



Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España

Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain

M. Pilar Matud Aznar^{1, @}, Livia García Pérez¹, Juan Manuel Bethencourt Pérez¹ y Carmen Rodríguez-Wangüemert²

¹ Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Psicología. España.

² Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación. España.

@ Autor/a de correspondencia: pmatud@ull.es

Resumen

El uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España es elevado, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. Se trata de grupos farmacológicos cuya prescripción y consumo está extendido en los países desarrollados, siendo los más prescritos y consumidos las benzodiazepinas. Pero su uso es controvertido ya que se ha cuestionado su efectividad y se ha reconocido que tienen efectos adversos y riesgo de dependencia. El objetivo del presente estudio es analizar la relevancia de las variables sociodemográficas y la sintomatología de malestar emocional en el uso de ansiolíticos e hipnóticos de mujeres y hombres. El estudio es transversal y la muestra está formada por 3087 mujeres y 2781 hombres de la población general española con edades entre 22 y 70 años. Se encontró que el 7.4% de las mujeres y el 2.5% de los hombres usaban medicamentos ansiolíticos o hipnóticos cuando fueron evaluados/as. En ambos géneros dicho consumo se asociaba con mayor edad, pero en las mujeres también eran muy relevantes otras características sociodemográficas. El consumo más bajo fue en las mujeres profesionales (3.4%) y en las que tenían estudios universitarios (3.5%) y el más alto en viudas (17.6%), divorciadas (14.1%), en las que tenían más de dos hijos/as (12.1%), en las amas de casa (12.7%) y en las mujeres que solo tenían estudios básicos (10.9%). El consumo de ansiolíticos o hipnóticos era mayor en mujeres y en hombres con mayor sintomatología somática, de ansiedad e insomnio, de depresión grave y de disfunción social. Se concluye que, aunque el uso de ansiolíticos e hipnóticos se asocia con mayor edad y malestar emocional en hombres y mujeres, en éstas se asocian también con peores condiciones socioeconómicas.

Palabras clave: Género, ansiolíticos, hipnóticos, salud mental, estatus socioeconómico.

Abstract

The use of anxiolytics and hypnotics drugs in Spain is high, being higher in women than in men. Anxiolytics and hypnotics are pharmacological groups whose prescription and consumption is common in developed countries. The most prescribed and consumed are benzodiazepines. But its use is not without controversies, since has been recognized to have adverse effects and risk of dependence, and their effectiveness has been questioned. The objective of this study was to analyze the relevance of sociodemographic variables and distress symptoms in use of anxiolytics and hypnotics for women and men. The study is cross-sectional and sample consists of 1,934 men and 2,123 women from the Spanish general population, aged between 22 and 70 years. When they were interviewed, 7.4% of women and 2.5% of men used anxiolytic or hypnotic drugs. In both genders this use was associated with age, but in the case of women it was also very associated with other socio-demographic characteristics. The lowest consumption level was found in women professionals (3.4%) and women with higher education (3.5%), whereas the highest level was found in widows (17.6%), divorced women (14.1%), women with more than two children (12.1%), housewives (12.7%) and women with primary-level general education (10.9%). Consumption was higher, in women and men, with more somatic, anxiety and insomnia, severe depression and social disfunction symptoms. We conclude that, although the use of anxiolytics and hypnotics drugs is associated with older age and distress in men and women, only in these is associated also with worse socio-economic status.

Keywords: Gender, anxiolytic agents, hypnotics, mental health, social class.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos ansiolíticos e hipnóticos son grupos farmacológicos cuya prescripción y uso es frecuente en la mayoría de países desarrollados (Hollingworth y Siskind, 2010; Linnet et al., 2016; Parsaik et al., 2016). Aunque en 2015 se ha detectado una ligera disminución en su uso respecto a 2013 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016), en España el consumo de hipnosedantes se ha ido incrementando durante la última década (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), crecimiento que ha sido superior al de otros países de la Unión Europea (Vicente et al., 2013). Según las Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España, en 2005 el 8.7% de la población con edades entre 15 y 64 años reconocía haber consumido alguna vez en su vida sustancias de este tipo, porcentaje que era del 15.5% en 2007, del 13.4% en 2009, del 19.5% en 2011, del 22.3% en 2013 y del 18.7% en 2015. La prevalencia del consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses, con o sin receta, fue del 8.3% en los hombres y del 15.8% en las mujeres, porcentajes que eran, respectivamente del 5.4% y del 10.8% cuando se trataba del consumo en los últimos 30 días (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

También en otros estudios se ha encontrado que el consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos es mayor en las mujeres que en los hombres (véase, por ejemplo, Fuentealba et al., 2000; Hollingworth y Siskind, 2010; Huerta et al., 2016; Linnet et al., 2016; Simoni-Wastilla, 1998), fenómeno que es el opuesto al resto de drogas, cuyo consumo es mayor en los hombres que en las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Fuentealba et al., 2000).

Los más prescritos y consumidos son las benzodiazepinas (Dell'osso y Lader, 2013; Hollingworth y Siskind, 2010; Huerta et al., 2016) las cuales, desde su descubrimiento hace 50 años, se utilizan no solo en psiquiatría, sino en toda la medicina (Dell'osso y Lader, 2013). Debido al rápido comienzo de su efecto, a su eficacia y tolerabilidad, son muy prescritas por profesionales de la salud y consumidas por pacientes (Louvet et al., 2015). Pero su uso ha sido muy cuestionado ya que tienen un riesgo alto de producir tolerancia y dependencia (Lader et al., 2009; Lugoboni et al., 2014; Tamburin et al., 2017), así como otros efectos adversos. Entre estos se han citado alteraciones a nivel cognitivo, psicomotor, reacciones paradójicas y efecto rebote (Dell'osso y Lader 2013; Lader, 2011; Louvet et al., 2015; Pariente et al., 2016; Tannenbaum et al., 2012) los cuales son más comunes en su uso a largo plazo. Otros efectos asociados al uso crónico han sido problemas de concentración, fobia social y depresión (Louvet et al., 2015) así como caídas y accidentes de tráfico (Lugoboni et al., 2014) y, en las mujeres, alteración de la memoria a largo plazo (Boeuf-Cazou et al., 2011). Su consumo también se ha asociado con mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer (Billioti de Gage et al., 2014), y de muerte (Palmaro et al., 2015; Parsaik et al., 2016). Además, en las personas mayores se asocia con mayor riesgo de fractura de cadera (Bakken et al., 2014; Donnelly et al., 2017), patología que, a su vez, se asocia con elevada morbilidad y mortalidad.

El consumo de benzodiazepinas a largo plazo también

se ha asociado con incremento del gasto sanitario y carga social (Fang et al., 2009). Tal y como plantea Lader (2011) en un estudio de revisión, los problemas con las benzodiazepinas han perdurado durante 50 años pero han sido ignorados y, aunque la razón coste/beneficios es positiva para la mayoría de pacientes en los tratamientos cortos (entre 2 y 4 semanas), no está establecida para periodos mayores. Pese a ello, existe evidencia de que es común su uso a largo plazo en todo el mundo (Jacob et al., 2017; Donoghue y Lader, 2010). Aunque dichos fármacos pueden ser utilizados bajo prescripción médica, posteriormente se abren diferentes vías hacia el autoconsumo e incluso se comercializan en los mercados de drogas ilegales (Romo et al., 2003).

Aunque los motivos principales de la prescripción de ansiolíticos e hipnóticos son el tratamiento de la ansiedad y el insomnio (Lader, 2011; Tamburin et al., 2017), estos medicamentos se usan con mucha frecuencia para otras indicaciones (Harris et al., 2011). El uso de benzodiazepinas se ha asociado con alta presión laboral (Pelfrene et al., 2004) y, en las mujeres, con sucesos vitales estresantes (D'Incau et al., 2011). En un estudio realizado en seis países europeos se encontró que, tras controlar diversos factores clínicos y no clínicos, el predictor más importante de su uso fue la búsqueda de ayuda para problemas emocionales; otros predictores fueron la presencia de trastornos depresivos o de ansiedad, dolor, mayor edad, menor nivel educativo y ser mujer (Demyttenaere et al., 2008). También en otros estudios se ha detectado mayor prevalencia de consumo de ansiolíticos en las mujeres y en las personas de más edad (Bejarano et al., 2008; Fuentealba et al., 2000; Hollingworth y Siskind, 2010; Huerta et al., 2016; Mendonça et al., 2008; Linnet et al., 2016; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, 2016; Rosman et al., 2011; Van der Heyden et al., 2009).

La mayor prescripción y consumo de ansiolíticos y otros fármacos psicotrópicos en las mujeres, respecto a los hombres, es un fenómeno que ha tratado de ser explicado por las diferencias de género en salud mental. Existe evidencia de que las mujeres tienen tasas más altas de trastornos afectivos y de ansiedad que los hombres, mientras que estos presentan mayores tasas de personalidad antisocial y consumo de alcohol y drogas (Eaton et al., 2012; Kessler et al., 2005). Pese a ello, se ha reconocido que en la prescripción y consumo de fármacos psicotrópicos influyen otros factores que no son el diagnóstico psiquiátrico formal o la salud mental, habiéndose encontrado que la asociación entre la salud mental y el uso de ansiolíticos difiere en función del género (Van der Heyden et al., 2009). En este estudio, realizado con una muestra representativa de la población belga de 15 años o más, se encontró que en los hombres el uso de ansiolíticos se asociaba con problemas de sueño mientras que en las mujeres se asociaba también con ansiedad y con trastornos depresivos (Van der Heiden et al., 2009), y las diferencias de género en el uso de ansiolíticos podían ser explicadas, pero solo parcialmente, por las diferencias de género en salud, estilo de vida, uso de los servicios de salud y por las variables socioeconómicas.

En otro estudio, realizado con 21425 personas mayores de 18 años residentes en seis países europeos entre los que se incluía España, se encontró que la búsqueda de ayuda para problemas emocionales fue un predictor más

importante del consumo de antidepresivos o de ansiolíticos que el diagnóstico psiquiátrico formal (Demyttenaere et al., 2008). También se ha planteado que la mayor prescripción de dicha medicación a las mujeres puede ser consecuencia de que expresan con mayor frecuencia su malestar, siendo posible que los médicos atribuyan más fácilmente en éstas síntomas físicos, o de presentación atípica, a causas psicológicas, o que tiendan a prescribir con mayor frecuencia fármacos para la sintomatología depresiva de baja intensidad a las mujeres que a los hombres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Otro factor relevante parecen ser los estereotipos de género, los cuales parecen influir tanto en quienes los prescriben como en quienes los usan. Etorre y Riska (2001: 1188) encontraron que las razones dadas para su uso a largo plazo eran diferente en mujeres y hombres, atribuyéndolo estos a las presiones externas mientras que las mujeres lo asociaban a su "emocionalidad" como mujeres y a sufrir "de los nervios".

Aunque no existe evidencia empírica que la sustente, se han encontrado en diversas ramas de la medicina diferencias en el tratamiento en función del género (Karanti et al., 2015), siendo más probable que a las mujeres se les trate con benzodiazepinas. Tales diferencias se han detectado también en países con tradición en igualdad de género como es Suecia. Así, en un estudio recientemente publicado (Karanti et al., 2015), en que se analizaron los datos de más de 7000 pacientes con trastorno bipolar, se encontró que las mujeres y los hombres recibían de forma rutinaria tratamientos distintos, diferencias que no podían ser explicadas por el subtipo de trastorno, por su gravedad o por la alteración funcional. Y la existencia de un tratamiento diferenciado en función del género para un mismo trastorno también se ha detectado en el tratamiento administrado entre 1999 y 2009 a veteranos/as con trastorno por estrés postraumático, con mayor prescripción de medicación psicotrópica a las mujeres que a los hombres, diferencia que era aún más marcada en las benzodiazepinas, donde se encontró un aumento en la prescripción a las mujeres y una disminución en los hombres (Bernardy et al., 2012).

Todo ello evidencia que el uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos es un problema importante, especialmente en las mujeres puesto que su consumo es mucho mayor que en los hombres. Problema que es particularmente importante en España dado que la prevalencia de su uso es mayor que en otros países europeos (Huerta et al., 2016). Por tanto, es necesario realizar estudios que permitan avanzar en el conocimiento de los determinantes de dicho consumo ya que aportará información útil para el diseño de políticas, programas y estrategias dirigidos a la prevención y el tratamiento de dicho problema.

El objetivo del presente trabajo es analizar la relevancia del género en el uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en la población general en España, estudiando: 1) la asociación entre dicho consumo y las características sociodemográficas de mujeres y hombres; 2) las diferencias en sintomatología de malestar emocional en función del consumo o no de tales medicamentos y del género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La muestra está formada por un total de 5868 personas, de las que el 52.6% ($n = 3087$) son mujeres y el 47.4% ($n = 2781$) son hombres. Sus edades están comprendidas entre 22 y 70 años siendo la media de edad de los hombres de 44.47 ($DT = 11.91$) y la de las mujeres 44.91 ($DT = 11.64$), diferencias que no son estadísticamente significativas, $t(5773) = -1.44$, $p = .15$. Es una muestra diversa tanto en la edad como en el nivel de estudios, profesión, estado civil y número de hijos/as, tal y como puede observarse en las tablas 1, 2 y 3, si bien había menor número de personas mayores de 60 años, con más de dos hijos/as, y separadas o divorciadas, y eran pocas las personas viudas. Además, únicamente eran mujeres quienes no estaban insertadas en el mercado laboral e informaron que su profesión era "ama de casa". Dicha muestra fue extraída aleatoriamente de una más amplia formada por las personas que participaron voluntariamente entre 2005 y 2016 en una investigación sobre género y salud, estableciendo como requisitos de inclusión para el presente trabajo: 1) que se tratase de personas mayores de 21 años; 2) que mujeres y hombres tuviesen edades similares.

Instrumentos

La evaluación de las características sociodemográficas y el consumo de ansiolíticos se realizó mediante una hoja de recogida de información en la que se preguntaba por el estado de salud y el consumo actual de los medicamentos. A las personas participantes se les pedía que escribiesen el nombre comercial de todos los medicamentos que estaban tomando en la actualidad, los cuales fueron clasificados e introducidos en la base de datos según su grupo farmacológico.

La evaluación del malestar emocional se llevó a cabo mediante la versión en escalas del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979). Esta prueba consta de 4 subescalas, formada cada una por 7 ítems, que se denominan síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, y depresión grave. Su consistencia interna (Alpha de Cronbach) en la muestra del presente trabajo fue, respectivamente, .84, .90, .75 y .90.

Procedimiento

Todas las personas que participaron en la investigación de la que se extrajo aleatoriamente la muestra del presente trabajo fueron voluntarias y no recibieron compensación económica por su participación. Las pruebas fueron cumplimentadas de forma individual tras obtenerse el consentimiento informado, generalmente autocumplimentadas, si bien en las personas con bajo nivel de estudios, o en las que así lo preferían, se realizó en forma de entrevista estructurada llevada a cabo por estudiantes de psicología con formación en entrevista y en el pase de pruebas. En ninguna de las pruebas se utilizó el nombre ni ningún otro dato que permitiese identificar a la persona participante. El acceso a la muestra fue a través de centros laborales, educativos y de asociaciones ciudadanas ubicadas en todas las comunidades autónomas españolas, así como a

través del alumnado que realizó las entrevistas. El presente estudio se inserta dentro de una investigación más amplia sobre género y salud y fue informado positivamente por el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna.

Análisis de los datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las características sociodemográficas y del uso de ansiolíticos e hipnóticos en mujeres y hombres. Los análisis de las diferencias en dicho uso se realizaron mediante tablas de contingencia, usando como estadístico de contraste la prueba Chi cuadrado de Pearson (χ^2). Para conocer si existían diferencias en malestar emocional en mujeres y hombres en función del consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos, así como en función del género, se hicieron análisis multivariados de varianza (MANOVA) y univariados (ANOVA) en los que se consideraron como factores el uso actual de dicha medicación (usan, no usan) y el género (hombre, mujer) y como variables dependientes las puntuaciones en cada una de las escalas del GHQ-28. Para conocer si los síntomas de malestar emocional se asociaban con la edad, número de hijos/as y nivel de estudios se hicieron análisis correlacionales, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson cuando eran variables cuantitativas y el de Spearman cuando se trataba del nivel de estudios, ya que es una variable de tipo ordinal. Los análisis estadísticos se realizaron con el software PASW Statistics para Windows (versión 25.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTADOS

El 7.4% de las mujeres y el 2.5% de los hombres informaron de consumir ansiolíticos o hipnóticos en las fechas en que fueron recogidos los datos, diferencias en porcentajes que son estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 5868) = 72.67, p < .001$. En la tabla 1 se muestra en número y porcentaje de mujeres y hombres que consumen dichos medicamentos en cada grupo de edad, organizados por décadas, a partir de los 20 años. Como puede observarse en la Tabla 1, en ambos géneros, las diferencias en consumo variaban de forma estadísticamente significativa en función de la edad, si bien eran más acusadas en las mujeres. Así, mientras que el 1.6% de las mujeres con edades entre 22 y 29 años usaba ansiolíticos o hipnóticos, en el grupo de edad entre 60 y 70 años era del 14.3%, porcentajes que eran, respectivamente, del 0.6% en los hombres entre 22 y 29 años y del 5.2% en los de edades entre 60 y 70.

Al analizar si el consumo de ansiolíticos o hipnóticos variaba en función del nivel de estudios, la profesión, el estado civil y el número de hijos/as se encontró que, en el grupo de mujeres, se asociaba de forma estadísticamente significativa con todas ellas (véase Tabla 2). El análisis del nivel de estudios evidenció que dicho uso es mucho más elevado en las mujeres que únicamente tienen estudios básicos (10.9%) que en las que han cursado estudios universitarios (3.5%). También es mucho menos frecuente en las mujeres profesionales (3.4%) respecto a las mujeres con empleos de tipo manual (8.3%) y las amas de casa (12.7%). En el análisis del estado civil destaca el elevado uso en las mujeres

	No usan		Usan		χ^2	p
	n	%	n	%		
Mujeres						
Entre 22 y 29 años	314	98.4	5	1.6	58.75	<0.001
Entre 30 y 39 años	703	96.2	28	3.8		
Entre 40 y 49 años	806	92.2	68	7.8		
Entre 50 y 59 años	753	90.3	81	9.7		
Entre 60 y 70 años	282	85.7	47	14.3		
Hombres						
Entre 22 y 29 años	316	99.4	2	0.6	23.75	<0.001
Entre 30 y 39 años	714	99.0	7	1.0		
Entre 40 y 49 años	698	97.2	20	2.8		
Entre 50 y 59 años	693	96.5	25	3.5		
Entre 60 y 70 años	290	94.8	16	5.2		

Tabla 1. Grupo de edad y uso actual de ansiolíticos o hipnóticos en mujeres y hombres.

divorciadas o separadas (14.1%) y en las que han enviudado (17.6%) mientras que solo el 4.7% de las solteras informaron de usar, en las fechas en que participaron en el estudio, medicamentos ansiolíticos o hipnóticos. También destaca que era mucho menos frecuente su uso en las mujeres que no tenían hijos/as (3.2%), porcentaje que se duplicaba (era del 7.0%) cuando tenían uno/a y del 12.1% cuando tenían más de dos.

	No usan		Usan		χ^2	p
	n	%	n	%		
Estudios						
Básicos	1116	89.1	137	10.9	45.70	<0.001
Medios	749	93.0	56	7.0		
Universitarios	975	96.5	35	3.5		
Profesión						
Manual	783	91.7	71	8.3	55.85	<0.001
No manual	668	94.9	36	5.1		
Profesional	748	96.6	26	3.4		
Ama de casa	659	87.3	96	12.7		
Estado civil						
Soltera	634	95.3	31	4.7	50.91	<0.001
Casada, pareja de hecho	1791	93.5	124	6.5		
Divorciada, separada	342	85.9	56	14.1		
Viuda	84	82.4	18	17.6		
Número de hijos/as						
0	782	96.8	26	3.2	40.92	<0.001
1	518	93.0	39	7.0		
2	1036	91.8	92	8.2		
Más de 2	522	87.9	72	12.1		

Tabla 2. Características sociodemográficas y uso actual de ansiolíticos o hipnóticos en mujeres.

Los datos relativos a la relevancia del nivel de estudios, la profesión, el estado civil y el número de hijos/as en el consumo de ansiolíticos o hipnóticos en el grupo de hombres se muestran en la Tabla 3. Como puede observarse, no había diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de hombres que usaban y no usaban dichos medicamentos en el nivel de estudios ni en la profesión. Sí las había en el estado civil, siendo mucho más frecuente su uso en los viudos (10.7%) que en los casados (2.1%) y los solteros (2.5%). Y, aunque la magnitud de las diferencias no era grande, también se dieron diferencias estadísticamente significativas en los hombres en función del número de hijos/as, siendo menos común que consumiesen ansiolíticos o hipnóticos los que no tenían hijos/as (1.5%) y más frecuente entre los que tenían más de dos (4%).

	No usan		Usan		χ^2	p
	n	%	n	%		
Estudios					4.35	0.114
Básicos	871	96.6	31	3.4		
Medios	894	97.9	19	2.1		
Universitarios	920	97.9	20	2.1		
Profesión					2.52	0.284
Manual	1023	96.9	33	3.1		
No manual	978	97.8	22	2.2		
Profesional	702	97.9	15	2.1		
Estado civil					13.80	0.003
Soltero	705	97.5	18	2.5		
Casado, pareja de hecho	1785	97.9	39	2.1		
Divorciado, separado	189	95.0	10	5.0		
Viudo	25	89.3	3	10.7		
Número de hijos/as					10.82	0.013
0	939	98.5	14	1.5		
1	489	96.3	19	3.7		
2	922	97.7	22	2.3		
Más de 2	361	96.0	15	4.0		

Tabla 3. Características sociodemográficas y uso actual de ansiolíticos o hipnóticos en hombres.

Para conocer si las personas que usaban y no usaban medicamentos ansiolíticos o hipnóticos diferían en malestar emocional, tal y como es evaluado por el GHQ-28, se hicieron análisis de varianza de forma independiente en mujeres y hombres. En todos ellos se consideró como factor el uso o no uso de ansiolíticos o hipnóticos y como variables dependientes las puntuaciones en las cuatro escalas del GHQ-28. En el MANOVA realizado en el grupo de mujeres se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $F(4, 3076) = 49.92, p < .001, \eta^2_{\text{parcial}} = .061$. Y también fueron estadísticamente significativos los ANOVA realizados para cada escala, tal y como puede observarse en la Tabla 4. Las mujeres que usaban ansiolíticos o hipnóticos informaban de más síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio, de

disfunción social y de depresión grave que las que no tomaban dicha medicación, si bien el porcentaje de varianza explicada de cada tipo de sintomatología por dicho consumo no llegaba al 4.5%.

El MANOVA realizado en el grupo de hombres también evidenció la existencia de diferencias estadísticamente significativas en malestar emocional entre quienes usaban y no usaban ansiolíticos o hipnóticos, $F(4, 2751) = 29.49, p < .001, \eta^2_{\text{parcial}} = .041$. Y también fueron estadísticamente significativos todos los ANOVA, informando los hombres que usaban ansiolíticos o hipnóticos de mayor sintomatología somática, de ansiedad e insomnio, de disfunción social y de depresión grave que los que no usaban dicha medicación, si bien el porcentaje de varianza explicado por dicho consumo no llegaba al 3.5% en ningún tipo de síntomas (véase Tabla 4).

También se hicieron análisis de varianza para conocer si había diferencias entre mujeres y hombres en malestar emocional, comparando de forma independiente a quienes usaban y no usaban ansiolíticos e hipnóticos. En estos análisis se consideró como factor el género y como variables dependientes las puntuaciones en las cuatro escalas del GHQ-28. Los análisis de varianza realizados en las personas que no usaban ansiolíticos o hipnóticos evidenciaron diferencias en función del género a nivel multivariado, $F(4, 5535) = 87.49, p < .001, \eta^2_{\text{parcial}} = .059$ y univariado. Los datos de los ANOVA fueron: sintomatología somática, $F(1, 5538) = 340.41, p < .001, \eta^2_{\text{parcial}} = .058$; ansiedad e insomnio, $F(1, 5538) = 181.47, p < .001, \eta^2_{\text{parcial}} = .032$; disfunción social, $F(1, 5538) = 32.99, p < .001, \eta^2_{\text{parcial}} = .006$; y depresión grave, $F(1, 5538) = 68.36, p < .001, \eta^2_{\text{parcial}} = .012$. Tal y como puede observarse en la Tabla 4, las mujeres que no usaban ansiolíticos e hipnóticos cuando se realizó el pase de pruebas informaron de mayor sintomatología somática, de ansiedad e insomnio, de disfunción social y de depresión grave que los hombres que tampoco tomaban dicha medicación.

Al comparar las diferencias en función del género entre las personas que usaban ansiolíticos o hipnóticos se encontraron diferencias estadísticamente significativas a nivel multivariado, $F(4, 292) = 2.59, p = .037, \eta^2_{\text{parcial}} = .034$. Los ANOVA evidenciaron que las diferencias estadísticamente significativas se daban únicamente en sintomatología somática, $F(1, 295) = 6.98, p = .009, \eta^2_{\text{parcial}} = .023$, que era mayor en las mujeres que en los hombres. Los datos del resto de los ANOVA fueron: en ansiedad e insomnio, $F(1, 295) = 0.23, p = .632$; disfunción social, $F(1, 295) = 0.72, p = .399$; y depresión grave, $F(1, 295) = 0.98, p = .32$.

Finalmente, se hicieron análisis correlacionales para conocer si la asociación observada entre el consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos con la edad, el número de hijos/as y, en las mujeres, con el nivel de estudios era consecuencia de que dichas variables también se asociaban con más síntomas de malestar emocional, datos que se muestran en la Tabla 5. Como puede observarse, aunque se dan algunas correlaciones estadísticamente significativas, consecuencia del elevado tamaño de la muestra, la magnitud de los coeficientes es muy baja. En ambos géneros se observa que la edad es prácticamente independiente de la sintomatología de malestar emocional, si bien se observa una ligera tendencia a mayor disfunción social en las personas de más edad. Aunque en los hombres

	No usan			Usan			ANOVA	
	M	DT	n	M	DT	n	F	η^2_{parcial}
Mujeres			2853			228	(1,3079)	
S. somáticos	6.66	3.96		9.96	4.74		141,42*	0.044
Ansiedad e insomnio	6.78	4.69		10.40	5.18		124,44*	0.039
Disfunción social	7.29	2.35		8.78	3.12		79,56*	0.025
Depresión grave	2.00	3.34		4.88	5.22		141,63*	0.044
Hombres			2687			69	(1,2754)	
S. somáticos	4.84	3.35		8.26	4.41		68,98*	0.024
Ansiedad e insomnio	5.17	4.14		10.06	5.43		91,99*	0.032
Disfunción social	6.95	2.06		8.40	3.43		32,11*	0.012
Depresión grave	1.33	2.67		4.19	4.52		73,98*	0.026

Nota: * $p < 0.001$

Tabla 4. Medias (M) y desviaciones típicas (DT) en sintomatología de malestar emocional en mujeres y hombres que usan y no usan actualmente ansiolíticos o hipnóticos.

el número de hijos/as es independiente de su sintomatología de malestar emocional, en las mujeres un mayor número de hijos/as se asocia ligeramente con mayor sintomatología somática, de ansiedad e insomnio, de depresión grave y de disfunción social. A excepción de la disfunción social en los hombres, que es independiente del nivel de estudios, en ambos géneros, un mayor nivel de estudios se asocia con menos sintomatología, si bien el tamaño del efecto es algo más elevado en las mujeres que en los hombres, aunque el porcentaje de varianza común no alcanza el 3% en ningún tipo de síntoma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio se ha encontrado que el uso de ansiolíticos e hipnóticos es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, datos que son coherentes con los de otros estudios (véase, por ejemplo, Bejarano et al., 2008; Fuentealba et al., 2000; Hollingworth y Siskind, 2010; Hughes et al., 2016; Linnert et al., 2016; Mendonça et al., 2008). Además, y al igual que se ha encontrado en otras investigaciones (Bejarano et al., 2008; Hollingworth y Siskind, 2010; Linnert et al., 2016), en ambos géneros se encontró un mayor uso de dicha medicación en las personas de más edad, si bien en todos grupos de edad es más común que usen dicha medicación las mujeres que los hombres.

En ambos géneros las personas que consumían ansiolíticos e hipnóticos tenían mayor sintomatología

somática, de ansiedad e insomnio, depresiva grave y de disfunción social que quienes no usaban tal medicación. Y dicha sintomatología era mayor entre las mujeres y los hombres que no usaban ansiolíticos e hipnóticos. Aunque la mayor presencia de tal sintomatología en las mujeres, respecto a los hombres, es un factor que puede ayudar a explicar el mayor consumo de tales medicamentos en las mujeres, ello no lo explica totalmente ya que el porcentaje de varianza común entre el consumo de dicha medicación y la sintomatología es muy bajo, no llegando, en el mejor de los casos, al 7%. Tampoco el mayor consumo observado en las mujeres con mayor número de hijos/as y menor nivel educativo puede ser totalmente explicado por una mayor presencia de malestar emocional en las mujeres con tales características, ya que el porcentaje de varianza común entre dichas variables y la sintomatología de malestar emocional no llega al 3%. El elevado consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos que se da en las personas de mayor edad tampoco parece ser consecuencia de que tengan mayor malestar emocional ya que, en mujeres y hombres, la edad es independiente de la sintomatología somática, de ansiedad e insomnio y de depresión grave.

En las mujeres el uso de ansiolíticos e hipnóticos varía de forma importante en función del nivel de estudios y laboral, lo que no sucede en los hombres. Así, mientras que solo el 3.5% de las mujeres con estudios universitarios consumía ansiolíticos o hipnóticos en las fechas en que participó en el estudio, dicha tasa se duplicaba cuando habían cursado

	Hombres			Mujeres		
	Edad	Nº hijos/as	Nivel estudios [§]	Edad	Nº hijos/as	Nivel estudios [§]
S. somáticos	0.05	0.02	-0.09*	0.02	0.11*	-0.16*
Ansiedad e insomnio	0.04	0.04	-0.10*	0.01	0.09*	-0.16*
Disfunción social	0.10*	0.06	-0.01	0.07*	0.08*	-0.08*
Depresión grave	0.05	-0.01	-0.11*	0.01	0.09*	-0.21*

Notas: [§] Coeficiente de correlación de Spearman; * $p < 0.001$

Tabla 5. Coeficientes de correlación en mujeres y hombres entre la edad, número de hijos/as y nivel de estudios con la sintomatología de malestar emocional.

estudios medios y alcanzaba el 10.9% cuando únicamente tenían estudios básicos. Un fenómeno similar se daba en el nivel laboral, donde se constató mayor consumo a menor nivel laboral, y se maximizaba cuando las mujeres no estaban insertadas en el mundo laboral, las que se autoclasificaban como "amas de casa", el 12.7% de las cuales consumía ansiolíticos y/o hipnóticos. Aunque también en los hombres se encontró que el número de hijos/as variaba entre los que usaban y no usaban tales medicamentos, la asociación entre el número de hijos/as y el consumo de ansiolíticos e hipnóticos era mucho más elevado en las mujeres. Pese a que tanto las mujeres como los hombres que no tenían hijos/as usaban menos dicha medicación respecto a quienes sí tenían hijos/as, solo el 4.0% de hombres con más de dos hijos/as la usaba, prevalencia que se elevaba hasta el 12.1% en las mujeres con más de dos hijos/as. Aunque dichas tendencias no son independientes entre sí ni de la edad, no pueden ser atribuidas exclusivamente a ésta ya que, aunque era más común que las mujeres de más edad careciesen de empleo o este fuese de menor nivel, en todos los grupos de edad había mujeres con todas las categorías educativas, laborales, de número de hijos/as, y amas de casa.

Aunque en ambos géneros el estado civil se asociaba con el consumo de ansiolíticos o hipnóticos, con menor uso en las personas solteras y en las casadas o con pareja de hecho, se encontró que, mientras la frecuencia en el consumo de medicamentos en los viudos (el 10.7%) duplicaba el de los divorciados o separados (el 5.0%), en las mujeres las diferencias entre ambos estados civiles eran poco acusadas. Aunque se desconoce la razón de ello, probablemente el consumo de dicha medicación sea una forma de hacer frente a la tensión derivada de las mayores responsabilidades familiares que tradicionalmente se asignan a las mujeres y que, con mucha frecuencia, tienen que afrontar por sí mismas cuando ya no conviven con su pareja. Y el mayor consumo de las mujeres con peores condiciones socioeconómicas también podría explicarse por un mayor estrés en estas mujeres.

En otros estudios realizados en España (Pérez, 1998) se ha encontrado que las mujeres entienden por vida saludable la oportunidad de trabajar y de relacionarse con otras personas, identificando lo saludable con una vida más autónoma. Quizá la falta de ello haga que las mujeres se sientan mal emocionalmente y acudan a los servicios sanitarios, donde obtienen el tratamiento con ansiolíticos e hipnóticos ya que en España la vía legal de obtener tal medicación es la prescripción médica. Y, aunque hay personas que consumen dicha medicación sin receta médica, obteniéndola generalmente a través de otras personas o pudiendo recurrir al mercado ilegal, el porcentaje de uso de dicha medicación sin receta es mínimo, tal y como se desprende de los datos de la Encuesta sobre alcohol y drogas en España, donde solo el 2.7% de la población informó de haber consumido alguna vez en su vida hipnosedantes sin receta, porcentaje que era del 1.2% cuando se trata del uso durante el último año (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Además, mientras que en 2013 el porcentaje de los consumidos en los últimos 12 meses sin receta era muy similar en mujeres (1.3%) y en hombres (el 1.1%), cuando se trataba de los consumidos con receta el porcentaje de mujeres que consumía dichos medicamentos

(el 16%) casi duplicaba al de hombres (el 8.5%).

Tal y como se desprenden de las encuestas nacionales, en España, el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es mayor en los hombres que en las mujeres, a excepción de los hipnosedantes cuyo consumo en las mujeres duplica al de los hombres. Además, las diferencias de género en dicho consumo aumentan con la edad. Otro resultado destacable de la Encuesta sobre alcohol y drogas en España realizada en 2013 es que las mujeres tienen mayor percepción de riesgo que los hombres en el consumo de todas las sustancias, a excepción de los hipnosedantes, cuya percepción de riesgo es igual en ambos géneros. Y la percepción de riesgo asociado al consumo habitual de tranquilizantes/somníferos disminuye a partir de los 34 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Ello es preocupante dado que la percepción de riesgo parece ser menor en las personas con mayor consumo.

Dado que se trata de un estudio transversal, no se pueden sacar conclusiones causa-efecto. Además, este estudio tiene otras limitaciones ya que las personas participantes en el estudio del que se extrajo aleatoriamente la muestra del presente trabajo fueron voluntarias; además, los resultados se han obtenido mediante autoinforme, por lo que pueden estar sujetos a los sesgos propios de estas medidas. Pese a tales limitaciones, el presente trabajo amplía el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud, especialmente de las mujeres. Los resultados evidencian que en el uso en las mujeres de ansiolíticos e hipnóticos los factores socioeconómicos son muy relevantes, asociándose tal consumo con un menor nivel educativo, laboral, estar divorciada o haber enviudado y tener más hijos/as, asociación que, aunque puede ser explicada parcialmente por la mayor sintomatología de malestar emocional asociada a unas peores condiciones socioeconómicas, sigue dejando abierta la cuestión de por qué un menor nivel educativo y laboral se asocia con el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en las mujeres pero no en los hombres. Dado que existe evidencia de que el consumo de benzodiazepinas entraña importantes riesgos, además de haber sido cuestionada su efectividad (Donoghue y Lader, 2010), los resultados del presente trabajo indican la necesidad de que se revisen las políticas y programas sociales y de salud, de modo que fomenten un mayor bienestar, a corto y largo plazo, para toda la ciudadanía, especialmente para los grupos más vulnerables, como son las mujeres con peores condiciones socioeconómicas.

AGRADECIMIENTOS

Trabajo financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Referencias: FEM2012-34632 y PSI2015-65963-R (MINECO/FEDER, UE).

REFERENCIAS

- Bakken, Marit Stordal; Engeland, Anders; Engesæter, Lars B.; Ranhoff, Anette Høyen; Hunskaar, Steinar y Ruths, Sabine. 2014. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(7): 873-880.
- Bejarano Romero, Ferran; Piñol Moreso, Josep Lluís; Mora

- Gilbert, Nuria; Claver Luque, Pere; Brull López, Núria y Basora Gallisa, Josep. 2008. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención Primaria*, 40(12): 617-621.
- Bernardy, Nancy C.; Lund, Brian C.; Alexander, Bruce; Jenkyn, Aaron B.; Schnurr, Paula P. y Friedman, Matthew J. 2012. Gender differences in prescribing among veterans diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of General Internal Medicine*, 28(S2): S542-S548.
- Billioti de Gage, Sophie; Moride, Yola; Ducruet, Thierry; Kurth, Tobias; Verdoux, Hélène; Tournier, Marie; Pariente, Antoine et al. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, 349: g5205.
- Boeuf-Cazou, Olivia; Bongue, Bienvenu; Ansiau, David; Marquié, Jean-Claude y Lapeyre-Mestre, Maryse. 2011. Impact of long-term benzodiazepine use on cognitive functioning in young adults: The VISAT cohort. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(10): 1045-1052.
- Dell'osso, Bernardo y Lader, Malcolm. 2013. Do Benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *European Psychiatry*, 28(1): 7-20.
- Demyttenaere, Koen; Bonnewyn, Anke; Bruffaerts, Ronny; de Girolamo, Giovanni; Gasquet, Isabelle; Kovess, Viviane; Haro, José María y Alonso, Jordi. 2008. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2): 84-93.
- D'Incau, Paola; Barbui, Corrado; Tubini, Jacopo y Conforti, Anita. 2011. Stressful life events and social health factors in women using anxiolytics and antidepressants: An Italian observational study in community pharmacies. *Gender Medicine*, 8(2): 80-92.
- Donnelly, Karen; Bracchi, Robert; Hewitt, Jonathan; Routledge, Philip A. y Carter, Ben. 2017. Benzodiazepines, Zdrugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(4): e0174730.
- Donoghue, John y Lader, Malcolm. 2010. Usage of benzodiazepines: A review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(2): 78-87.
- Eaton, Nicholas R.; Keyes, Katherine. M.; Krueger, Robert F.; Balsis, Steve; Skofol, Andrew E.; Markon, Kristian E.; Grant, Bridget F. y Hasin, Deborah S. 2012. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1): 282-288.
- Ettorre, Elizabeth y Riska, Elianne. 2001. Long-term users of psychotropic drugs: embodying masculinized stress and feminized nerves. *Substance Use and Misuse*, 36(9-10): 1187-1211.
- Fang, Shao-Yu; Chen, Chuan-Yu; Chang, I-Shou; Wu, Erin Chia-Hsuan; Chang, Chia-Ming y Lin, Keh-Ming. 2009. Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: A population-based study. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(1-2): 140-146.
- Fuentealba, Ricardo; Cumsille, Francisco; Araneda, Juan Carlos y Molina, Claudio. 2000. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(2): 79-87.
- Goldberg, David P. y Hillier, V. F. 1979. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1): 139-145.
- Harris, Meredith G.; Burgess, Philip M.; Pirkis, Jane; Siskind, Dan; Slade, Tim y Whiteford, Harvey A. 2011. Correlates of antidepressant and anxiolytic, hypnotic or sedative medication use in an Australian community sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3): 249-260.
- Hollingworth, Samantha A. y Siskind, Dan J. 2010. Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19(3): 280-288.
- Hughes, Lloyd D.; Raitt, Neil; Riaz, Muhamed Awaiz; Baldwin, Sarah-Jane; Erskine, Kay y Graham Grail. 2016. Primary care hypnotic and anxiolytic prescription: Reviewing prescribing practice over 8 years. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5: 652-657.
- Huerta, Consuelo; Abbing-Karahagopian, Victoria; Requena, Gema; Oliva, Belén; Alvarez, Yolanda; Gardarsdottir, Helga; Miret, Montserrat et al. 2016. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 25(S1): 56-65.
- Jacob, Louis; Rapp, Michael A. y Kostev, Karel. 2017. Long-term use of benzodiazepines in older patients in Germany: a retrospective analysis. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 7(6-7): 191-200.
- Karanti, Alin; Bobeck, Christian; Osterman, Marja; Kardell, Mathias; Tidemalm, Dag; Runeson, Bo; Lichtenstein, Paul y Landén, Mikael. 2015. Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients. *Journal of Affective Disorders*, 174: 303-309.
- Kessler, Ronald C.; Berglund, Patricia; Demler, Olga; Jin, Robert; Merikangas, Kathleen R. y Walters, Ellen E. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 593-602.
- Lader, Malcom. 2011. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*, 106(12): 2086-2109.
- Lader, Malcolm; Tylee, Andre y Donoghue, John. 2009. Withdrawing benzodiazepines in Primary Care. *CNS Drugs*, 23(1): 19-34.
- Linnert, Kristjan; Gudmundsson, Larus S.; Birgisdottir, Frida G.; Sigurdsson, Emil L.; Johannsson, Magnus; Tomasdottir, Marget O. y Sigurdsson, Johan A. 2016. Multimorbidity and use of hypnotic and anxiolytic drugs: cross-sectional and follow-up study in primary healthcare in Iceland. *BMC Family Practice*, 17: 69.
- Louvet, Steve; Ischayek, Michelle y Danoff, Rob. 2015. The current role of long-term Benzodiazepines for the treatment of Generalized anxiety. *Osteopathic Family Physician*, 7(1): 19-25.
- Lugoboni, Fabio; Mirijello, Antonio; Faccini, Marco; Casari, Rebeca; Cossari, Anthony; Musi, Gessica; Bissoli, Giorgia et al. 2014. Quality of life in a cohort of high-dose benzodiazepine dependent patients. *Drug and Alcohol*

- Dependence*, 142: 105-109.
- Mendonça Alvarenga, Jussara; de Loyola Filho, Antonio Ignacio; Araújo Firmo, Josélia Oliveira; Lima-Costa, Maria Fernanda y Uchoa, Elizabeth. 2008. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1): 7-11.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. *Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas*. Consultado el 14/01/2016. www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. *EDADES 2015-16 Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España*. Consultado el 20 de/06/2017. www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf.
- Palmaro, Aurore; Dupouya, Julie y Lapeyre-Mestre, Maryse. 2015. Benzodiazepines and risk of death: Results from two large cohort studies in France and UK. *European Neuropsychopharmacology*, 25(10): 1566-1577.
- Pariente, Antoine; Billioti de Gage, Sophie; Moore, Nicholas y Bégaud, Bernard. 2016. The Benzodiazepine–dementia disorders link: current state of knowledge. *CNS Drugs*, 30: 1-7.
- Parsaik, Ajay K.; Mascarenhas, Soniya S.; Khosh-Chashm, Darrow; Hashmi, Aqeel; John, Vineetf; Okusaga, Olaoluwa y Singh, Balwinder. 2016. Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs—A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(6): 520-533.
- Pelfrene, Edwin; Vlerick, Peter; Moreau, Michel; Mak, Rudolf P.; Kornitzerc, Marcel y De Backer, Guy. 2004. Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a Cohort of working men and women in Belgium. Results from the BELSTRESS-study. *Social Science & Medicine*, 59(2): 433-442.
- Pérez Andrés, Cristina. 1988. Mujer, derechos humanos y salud. *Revista Española de Salud Pública*, 72: 87-89.
- Romo, Nuria; Vega, Armando; Meneses, Carmen; Gil, Eugenia; Markez, Iñaki y Poo, Mónica. 2003. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4): 372-379.
- Rosman, Sophia; Le Vaillant, Marc y Pelletier-Fleury, Nathalie. 2011. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study. *BMC Family Practice*, 12: 28.
- Ruiz-Cantero, María T. y Verdú-Delgado, María. 2004. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(S1): 118-125.
- Simoni-Bastilla, Linda. 1998. Gender and psychotropic drug use. *Medical Care*, 36(1): 88-94.
- Tamburin, Stefano; Federico, Angela; Faccini, Marco; Casari, Rebecca; Morbioli, Laura; Sartore, Valentina; Mirijello, Antonio et al. 2017. Determinants of quality of life in high-dose benzodiazepine misusers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(38): 1-11.
- Tannenbaum, Cara; Paquette, Amélie; Hilmer, Sarah; Holroyd-Leduc, Heyna y Carnahan, Ryan. 2012. A systematic review of amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment induced by anticholinergic, antihistamine, GABAergic and opioid drugs. *Drugs Aging*, 29(8): 639-658.
- Van der Heyden, J. H. A.; Gisle, L.; Hesse, E.; Demarest, S.; Drieskens, S. y Tafforeau, J. 2009. Gender differences in the use of anxiolytics and antidepressants: a population based study. *PDS. Pharmacoepidemiology & Drugs Safety*, 18(11): 1101-1110.
- Vicente Sánchez, María Pilar; Macías Saint-Gerons, Diego; Fuente Honrubia, Cesar; González Bermejo, Diana; Montero Corominas, Dolores y Catalá-López, F. 2013. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3): 247-255.