracturas, incremento del riesgo de demencia y mortalidad global— han convertido a estos fármacos en un auténtico problema de salud pública, lo que ha supuesto la reclamación de medidas firmes para limitar su prescripción y fomentar estrategias de deprescripción¹⁰. A pesar de que en los últimos años su consumo tiende a descender en España, no debemos olvidar que sigue siendo muy elevado y que el reto actual no solo es promover la retirada progresiva, sino insistir en que la mejor manera de reducir su consumo es no iniciarlo, salvo en los casos extremadamente graves, a la menor dosis y el mínimo tiempo posible, y aportando información, en el momento de la primera prescripción, sobre sus efectos adversos a medio y largo plazo¹⁰.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0

Respecto a los AD, en algunos países se están utilizando para cubrir el hueco dejado por las BDZ, pero es preocupante que su aumento progresivo se deba sobre todo a su uso prolongado. Los nuevos AD se comercializaron como medicamentos exentos de acción aditiva, sin embargo, bajo el denominado «síndrome de discontinuación», se esconde un eufemismo interesado del síndrome de dependencia, lo cual explica la dificultad para su retirada tras la remisión del episodio y, por tanto, su uso crónico. Este hecho obliga a ser más rigurosos al realizar la primera prescripción, explicando al paciente sus beneficios esperables y sus posibles efectos indeseables a corto y largo plazo¹¹.

La amplia aceptación de la perspectiva biologicista de la depresión —que sostiene que los trastornos mentales son consecuencia directa de alteraciones en la neuroquímica cerebral, especialmente de un déficit de serotonina— ha contribuido de forma significativa al aumento de su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, estudios recientes, como la revisión sistemática publicada por Joanna Moncrieff en 2022, han cuestionado esta interpretación al no encontrar evidencia científica robusta que vincule niveles bajos de serotonina con la aparición de la depresión¹². Estos resultados exigen ampliar el marco explicativo y clínico, integrando prioritariamente los factores psicosociales, económicos y culturales, que por lo general han sido subestimados tanto en la comprensión etiológica como en el abordaje terapéutico de estos trastornos.

En la **figura 1** se presentan los datos de consumo de BDZ y AD en DHD de España, comparados con los de varios países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y se observa que España ocupa una posición destacada en el consumo global de ambos grupos terapéuticos, solo superada por Islandia y Portugal, y equiparable a Suecia⁸. Asimismo, los

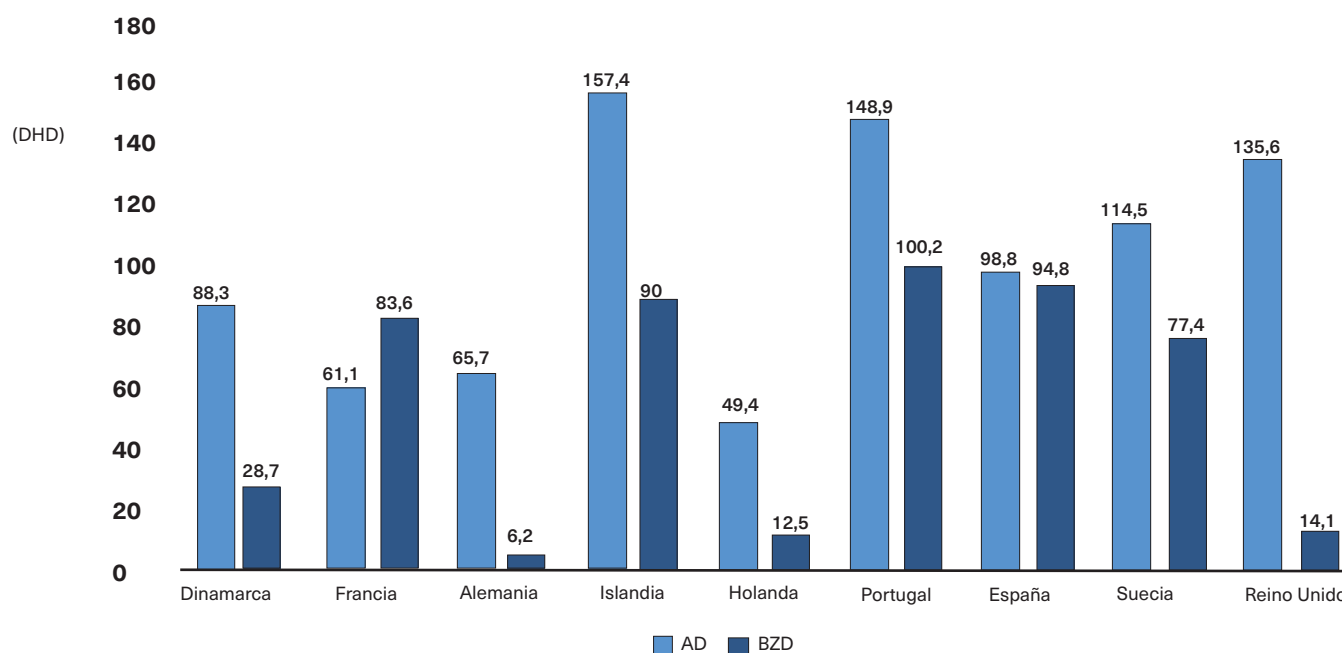
resultados muestran que no existe una relación directa ni inversa entre el consumo de AD y de BDZ, ya que países con contextos socioeconómicos semejantes, e incluso países vecinos, manifiestan patrones de consumo notablemente diferentes. Este hecho sugiere la influencia de distintos patrones culturales en la demanda y respuesta ante los problemas emocionales, que son compartidos por la población general y por la comunidad médica.

Estas divergencias hacen dudar de la efectividad real del aumento en el consumo de los PSF y resalta una tendencia a la progresiva medicalización de la vida y posiblemente a la falta de alternativas (psicoterapéuticas o socioeconómicas) ante los problemas de salud mental y ante las adversidades de la vida, algo que, aparentemente, se aborda de una forma diferente en cada país.

Por otra parte, resulta llamativo que el incremento sostenido en el consumo de psicofármacos observado no se haya traducido en una disminución de la prevalencia de los trastornos mentales. Al contrario, datos recientes revelan que en España existe una tendencia al alza en la carga de enfermedad mental en la sociedad que no ha descendido pese al aumento del uso de estas medicaciones¹³.

En síntesis, urge reevaluar el papel de los PSF en la práctica clínica, apostar por una prescripción segura, informada y limitada, avanzar en estrategias de deprescripción y reforzar las intervenciones psicosociales, evitando la medicalización innecesaria y abogando por una cultura de salud mental menos dependiente del fármaco.

Figura 1. Consumo de benzodiazepinas y antidepresivos en DHD en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2022)



AD: antidepresivos; BDZ: benzodiazepinas; DHD: dosis diaria definida por mil habitantes y día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Observatorio de uso de medicamentos. Informes. 2025. [Internet]. [Acceso: 29 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes/?lang=ca>
2. Gómez-Lumbreras A, Garcia A, Prat O, Gatell A, Vedia C, Gisbert L, et al. Psychotropic use in children and adolescents in Scandinavia and Catalonia: a 10-year population-based study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2021 Jul;238(7):1805-15. doi: 10.1007/s00213-021-05809-8. Epub 2021 Mar 10. PMID: 33694030.
3. Gøtzsche PE, Allan HJ JC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? Head to Head. *BMJ*. [Internet]. 2015; 350. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h2435>
4. Mok PLH, Carr MJ, Guthrie B, Morales DR, Sheikh A, Elliott RA, et al. Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study. *BMJ*. 2024 Apr 17;385:e076268. doi: 10.1136/bmj-2023-076268. PMID: 38631737; PMCID: PMC11022137.
5. Chan AYL, Ma TT, Lau WCY, Ip P, Coghill D, Gao L, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder medication consumption in 64 countries and regions from 2015 to 2019: a longitudinal study. *EClinicalMedicine*. 2023 Mar 20;58:101780. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101780. PMID: 37181411; PMCID: PMC10166776.
6. Lader M. History of benzodiazepine dependence. *J Subst Abuse Treat*. 1991;8(1-2):53-9. doi: 10.1016/0740-5472(91)90027-8. PMID: 1675692.
7. Anónimo. Which rock song warned doctors and policymakers about the dangers of benzodiazepine use? *Med Central*. [Internet]. 16 junio 2021. [Acceso: 29 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.medcentral.com/meds/psychiatric/benzodiazepines>
8. OECD. Data explorer. Health. Pharmaceutical Market. [Internet]. [Acceso: 4 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://data-explorer.oecd.org/>
9. Info BDCAPI. Ministerio de Sanidad. Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes. Año 2024. [Internet]. [Acceso: 23 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf
10. Vicens C, Sempere E. Uso adecuado de benzodiacepinas. *AMF*. 2014;10(7):390-3.
11. Goñi O. Guía de uso seguro, deprescripción y cambio de antidepresivos. *Bol Inf Farmacoter Navar*. [Internet]. 2021; 29(4):1-23. Disponible en: <https://doi.org/10.54095/BITN20212904>
12. Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, Amendola S, Hengartner MP, Horowitz MA. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry*. [Internet]. 2023 [acceso: 3 de noviembre de 2025];28:3243-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
13. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España-ESdE 2023. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/home.htm>