

Protocolo de intervención para la deprescripción de antidepresivos en Atención Primaria: un ensayo clínico comunitario aleatorizado

Intervention protocol for deprescribing antidepressants in Primary Care: a randomized community clinical trial

AUTORES

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Antonio José Madueño-Caro | (3,4) Juan Gómez-Salgado |
| (1) Luis Chávez-Gata | (3) Juan Jesús García-Iglesias |
| (2) Lidia Álvarez-Harana | (5) Regina Allande-Cussó |

FILIACIONES

- (1)** Centro de Salud de La Laguna. Servicio Andaluz de Salud. CÁDIZ, ESPAÑA.
- (2)** Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. CÁDIZ, ESPAÑA.
- (3)** Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. HUELVA, ESPAÑA.
- (4)** Universidad Espíritu Santo. GUAYAQUIL, ECUADOR.
- (5)** Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. SEVILLA, ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha recibido financiación alguna, por parte de organismos públicos ni privados, para su desarrollo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Cádiz el 25/07/2024 con el código 2024-TFG-DEPREs.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN: L. Álvarez-Harana, L. Chávez-Gata, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado, A.J. Madueño-Caro.

CURACIÓN DE DATOS: L. Álvarez-Harana, L. Chávez-Gata, R. Allande-Cussó, J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

ANÁLISIS FORMAL: L. Álvarez-Harana, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado, J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

ADQUISICIÓN DE FONDOS: J. Gómez-Salgado.

INVESTIGACIÓN: L. Álvarez-Harana, L. Chávez-Gata, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado, J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

METODOLOGÍA: L. Álvarez-Harana, L. Chávez-Gata, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado, J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS: L. Chávez-Gata, J. Gómez-Salgado, J.J. García-Iglesias.

SOFTWARE: R. Allande-Cussó, A.J. Madueño-Caro.

RECURSOS: L. Álvarez-Harana, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado, J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

SUPERVISIÓN: J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

VALIDACIÓN: L. Chávez-Gata, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado.

VISUALIZACIÓN: L. Álvarez-Harana, L. Chávez-Gata, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado, J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

REDACCIÓN (BORRADOR ORIGINAL): L. Álvarez-Harana, L. Chávez-Gata, R. Allande-Cussó, J. Gómez-Salgado.

REDACCIÓN (REVISIÓN Y EDICIÓN): J.J. García-Iglesias, A.J. Madueño-Caro.

CORRESPONDENCIA

Juan Gómez-Salgado salgado@uhu.es
 Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva. Avda. Tres de Marzo, s/n. CP 21007. Huelva, España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CITA SUGERIDA

Madueño-Caro A.J., Chávez-Gata L., Álvarez-Harana L., Gómez-Salgado J., García-Iglesias J.J., Allande-Cussó R. Protocolo de intervención para la deprescripción de antidepresivos en Atención Primaria: un ensayo clínico comunitario aleatorizado. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 7 de octubre e202510058.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // El consumo de antidepresivos ha aumentado considerablemente a nivel mundial, incluyendo España. A pesar de su eficacia en casos de depresión moderada a grave, su uso a largo plazo y en casos leves es cuestionado. Este estudio se propuso evaluar la efectividad de una intervención de deprescripción en Atención Primaria, con el objetivo de reducir el consumo innecesario de estos fármacos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODOS // Se llevará a cabo un ensayo clínico comunitario antes-después en una población adulta, residentes en un área urbana de Cádiz (España) y con prescripción de antidepresivos en el último año. Los participantes serán seleccionados aleatoriamente y se les realizará un seguimiento durante un período determinado previo consenso. La intervención consistirá en una evaluación integral del tratamiento antidepresivo por parte de un equipo de profesionales de la salud. Se evaluarán factores como la indicación, la dosis y la respuesta al tratamiento, y se usarán la *Escala de Hamilton para ansiedad* y el *Inventario de Beck para depresión*. En aquellos casos en los que se considere apropiado, se propondrá una reducción gradual o suspensión del fármaco, siempre bajo supervisión médica.

CONCLUSIONES // Esta investigación contribuirá a generar evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de la deprescripción en Atención Primaria, promoviendo un uso más racional de los antidepresivos y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Los resultados obtenidos podrían tener implicaciones importantes para la práctica clínica y para el desarrollo de guías de práctica clínica.

PALABRAS CLAVE // Deprescripción; Antidepresivos; Atención Primaria; Ensayos clínicos; Salud mental; Efectos adversos.

ABSTRACT

BACKGROUND // The consumption of antidepressants has increased considerably worldwide, including in Spain. Despite their efficacy in cases of moderate to severe depression, their long-term use in mild cases is questioned. This study aimed to evaluate the effectiveness of a deprescribing intervention in Primary Care, to reduce the unnecessary consumption of these drugs and improve patients' quality of life.

METHODS // A before-after community clinical trial will be carried out in an adult population, residents in an urban area of Cadiz (Spain), and with a prescription of antidepressants in the last year. Participants will be randomly selected and followed up for a determined period prior to consensus. The intervention will consist of a comprehensive evaluation of antidepressant treatment by a team of health professionals. Factors such as indication, dosage, and response to treatment will be evaluated, and the *Hamilton Scale for anxiety* and the *Beck Inventory for depression* will be used. In those cases in which it is considered appropriate, a gradual reduction or suspension of the drug will be proposed, always under medical supervision.

CONCLUSIONS // This research will contribute to generating scientific evidence on the safety and efficacy of deprescription in Primary Care, promoting a more rational use of antidepressants, and improving patients' quality of life. The results obtained could have important implications for clinical practice and the development of clinical practice guidelines.

KEYWORDS // Deprescription; Antidepressants; Primary Care; Clinical trials; Mental health; Adverse effects.

El consumo de psicofármacos, en especial antidepresivos (AD), está en aumento a nivel mundial (1). Según la clasificación *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos fármacos se agrupan en categorías como N02 (analgésicos), N05B (ansiolíticos) y N06 (AD) (2). España se encuentra entre los diez países con mayor consumo de AD, con un incremento del 40,85% en los últimos diez años, alcanzando una dosis diaria definida de 61,2 en 2010 (3). Este aumento también se refleja en el acumulado de ventas en España, que superó los 49 millones de envases de AD entre 2020 y 2021, un incremento del 6,23% respecto al año anterior (4). Además, en el año 2024 se publicó en España un informe sobre el consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes en el que se mostró: un mayor consumo en mujeres (1,5-3 veces más que en hombres); un mayor consumo cuanto menor es el nivel de renta; un incremento de consumo a medida que los sujetos van teniendo más edad hasta los ochenta años; un mayor consumo a medida que menor es el pueblo o la ciudad de residencia; y un mayor consumo en situaciones de desempleo (5).

Los AD se prescriben principalmente para tratar la depresión, la cual afecta al 3,8% de la población mundial según la OMS (6), y al 5,25% de la población mayor de quince años en España (7). Además, los AD tienen otros usos clínicos como la profilaxis de

migrañas, el insomnio, la ansiedad, y el dolor neuropático (8-12). La selección de AD debe ser individualizada, teniendo en cuenta factores del sujeto, como el subtipo de depresión y los antecedentes de uso, así como características del fármaco, como su eficacia y coste (13).

Guías como la del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de EE.UU. sugieren limitar los AD a casos de depresión moderada o grave, mientras que en depresiones leves se recomienda priorizar terapias no farmacológicas (14). En línea con esta recomendación, el distrito de Farmacia de la Bahía de Cádiz también desaconseja los AD para síntomas depresivos leves, proponiendo la psicoterapia como alternativa inicial (15).

El tratamiento a largo plazo con AD puede ser necesario en sujetos con riesgo de recaída, como aquellos con antecedentes de episodios graves o prolongados. La recurrencia se define como la aparición de un nuevo episodio depresivo tras la recuperación total, y en estos casos podría justificarse el uso prolongado de AD (16,17). No obstante, el tiempo óptimo de tratamiento varía; algunos estudios recomiendan mantener los AD de seis a nueve meses o hasta dos años en sujetos de alto riesgo (18,19). La interrupción gradual suele ser preferible para evitar el síndrome de retirada, cuyos síntomas abarcan insomnio, ansiedad y otros efectos que pueden confundirse con los síntomas depresivos (20).

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

La deprescripción es el proceso planificado de reducción o suspensión de un medicamento que ya no aporta beneficio o puede ser perjudicial (15). A menudo, entre un 30% y un 50% de los usuarios de AD no tienen indicaciones clínicas para su uso continuado. Las estrategias de deprescripción buscan minimizar el riesgo manteniendo la calidad de vida, y pueden implicar conversaciones con el sujeto sobre la posibilidad de reducir o suspender el tratamiento en conjunto con un seguimiento clínico regular (21). Se recomienda realizar la deprescripción de forma progresiva, reduciendo dosis entre un 5%-10% cada dos-cuatro semanas para evitar el síndrome de retirada (20).

Durante este proceso, es fundamental diferenciar entre los síntomas de retirada y los de recaída depresiva. El acrónimo *FINISH* ayuda a identificar los síntomas de retirada, que incluyen *Flu-like* o síntomas pseudogripales, Insomnio, Náuseas, Inestabilidad, trastornos Sensoriales e Hiperactivación (15). La deprescripción también requiere del seguimiento de posibles efectos adversos, y es clave pactar la *desescalada farmacológica* con el sujeto y otros profesionales de la salud para garantizar el éxito de esta intervención (20).

Intervenciones no farmacológicas como el ejercicio físico han mostrado beneficios significativos en el tratamiento de la depresión leve a moderada y pueden ser útiles durante la retirada de AD (15). La actividad física mejora el sueño, la interacción social y los problemas cognitivos, además de ofrecer un aumento en la autoestima. Los programas de ejercicio supervisado de cuarenta y cinco-seenta minutos, dos o tres veces por semana, han demostrado

ser efectivos para mejorar los síntomas depresivos en este grupo (15).

En este sentido, establecer protocolos en Atención Primaria puede permitir un abordaje integral, estructurado y de calidad que permita mejorar los niveles de salud de la población general y de grupos específicos de forma particular (22,23).

En este contexto, la hipótesis central de este estudio sostiene que una intervención de reevaluación de la indicación y dosis de antidepresivos en Atención Primaria puede permitir una deprescripción programada, segura y eficaz, minimizando el riesgo de síntomas de retirada y favoreciendo la evolución positiva del estado de salud del sujeto. El objetivo fue analizar la efectividad de una intervención estructurada en Atención Primaria que evalúe de forma integral el tratamiento antidepresivo, promoviendo una reducción o suspensión planificada en aquellos sujetos en los que sea apropiado, sin comprometer su bienestar ni la estabilidad de sus síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS



Diseño del estudio. Se realizará un ensayo clínico comunitario aleatorizado con registro en *ClinicalTrials.gov*, con código NCT06796946.

Población y muestra. La población de estudio proviene de una zona urbana de Cádiz, en la comunidad autónoma de Andalucía (España), con un perfil poblacional característico de áreas urbanas con acceso a servicios de salud primaria. La muestra de estudio incluirá a sujetos de ambos sexos atendidos en Atención Primaria en la zona urbana de La Laguna (Cádiz), en concreto a quie-

nes cumplan con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de edad (dieciocho años o más); haber recibido al menos una prescripción de antidepresivo en el año anterior al inicio del estudio; contar con la capacidad física para acudir al centro de salud y la capacidad mental para otorgar el consentimiento informado. Se excluyen aquellos sujetos que sean menores de edad, hayan cambiado de centro de salud, presenten incapacidades físicas o mentales (incluyendo demencia avanzada, déficit cognitivo severo, enfermedad de Alzheimer avanzada y discapacidad superior al 70%), o estén hospitalizados en el momento de la selección.

Para el cálculo del tamaño muestral se tomó como referencia a los 325 usuarios de antidepresivos identificados en 2023 en la misma zona de Atención Primaria. Considerando un efecto esperado de la intervención en un 10% de deprescripción total o parcial de antidepresivos, una precisión del 5% y un intervalo de confianza del 95%, se estimó una muestra mínima de 98 sujetos para lograr significación clínica. A este cálculo se ajustó un 10% adicional para cubrir posibles pérdidas o rechazos a participar en el estudio, resultando en una muestra final de 108 sujetos. La selección de los sujetos se realizará mediante un muestreo aleatorio simple, asegurando que todos los sujetos de la población de referencia tengan la misma probabilidad de ser escogidos, lo que garantiza una muestra representativa. De esta forma, el grupo de intervención estará conformado por 54 participantes mientras que el grupo de control estará compuesto por otros 54 participantes.

4

Procedimiento de muestreo. La recogida de datos se llevará a cabo mediante

el acceso a las fuentes de información proporcionadas por la unidad de Farmacia del Distrito de Cádiz (Bahía-La Janda). En esta unidad se obtendrá un listado seudoanonimizado de los sujetos que hayan retirado antidepresivos en oficinas de farmacia durante el año anterior al inicio del estudio, utilizando un sistema de codificación matemática para preservar la confidencialidad.

La selección de la muestra se realizará sobre el listado seudoanonimizado mediante un muestreo aleatorio simple. Posteriormente, el listado de los sujetos seleccionados será enviado a la dirección de la unidad de gestión clínica donde se realizará el estudio, que lo remitirá al equipo investigador. El investigador principal contactará telefónicamente a los sujetos seleccionados para convocarlos a participar en el estudio.

Intervención. La intervención comenzará con una primera visita (V0), en la cual se proporcionará a cada participante información detallada sobre el estudio y se les solicitará que firmen el consentimiento informado. En esta visita inicial se recogerán variables relevantes a través de un cuestionario específico, incluyendo variables universales, sociodemográficas, comorbilidades y posibles interacciones medicamentosas. Además, se administrarán los cuestionarios de evaluación de síntomas de ansiedad y depresión, como la *Escala de Hamilton para ansiedad* (24) y el *Inventario de Beck para depresión* (25).

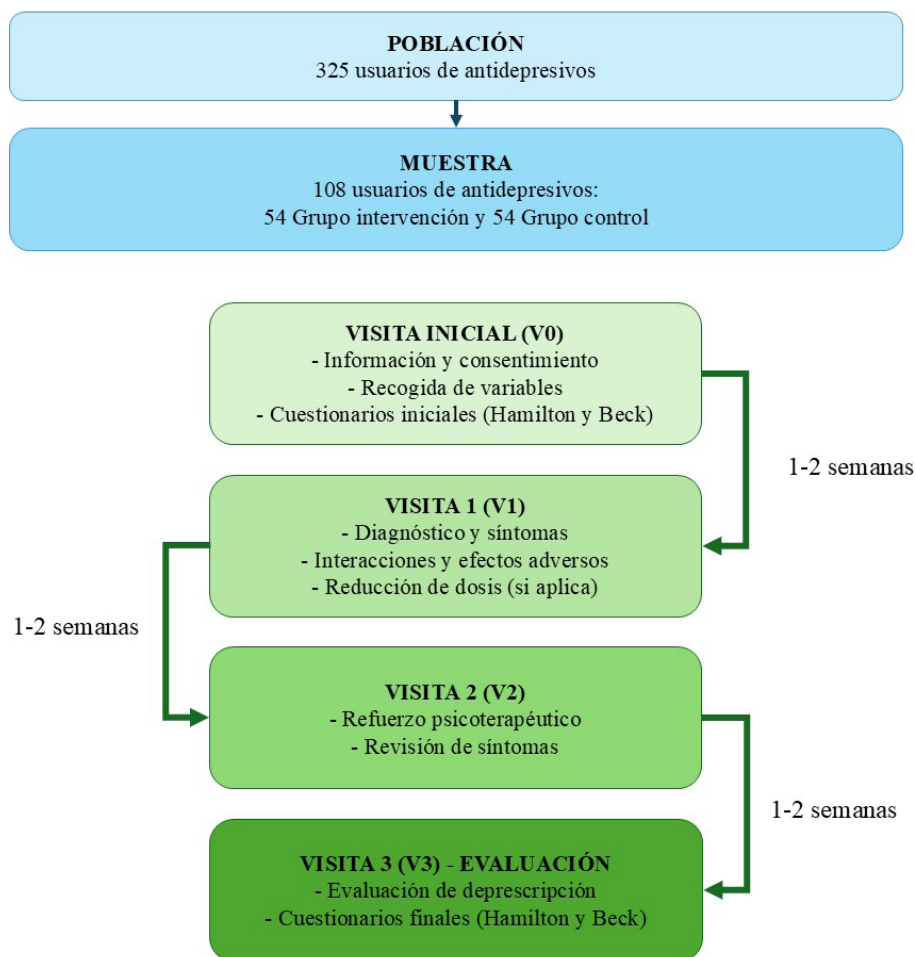
Posteriormente, el proceso de intervención consistirá en una serie de visitas programadas en la agenda de trabajo del médico de familia encargado de la deprescripción. En la segunda visita (V1) se procederá a una reevalua-

ción del diagnóstico y síntomas, incluyendo la detección de posibles interacciones o reacciones adversas. En caso de que se identifiquen efectos adversos, se seguirá el procedimiento de notificación correspondiente y se ajustará la dosis si es necesario. En una tercera visita (V2) se realizará un seguimiento telefónico que incluirá un

refuerzo psicoterapéutico, y en la visita final presencial (V3) se continuará con la intervención de deprescripción y se realizará la evaluación de resultados [FIGURA 1].

La duración de esta secuencia de visitas no superará los sesenta días desde el inicio del proceso, y en la visita

Figura 1
Etapas del proceso de intervención.



final se solicitará a los participantes que completen nuevamente los cuestionarios de ansiedad y depresión.

Resultados medidos y variables de estudio. Entre los resultados medidos principales se encuentra la deprescripción parcial o total de antidepresivos en los participantes, que se cuantificará para determinar el éxito de la intervención en reducir la prescripción innecesaria o inapropiada de estos fármacos. Además, se registrará el porcentaje de sujetos que no lograron deprescribir debido a síntomas de retirada, así como el porcentaje de sujetos que rechazaron la deprescripción, con el fin de identificar barreras al proceso.

Otros resultados clave incluyen los cambios en la sintomatología de ansiedad y depresión, medidos mediante la *Escala de Hamilton para ansiedad* y el *Inventario de Beck para depresión*, respectivamente. La *Escala de Hamilton de ansiedad* (HAM-A) evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad, incluyendo aspectos como el estado de ánimo ansioso, las tensiones somáticas, el insomnio y las preocupaciones. La versión validada en español de la HAM-A ha mostrado un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,80, lo que indica una consistencia interna adecuada para medir la ansiedad. En cuanto a la fiabilidad *test-retest*, también ha arrojado resultados satisfactorios, con coeficientes de correlación que suelen superar el 0,75, lo cual respalda su estabilidad en evaluaciones repetidas (24). Por su parte, el *Inventario de Beck para la depresión* (BDI) es una escala autoadministrada que mide la gravedad de los síntomas depresivos, abarcando aspectos como el estado de ánimo, la desesperanza, la autoevaluación negativa y los síntomas físicos

asociados a la depresión. En estudios de validación en población española, el BDI ha mostrado altos índices de consistencia interna, con un alfa de Cronbach que suele superar el 0,85 (25).

Además, el estudio analizará diversas variables independientes tales como la edad, el sexo, la situación familiar, la situación laboral, el tipo de antidepresivo y el número de antidepresivos prescritos al momento del estudio. También se considerará el diagnóstico que justificó inicialmente la prescripción de antidepresivos, el origen del prescriptor (Atención Primaria, Psiquiatría, otros), la presencia de comorbilidades y la existencia de interacciones potenciales con otros medicamentos.

Se debe indicar que las visitas de la intervención las realiza el médico o la médica de familia del sujeto en estudio, por lo que tiene información previa de las variables registradas en historia clínica. La sistemática en la entrevista psicopatológica recorrerá preguntas relacionadas con la presencia e intensidad de tristeza, ansiedad, capacidad para disfrutar, autopercepción hacia las capacidades cognitivas (como concentración y memoria), así como motivación y existencia de expectativas en el futuro. El refuerzo psicoterapéutico se sostendrá mediante el planteamiento de rutinas saludables (actividad física, interacción social, biblioterapia) así como técnicas de meditación o *mindfulness*.

Análisis de datos. Se ejecutará un análisis descriptivo univariado de las variables incluidas en el estudio. Se examinará la presencia de datos aberrantes (*outliers*) y se cuantificarán los datos ausentes, además de analizar la distribución de cada variable. Las variables

cualitativas se describirán mediante tablas de frecuencias, porcentajes y prevalencias, mientras que las variables cuantitativas se resumirán utilizando medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación típica y rango). Todos los análisis descriptivos se realizarán utilizando el software SPSS, versión 29.

Posteriormente, se emplearán análisis inferenciales para identificar relaciones entre las variables independientes y la variable de resultado principal, que es la deprescripción total o parcial de antidepresivos. Se realizarán análisis bivariantes para evaluar posibles asociaciones, previo estudio de la normalidad de la muestra mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, que permitirá seleccionar el estadístico de contraste pertinente. En caso de que las variables cumplan con los requisitos necesarios, se aplicará una regresión logística binaria multivariante para analizar el efecto combinado de las variables independientes sobre la deprescripción. Así mismo, también se estudiarán las diferencias significativas entre el grupo de intervención y el de control, respecto a los resultados evaluados, mediante estadísticos de contraste como T-Student o U de Mann-Whitney.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se desarrollará conforme a las recomendaciones éticas internacionales de la *Declaración de Helsinki* (Fortaleza, 2013), cumpliendo con los principios éticos en investigación biomédica. El estudio cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Cádiz con el código 2024-TFG-DEPRES.

Se observará lo establecido en la *Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica*, atendiendo a su disposición decimoséptima, así como en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en relación con la información y documentación clínica*.

En cumplimiento de la normativa vigente, se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes, quienes recibían una hoja de información detallada sobre el estudio.

El tratamiento de los datos personales de los participantes se realizó conforme al *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de datos personales (Reglamento General de Protección de Datos)*, y a la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Además, el estudio siguió las normativas del *Real Decreto 957/2020, de 3 de noviembre*, que regula los estudios observacionales con medicamentos de uso humano, asegurando el cumplimiento de las disposiciones legales y éticas en todo el proceso de investigación.

DISCUSIÓN

Este protocolo establece las bases para un estudio que podría tener importantes repercusiones en la seguridad del sujeto y, en consecuencia, en la Salud Pública. La implementación de intervenciones eficaces para reducir la dependencia de los psicofármacos puede contribuir a minimizar el riesgo de eventos adversos, especialmente aquellos relacionados con el uso prolongado e inadecuado de

medicamentos, los cuales representan un desafío crítico en entornos clínicos y ambulatorios (26). La capacidad de prevenir complicaciones farmacológicas podría reducir significativamente los ingresos hospitalarios por efectos adversos, mejorando así la calidad de vida de los sujetos y optimizando los recursos del sistema de salud.


Desde una perspectiva de Salud Pública, este estudio se alinea con las iniciativas globales y nacionales que buscan fomentar prácticas más seguras en el uso de medicamentos, especialmente en poblaciones vulnerables, como los adultos mayores y aquellos con comorbilidades crónicas (27). La OMS ha resaltado la importancia de las intervenciones centradas en la optimización del consumo de fármacos, indicando que esta estrategia podría ser fundamental para mejorar los indicadores de salud de la población general (28). Por lo tanto, los resultados de este estudio podrían servir de apoyo para desarrollar guías clínicas que promuevan una administración de medicamentos más racional y segura, con impacto directo en la Salud Pública.

En términos económicos, la disminución en el uso de fármacos podría traducirse en una reducción de los costes sanitarios asociados tanto a la compra de medicamentos como al manejo de complicaciones derivadas de su uso excesivo o inapropiado. Estudios previos han demostrado que el gasto sanitario en efectos adversos relacionados con medicamentos es considerable y representa una carga importante para los sistemas de Salud Pública (29). En este contexto, el presente estudio se justifica por la necesidad de explorar enfoques de intervención que opti-

mizan la relación costo-beneficio en el tratamiento de diversas afecciones, particularmente aquellas que tradicionalmente han requerido un uso sostenido de fármacos.

Por otro lado, para tratar con solvencia una deprescripción efectiva se hace necesaria una formación específica para los profesionales de la salud encargados de llevar a cabo esta actividad, con el objetivo de asegurar habilidades y conocimientos necesarios para realizarla de manera segura y efectiva (30). Además, este estudio podría tener implicaciones para la educación y formación de los profesionales de la salud en el manejo seguro de psicofármacos. La integración de estos resultados en la práctica clínica, mediante programas de formación continua, contribuiría a la concienciación sobre los riesgos asociados al consumo excesivo de psicofármacos y la importancia de estrategias alternativas para la prevención y el tratamiento de enfermedades.

Por último, indicar que existen una serie de limitaciones en este estudio. En primer lugar, puede existir un sesgo de detección y aleatorización donde los deprescriptores muestren una mayor atención al grupo de intervención. Por otro lado, la efectividad de la intervención puede variar según características específicas de los sujetos (duración del uso de antidepresivos, tipo de antidepresivo, comorbilidades, etc.). Además, la deprescripción en cualquier patología requiere de seguimiento en el tiempo y es variable para cada sujeto. Por último, se considera no factible la posibilidad de controlar el efecto de la intervención con un grupo control por la complejidad de encontrar un sujeto de control idéntico al sujeto de estudio.

En conclusión, los hallazgos de este estudio podrían representar un avance en la promoción de un enfoque de atención sanitaria más segura, económica y centrada en la persona. La reducción en el consumo de psicofármacos no solo mejoraría la seguridad de los sujetos, sino que también contribuiría al fortalecimiento de la Salud Pública mediante prácticas de prescripción más sostenibles y responsables. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Mikulic M. *Antidepressant consumption in selected countries 2022* | Statista [Internet]. 2024 [consultado 3 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 2024*. Oslo: WHO; 2023.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. *Pharmaceutical market* [Internet]. 2024 [consultado 3 ene 2025]. Disponible en: <https://data-explorer.oecd.org/>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado 3 ene 2025]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos2000-2013.pdf>
5. Ministerio de Sanidad. *Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [consultado 29 abr 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
6. World Health Organization. *Depressive disorder (depression)* [Internet]. 2023 [consultado 3 ene 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Instituto Nacional de Estadística. *Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo y relación con la actividad económica actual. Población de 15 y más años*. [Internet]. 2020 [consultado 3 ene 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tx=47283&L=0>
8. Xu XM, Liu Y, Dong MX, Zou DZ, Wei YD. *Tricyclic antidepressants for preventing migraine in adults*. *Medicine* [Internet]. 2017 Jun 1 [consultado 3 ene 2025];96(22). Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006989>
9. Joseph DVG. *Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. The Clomipramine Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1991 [consultado 3 ene 2025];48(8):730-738. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810320054008>

- 10.** 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 [Internet]. 1992 May 7 [consultado 3 ene 2025];326(19):1250-1256. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM199205073261904>
- 11.** Hayashida KI, Obata H. *Strategies to Treat Chronic Pain and Strengthen Impaired Descending Noradrenergic Inhibitory System*. Int J Mol Sci [Internet]. 2019 Feb 2 [consultado 3 ene 2025];20(4). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms20040822>
- 12.** Mostafalou S, Mohammadi P. *Tricyclic Antidepressants*. Encyclopedia of Toxicology, Fourth Edition: Volume 1-9 [Internet]. 2023 Ago 17 [consultado 3 ene 2025];9:V9-597-V9-607. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791/>
- 13.** 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*. Canadian Journal of Psychiatry [Internet]. 2016 Sep 1 [consultado 3 ene 2025];61(9):540-560. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0706743716659417>
- 14.** National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in adults: treatment and management*. NICE Guidance [Internet]. 2022 [consultado 3 ene 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/hg222>
- 15.** Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento. *ANTIDEPRESIVOS: selección y deprescripción Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental* [Internet]. Sevilla: Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento; 2022 [consultado 3 ene 2025]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-razional-del-medicamento>
- 16.** Rush AJ, Michael MD, Thase E. *Improving Depression Outcome by Patient-Centered Medical Management*. Am J Psychiatry [Internet]. 2018 Dic 1 [v];175(12):1187-1198. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040398>
- 17.** 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 [Internet]. 2021 Ene 1 [consultado 3 ene 2025];55(1):7-117. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0004867420979353>
- 18.** Nakajima S, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Hirano J, Yagihashi T et al. *Is switching antidepressants following early nonresponse more beneficial in acute-phase treatment of depression?: a randomized open-label trial*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry [Internet]. 2011 Dic 1 [consultado 3 ene 2025];35(8):1983-1989. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2011.08.008>
- 19.** Romera I, Pérez V, Menchón JM, Schacht A, Papen R, Neuhäuser D et al. *Early switch strategy in patients with major depressive disorder: a double-blind, randomized study*. J Clin Psychopharmacol [Internet]. 2012 Ago [consultado 3 ene 2025];32(4):479-486. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31825d9958>
- 20.** Kelly D, Graffi J, Noonan M, Green P, McFarland J, Hayes P et al. *Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants: a qualitative study*. BMJ Open [Internet]. 2021 Abr 5 [consultado 3 ene 2025];11(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046054>
- 21.** Vera-Carrasco O. *Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción*. Rev Med La Paz [Internet]. 2020 [consultado 5 may 2025];26(2):78-93. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000200011
- 22.** Istúriz NA, González JF, Gorriti AE, González PG, Álvarez LS, Lecea MCC et al. *Protocolo del estudio Estrategia de deprescripción de estatinas y ezetimiba en prevención primaria en mayores de 75 años: análisis de los resultados en salud*. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2022 Jun 29 [consultado 28 abr 2025];96:e202206049. Disponible en: <https://bjs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/365>
- 23.** Mancebo-Salas N, Cobo-Sánchez JL, Arroyo-Toca B, Vaqueiro-Viadero S, Fernández-Martínez V, Tuells J et al. *Protocolo para la evaluación de una intervención de alfabetización en salud sobre morbimortalidad y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca*. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2023 Ago 29 [consultado 28 abr 2025];97:e202308068. Disponible en: <https://bjs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/146>
- 24.** Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E et al. *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad*. Med Clin (Barc) [Internet]. 2002 Ene 1 [consultado 28 abr 2025];118(13):493-499. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- 25.** De la Rubia JM. *Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)*. Psicología Iberoamericana

[Internet]. 2013 Jun 30 [consultado 3 ene 2025];21(1):42-52. Disponible en: <https://doi.org/10.48102/piv21i1.165>

26. Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med* [Internet]. 2000 Ago 1 [consultado 3 ene 2025];109(2):87-94. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(00\)00451-4](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(00)00451-4)

27. Lavan AH, Gallagher P. Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. *Ther Adv Drug Saf* [Internet]. 2016 Feb [consultado 3 ene 2025];7(1):11-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2042098615615472>

28. World Health Organization. *Medication Safety in Polypharmacy* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [consultado 3 ene 2025]. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>

29. Patel P, Zed PJ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy* [Internet]. 2002 [consultado 3 ene 2025];22(7):915-923. Disponible en: <https://doi.org/10.1592/phco.22.11.915.33630>

30. Santra G. Polypharmacy and Deprescription: Role of Internists. *Journal of Association of Physicians of India* [Internet]. 2024 Sep 1 [consultado 28 abr 2025];72(9):83-91. Disponible en: <https://doi.org/10.59556/japi.72.0562>