

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA): UNA NUEVA REALIDAD

ÁLVARO LUIS FAJARDO ZAPATA¹

Recibido para publicación: 23-09-2018 - Versión corregida: 16-10-2018 - Aprobado para publicación: 12-11-2018

Resumen

Objetivo: *estimar el consumo y automedicación de psicofármacos en la ciudad de Bogotá D.C (Colombia) y caracterizar la población consumidora. Un psicofármaco es cualquier sustancia que se usa en el diagnóstico, tratamiento, mitigación, modificación o prevención de una enfermedad, de un estado físico o mental anormal o los síntomas de los mismos en los seres humanos. Materiales y métodos:* estudio descriptivo transversal realizado en la ciudad de Bogotá, D.C, a través de una encuesta aplicada a los participantes del estudio. **Resultados:** *este estudio mostró que el 26% de los participantes manifestó consumir o haber consumido psicofármacos y la mayoría reportó su consumo para trastornos relacionados con el sueño seguido por la ansiedad y la depresión; se encontró asociación entre los grupos etarios y el consumo de psicofármacos ($\chi^2 = 14,3955$ $p=0,0061$). Los participantes no reportaron automedicación. Conclusiones:* el consumo de psicofármacos ha ido en aumento debido al incremento de las enfermedades de la esfera mental, así como las relacionadas con los trastornos del sueño.

Palabras claves: *salud mental, depresión, ansiedad, psicotrópicos, sueño, automedicación.*

Fajardo-Zapata AL. Consumo de psicofármacos en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia): una nueva realidad. Arch Med (Manizales) 2018; 18(2):404-2. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2743.2018>

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 18 N° 2, Julio-Diciembre 2018, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Fajardo Zapata A.L.

1 Médico Cirujano. Ingeniero Industrial. Candidato a Doctor en Ciencias de la Educación. M.sC en Toxicología. M.Sc en Salud Pública y Desarrollo Social. Especialista en Salud Ocupacional. Profesor Asociado del Departamento de Ingeniería y Ciencia Básicas de la Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá. Colombia. Correo: afajardo@areandina.edu.co, afajardo2004@gmail.com

Consumption of psychopharmaceuticals in the city of Bogotá (Colombia): a new reality

Summary

Objective: to estimate the consumption and self-medication of psychotropic drugs in the city of Bogotá and to characterize the consumer population. A psychotropic drug is any substance that is used in: the diagnosis, treatment, mitigation, modification or prevention of a disease, an abnormal physical or mental state or their symptoms in humans. **Materials and methods:** a descriptive cross-sectional study realized in the city of Bogotá, D.C (Colombia), through a survey applied to the study participants. **Results:** this study showed that 26% of the participants reported consuming or having consumed psychotropic drugs and the majority reported their consumption for sleep-related disorders followed by anxiety and depression; There was an association between the age groups and the consumption of psychotropic drugs ($\chi^2 = 14.3955$ $p = 0.0061$). The participants did not report self-medication. **Conclusions:** the consumption of psychotropic drugs has been increasing due to the increase of diseases of the mental sphere, as well as those related to sleep disorders.

Keywords: mental health, depression, anxiety, psychotropic drugs, sleep, self medication.

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS, los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad han ido en aumento. Se estimó que para 2013 el número de personas afectadas por estos trastornos era de unos 615 millones. La enfermedad mental afecta aproximadamente al 10% de los habitantes del planeta, representan el 30% de las enfermedades no mortales y tienen un costo para la economía mundial de un billón de dólares anualmente [1].

Los trastornos mentales tienen diversos orígenes dentro de los cuales se pueden mencionar: genéticos, sociales, culturales, laborales, económicos, políticos y ambientales. Se considera que el 20% de las personas mayores de 60 años sufren de algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso [2].

La depresión es una alteración de la esfera mental y una de las principales causas de limitación social y laboral en todo el mundo, siendo mucho más frecuente en el género femenino. Se caracteriza por: sentimientos de culpa o falta de autoestima, pérdida de interés o placer, alteración del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración y presencia de tristeza. Este trastorno puede volverse crónico, y logra repercutir en el desempeño académico y laboral de las personas que las padecen, además, puede conducir al suicidio [1,3].

La ansiedad es un estado de desasosiego en las que hay percepción subjetiva de amenaza, molestia, tensión, miedo o temor, acompañado de una disfunción autonómica y cuya causa no es clara para la persona. La ansiedad se diferencia del miedo, en que en este último existe una razón, una amenaza real, que puede hacerse realidad [4].

En Colombia la depresión ha ido en aumento desde 2009, así en 2015 se diagnosticaron 36.584 casos de depresión moderada, 8.385 casos de depresión grave sin síntomas psicóticos, y 3.131 casos de depresión grave con síntomas psicóticos. La mayor proporción de personas afectadas por esta patología fueron las mujeres con un 70,4%, mientras que los hombres constituyeron el 29,6%. Los casos atendidos se incrementaron a medida que aumentó la edad de las personas y su pico máximo se ubicó en el grupo etario de 50 a 54 años y en los mayores de 75 años [5].

Las cifras sobre la prevalencia de la depresión cambian dramáticamente cuando se consideran los grupos etarios. Así por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en 2015 en la ciudad de Bogotá (Colombia) encontró que es del 11,5%; la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento encontró que esta cifra está en 41,0% en los adultos mayores a nivel nacional y Bogotá tiene una prevalencia del 53,2% de esta afectación [6,7].

Actualmente se dispone de tratamientos eficaces para las enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad. Dichos tratamientos consisten en el manejo psicoterapéutico y la utilización de medicamentos denominados psicofármacos [3].

Un psicofármaco es “cualquier sustancia que se usa en: a) diagnóstico, tratamiento, mitigación, modificación o prevención de una enfermedad, de un estado físico o mental anormal o los síntomas de la misma en los seres humanos; o b) restaurar, corregir o modificar algún estado somático, psíquico o función orgánica en los seres humanos”. Los psicofármacos más utilizados en el tratamiento de los problemas mentales son los ansiolíticos, los antidepresivos y los neurolépticos o antipsicóticos” [8].

Los estudios sobre psicofármacos formulados y su automedicación en las poblaciones adultas son un tema de interés para muchos investigadores, debido a las complicaciones

e interacciones que pueden presentarse en las personas que las consumen. También diversas investigaciones han mostrado que los fármacos antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos y sedantes, son frecuentemente utilizados fuera de las indicaciones para la cual fueron aprobadas y existe un uso indiscriminado de los mismos [9,10,11].

De acuerdo al Eurobarómetro de 2010 sobre Salud Mental elaborado por la Comisión Europea el 7% de habitantes en los 27 países de Unión Europea ha consumido antidepresivos en los últimos 12 meses. Así mismo en los Estados Unidos de Norteamérica, la prevalencia del uso de psicofármacos se ha incrementado en los últimos años [12,13].

Las enfermedades de la esfera mental son un fenómeno prevalente. Así en España, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, el 10,7% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, y el 4,8% antidepresivos o estimulantes. También en España un estudio que buscaba conocer el perfil de consumo de psicofármacos para el tratar la depresión, ansiedad y trastornos del sueño en jóvenes menores de 30 años, encontró que la tasa de consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos fue del 19,8%. El mismo estudio encontró que el porcentaje de tratamientos para ansiedad fue del 39,2%; 41,5% para trastornos del sueño y 19,2% para la depresión; asimismo encontró que la tasa de automedicación para trastornos del sueño fue del 46,3% [14,15].

Algo semejante ocurre en México donde un estudio realizado en 2008 reportó que más del 20% de las mujeres mayores consumían drogas médicas, mientras que solo el 4,4% de hombres mayores lo hacía. Los ansiolíticos fueron los psicofármacos más utilizados con un 83,5% de prevalencia y los antidepresivos con un 16,5 %. Así mismo en Brasil, en 2013 se encontró que el 6,5% de la población ha consumido algún psicofármaco por lo menos una vez al mes, siendo las mujeres quienes

más lo hacen (9,13%), frente a un 3,9% de los hombres. Los antidepresivos fueron los más usados, seguidos por anorexígenos, los tranquilizantes y los estabilizadores del estado de ánimo [16,17].

Por otra parte, en Buenos Aires Argentina de acuerdo a un estudio realizado en 2006, el 15,5% de la población consumía algún tipo de psicofármaco y el 29,4% lo consumió alguna vez en la vida, siendo el uso mayor en las mujeres y población anciana. Así mismo un estudio realizado en Santiago de Chile reporta una prevalencia de consumo de psicofármacos del 6,4% [18,19].

Aparte de las interacciones farmacológicas es necesario considerar las complicaciones médicas generadas por el consumo de los psicofármacos medicados en los tratamientos psiquiátricos, por su automedicación y por el uso con fines delictivos o bien como droga de uso con fines no terapéuticos (drogas de abuso), o su implicación en los intentos de suicidio [11,20-25].

El objetivo del presente estudio fue estimar el consumo y automedicación de psicofármacos en la ciudad de Bogotá D.C (Colombia) y caracterizar la población consumidora.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal realizado en la ciudad de Bogotá, D.C (Colombia).

Población y muestra: de acuerdo al Departamento Nacional de Estadística DANE, la proyección de la población bogotana mayor de 18 años para 2017 es de 5.636.093 personas entre hombres y mujeres.

El tamaño de la muestra se estimó en 504 personas mayores de 18 años

Se tomó un intervalo de confianza del 95% y error máximo admisible del 4%, con una prevalencia del 30% que es la estimada por la

Organización Mundial de la Salud para enfermedades mentales.

Criterios de inclusión:

Manifestar expresamente el deseo de participar voluntaria y autónomamente en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado de participación.

Tener edad cronológica mayor o igual a 18 años de edad.

Queresida en Bogotá por lo menos el último año.

Criterios de exclusión:

Manifestar expresamente el deseo de no participar voluntaria y autónomamente en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado de participación.

Además se excluyeron las encuestas que no estuvieran completamente diligenciadas.

Variables:

Variable independiente: trastorno de la esfera mental: ansiedad, depresión y trastorno del sueño.

Variable dependiente: consumo de psicofármacos.

El instrumento: Se diseñó y aplicó un instrumento (encuesta) compuesto por 12 preguntas, el cual fue previamente sometido a juicio de expertos dentro de los cuales se consideró el concepto emitido por psicólogos y médicos. Se realizó una prueba piloto para verificar la idoneidad del instrumento (encuesta). Esta prueba piloto se realizó con 10 personas escogidas al azar para verificar la idoneidad de la encuesta. Se realizaron los correctivos pertinentes y se adoptó el instrumento definitivo.

Los datos de la investigación fueron recolectados mediante la encuesta y se diseñó una base de datos en Excel. Los instrumentos propios de la investigación fueron:

- Formato de consentimiento informado.
- Encuesta

Procedimiento

Para la ejecución de las encuestas por localidad, se realizó la asignación del número de encuestas de acuerdo al tamaño poblacional.

El muestreo fue polietápico:

- De las localidades se ubicaron los barrios aleatoriamente.
- De los Barrios de ubicaron las manzanas aleatoriamente.
- De las manzanas se ubicaron las casas aleatoriamente.
- Una vez ubicadas las casas se asignó a un encuestador quien diligenció el instrumento y el consentimiento informado en las personas mayores de 18 años que se encontraran en esa casa. En caso de no encontrar una persona mayor de 18 años en las casas asignadas aleatoriamente, se pasó a la casa siguiente hasta encontrar a quien realizarle la encuesta.

Unidad primaria de muestreo: la persona mayor de 18 años de edad.

El muestreo se realizó entre Octubre y Noviembre de 2017.

Análisis estadísticos: se realizó un estudio de frecuencias y determinación de prevalencias. Se aplicó la prueba Chi cuadrado para tratar de encontrar correlaciones entre las variables. No se realizó ninguna intervención durante el desarrollo del estudio y el análisis estadístico se llevó a cabo en Epiinfo 3.3.2. La base de datos se realizó en Excel.

Control se sesgos: no se realizó control de posibles sesgos.

Consideraciones éticas: la participación fue completamente voluntaria y se formalizó mediante la firma del consentimiento informado. No se realizó ninguna intervención durante el desarrollo del estudio. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución.

El manejo de la información fue anónimo y confidencial.

Resultados

Se realizaron 504 encuestas a personas que viven en las 20 localidades de la ciudad de Bogotá, D.C. Se excluyeron del estudio 4 encuestas que no fueron bien diligenciadas. La edad mínima fue de 20 años y la máxima de 83 años; un promedio de edad de 36,4 años; una desviación estándar de 13,71 años. La moda correspondió a 28 años y la mediana a 33 años.

El 26% (n=131) de los participantes en el estudio tenía edades comprendidas entre 26 a 33 años, un 25% (n=124) entre 20 a 25 años, un 20 % (n=100) entre 34 a 41 años; las personas mayores de 50 años correspondieron al 19% (n=96), y el restante 10% (n=49) tenía edades entre 42 a 49 años de edad. El 66,4% de los participantes del estudio fueron mujeres. En cuanto al estrato socioeconómico de los participantes del estudio, el 81,4% (n=407) se consideraba del estrato medio, un 13,8% (n=69) del estrato bajo, y un 4,8 % (n=24) del estrato alto.

El 35,2% (n=176) de las personas que participó en esta investigación tenía estudios técnicos o tecnológicos, un 21%(n=105) de secundaria completa, un 11,4% (n=57) estudios universitarios completos, un 10,6% (n=53) estudios secundarios incompletos, un 9% (n=45) no había finalizado sus estudios universitarios, un 7,8%(n=39) estudios primarios, un 4,4%(n=22) manifestó tener estudios de posgrado y sólo el 0,6%(n=3) manifestó que nunca asistió a la escuela.

El 64,2% (n=321) de los participantes en el estudio eran empleados, un 15%(n=75) eran independientes, un 13%(n=65) estudiantes y un 7,8%(n=39) manifestó estar desempleado.

De los participantes en el estudio que manifestaron consumir psicofármacos (Fig. 1), el 59,6% informaron que lo habían hecho por prescripción del médico psiquiatra, un 16%

porque se los había recomendado un drogista, el 14,5% por recomendación de un familiar o amigo, un 8,4% por un médico con especialidad diferente a psiquiatría, un 1,5% por un médico general y finalmente ninguno de los participantes manifestó haberse auto-formulado el medicamento.

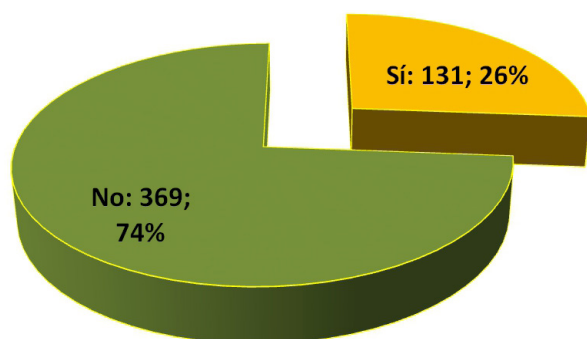


Figura 1. Distribución del Consumo de psicofármacos.
Fuente: el autor.

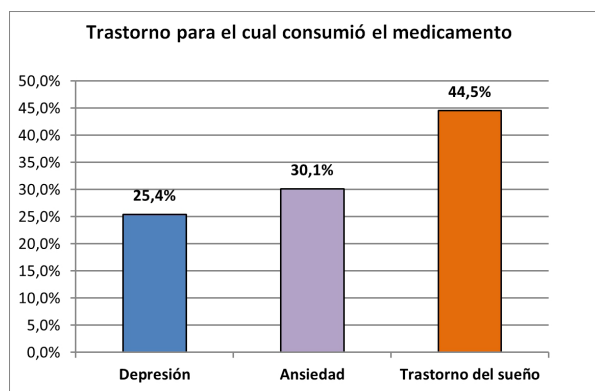


Figura 2. Distribución del Trastorno para el cual consumió el psicofármaco.
Fuente: el autor.

De los participantes en el estudio que manifestaron consumir psicofármacos, el 45%(n=59) manifestó que los había consumido por menos de un mes, un 27,5%(n=36) que los había consumido una sola vez, un 17,6%(n=23) por un período de tiempo inferior a dos meses, un 9,9%(n=13) por menos de tres meses.

En cuanto a la información sobre el psicofármaco consumido, el 55%(n=72) manifestó que la información sobre el producto se la brindó

el médico, un 15,3%(n=20) que fue un familiar o amigo, un 13% (n=17) que el mismo había buscado la información, un 9,9%(n=13) el drogista, y finalmente el 6,9%(n=9) manifestó que ya conocía la información.

El 35% (n=46) de las personas que consumieron psicofármacos manifestaron que a la hora de obtenerlos siempre les exigieron la fórmula médica; un 35%(n=46) manifestó que nunca se la exigieron y un 30%(n=39) manifestó que algunas veces le exigieron la fórmula para dispensarle el medicamento. El estudio no indagó expresamente sobre el psicofármaco consumido.

El estudio encontró asociación entre los grupos etarios y el consumo de psicofármacos ($\chi^2 = 14,3955$ $p=0,0061$); en la medida que aumentaba la edad, aumentaba el consumo de psicofármacos. No se encontró asociación en cuanto al género, al estrato socioeconómico, al tipo de trastorno (Fig. 2) y al nivel educativo.

Discusión

El estudio mostró que el 26% de los participantes manifestó consumir o haber consumido psicofármacos y la mayoría reportó su consumo para trastornos relacionados con el sueño seguido por la ansiedad y la depresión. Los datos encontrados en el estudio son superiores a los reportados por la encuesta nacional de Salud de España [12] en donde se reporta que el consumo de psicofármacos es del 9,8%, y en Brasil donde De Lima [17] *et al*, reportaron porcentajes del 6,5% y Argentina donde Leiderman [18] *et al*, encontraron que el 15,5% de la población consumía algún tipo de psicofármaco y Chile donde Rojas [19] *et al*, reportaron 6,4% de consumo de psicofármacos. Igualmente los hallazgos fueron menores a los reportados por Antich [15] *et al*, quienes reportaron un uso de psicofármacos en población española del 19,8%, también el mismo estudio reportó que el mayor consumo de medicamentos fue para trastornos del sueño (46,5%), lo cual concuerda con esta investigación donde se encontró

que el 44,5% de los encuestados manifestaron que los consumieron para este trastorno; resultados muy similares fueron encontrados en el trastorno de ansiedad, ya que mientras los españoles reportaron un 39,2%, el presente estudio encontró cifras del 30,1%. Los anteriores datos difieren con los encontrados por Alonso [16] *et al*, en México, quienes encontraron que los psicofármacos más utilizados fueron los ansiolíticos con un 83,5%. Estos hallazgos también concuerdan con los encontrados por Hidalgo [26] *et al*, quienes en España encontraron que el 34,2% de los ancianos tienen problemas para dormir y donde el consumo de psicofármacos se asoció con este trastorno. De acuerdo a la encuesta nacional de salud mental de Colombia realizada en 2015, el 26,5% de la población mayor de 18 años consume psicofármacos donde se encuentran la fluoxetina y amitriptilina [6].

En cuanto a la depresión, se encontró que esta fue del 25,4% en comparación con el estudio español que reportó 19,2%, datos que son superiores a los reportados por Alonso [16] *et al*, quienes encontraron cifras de este trastorno del 16,5 %.

Hay que mencionar, además que en el presente estudio no se reportó automedicación, lo cual difiere del estudio realizado por Antich [15] *et al*, en el cual, encontraron un porcentaje de automedicación del 46,3% para trastornos del sueño en población española.

Con respecto a la forma como son obtenidos los psicofármacos, el estudio encontró que la mayoría de quienes los consumen lo hacen por prescripción médica, pero existe una fracción importante que los obtiene por recomendación del droguista o por recomendación de familiares o amigos.

También es de mencionar que siendo los psicofármacos medicamentos de estricto control, algunos de quienes los dispensan no están cumpliendo con su labor ya que en muchas de las ocasiones no se exige la fórmula médica para entregarlos a quienes los solicitan, estos datos son coherentes con los encontrados por Fajardo [27] *et al*, quienes encontraron que al 50,9% de la población bogotana no se les exigía fórmula médica a la hora de dispensarle los medicamentos antibióticos a pesar de que la legislación colombiana así lo expresa.

Es de anotar que el estudio presentó algunas limitaciones en cuanto al posible sesgo del recuerdo de los participantes en virtud a los nombres de los medicamentos que conforman el espectro de los psicofármacos. Otra limitación importante lo constituyó el muestreo, dado que los individuos estudiados fueron exclusivamente de la ciudad, donde tal vez exista un nivel cultural más alto.

Agradecimientos:

El autor expresa los agradecimientos a los estudiantes de la Fundación Universitaria del Área Andina quienes participaron en el diligenciamiento de las encuestas. Adicionalmente expresa sus agradecimientos a Laura Carolina Fajardo Álvarez por la traducción, mejoramiento y síntesis del mismo.

Conflictos de intereses: ninguno

Fuentes de financiación: la presente investigación fue parcialmente financiada por la Fundación Universitaria del Área Andina. Los demás gastos fueron asumidos por el investigador.

Literatura citada

1. Organización Mundial de la salud OMS. **La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%**. Washington DC: Organización Mundial de la salud OMS; 2016.
2. Organización Mundial de la salud OMS. **La salud mental y los adultos mayores; 2016**. Washington DC: OMS; 2016.
3. Comisión Europea. **Documento de Consenso: Salud Mental en Personas Mayores**; Luxemburgo: Comisión Europea; 2008
4. Instituto Nacional de la Salud Mental. **Trastornos de Ansiedad**. Bethesda;: Instituto Nacional de la Salud Mental, Estados Unidos 2009]
5. Ministerio de salud y protección social de la República de Colombia. **Boletín de salud mental: Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles**. Bogotá DC: Ministerio de salud y protección social de la República de Colombia; 2017.
6. Ministerio de salud y Protección social de la República de Colombia y Colciencias. **Colombia: Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I**. Bogotá DC: Ministerio de salud y Protección social de la República de Colombia y Colciencias; 2017.
7. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y Colciencias. **Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Colombia, 2014-2015**. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y Colciencias; 2016.
8. Montero F. **Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España, y en profesionales de la medicina en México y en Colombia: un estudio comparativo. Tesis Doctoral**. Huelva: Universidad de Huelva Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social; 2014.
9. Carrera P, Aguilar I, Clemente E, Malo S, Rabanaque MJ. **Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo**. *Aten Primaria* 2013; 45(10):528-535.
10. Fletscher P. **Uso de psicofármacos fuera de las indicaciones aprobadas en una entidad promotora de salud de Bogotá**. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias. Departamento de farmacia. 2012.
11. Pérez M, Veas P. **Uso prolongado de benzodiazepinas y estrategias para su deshabitación**. *Cuad Méd Soc* 2014; 54(1):8-18.
12. European Comission. **Eurobarometer 73.2 Mental Health**. Bruselas: European Comission; 2010.
13. Paulose R, Safran M, Jonas B, Gu Q, Orwig D. **Trends in psychotropic medication use among U.S. adults**. *Pharmacoepidemiology Drug Saf* 2017; 16(5): 560-570. DOI: 10.1002/pds.1367.
14. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. **Encuesta Nacional de Salud. España 2017**. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
15. Antich S, Rodilla V, Camañas L, Villagrasa V, Sanahuja M^a. A, Moreno L. **Estudio descriptivo del consumo de psicofármacos en jóvenes: necesidad de la Atención Farmacéutica en esta población**. *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(2):57-61.
16. Castillo BA, Marziale MH, Castillo MM, Facundo FR, Meza MV. **Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México**. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008; 16:509-515.
17. De Lima M, Dunn J, Novo I, Tomasi E, y Reisser, A. **Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population**. *Subst Use Misuse* 2003; 38(1):51-65.
18. Leiderman E, Mugnolo J, Bruscoli N, y Massi J. **Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires**. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2006; 17:85-91.
19. Rojas G, Fritsch R, Gaete J, González I, Araya R. **Use of psychotropic medication in Santiago, Chile**. *J Mental Health* 2009; 14(4):407-414. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638230500195221>
20. Cardeño C, Restrepo D. **Complicaciones médicas de tratamientos psiquiátricos**. *Cuadernos de psiquiatría* 2010; 46:4-17.
21. Khan A, Khan S, Kolts R, Brown W. **Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports**. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):790-792. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.4.790
22. Bruntun L. **Goodman and Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica**. 12º ed. México: McGraw Hill; 2012.
23. Dusetzina S, Cook B, Busch A, Caleb A, Huskamp H. **Racial-ethnic differences in incident olanzapine use after an FDA advisory for patients with Schizophrenia**. *Psychiatry* 2013; 64(1):83-87. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200002>.
24. Nazer LH, Shankar G, Ali BA, Al-Najjar T. **Fatal agranulocytosis associated with psychotropic medication use**. *Am J Health Syst Pharm* 2012; 69(10):863-867. DOI: 10.2146/ajhp110195.

25. Calderón-Vallejo GA, Castaño-Pérez GA. **Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios.** *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* 2015; 44:153-162.
26. Hidalgo JL, Gras CB, García YD, Lapeira JT, del Campo JM, Verdejo MA. **Functional status in the elderly with insomnia.** *Qual Life Res* 2007; 16 (2):279-86. DOI: 10.1007/s11136-006-9125-9.
27. Fajardo A, Méndez F, Hernández J, Molina L, Nossa C, Tejeiro J. **La automedicación de antibióticos: un problema de salud pública.** *Salud Uninorte* 2013; 29(2):226-235.

