



## ORIGINAL

## Prescripción prolongada de antidepresivos en atención primaria. Impacto en la salud pública



Antonio José Madueño-Caro<sup>a</sup>, Gonzalo Berro-Ramírez<sup>a</sup>, Luis Chávez-Gata<sup>a</sup>,  
Rubén Torrecusa-Camisón<sup>a</sup>, José Antonio Climent-Rodríguez<sup>b</sup>, Yolanda Navarro-Abal<sup>b</sup>  
y Juan Gómez-Salgado<sup>c,d,\*</sup>

<sup>a</sup> Centro de salud La Laguna. Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España

<sup>b</sup> Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España

<sup>c</sup> Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España

<sup>d</sup> Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador

Recibido el 14 de noviembre de 2024; aceptado el 17 de enero de 2025

### PALABRAS CLAVE

Antidepresivos;  
Atención primaria de salud;  
Prescripción

### Resumen

**Objetivo:** Determinar las variables asociadas a la prescripción de antidepresivos (AD) de larga duración (más de 3 años) en atención primaria de salud.

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo.

**Lugar:** Área básica de salud.

**Participantes:** Muestra de 315 participantes, a quienes se les ha recetado al menos un antidepresivo durante un año.

**Fuente de datos:** Fuentes de información institucional.

**Medidas principales:** Variables que pueden asociarse a una prescripción prolongada de AD. La selección de pacientes fue por muestreo aleatorio simple. Análisis mediante contraste Chi-cuadrado para la comparación de proporciones. Regresión logística binaria multivariante para observar posibles asociaciones entre variables.

**Resultados:** Participaron mayoría de mujeres (75,2%) con una edad media de 61,7 años (DE = 38,1). El porcentaje de pacientes con una duración del tratamiento AD mayor de 3 años fue del 57,8% siendo la media de 2,1 años. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fueron los AD más utilizados (50,5%), especialmente la sertralina. La distimia fue el principal diagnóstico (17%). La duración prolongada del tratamiento se asoció con los ISRS y la distimia. La regresión logística mostró factores relevantes: distimia, edad, número de AD y uso de ISRS con relación a la duración del tratamiento con AD.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [salgado@uhu.es](mailto:salgado@uhu.es) (J. Gómez-Salgado).

*Conclusión:* Existe una alta prevalencia de prescripción más allá de los 3 años. Se observa cómo el trastorno distímico se asocia a una duración prolongada del tratamiento, así como a la edad, el uso de ISRS, el cambio antidepresivo y el número total de AD prescritos.  
© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

## KEYWORDS

Antidepressants;  
Primary health care;  
Prescription

## Long term prescription of antidepressants in primary care. Impact on public health

### Abstract

*Objective:* To determine the variables associated with the prescription of long-term antidepressants (more than three years) to patients in a primary health area.

*Design:* Descriptive observational study.

*Site:* Basic health area of primary care.

*Participants:* A sample of 315 participants assigned to a basic health area, who have been prescribed at least one antidepressant during a calendar year.

*Interventions:* Institutional information sources.

*Main measurements:* Those variables that can be associated with a prolonged prescription of antidepressants. The selection of the patients was carried out by simple random sampling. Analysis using Chi-Square contrast for the comparison of proportions. Multivariate binary logistic regression to observe possible associations in the set of variables.

*Results:* The study analyzed a majority of women (75.2%) with a mean age of 61.7 years (SD = 38.18). SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) were the most commonly used antidepressants (50.5%), especially sertraline. Dysthymia was the main diagnosis (17%). Prolonged duration of treatment was associated with SSRIs and dysthymia. Logistic regression showed relevant factors: dysthymia, age, number of antidepressants, and SSRI use.

*Conclusion:* There is a high prevalence of prescription beyond three years. It is observed how dysthymic disorder is associated with a prolonged duration of treatment, as well as age, SSRI use, antidepressant change, and the total number of antidepressants prescribed.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

## Introducción

El consumo de psicofármacos, en particular de antidepresivos (AD), ha aumentado significativamente a nivel global<sup>1</sup>. Según la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) de la OMS, los AD pertenecen al grupo N06, junto con ansiolíticos (N05B) y sedantes (N05C)<sup>2</sup>. En los países de la OCDE, las dosis diarias definidas (DDD) de AD han crecido casi un 50% en la última década, siendo España uno de los países con mayor aumento (40,85%)<sup>3</sup>. En 2021, se suministraron en España unos 49 millones de envases de AD, un 6,23% más que el año anterior<sup>4</sup>.

La principal indicación de los AD es el tratamiento de trastornos depresivos, que afectan al 3,8% de la población según la OMS. Sin embargo, también se prescriben para migrañas, trastornos obsesivo-compulsivos, insomnio, ansiedad, dolor crónico y fibromialgia, entre otros<sup>5-10</sup>. En ocasiones, los AD se utilizan para abordar problemas socialmente medicalizados<sup>11</sup>. Además, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental, exacerbando la necesidad de tratamiento en algunos casos<sup>12</sup>.

La medicalización del sufrimiento puede tener consecuencias negativas, como iatrogenia, inequidad en el acceso a servicios, pérdida de calidad en la atención y detrimento de la credibilidad del sistema sanitario<sup>13</sup>. Por ello, la prescripción de AD debe ser prudente, teniendo en cuenta la

gravedad del cuadro, riesgos de recurrencia, adherencia al tratamiento y posibles interacciones con otros medicamentos. La decisión debe tomarse en conjunto con el paciente, considerando los efectos adversos<sup>14</sup>.

Los trastornos depresivos se asocian a diversas afecciones crónicas que empeoran la calidad de vida, y se distingue entre recaídas (reaparición de síntomas del episodio anterior) y recurrencias (nuevos episodios tras la recuperación)<sup>15-18</sup>. Los factores de recurrencia más importantes están recogidos en las guías de CANMAT<sup>19</sup> y justifican el uso prolongado de AD en algunos pacientes, según diversas guías de práctica clínica (GPC) (tabla 1)<sup>20-22</sup>.

No existe consenso claro sobre la duración del tratamiento con AD. Generalmente, se recomienda un periodo de 6-9 meses, extendiéndose hasta 2 años en los pacientes de alto riesgo<sup>14</sup>. Tras remisión durante 9-12 meses, se sugiere suspender la medicación. Sin embargo, existe controversia sobre el uso más allá de 3 años debido a posibles efectos adversos, como el síndrome de retirada, cuya incidencia es alta en los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)<sup>14,23-25</sup>.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las variables asociadas al uso prolongado de AD (más de 3 años) en los pacientes con prescripción activa en una unidad básica de salud urbana. Los objetivos específicos incluyen: calcular el porcentaje de pacientes con tratamiento de más

**Tabla 1** Factores de riesgo de recurrencia de depresión

Edad de inicio temprana
Mayor número de episodios anteriores
Gravedad del episodio inicial (definido por la presencia de un mayor número de síntomas, ideación suicida o agitación psicomotora)
Alteraciones del ciclo sueño-vigilia
Presencia de psicopatología comórbida (particularmente trastorno depresivo persistente)
Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica
Presencia de cogniciones negativas
Alto neuroticismo
Poco apoyo social
Acontecimientos vitales estresantes

de 3 años, analizar las características de los AD prescritos, identificar variables sociodemográficas y comorbilidades, y describir posibles interacciones medicamentosas.

## Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo en una zona básica de salud urbana. La población de referencia incluyó pacientes mayores de 18 años con prescripción activa de algún AD durante el año 2021. La clasificación de AD siguió el sistema ATC de la OMS<sup>2</sup>. El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital universitario Puerta del Mar, de Cádiz (código de protocolo TFGR-GBR-2022), cumpliendo con la Declaración de Helsinki.

**Criterios de inclusión:** ambos sexos, mayoría de edad, al menos una prescripción de AD en el último año, capacidad física para acudir al centro y mental para consentir el estudio.

**Criterios de exclusión:** menores de edad, incapacitados física o mentalmente como demencia avanzada, enfermedad de Alzheimer severa o discapacidad > 70% y pacientes hospitalizados.

El tamaño de muestra se calculó con Epidat 4.2 (Xunta de Galicia). Según el Distrito de farmacia de la Bahía de Cádiz-La Janda, 2.892 pacientes mayores de edad en el área básica de salud de La Laguna (Cádiz) retiraron al menos un AD en 2021. Basándose en un estudio de Lleida<sup>26</sup>, donde el 47,7% de los pacientes llevaban más de 6 meses en tratamiento con AD, se estimó una muestra de 339 personas para un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y una precisión del 5%. Para evitar sesgos de no respuesta, se incrementó el tamaño en un 10%. Se realizó un muestreo aleatorio simple (fig. 1).

Los médicos participantes, especialistas en medicina familiar y comunitaria, recopilaron las variables mediante consultas programadas tras obtener el consentimiento informado. Las variables estudiadas incluyeron: edad, sexo, situación familiar y laboral, tipo y número de AD prescritos (activos y totales), diagnóstico justificativo, origen del prescriptor (atención primaria o psiquiatría), comorbilidades, consumo de otros psicofármacos, cambios en las moléculas prescritas y duración del tratamiento con AD (variable dependiente principal).

A través del módulo de prescripción farmacológica en la historia clínica, se analizaron los AD prescritos, la duración

**Tabla 2** Duración del tratamiento antidepressivo

	N	%
< 1 año	63	20,0
> 1y < 2 años	31	9,8
> 2 y < 3 años	39	12,4
> 3 años	182	57,8

N: frecuencias; %: porcentajes.

del tratamiento, posibles interacciones medicamentosas, reacciones adversas y cambios en las pautas de prescripción. Los médicos de atención primaria fueron consultados sobre el impacto potencial de la receta electrónica en la reevaluación de los pacientes. Cuando se detectaron interacciones potenciales, se notificó al médico responsable.

El análisis incluyó tablas de frecuencia, porcentajes, prevalencias, medias, medianas, desviaciones estándar y rangos, con IC 95%. Se usó un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$  y se realizaron los análisis en SPSS® v.24.

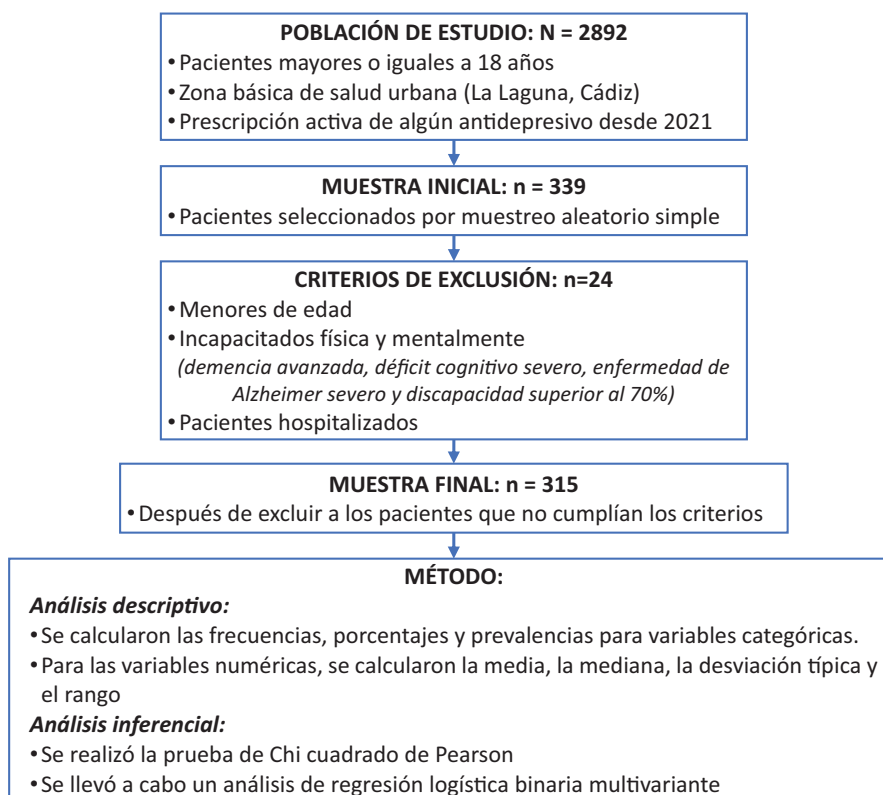
Se aplicó Chi-cuadrado para evaluar la relación entre el grupo de fármacos más frecuente, los ISRS, y la duración del tratamiento. Además, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria multivariante para determinar la contribución de las variables independientes a la duración del tratamiento, utilizando una estrategia de selección «hacia atrás» basada en verosimilitud. Inicialmente, se incluyeron todas las variables, eliminando aquellas sin significación estadística.

## Resultados

De la muestra seleccionada (n=339), se incluyeron finalmente 315 pacientes para el análisis (tasa de no respuesta = 0). Se excluyó un 7% (n=24), destacando de entre las causas de exclusión el registro diagnóstico «demencia» que supuso el 2,4% (n=8) de la muestra. El sexo femenino representó el 75,2% (n=237) frente al 24,8% (n=78) del sexo masculino. Esta tendencia es especialmente marcada en los pacientes con prescripciones de AD por 3 años o más. La edad media de la muestra fue 61,6 años. La edad media de sexo masculino fue 59,5 (DE = 38,1) años frente al sexo femenino que fue de 62,5 años (DE = 40,3).

La mayoría de los pacientes (73,1%) estaban casados y el 50,4% de la muestra eran pacientes en edad de jubilación. El porcentaje de pacientes con una duración del tratamiento AD mayor de 3 años fue del 57,8% siendo la media de duración del tratamiento de 2,1 años (tabla 2).

El grupo de AD que se encontró con más frecuencia fueron los ISRS en un 50,5% (n=159). De ellos el más frecuente fue la sertralina (24,2%) seguido de la amitriptilina (23,4%) y citalopram (22,5%). El 92,6% de los pacientes que se les había prescrito amitriptilina tenían un diagnóstico de dolor crónico. Un 13,6% de la muestra tenía 2 AD activos en su tratamiento y un 1,1% tenía hasta 3 AD activos. El 65,3% de los que tenían algún AD también tienen prescrito algún tipo de benzodiacepina. Solo en un 5,7% se encontró algún antipsicótico. Se encontraron interacciones potenciales con otros fármacos en un 2,2% (n=7) de los pacientes analizados.



**Figura 1** Esquema del proceso de investigación.

**Tabla 3** Origen de la prescripción de los antidepresivos

Origen	N	%
MAP	227	72,1
Psiquiatra público	51	16,2
Psiquiatra privado	14	4,4
Otro	23	7,3

MAP: médico de atención primaria; N: frecuencias; %: porcentajes.

En la [tabla 3](#) se muestra la distribución del origen de la prescripción donde son los médicos de atención primaria los que más prescriben (72,1%).

Además del origen de la prescripción, se ha de tener en cuenta el diagnóstico que explica dicha prescripción. Hay que destacar el porcentaje de «no registro» del diagnóstico justificativo de la prescripción que supone un 21,4% de la muestra incluida (n = 66).

Determinando el diagnóstico justificativo de la prescripción, se encuentra la «distimia» representando el 17,2% del total. El «trastorno mixto ansioso-depresivo» que supuso un 9,5% del total y el diagnóstico especificado como «dolor crónico» que se situó en tercer lugar suponiendo el 8,6%. Por último, el «trastorno de adaptación» y el «trastorno de ansiedad generalizada» que suponen el 5% cada uno. En el género masculino se reparte de forma porcentualmente similar cada una las categorías de trastorno de ansiedad generalizada (21,3%), trastorno mixto ansioso-depresivo (10,1%) y la especificada como dolor crónico (10,1%). En el caso del género femenino el diagnóstico más frecuente

es la distimia (21,4%), seguido del trastorno mixto ansioso-depresivo (20,6%) y el dolor crónico (9,3%).

Entre las comorbilidades, la más frecuente es la hipertensión arterial, suponiendo un 34% del total. Destacan también la cefalea, el dolor crónico, neuropático y trastornos oncológicos, que representan el 32,7%. Otras comorbilidades son la obesidad, diabetes (tipo1 y tipo 2), pacientes con enfermedad respiratoria y cardiopatías.

Dada la vulnerabilidad, alto porcentaje de comorbilidades, y los efectos sobre la capacidad cognitiva de una duración de tratamiento prolongada se realizó un análisis descriptivo del subgrupo de mayores de 80 años. Estos pacientes representaron el 13% del total (N = 40) y la edad media dentro de este subgrupo fue de 84 años (DE = 3,8) siendo el 78% mujeres. La duración media del tratamiento AD fue de 2,2 años y el 65% de la muestra del subgrupo tuvo una duración del tratamiento mayor a los 3 años. En este subgrupo también los ISRS son los fármacos más prescritos, pero en este caso el más frecuente es la amitriptilina (30,7%). El porcentaje de interacciones de este subgrupo fue mayor (2,5%) al porcentaje de la muestra total. En cuanto a los diagnósticos, el porcentaje de no registro se situó en un 22,5% del total del subgrupo de mayores de 80 años. Las 3 categorías diagnósticas registradas más frecuentes fueron: distimia en un 20,4%, el dolor crónico en un 15,8% y el trastorno mixto ansioso-depresivo representando el 10,1%.

Los facultativos responsables de la atención a los pacientes seleccionados e incluidos a estudio respondieron que en un 68% de los sujetos a estudio el tipo de renovación electrónica que se utiliza actualmente influye en la no reevaluación del paciente.

**Tabla 4** Variables y duración del tratamiento con antidepresivos

		B	Error estándar	Wald	g. libertad	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
								Inferior	Superior
Pasos 2. <sup>a</sup>	Edad	0,028	0,008	10,824	1	0,001	1,028	1,011	1,045
	N.º AD	0,722	0,164	19,482	1	<0,001	2,059	1,494	2,838
	BZP (1)	0,459	0,272	2,853	1	0,091	1,583	,929	2,698
	Distimia (1)	1,352	0,442	9,357	1	0,002	3,867	1,626	9,197
	ISRS (1)	0,912	0,273	11,191	1	<0,001	2,490	1,459	4,249
	Constante	-3,538	0,691	26,243	1	<0,001	,029		

Modelo de regresión. AD: antidepresivos; B: coeficiente; BZP: benzodiacepina; Exp(B): exponencial del coeficiente; IC: intervalo de confianza; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

El estudio de las asociaciones entre la duración del tratamiento AD y diferentes variables cualitativas mostró que no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable sexo y sí que había una asociación entre la variable situación laboral de los pacientes y una duración del tratamiento mayor o igual a 3 años (52,2%).

La proporción de pacientes que tienen una duración de tratamiento menor a 3 años fue mayor en aquellos que no toman ISRS, mientras que la proporción de los pacientes con una duración superior o igual a 3 años es mayor en aquellos que si toman un ISRS ( $p=0,037$ ).

Dentro de los pacientes a los que se les había cambiado la molécula en alguna ocasión, la mayoría ( $f=84$ , 74%) tenía una duración de tratamiento mayor o igual a 3 años.

El diagnóstico de distimia fue más frecuente y la mayoría tenía una duración del tratamiento mayor o igual a 3 años ( $f=45$ , 86.5%) y se pudo concluir que existe una asociación estadísticamente significativa entre la distimia y la duración del tratamiento ( $p<0,001$ ).

La [tabla 4](#) muestra el resumen del modelo de regresión logística multivariante final. El modelo predijo correctamente el 71,1% de los incluidos en el análisis. Las variables estadísticamente significativas fueron la distimia con un OR: 3,81; IC 95%: 1,6-9,1, la edad con un OR: 1,02; IC 95%: 1,01-1,04, el número total de AD prescritos con un OR: 2,05; IC 95%: 1,4-2,8 y la prescripción de ISRS con un OR: 2,40; IC 95%: 1,4-4,2.

## Discusión

Es relevante considerar las recomendaciones para el uso prolongado de AD en pacientes con factores de riesgo de recurrencia, episodios crónicos o graves, o con trastornos psiquiátricos y médicos comórbidos. En estos casos, se sugiere mantener el tratamiento indefinidamente<sup>14,16,19,27</sup>. Sin embargo, la evidencia en las GPC generalmente no avala tratamientos superiores a 3 años en trastornos depresivos, salvo en casos severos o con múltiples criterios de riesgo<sup>20,27,28</sup>. Esto cobra importancia dado que muchos diagnósticos no son severos, lo que sugiere una posible inadecuación en la duración de las prescripciones. Este hallazgo subraya la necesidad de explorar alternativas terapéuticas no farmacológicas, como psicoterapias cognitivas o basadas en resolución de problemas.

En los mayores de 80 años, se encontró un alto porcentaje de prescripción prolongada, donde el 65% también consumía

benzodiacepinas y presentaba comorbilidades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatías). Esto aumenta el riesgo de iatrogenia metabólica y cognitiva, como caídas, tal como evidencia un estudio de cohortes<sup>28</sup>.

Entre los diagnósticos asociados al uso de AD, además de los trastornos depresivos, destacan el dolor crónico, la cefalea y el dolor neuropático, relacionados con el uso de amitriptilina en la muestra estudiada. Aunque esta molécula tiene un uso relevante en estas enfermedades, los ISRS fueron los más prescritos, en línea con la evidencia científica que los recomienda como primera elección en episodios depresivos moderados o graves<sup>7,14</sup>.

La distimia emergió como el diagnóstico más frecuente, lo que es coherente con la larga duración de los tratamientos. Esta condición se define por síntomas persistentes durante más de 2 años y presenta desafíos terapéuticos en todas sus alternativas. Sin embargo, no existe evidencia clara que respalde tratamientos de mantenimiento para prevenir recaídas en distimia<sup>29</sup>.

En la interpretación de los resultados, se debe considerar la posible pérdida de recetas y medicamentos fuera del sistema de seguridad social, estimada en un 2,2%<sup>30</sup>.

Finalmente, se hallaron asociaciones significativas entre la duración del tratamiento con AD y factores como distimia, uso de ISRS, cambios en las moléculas prescritas, edad y número total de AD a lo largo del tratamiento. Estas asociaciones podrían generar hipótesis sobre el impacto del registro y la alta prevalencia de distimia en la categorización diagnóstica.

Una limitación del estudio fue la imposibilidad de registrar variables como situación familiar y laboral por restricciones informáticas. Además, se identificó un significativo infraregistro diagnóstico, equitativamente distribuido entre los facultativos, lo que destaca la necesidad de mejorar la categorización de los pacientes.

## Conclusión

Se observa una elevada prevalencia de pacientes con tratamientos de AD prolongados, superiores a 3 años, con alta frecuencia de comorbilidades crónicas, especialmente en los pacientes vulnerables por edad y enfermedades. También destaca una clara desigualdad en la distribución por géneros. Preocupa el elevado porcentaje de pacientes sin un diagnóstico registrado y la asociación entre distimia y tra-

tamientos prolongados, así como con el uso de ISRS, edad, cambios de molécula y número total de AD.

El uso del sistema de prescripción electrónica podría fomentar una inercia terapéutica, contribuyendo al consumo prolongado de AD y aumentando el riesgo de efectos secundarios o interacciones no deseadas. Este incremento en el consumo de AD y la necesidad de ajustar su indicación, dosis y duración de tratamiento reflejan un impacto en la salud pública que exige atención urgente.

Se concluye la necesidad de estudios de intervención que promuevan una prescripción más ajustada a la evidencia científica, de tiempo de tratamiento, edad y combinaciones de fármacos, al menos la oportunidad de la reevaluación sistemática de los pacientes que consumen AD, así como la mejora en el porcentaje de registro diagnóstico en la historia clínica.

### Lo conocido sobre el tema

- El consumo de antidepresivos ha aumentado significativamente en los últimos años, con España entre los países de mayor incremento.
- Los antidepresivos se prescriben para los trastornos depresivos, pero también para problemas como ansiedad, dolor crónico y migrañas.
- Prolongar tratamientos de antidepresivos sin reevaluación incrementa el riesgo de dependencia, efectos secundarios e interacciones no deseadas.

### Qué aporta este estudio

- La distimia, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la edad y la cantidad de antidepresivos recetados están asociados con tratamientos prolongados.
- Se evidencia un elevado porcentaje de pacientes con un tratamiento antidepresivo de larga duración, sin tener registrado ningún diagnóstico en la historia clínica.
- Es necesario que la prescripción de antidepresivos se realice atendiendo a la evidencia científica, y que los pacientes que los consumen, sean reevaluados sistemáticamente.

### Financiación

No se ha recibido financiación.

### Consideraciones éticas

El trabajo fue aprobado por el Comité de ética del hospital universitario Puerta del Mar, de Cádiz (código de protocolo TFGR-GBR-2022), cumpliendo con la Declaración de Helsinki. Los participantes firmaron el consentimiento informado.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflictos de intereses.

### Bibliografía

1. Statista. Antidepressant consumption in selected countries 2020. Statista. Revisado en enero, 2022 [consultado 14 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/283072/antidepressant-consumption-in-selected-countries>
2. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. En: 2024. Oslo: WHO; 2024.
3. OECD. Pharmaceutical market. Oecd.org. Recuperado el 12 de julio de 2022 [consultado 14 Ene 2025]. Disponible en: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PHMC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PHMC)
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española del Medicamento y Productor Sanitarios. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Gobierno de España. 2015 [consultado 14 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>
5. Clomipramine Collaborative Study Group. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. The Clomipramine Collaborative Study Group. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:730-738 [consultado 14 Ene 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810320054008>
6. Max MB, Lynch SA, Muir J, Shoaf SE, Smoller B, Dubner R. Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine on pain in diabetic neuropathy. N Engl J Med. 1992;326:1250-6, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199205073261904>.
7. Hayashida K-I, Obata H. Strategies to treat chronic pain and strengthen impaired descending noradrenergic inhibitory system. Int J Mol Sci. 2019;20, <http://dx.doi.org/10.3390/ijms20040822>.
8. Moraczewski J, Awosika AO, Aedma KK. Tricyclic Antidepressants. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
9. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision: Treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol. 2010;17:1113-88, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x>.
10. Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Neuropathic Pain: The Pharmacological Management of Neuropathic Pain in Adults in Non-specialist Settings [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence, (UK); 2013.
11. Ansean Ramos A. Psiquiatría de la vida cotidiana. Disease Mongering en Salud Mental en A. Ansean. Manual de gestión clínica y sanitaria de la Salud Mental. 2012;1. Edicomplet, S.A. [consultado 14 Ene 2025]. Disponible en: <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/09/Disease+Mongering+en+SM.pdf>
12. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, Modgill G, Jetté N, Eliasziw M. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: Longitudinal analyses in a general population cohort. Gen Hosp Psychiatry. 2008;30:407-13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.001>.
13. Cerecedo Pérez MJ, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. Medicalización de la vida. Etiquetas de enfermedad: todo un negocio. Aten Primaria. 2013;45:434-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.014>.
14. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio And

- luz de Salud. Antidepresivos: selección y deprescripción. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental. Junta de Andalucía. 2022 [consultado 14 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-racional-del-medicamento>
15. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Álvarez de Mon MÁ, Quintero J. Update on COVID-19 and mental health [Article in Spanish]. *Medicine (Madr)*. 2020;13:1285–96, <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>.
  16. Sim K, Lau WK, Sim J, Sum MY, Baldessarini RJ, et al. Prevention of relapse and recurrence in adults with major depressive disorder: Systematic review and meta-analyses of controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2016;19:pyv076.
  17. Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González González R. Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2011;31:421–35, <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352011000300003>.
  18. Machmutow K, Meister R, Jansen A, Kriston L, Watzke B, Härter MC, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5:CD012855.
  19. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61:540–60, <http://dx.doi.org/10.1177/0706743716659417>.
  20. Biesheuvel-Leliefeld KE, Kok GD, Bockting CL, Cuijpers P, Hollon SD, van Marwijk HW, et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord*. 2015;174:400–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.016>.
  21. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: The treatment and management of depression in adults (Updated Edition). NICE clinical Guideline. 2009 [consultado 14 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
  22. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021;55:7–117, <http://dx.doi.org/10.1177/0004867420979353>.
  23. Borges S, Chen Y-F, Laughren TP, Temple R, Patel HD, David PA, et al. Review of maintenance trials for major depressive disorder: A 25-year perspective from the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry*. 2014;75:205–14, <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13r08722>.
  24. Kudlow PA, McIntyre RS, Lam RW. Early switching strategies in antidepressant non-responders: Current evidence and future research directions. *CNS Drugs*. 2014;28:601–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s40263-014-0171-5>.
  25. Aggestrup AS, Martiny F, Lund Henriksen L, Davidsen AS, Martiny K. Interventions promoting recovery from depression for patients transitioning from outpatient mental health services to primary care: A scoping review. *PLoS One*. 2024;19, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0302229>, e0302229.
  26. Serna C, Cruz I, Galván L, Real J, Gascó E, Soler-González J. Evolution of the prevalence and incidence of consumption of antidepressants in a Spanish region (2002-2007). *Ment Health Fam Med*. 2010;7:9–15.
  27. Hensler J, Kurschus M, Franklin J, Bschor T, Baethge C. Trajectories of acute antidepressant efficacy: How long to wait for response? A systematic review and meta-analysis of long-term, placebo-controlled acute treatment trials. *J Clin Psychiatry*. 2018;79, <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.17r11470>.
  28. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:2227–46, [0.1111/jgs.13702](https://doi.org/10.1111/jgs.13702).
  29. Ijaz S, Davies P, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>. CD010558.
  30. Sirey JA, Banerjee S, Marino P, Bruce ML, Halkett A, Turnwald M, et al. Adherence to depression treatment in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:1129–35, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3047>.