

**PATRÓN DE CONSUMO DE  
PSICOFÁRMACOS EN LA  
POBLACIÓN GERIÁTRICA DE  
ZARAGOZA Y SU RELACIÓN CON  
LA PSICOPATOLOGÍA**

**JOSE ENRIQUE ALONSO FORMENTO**

**TESIS DOCTORAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
2006**



**PATRÓN DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS**  
**EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE**  
**ZARAGOZA Y SU RELACIÓN CON LA**  
**PSICOPATOLOGÍA**

**Memoria para optar al grado de Doctor en Medicina presentada por:**  
**Jose Enrique Alonso Formento**

**Directores:**

**Dr. Pedro Saz Muñoz**  
**Dr. Antonio Lobo Satué**



Los abajo firmantes, D. Pedro Saz Muñoz, Profesor Titular de Psiquiatría y D. Antonio Lobo Satué, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza,

Hacen constar:

Que el trabajo titulado “Patrón de consumo de psicofármacos en la población geriátrica de Zaragoza y su relación con la psicopatología” que presenta D. Jose Enrique Alonso Formento, ha sido realizado bajo nuestra dirección y se considera adecuado para ser defendido como Tesis para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

En cumplimiento de la normativa vigente establecida en el Real Decreto 56/2005, de 21 de Enero (BOE de 25 de Enero), y en el acuerdo de 12 de Julio de 2005 del Consejo de Gobierno de la Universidad de Zaragoza, por el que se regula el Tercer Ciclo y la obtención del Título de Doctor, se destacan los aspectos más notables del trabajo que, a juicio de estos firmantes, son los siguientes:

- La revisión bibliográfica es adecuada y está actualizada.
- El motivo del estudio está justificado, dada la necesidad de conocer el consumo de psicotropos en la población geriátrica.
- Se plantean objetivos concretos a estudio, plasmados en unas hipótesis de trabajo, y se aplica una metodología adecuada para su investigación.
- Conocer los factores asociados al consumo de psicotropos.
- Se presentan resultados que se discuten en el contexto de la bibliografía internacional, y se finaliza con unas conclusiones que vienen respaldadas por los datos investigados.
- Estas conclusiones son relevantes para la práctica médico-psiquiátrica.

En Zaragoza a 18 de Abril de dos mil seis.

Fdo. Pedro Saz Muñoz  
Profesor Titular de Psiquiatría  
Universidad de Zaragoza

Fdo. Antonio Lobo Satué  
Catedrático de Psiquiatría  
Universidad de Zaragoza



## **AGRACEDIMIENTOS**

A mis directores de Tesis, Pedro Saz y Antonio Lobo, por su apoyo, asesoramiento y ayuda en la realización de todas las fases del trabajo.

A mi Tutor Docente durante mi Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, Fernando Martín, por creer en mí, por su apoyo, enseñanza y amistad.

A mi familia y amigos, por su estímulo y comprensión en todo lo que me propongo alcanzar y muy especialmente en la elaboración del presente trabajo.

A todos los ancianos de Zaragoza, que con su amabilidad prestan su tiempo y su “vida” para que se pueda avanzar en la investigación, y a los que espero que este trabajo beneficie verdaderamente.



A mi mujer Blanca, y a mis hijos Inés y Pablo,  
que han sabido comprender el tiempo  
robado a ellos y dedicado en este trabajo.



# **I. ÍNDICE**

“Si podéis curar, curad; si no podéis curar, calmad; si no podéis calmar, consolad”.  
*Augusto Murry.*



	<u>Página</u>
<b><u>I. ÍNDICE</u></b> -----	<b>9</b>
<b><u>II. INTRODUCCIÓN</u></b> -----	<b>19</b>
<b>1. CONSUMO DE MEDICAMENTOS. GENERALIDADES.</b> -----	<b>21</b>
1.1 Consideraciones generales sobre el medicamento.-----	21
1.2 Introducción a los estudios de consumo de medicamentos.-----	21
1.3 Consumo de medicamentos en la población general y factores sociodemográficos relacionados.-----	22
<b>2. CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN ANCIANOS.</b> -----	<b>22</b>
2.1 Consumo de medicamentos en la población anciana.-----	22
2.2 Características específicas del consumo de medicamentos en población de edad avanzada.-----	25
2.2.1 Cambios farmacocinéticos:-----	25
a) Absorción.-----	25
b) Distribución.-----	25
c) Eliminación: excreción y metabolismo renal y hepático.-----	26
2.2.2 Cambios farmacodinámicos:-----	27
2.2.3 Polimedicación.-----	28
2.2.4 Consumo crónico.-----	29
2.2.5 Cumplimiento terapéutico.-----	29
2.2.6 Automedicación.-----	30
2.2.7 Interacciones medicamentosas.-----	30
2.2.8 Reacciones adversas de los medicamentos.-----	31
2.2.9 Medicación inapropiada en personas de edad avanzada.-----	31
<b>3. CONSUMO DE PSICOTROPOS. GENERALIDADES.</b> -----	<b>33</b>
3.1 Consideraciones generales sobre los psicotropos.-----	33
3.1.1 Ansiolíticos e hipnóticos.-----	33
3.1.2 Antidepresivos.-----	34
3.1.3 Antipsicóticos.-----	34
3.2 Reacciones adversas de los psicotropos.-----	35
3.3 Consumo de psicotropos en la población general.-----	36
3.4 Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de psicotropos.-----	37
<b>4. CONSUMO DE PSICOTROPOS EN ANCIANOS.</b> -----	<b>37</b>
4.1 Consumo de psicotropos en población de edad avanzada.-----	37
4.1.1 Ansiolíticos e hipnóticos.-----	38
4.1.2 Antidepresivos.-----	38
4.1.3 Antipsicóticos.-----	39
4.2 Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de psicotropos en ancianos.-----	39
4.3 Población de edad avanzada en Instituciones y consumo de psicotropos.-----	40
4.4 OBRA 87.-----	41
<b>5. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.</b> -----	<b>43</b>

5.1 Patología psiquiátrica en la población de edad avanzada. -----	43
a) Demencia.-----	43
b) Depresión. -----	44
c) Trastorno de ansiedad e insomnio. -----	44
5.2 Patología psiquiátrica en la población de edad avanzada de Residencias.-----	45
5.3 Relación del consumo de psicotropos y las patologías psiquiátricas en la población de edad avanzada.-----	45
<b>6. INSOMNIO. -----</b>	<b>47</b>
6.1 Insomnio en la población general.-----	47
6.2 Insomnio en la población de edad avanzada. -----	47
6.3 Insomnio y consumo de psicotropos en la población de edad avanzada. -----	48
<b>7. CONSUMO DE ALCOHOL. -----</b>	<b>49</b>
7.1 Consumo de alcohol en población general. -----	49
7.2 Consumo de alcohol en la población de edad avanzada.-----	49
7.3 Consumo de alcohol y de psicotropos en la población de edad avanzada. -----	50
<b>8. CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA. -----</b>	<b>50</b>
<b>9. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. -----</b>	<b>51</b>
<b>10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.-----</b>	<b>51</b>
<b><u>III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</u> -----</b>	<b>53</b>
<b>OBJETIVOS. -----</b>	<b>55</b>
<b>HIPOTESIS -----</b>	<b>56</b>
<b><u>IV. MATERIAL Y MÉTODOS</u>-----</b>	<b>57</b>
<b>1. CONTEXTO DEL ESTUDIO.-----</b>	<b>59</b>
<b>2. DISEÑO DEL ESTUDIO. -----</b>	<b>61</b>
2.1 Ámbito del estudio.-----	61
2.2 Diseño del estudio: -----	61
<b>3. MUESTRA. -----</b>	<b>63</b>
3.1 Criterios para la selección de la muestra: -----	63
<b>4. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS. -----</b>	<b>64</b>
4.1 Mini-Examen Cognoscitivo (MEC).-----	64
4.2 Geriatric Mental State (GSM-B).-----	64
4.3 History and Aetiology Schedule (HAS). -----	65

4.4 El sistema computerizado AGE CAT (Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy).-----	66
4.5 Valoración del estatus funcional y de la incapacidad física. -----	67
a) Índice para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Katz.-----	67
b) Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y Brody.-----	67
4.6 Cuestionario EURODEM de factores de riesgo de demencia. -----	68
<b>5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES FUNDAMENTALES UTILIZADAS EN ESTE ESTUDIO: -----</b>	<b>69</b>
5.1 Datos de la entrevista.-----	69
5.2 Datos socio-demográficos: -----	69
5.2.1 Edad.-----	69
5.2.2 Sexo.-----	69
5.2.3 Estado civil.-----	70
5.2.4 Tipo de convivencia.-----	70
5.2.5 Nivel de educación.-----	70
5.2.6 Situación laboral principal desarrollada.-----	70
5.2.7 Situación económica.-----	70
5.3 Consumo de medicación.-----	71
5.4 Alteración del sueño en el mes previo.-----	72
5.5 Consumo de alcohol.-----	73
5.6 Variables relacionadas con la psicopatología.-----	73
5.6.1 Sujetos sanos o “no casos”.-----	73
5.6.2 Caso de demencia.-----	73
5.6.3 Diagnósticos psiquiátricos con los criterios del sistema computerizado AGE CAT.-----	74
<b>6. PROCEDIMIENTO. -----</b>	<b>75</b>
6.1. Estructura organizativa.-----	75
6.2 Estandarización de los “lay interviewers”.-----	75
6.3 Selección de sujetos.-----	76
6.4 Trabajo de campo.-----	76
6.5 Control y supervisión de entrevistas.-----	77
6.6 Fase psiquiátrica.-----	77
<b>7. CAUSAS DE NO ENTREVISTA.-----</b>	<b>78</b>
<b>8. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS. -----</b>	<b>79</b>
8.1 Base de datos.-----	79
8.2 Análisis estadísticos.-----	79
a) Análisis descriptivo.-----	80
b) Análisis bivariante.-----	80
<b>9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES. -----</b>	<b>80</b>
<b><u>V. RESULTADOS</u> -----</b>	<b>83</b>
<b>1. MUESTRA ESTUDIADA.-----</b>	<b>85</b>

<b>2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.</b> .....	<b>85</b>
<b>3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.</b> .....	<b>87</b>
3.1 Descripción general del consumo de medicamentos. ....	87
3.2 Consumo de los diferentes grupos de medicamentos. ....	88
3.3 Relación del consumo de medicamentos con las variables sociodemográficas. ....	89
<b>4. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.</b> .....	<b>91</b>
4.1 Descripción general del consumo de psicofármacos. ....	91
4.2 Patrón de consumo de psicotropos. ....	92
4.2.1 Subgrupos de psicotropos. ....	92
4.2.2 Frecuencia de consumo y tipo de prescripción de psicotropos. ....	93
a) Frecuencia de consumo de psicotropos. ....	93
b) Tipo de prescripción de psicotropos. ....	94
4.2.3 Relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con la frecuencia de consumo y con el tipo de prescripción. ....	94
4.3 Relación del consumo de psicotropos con el consumo de otros medicamentos. ....	95
4.4 Relación del consumo de psicotropos con las variables sociodemográficas. ....	95
a) Sexo. ....	95
b) Edad. ....	96
c) Estado civil. ....	97
d) Nivel de estudios. ....	98
e) Nivel económico. ....	99
f) Situación laboral. ....	99
g) Convivencia. ....	100
4.5 Número de psicotropos consumidos y su relación con las variables sociodemográficas. ....	101
4.6 Relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con variables sociodemográficas. ....	103
a) Ansiolíticos. ....	103
b) Antidepresivos. ....	104
c) Neurolepticos. ....	106
<b>5. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS AGECAAT.</b> .....	<b>108</b>
5.1 Descripción general de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT. ....	108
5.2 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de medicamentos. ....	109
5.3 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de psicotropos. ....	111
5.4 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el número de psicotropos. ....	113
5.5 Relación de los diagnósticos psiquiátricos con la frecuencia de consumo de psicotropos. ....	114
5.6 Relación de los diagnósticos psiquiátricos con el tipo de prescripción de psicotropos. ....	114

5.7 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECA	115
a) Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECA	115
b) Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECA	115
c) Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECA	116
5.8 Grupo de no diagnósticos psiquiátricos y consumo de psicotropos.	117
5.9 Diagnósticos psiquiátricos y no consumo de psicotropos.	117
5.10 Demencia y grupos de psicotropos.	118
5.11 Depresión y grupos de psicotropos.	119
5.12 Ansiedad y grupos de psicotropos.	119
5.13 Diagnósticos psiquiátricos en no consumidores de psicotropos.	122
<b>6. INSOMNIO.</b>	<b>123</b>
6.1 Descripción general del insomnio.	123
6.2 Relación del consumo de medicamentos con el insomnio.	123
6.2.1 Descripción general del consumo de medicamentos en relación	123
con el insomnio.	
6.2.2 Relación del número de medicamentos consumidos con el	124
insomnio.	
6.3 Relación del consumo de psicofármacos con el insomnio.	124
6.3.1 Descripción general del consumo de psicofármacos en relación	124
con el insomnio.	
6.3.2 Relación del número de psicotropos consumidos con el	124
insomnio.	
6.3.3 Relación del insomnio con la frecuencia de consumo y el tipo	125
de prescripción de psicotropos.	
a) Relación del insomnio con la frecuencia de consumo de	125
psicotropos.	
b) Relación del insomnio con el tipo de prescripción de	125
psicotropos.	
6.3.4 Relación del insomnio con los subgrupos de psicotropos	126
consumidos.	
a) Relación del insomnio con el consumo de ansiolíticos.	126
b) Relación del insomnio con el consumo de antidepresivos.	126
c) Relación del insomnio con el consumo de neurolepticos.	126
6.3.5 Relación de la patología psiquiátrica y el insomnio con el	127
consumo de los subgrupos de psicotropos.	
<b>7. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.</b>	<b>128</b>
7.1 Descripción general del consumo excesivo de alcohol.	128
7.2 Relación del consumo de medicamentos con el consumo excesivo de	128
alcohol.	
7.2.1 Descripción general del consumo de medicamentos en relación	128
con el consumo excesivo de alcohol.	
7.2.2 Relación del número de medicamentos consumidos con el	128
consumo excesivo de alcohol.	

7.3 Relación del consumo de psicofármacos con el consumo excesivo de alcohol. -----	129
7.3.1 Descripción general del consumo de psicofármacos en relación con el consumo excesivo de alcohol. -----	129
7.3.2 Relación del número de psicotropos consumidos con el consumo excesivo de alcohol. -----	129
7.3.3 Relación del consumo excesivo de alcohol con la frecuencia de consumo y el tipo de prescripción de psicotropos. -----	130
a) Relación del consumo excesivo de alcohol con la frecuencia de consumo de psicotropos.-----	130
b) Relación del consumo excesivo de alcohol con el tipo de prescripción de psicotropos. -----	130
7.3.4 Relación del consumo excesivo de alcohol con los subgrupos de psicotropos consumidos. -----	130
a) Relación del consumo excesivo de alcohol con el consumo de ansiolíticos. -----	131
b) Relación del consumo excesivo de alcohol con el consumo de antidepresivos. -----	131
c) Relación del consumo excesivo de alcohol con el consumo de neurolépticos. -----	131
<b><u>VI. DISCUSIÓN</u></b> -----	<b>133</b>
<b>1. DE LA METODOLOGÍA: MUESTRA Y DISEÑO.</b> -----	<b>135</b>
1.1 De las muestras y del proceso de localización de los individuos. -----	135
1.2 De las tasas de respuesta y de las causas de no entrevista. -----	135
1.3 De los instrumentos empleados. -----	136
1.4 De las limitaciones del diseño del estudio.-----	137
1.5 De las cuestiones metodológicas en relación a la medición del consumo de medicamentos y psicotropos. -----	137
1.5.1 De la medición del consumo de medicamentos y psicotropos y tipo de entrevista. -----	137
1.5.2 Del período de referencia tomado para medir el consumo de medicamentos y psicotropos. -----	137
1.5.3 De la fiabilidad y validez de los instrumentos de medición del consumo de medicamentos y psicotropos. -----	137
1.5.4 De las limitaciones de nuestro estudio en cuanto a la medición del consumo de medicamentos y de psicotropos. -----	137
<b>2. DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS.</b> -----	<b>138</b>
2.1 De la descripción general del consumo de medicamentos. -----	138
2.2 Del consumo de los diferentes grupos de medicamentos. -----	140
2.3 De la relación del consumo de medicamentos con las variables sociodemográficas. -----	140
<b>3. DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.</b> -----	<b>144</b>
3.1 De la descripción general del consumo de psicofármacos. -----	144
3.2 Del patrón de consumo de psicotropos. -----	145
3.2.1 De los subgrupos de psicotropos. -----	145

3.2.2 De la relación del consumo de psicotropos y la frecuencia de consumo y el tipo de prescripción. -----	148
a) De la frecuencia de consumo de psicotropos. -----	148
b) Del tipo de prescripción de psicotropos. -----	148
3.3 De la relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con la frecuencia de consumo y con el tipo de prescripción. -----	149
3.4 De la relación del consumo de psicotropos con el consumo de otros medicamentos.-----	149
3.5 De la relación del consumo de psicotropos con las variables sociodemográficas. -----	149
3.6 De la relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con las variables sociodemográficas. -----	152
<b>4. DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS AGECAAT. -----</b>	<b>154</b>
4.1 De la descripción general de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT. -----	154
4.2 De la relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de medicamentos. -----	155
4.3 De la relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de psicotropos. -----	156
4.4 De la relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con los subgrupos de psicotropos. -----	158
<b>5. DEL INSOMNIO. -----</b>	<b>160</b>
5.1 De la descripción general del insomnio.-----	160
5.2 De la relación del consumo de medicamentos con el insomnio.-----	160
5.3 De la relación del consumo de psicofármacos con el insomnio.-----	160
5.4 De la relación del insomnio con los subgrupos de psicotropos consumidos. -----	161
<b>6. DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.-----</b>	<b>161</b>
6.1 De la descripción general del consumo excesivo de alcohol. -----	161
6.2 De la relación del consumo de medicamentos con el consumo excesivo de alcohol. -----	161
6.3 De la relación del consumo de psicofármacos con el consumo excesivo de alcohol. -----	161
<b><u>VII. CONCLUSIONES</u>-----</b>	<b>163</b>
<b><u>VIII. BIBLIOGRAFÍA</u> -----</b>	<b>167</b>
<b><u>IX. ANEXO I. Entrevista ZARADEMP-I.</u> -----</b>	<b>181</b>
<b><u>X. ANEXO II. Clasificación ATC.</u> -----</b>	<b>229</b>



## **II. INTRODUCCIÓN**

“Saber envejecer es la obra maestra de la vida, y una de las cosas más difíciles en el arte  
dificilísimo de la vida”.

*Amiel*



## 1. CONSUMO DE MEDICAMENTOS. GENERALIDADES.

### 1.1 Consideraciones generales sobre el medicamento.

La utilización de sustancias con un fin terapéutico es una costumbre tan antigua como la propia humanidad. La ciencia ha ido evolucionando a lo largo del tiempo hasta la actualidad en que la Terapéutica Farmacológica pone a disposición de la Medicina múltiples fármacos y medicamentos. Hoy en día se define *fármaco* como aquella sustancia química que tiene acción sobre los seres vivos, y *medicamento* como aquella sustancia química que puede utilizarse para curar o aliviar las enfermedades (Baños y cols., 2002).

En los últimos años el consumo de estas sustancias se ha visto multiplicado, dando lugar a la aparición de numerosas reacciones adversas y a un aumento considerable del gasto farmacéutico.

### 1.2 Introducción a los estudios de consumo de medicamentos.

De ahí que los Servicios de Salud de los diferentes países hayan incrementado su interés por los estudios de consumo de medicamentos, con objeto de poder conocer su utilización real, sus factores de riesgo, y así estudiar medidas de racionalización de dicho consumo.

Como podremos observar en esta introducción, en la revisión bibliográfica acerca del consumo de medicamentos, encontraremos gran variabilidad de resultados, debido fundamentalmente a que los estudios no son homogéneos, habiendo variabilidad en los siguientes factores (Ohayon y cols., 1995, 1996):

- Muestra de la población objeto del estudio.
- Población a estudio, en cuanto a edad de inclusión de los sujetos (población de todas las edades, mayores de 14 años, mayores de 60 años, sujetos de 65 ó más años, mayores de 75 años) o en cuanto a la extensión de la población (un país entero, una comunidad urbana, una comunidad rural, centros sanitarios, residencias geriátricas...).
- País donde se efectúa el estudio (diferencias culturales, tanto en la población como en la profesión médica y en los sistemas de Salud).
- Los períodos de tiempo de los estudios.
- Fuentes de información del consumo: informes del paciente (por entrevista personal, correo, telefónica, autorrellenables...), informes del entrevistador, revisión de fichas médicas, datos de prescripción de farmacias o instituciones o Encuestas Nacionales de Salud.
- Tipos de medicamentos estudiados.
- La forma de codificación de los fármacos (ATC, Real Código, BNF, EPhMRA, GPI, Information Coding System...).
- Forma de consumo estudiada (consumo actual, consumo habitual, consumo ocasional, últimas dos semanas, últimas cuatro semanas, última semana anterior a la entrevista, consumo en el último mes, consumo en el último año, datos de prescripción puntual...).
- Metodología utilizada en el estudio (cuantitativos, cualitativos, de hábitos de prescripción, de cumplimentación terapéutica, de factores asociados, de intervención...).

Entre los primeros estudios de consumo de medicamentos con carácter internacional cabe destacar el realizado por Engel y Siderius en seis países europeos durante 1966 y 1967, y a pesar de los métodos rudimentarios, encontraron importantes diferencias en los patrones de consumo (OMS, 1968).

### 1.3 Consumo de medicamentos en la población general y factores sociodemográficos relacionados.

Otros resultados sobre el consumo de medicamentos en la población general de estos estudios son los siguientes:

- En la población general el consumo de medicamentos varía entre el 11,9-39,6% (Ohayon y cols., 1996).
- Los estudios en Gran Bretaña se caracterizan por una metodología más estricta y homogénea, y muestran una tasa más baja de consumo (10-12%), con menor variabilidad (Vázquez Barquero y cols., 1989).
- En España según Vázquez Barquero, en una comunidad rural en 1989, el consumo de medicamentos se estimó en un 25,1%.

Una gran variedad de estudios han investigado los *factores relacionados con el consumo de psicotropos* en la población, como recoge Grossberg en 1998. La mayoría de ellos han encontrado:

- Más consumo en mujeres.
- Aumento del consumo con la edad.
- Relación con el nivel de salud física y cognoscitiva.
- Importante porcentaje de consumidores crónicos.
- Otros datos sociodemográficos relacionados.

En la mayoría de los estudios los dos grupos de fármacos del sistema de clasificación “*Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index (ATC)*”, de mayor consumo fueron los correspondientes al aparato cardiovascular (C) en primer lugar y al sistema nervioso (N) en segundo lugar (Thompson y cols., 1983; Walley y cols., 1995; Kruse y cols., 1991; Williams y cols., 1999; Tomas y cols., 1999).

## 2. CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN ANCIANOS.

### 2.1 Consumo de medicamentos en la población anciana.

No hay una clara definición de “población anciana”, “edad avanzada” o “población geriátrica”. En la mayoría del mundo industrializado, se considera los 65 años como la edad tradicional de comienzo de la *edad avanzada*, que es escogida convencionalmente, por definición social, basada en la edad de jubilación (OMS, 1984; Ghodse y cols., 1997).

En los últimos años la esperanza de vida ha aumentado y la población de edad avanzada también, tanto el número absoluto como la proporción de este grupo de edad (Arbas y cols., 1998).

Según el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002, uno de cada diez habitantes del planeta supera ahora los 60 años y se espera que en el año 2050 uno de cada cinco sobrepase esa edad. Dentro de los países de la Unión Europea, *España* ocupa el cuarto lugar en cuanto al *porcentaje de población de 65 ó más años*, con un 16,7%, por detrás de Italia, Grecia y Suecia, y con el mismo porcentaje que Alemania y Bélgica. Se estima que, en el año 2020, el 19,8% de la población española tendrá 65 ó más años. En *Estados Unidos*, los individuos mayores de 65 años constituyen el 12,5% de la población.

En el censo de Población y Viviendas del año 1991, Aragón tenía una población de 1.188.817 habitantes, y el 17,9% correspondía a sujetos de 65 ó más años, de los cuales el 65% residía en Zaragoza.

Según los datos del censo del año 2001, en esos 10 años, la población mayor de 64 años de Aragón, se incrementó en un 21,8%, pasando del 17,9% al 20,7% del total de la población (*Tabla 1*).

**Tabla 1. Población aragonesa, 1991-2001.**

Población	1991		2001	
	> 65 años	%	> 65 años	%
<b>España</b>	5.369.252	<b>13,8</b>	6.796.936	<b>16,6</b>
<b>Aragón</b>	> 65 años	%	> 65 años	%
Huesca	42.546	20,5	47.739	23,1
Teruel	31.901	22,2	35.004	25,8
Zaragoza	137.761	16,4	166.278	19,3
<b>Total Aragón</b>	<b>212.208</b>	<b>17,9%</b>	<b>249.021</b>	<b>20,7</b>

Fuente: censo de Población y Viviendas de 1991 y de 2001

La *esperanza de vida en España* ha pasado de 33,9 y 35,7 años para hombres y mujeres, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, 1998), a ser en el momento actual de 75 años para los hombres y 83 años para las mujeres (Ribera y cols., 2001). Esto ha sido debido, en parte, a la mejora de la sanidad pública, avances de la tecnología médica, mejores condiciones de vida, reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad.

Este aumento de la longevidad tiene como consecuencia directa el incremento del consumo de medicamentos respecto a otros grupos de población (Finlayson y cols., 1994; García Fernández y cols., 1994). Las *razones* de este *mayor consumo en los pacientes de mayor edad* son, según Walley y cols (1995):

- Aumento del número de pacientes de esta edad.
- Aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades.
- Aumento del uso de los servicios sanitarios, y un aumento de la detección de las enfermedades.
- Reducción del nihilismo terapéutico de los médicos en relación con este grupo de edad.
- Consumismo, en respuesta a una demanda del paciente.
- Conducta defensiva de los médicos.

De hecho, la población de edad avanzada supone el 25% de las consultas médicas en USA, el 30% de las recetas de medicamentos en las encuestas y el 35% de la expedición de medicamentos en farmacias en este país (Vestal y cols., 1997).

Con respecto al *gasto sanitario*, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos ha estimado que el consumo en mayores de 65 años era 3,2 veces superior al del resto de población (Castells y cols., 2002). El coste de medicamentos del Sistema Nacional de la Seguridad Social representa un porcentaje muy importante. Este gasto en medicamentos ha ido incrementándose en los últimos años casi en un 10% anual (Baños y cols., 2002).

Los datos de la *bibliografía sobre consumo de medicamentos en ancianos* son:

- En Estados Unidos se estima el consumo de medicamentos en un 81,9% (Wilcox y cols., 1994).
- En Gran Bretaña, en una encuesta realizada en 1997, el 60% de los ancianos consumían algún fármaco y el 20% 3 ó más fármacos (García Alvarez, 1997). En otro estudio, en una muestra representativa nacional, se estimó que al 70%

se les había recetado medicamentos. La media de medicamentos consumidos por pacientes fue de 2,8 (Walley y cols., 1995).

- En Estocolmo en 1987, Wills y cols. observaron un consumo de medicamentos en sujetos de más de 75 años de un 85%.
- En los Países Bajos, Veehof y cols. en 1999, detectaron cifras de consumo de un 90%.
- En Dinamarca, según un estudio de Barat y cols. en 2000, el consumo de medicamentos en ancianos era del 96,5%.
- En *España*, el porcentaje de ancianos que consumen algún fármaco, varía entre el 71,6% y el 91,6%, con una media de 3-4 medicamentos por persona (Valderrama y cols., 1998; Gri y cols., 1999; Casado y cols., 2001). Los datos de la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE), revelan un incremento en los últimos años del consumo de algún medicamento en la población anciana. El ENSE del año 1993 informa de un consumo del 73% frente al 69% del año 1987, y en 1995 y 1997 elevan la cifra al 79%.
- En sujetos de edad avanzada de *Residencias*, el consumo de medicamentos se describe de un 80% en Residencias de México, de un 86% en 1988 en Gran Bretaña (Weedle y cols., 1988), de un 94% en residentes de 60 ó más años de Residencias de Los Angeles (Williams y cols., 1999) y de un 94% en sujetos al ingreso en una Clínica Geriátrica de Alemania (Kruse y cols., 1991).

Respecto al *número de medicamentos* consumidos por cada sujeto de edad avanzada, las cifras varían desde 2,25 hasta 5,4 medicamentos por persona en sujetos no institucionalizados (Barat y cols., 2000; Pedrera y cols., 1999; Ramos y cols., 2000), y de 4,3 a 8,1 medicamentos por sujeto de Residencias (Kruse y cols., 1991; Williams y cols., 1999; Beers y cols., 1992 y 2000).

Estos estudios coinciden en un mayor consumo en las *mujeres* con respecto a los *hombres*, con un rango de consumo observado que oscila entre el 51 y el 77% (Takala y cols., 1993; Cartwright y cols., 1988; Straand y cols., 1999; Kaufman y cols., 2002; Stuck y cols., 1995; Simoni y cols., 2000; Colvez y cols., 2002; Helling y cols., 1987).

Con respecto a la *edad* de los sujetos, hay muchos estudios que apuntan un incremento del consumo de medicamentos con el aumento de ésta, de los que destacan el de Vérez y cols. (1997), el de Vega y cols. (1996), el de Linjakumpu y cols. (2002), el de Chrischilles y cols. (1992), el de Perry y cols. (2001), y el de Chen y cols. (2001). También se demuestra un aumento del número de medicamentos por paciente con la edad (Walley y cols., 1995).

*Otras variables sociodemográficas* asociadas con el consumo de medicamentos son:

- Estado civil: *viudos* (Pedrera y cols., 1999; López Torres y cols., 1997).
- Nivel de estudios: los sujetos *analfabetos* (Pedrera y cols., 1999; López Torres y cols., 1997), y con *nivel educativo alto* (Johnson y cols., 1983).
- *Nivel económico con altos ingresos* (Johnson y cols., 1983).
- Situación laboral: los sujetos *desempleados* (Rathore y cols., 1998) , y las *amas de casa* (Lech y cols., 1975).
- Convivencia: los sujetos que *viven solos* (Gómez y cols., 1993).

Respecto a los *grupos de medicamentos* más utilizados por la población anciana de estos estudios de los diferentes países (en USA Thompson, en Gran Bretaña Walley y en España Tomas), coincidían todos en que el grupo más consumido de fármacos era el cardiovascular, y el segundo el de psicotropos.

## 2.2 Características específicas del consumo de medicamentos en población de edad avanzada.

Los pacientes psiquiátricos de edad avanzada tienen un gran riesgo de experimentar interacciones medicamentosas clínicamente significativas. Hay varios factores que contribuyen a este riesgo. Estos pacientes tienen un alto grado de comorbilidad médica, resultando en *polifarmacia*. También ocurren cambios en el metabolismo de los medicamentos con la edad: el metabolismo hepático se enlentece, y lo hace también la producción de ciertas proteínas normalmente unidas a medicamentos, que sirven para reducir los niveles de fármaco libre. Ambos procesos pueden llevar a niveles de medicamento activo más elevados, produciendo efectos secundarios tóxicos no buscados y potencialmente dañinos. Tales eventos están acelerados en pacientes con enfermedades hepáticas o disfunción renal, condiciones no infrecuentes en la población pregeriátrica y geriátrica (Arbas y cols., 1998).

Los cambios fisiológicos que la edad determina en la absorción, distribución y eliminación de los fármacos inducen cambios en la respuesta farmacológica, lo que, unido a la dificultad que muchas veces el paciente anciano presenta para la correcta cumplimentación de la prescripción de varios fármacos, hacen que en este grupo de edad las *interacciones medicamentosas* y el *uso inapropiado* de medicamentos sean frecuentes (Arbas y cols., 1998).

### 2.2.1 Cambios farmacocinéticos:

El efecto de la edad en la farmacocinética es resultado de cambios en las funciones fisiológicas.

#### a) Absorción.

Aunque se producen una serie de cambios interesantes e importantes en la fisiología que pueden influir en la absorción, no parece que tengan un efecto clínico significativo. Puede haber modificaciones con la edad en la absorción realizada por transporte activo, pero los cambios significativos son más frecuentes en el transporte pasivo de la mayoría de psicotropos (Thompson y cols., 1983). Aunque existe la posibilidad de que haya interacciones medicamentosas que puedan enlentece la absorción de forma significativa, o interferir en la absorción mediante la unión en el aparato gastrointestinal, es poco probable que esto pudiera diferir de forma significativa con la edad (Vestal y cols., 1997).

#### b) Distribución.

Existen factores fisiológicos importantes que pueden influir en la distribución de los fármacos (Jenike y cols., 1988), descritos en la *Tabla 2*.

**Tabla 2. Factores fisiológicos que modifican la distribución de los fármacos.**

Disminución de la masa magra corporal y del porcentaje de agua corporal	Aumento de la concentración plasmática de fármacos hidrosolubles
Disminución de la grasa corporal	Disminución de la concentración plasmática y eliminación más lenta de drogas liposolubles
Disminución de la albúmina sérica	Mayor porcentaje de droga metabólicamente activa, libre

El *aumento de la proporción de grasa* relacionado con la edad, es algo mayor en varones que en mujeres. Este aumento en la grasa corporal puede proporcionar al menos una explicación parcial para el aumento descrito del volumen de distribución que se ha descrito para los medicamentos liposolubles, como las benzodiacepinas. El volumen de distribución aumentado incrementará la vida media de ciertas benzodiacepinas (Shorr y cols., 1994). El descenso de la masa magra corporal incluye una disminución del 10-15% del agua corporal total. Para los medicamentos hidrosolubles, como el alcohol, el volumen de distribución disminuye, y una dosis equivalente llevará a un pico mayor de la concentración plasmática. Se ha observado que la concentración plasmática de albúmina está descendida en un 15-25%, y por ello también la fracción libre del fármaco. El efecto sobre la unión plasmática a medicamentos habitualmente no es muy importante (Vestal y cols., 1997).

El *volumen de distribución* puede cambiar de unos pacientes a otros, no sólo en la talla del individuo, sino reduciéndose en aquéllos que son delgados (magros), e incrementándose para aquéllos más obesos (Ghodse, 1997).

La edad puede también afectar aumentando la acumulación de metabolitos activos en el organismo de psicotropos administrados de forma crónica (Shorr y cols., 1994).

#### **c) Eliminación: excreción y metabolismo renal y hepático.**

Son probablemente los factores más importantes de los cambios en la farmacocinética de la población geriátrica.

Los cambios en el *metabolismo hepático* son impredecibles, varían individualmente (Jenike y cols., 1988).

Se ha visto también una disminución con la edad de la actividad de las enzimas de metabolización medicamentosa hepática. La metabolización enzimática puede ser oxidación, reducción, hidrólisis y conjugación (dentro de ésta la más importante es la glucuronidación). Hay menos cambios relacionados con la edad en la glucuronidación de los fármacos.

Mucho más importante es la disminución de la masa hepática con la edad, lo que significa que hay una disminución en la cantidad total de enzimas de metabolización hepática medicamentosa, y por lo tanto el aclaramiento hepático de los medicamentos de la circulación sistémica disminuye en estos pacientes.

La fracción de eyección cardíaca está disminuída y, por lo tanto, también disminuyen en un 30-40% el flujo sanguíneo renal y hepático.

El flujo sanguíneo hepático en personas mayores de 65 años está disminuido un 40%. Este es el resultado de una disminución de la fracción de eyección cardíaca y una disminución del tamaño hepático en relación a la masa corporal.

Los *cambios renales* con la edad están bien estudiados (Jenike y cols., 1988). A los 70 años la tasa de filtración glomerular disminuye en aproximadamente un 50%. Entre los 20 a los 80 años hay un 20% de disminución del tamaño del riñón y una pérdida del 30% en el número de glomérulos funcionantes. El aclaramiento de creatinina y el flujo sanguíneo renal en riñones sanos disminuye anualmente y el daño renal o la enfermedad reduce el aclaramiento aún más.

Existe también un deterioro de la función renal con la edad, y puede darse una reducción relacionada con enfermedades de la filtración glomerular, con un descenso consecuente en la eliminación de medicamentos excretados por esta vía, y con un margen terapéutico estrecho (digoxina, aminoglucósidos o litio).

En definitiva, se ha observado que a partir de los 65 años hay una disminución del flujo sanguíneo hepático en un 40%, de la función renal, del flujo sanguíneo renal y del aclaramiento de creatinina (Vestal y cols., 1997). El metabolismo de los psicotropos se lleva a cabo por los enzimas microsomales hepáticos, aunque el tracto gastrointestinal, pulmones, y riñones pueden participar en un grado menor (Thompson y cols., 1983). El metabolismo medicamentoso puede también verse afectado por el consumo de alcohol. El consumo de alcohol crónico puede inducir la activación de los enzimas microsomales hepáticos y aumentar el metabolismo de los medicamentos. Sin embargo este sistema enzimático está inhibido mientras el alcohol está todavía en la sangre (Thompson y cols., 1983).

En las personas de edad avanzada un nivel de creatinina sérica que habitualmente se considera normal no descarta la presencia de una función renal deteriorada. Estos pacientes tienen una masa muscular disminuida, así que tienen una disminución de la tasa de producción de creatinina. Una tasa disminuida del aclaramiento de creatinina a menudo coexiste con concentraciones de creatinina sérica en el rango normal, como se define en jóvenes adultos sanos.

La *Tabla 3* refleja un resumen de lo comentado.

**Tabla 3. Cambios fisiológicos con la edad en la eliminación.**

Disminución de la actividad enzimática hepática, flujo hepático y masa hepática	Disminución de la eficacia del metabolismo de sustancias extrañas
Disminución de la función renal del 40-50% asociado con niveles de creatinina normal	Disminución de la excreción renal. Prolongación de la VM de las drogas que son primariamente excretadas sin modificar

### 2.2.2 Cambios farmacodinámicos:

Fundamentalmente los cambios farmacodinámicos, según Jenike y Shorr, son dos:

- Alteración de los mecanismos homeostáticos.
- Aumento de la sensibilidad de los órganos diana (receptores y neurotransmisores cerebrales) a muchos efectos medicamentosos.

La respuesta a determinados medicamentos es diferente con la edad, porque disminuye la afinidad de los receptores, lo cual está asociado con una disminución de la producción de AMP cíclico y de la activación de la adenil-ciclase. Se acepta que la sensibilidad hacia los ansiolíticos es mayor en las personas mayores. Este grupo de edad es más sensible también a los analgésicos (Vestal, 1997). En estos casos la sensibilidad del receptor aumenta, resultando en un efecto mayor con una concentración plasmática determinada. Hay cambios en la estructura y función cerebral en personas mayores.

Existe una disminución de dopamina y acetilcolina del sistema nervioso central, que hace a la persona mayor más sensible a los efectos secundarios del fármaco. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen una pérdida de células colinérgicas en la base del cerebro y la enzima coli-acetil-transferasa, responsable de la producción de acetilcolina, está reducida drásticamente en sus cerebros. Así, cualquier fármaco con efecto anticolinérgico deteriorará más un sistema realmente dañado. Con la edad, la mayoría de niveles de neurotransmisores y enzimas parecen

disminuir. Se ha demostrado, sin embargo, un aumento de los niveles de monoaminoxidasa (MAO) en plasma humano, plaquetas y cerebro con la edad. Esto conllevaría unos niveles inferiores de serotonina y norepinefrina en el sistema nervioso central y haría a las personas mayores particularmente vulnerables a la depresión. Este aumento de la actividad de MAO se ha demostrado mayor en pacientes demenciados, y se ha sugerido que los IMAO pueden ser particularmente útiles en el tratamiento de pacientes con Alzheimer deprimidos (Jenike y cols., 1988).

### 2.2.3 Polimedicación.

En la bibliografía se define *polimedicación* o *polifarmacia* al consumo de 5 ó más medicamentos simultáneamente por un mismo paciente (Kruse y cols., 1991).

La polifarmacia es habitual en una población de edad avanzada que tiene individual y colectivamente acceso a una larga lista de diferentes medicinas, con lo que no sorprende que se produzcan reacciones adversas, incluyendo el abuso de drogas. De hecho, un estudio importante llevado a cabo hace años, demostró la relación entre el abuso de medicamentos por parte de la población geriátrica, y el número y naturaleza de estos medicamentos consumidos. Los medicamentos relacionados con el sueño, ánimo y apetito eran los más proclives a provocar su abuso (Ghodse, 1997).

La polimedicación es casi inevitable cuando las personas mayores adquieren varios problemas de salud. Hay varias *condiciones que predisponen a la polifarmacia*, según Vestal en 1997:

- Varios médicos atendiendo y recetando al mismo paciente.
- La utilización de varias farmacias.
- Propensión de médicos a recetar.
- Expectativas del paciente.
- Uso de las medicaciones para tratar síntomas, en vez de para tratar diagnósticos.
- La renuencia de médicos y pacientes para suspender viejas medicaciones.
- Múltiples medicaciones no necesarias.
- Pedir prestado medicamentos a familiares y amigos.

Muchas veces, las medicaciones recetadas tras un ingreso hospitalario se mantenían durante largo tiempo sin supervisión médica (Walley y cols., 1995). Hay una serie de recomendaciones en este sentido:

- Se debe mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Se deben mejorar las instrucciones escritas del alta hospitalaria.

El médico hospitalario debe indicar claramente la indicación de la terapia, su monitorización y su duración aproximada. El médico de Atención Primaria debe supervisarla.

Al menos el 90% de la población de edad avanzada consumen al menos un medicamento y la media es de cuatro fármacos por paciente en USA. Según la Muestra de Expedición Médica Nacional de 1987 en USA, se estimó que el 23,5% de personas mayores de 65 años recibían al menos uno de cada 20 medicamentos de forma inapropiada y el 20,4% recibían dos (Grossberg y cols., 1998; Vestal, 1997).

En Estocolmo, en 1987, Wills y cols. describieron en sujetos de más de 75 años un consumo de 4 ó más medicamentos en el 40% de la población estudiada (Wills y cols., 1997).

En Residencias de Los Angeles se observó un consumo de media de 5 medicaciones por persona (Williams y cols., 1999). En pacientes de 75 ó más años

al ingreso en una Clínica Geriátrica de Alemania consumían 5 ó más medicamentos un 43% (un 50% en los institucionalizados, y un 40% los no institucionalizados) (Kruse y cols., 1991).

#### 2.2.4 Consumo crónico.

En la bibliografía se considera el *consumo crónico de un fármaco a partir de 1 año* (Ohayon y cols., 1998).

Las patologías de los pacientes mayores de 65 años suelen ser crónicas, lo que provoca un consumo crónico de medicaciones y el desarrollo muchas veces de dependencia (Walley y cols., 1995).

#### 2.2.5 Cumplimiento terapéutico.

Cuando los profesionales médicos pretenden el manejo terapéutico de los trastornos psiquiátricos de los pacientes de edad avanzada, es esencial el cumplimiento terapéutico. Estos pacientes tienen múltiples problemas médicos concomitantes, con complejos regímenes terapéuticos, alta incidencia de efectos secundarios, miedo al estigma social y olvidos frecuentes. No sorprende que el cumplimiento terapéutico de estos pacientes, muchos de los cuales sufren de varios grados de deterioro cognoscitivo, para un régimen complicado medicamentoso, pueda ser pobre. El médico que atiende a estos pacientes debe estar alerta y tener en cuenta siempre otras medicaciones consumidas por el paciente (Ghodse, 1997).

Las principales razones para este incumplimiento de la medicación son según Grossberg y cols. (1998) y Walley y cols. (1995):

- Pobre instrucción del paciente.
- Regímenes complejos de tratamiento.
- Percepción diferente de la importancia de la enfermedad y del tratamiento por parte del médico y del paciente.
- Percepción de que las medicaciones no se necesitan o son inefectivas.
- El temor de estar tomando muchas medicaciones.
- Reacciones medicamentosas adversas.
- Inconveniencia.
- Actitud de diferentes grados de incumplimiento inteligente o de autoprotección.

Uno de los factores, según Grossberg, asociado al incumplimiento es la presencia de trastornos psiquiátricos mayores.

El *grado de incumplimiento terapéutico* en el anciano, tanto por exceso como por defecto, oscila entre el 40-75%, debido en parte al hecho de que la mayoría de ancianos maneja su propia medicación, al vivir solos o en pareja con otra persona de su misma edad (Tomas y cols., 1999).

Como recoge en su estudio Tomas y cols, se ha demostrado en varios estudios que de los pacientes de edad avanzada admitidos en un hospital, más del 25% eran consecuencia del incumplimiento terapéutico. Un ejemplo de esto son los antidepresivos como profilaxis a largo plazo de la recurrencia de la depresión. La evidencia de este incumplimiento se ha plasmado en varios estudios. En uno de ellos se observaba que el 20% de las recetas nunca se llegaron a recoger, y de las recogidas sólo el 50% de estas se tomaba correctamente.

En un estudio realizado en España, el cumplimiento terapéutico fue del 75%. Había mucha diferencia entre lo que el paciente estaba realmente tomando y lo que el médico general pensaba que estaba tomando. Un 60% habían tomado medicación las 24 horas previas. En el 40% no se había discutido el tratamiento con un médico

en los 6 meses previos. Sólo el 9% tenían un conocimiento pobre o inadecuado de para qué lo tomaban. Se atribuyen los errores en el consumo de medicamentos a unos registros inadecuados, revisiones inadecuadas, acúmulo del paciente de medicaciones previas y más de un médico prescribiendo para el paciente (Walley y cols., 1995).

Como apunta Walley, el riesgo de incumplimiento debería reducirse todo lo posible mediante las siguientes medidas:

- Simplificando los regímenes terapéuticos.
- Evitando la polifarmacia.
- Con instrucciones cuidadosas (preferiblemente escritas).
- Informando y motivando al paciente.
- Con revisiones periódicas “cara a cara” de la medicación.
- Con diálogo abierto entre médico-paciente.

### **2.2.6 Automedicación.**

Las personas ancianas son el grupo de edad en el que se observa la automedicación con más frecuencia, y en los que puede haber mayores efectos perjudiciales debidos a reacciones adversas con otras medicaciones que estén consumiendo estos pacientes (Douglas y cols., 1990). Este fenómeno de automedicación hace que se desconozca el consumo real de medicamento, y en especial de psicotropos en el grupo de edad más consumidora. Es difícil establecer qué medicación consumen estos pacientes, cómo las consumen y si está prescrita medicamento o no. Es fundamental el papel de los médicos de Atención Primaria para prevenir y detectar esta automedicación.

En USA, casi el 70% de los pacientes mayores usan regularmente medicaciones por cuenta propia, en comparación con casi el 10% de la población general adulta (Walley y cols., 1995). Entre las medicaciones consumidas por cuenta propia estaban como más frecuentes los analgésicos (casi el 55%) y laxantes. Los medicamentos consumidos por cuenta propia suponen al menos el 40% de todas las drogas usadas por pacientes mayores de 65 años.

En *España* se estima la automedicación en pacientes de edad avanzada en un 21% (Tomas y cols., 1999).

### **2.2.7 Interacciones medicamentosas.**

Las interacciones medicamentosas son muy frecuentes en los ancianos, quienes suelen recibir varios fármacos como tratamiento de patologías múltiples y crónicas. Otras veces consumen fármacos que no precisan, habitualmente para intentar compensar demandas asistenciales que deberían ser resueltas de otra forma (Fernández y cols., 1999).

Las interacciones medicamentosas pueden ser debidas a mecanismos farmacocinéticos o farmacodinámicos:

**a) Las interacciones farmacocinéticas** incluyen alteraciones en la absorción, distribución, metabolismo o aclaramiento de los medicamentos (Grossberg y cols., 1998):

- La absorción de fármacos en el intestino puede afectarse por otros medicamentos que alteran la motilidad gastrointestinal o se unen al fármaco.
- La distribución de los fármacos puede afectarse por desplazamiento de otros medicamentos de las proteínas de unión plasmáticas.

- El metabolismo de los fármacos puede ocurrir en el intestino, sangre, hígado o riñón. El sistema hepático del citocromo P-450 juega un papel importante en el metabolismo de los psicotropos. El sistema del citocromo P-450 se compone de unas 30 isoenzimas, clasificadas en cuatro familias. Este sistema interviene en el metabolismo de numerosos medicamentos, entre ellos psicotropos. Hay determinados fármacos que inhiben estas enzimas, como son: ketoconazol, eritromicina, nefazodona, fluvoxamina, norfluoxetina, fluoxetina, sertralina, desmetilsertralina, paroxetina, venlafaxina, quinidina y flufenazina.
- El aclaramiento de los fármacos ocurre en el riñón o en el sistema biliar.

**b) Las interacciones farmacodinámicas** ocurren en el sitio de acción, bien directamente en los receptores o vía algún modulador indirecto.

La primera medida para el manejo de las interacciones farmacológicas es su prevención. Se deben prescribir los fármacos que sean necesarios en los sujetos ancianos y evitar la prescripción de los que no lo son. Además cada vez que introduzcamos un medicamento deberemos plantearnos si puede aparecer alguna interacción con los que recibe el paciente previamente. Algunas interacciones tienen una importancia clínica menor, en tanto que otras pueden tener consecuencias graves si no atendemos a su manejo (Beers y cols., 1992).

### **2.2.8 Reacciones adversas de los medicamentos.**

En todas las situaciones clínicas, las personas ancianas experimentan de 4-7 veces más efectos adversos medicamentosos que en personas jóvenes (Walley y cols., 1995). Las *razones* por las que esta población está más expuesta a las reacciones adversas son:

- Polifarmacia.
- Deterioro de los mecanismos homeostáticos.
- Farmacocinética alterada.
- Farmacodinamia alterada.

La prevalencia es aproximadamente, según Walley, del 30%. Hasta el 20% de las admisiones hospitalarias se deben a efectos adversos. En pacientes mayores hospitalizados la incidencia oscila entre 10-25%. En los pacientes que viven en la comunidad oscila entre 15-25%. Aproximadamente el 50% de las muertes en pacientes mayores de 60 años están relacionadas con reacciones adversas medicamentosas.

### **2.2.9 Medicación inapropiada en personas de edad avanzada.**

Ha habido mucha controversia sobre lo que era una medicación inapropiada. Los medicamentos que son adecuados en unos pacientes, pueden no serlo en edades avanzadas (Avorn y cols., 1995). La prescripción inadecuada de fármacos, como por ejemplo de psicotropos, en estos pacientes se ha asociado con un alto riesgo de complicaciones y éstas pueden manifestarse con cierto grado de morbilidad o incluso de mortalidad (Aparasu y cols., 1998).

Las *razones para una prescripción inapropiada* son, según Walley:

- Entusiasmo terapéutico: el deseo del médico de responder a síntomas y problemas con tratamiento, fundamentalmente farmacológico.
- Tratamiento enérgico que puede llevar a una prescripción aumentada y concatenada.

- Demanda del paciente real o percibida.
- Respuesta inapropiada a problemas no médicos.
- Expectación irrealista por parte del médico, del paciente o ambos.
- La prescripción por rutina, en vez de individualizar el tratamiento para las personas de edad avanzada, considerando las necesidades reales del paciente.
- Revisiones inadecuadas, lo cual lleva a no suspender los tratamientos.
- No hacer un adecuado diagnóstico antes de iniciar el tratamiento.
- Promoción de la industria farmacéutica que anima a prescribir en respuesta a todos los problemas.

En 1991, Beers y cols., publicaron un conjunto de criterios para determinar la medicación inadecuada. Estos criterios se desarrollaron con el consenso de 13 expertos en Farmacología Clínica Geriátrica, Psicofarmacología, Farmacoepidemiología, Geriátricos Clínicos y cuidadores crónicos. Se incluían varios psicotrofos considerados inapropiados para personas de edad avanzada (Gurwitz y cols. 1994):

**a) Medicamentos que hay que evitar:**

- Benzodiazepinas de vida media larga.
- Antidepresivos tricíclicos como la Amitriptilina.
- Analgésicos opiáceos como la Pentazocina.
- Barbitúricos.
- Tratamientos ineficaces para la Demencia.

**b) Medicamentos que hay que evitar una excesiva duración:**

- Benzodiazepinas de vida media corta.

**c) Medicamentos que hay que evitar unas dosis excesivas:**

- Antipsicóticos (por la severidad de sus efectos secundarios, deberían ser usados sólo para controlar síntomas severos y no cuando un diagnóstico es incierto).

Las *sustancias adictivas* consumidas con más frecuencia en este grupo de edad son los ansiolíticos y los narcóticos orales (Ghodse, 1997).

Las *benzodiazepinas* deberían prescribirse cautelosamente, en dosis mínima y para períodos limitados de tiempo. Sólo las de vida media corta están recomendadas, ya que tienden a acumularse menos en sangre.

Los *barbitúricos* deberían evitarse en esta población por sus cualidades de habituación, sus reacciones adversas, su pequeño rango terapéutico, y el riesgo asociado con su sobredosis (Thompson y cols., 1983).

Con respecto a las *medicaciones nuevas*, se debe tener especial cuidado ya que sus efectos en personas de edad avanzada no son bien conocidos (Walley y cols., 1995).

También se considera que habría que evitar, según el estudio de Svarstad de 1991:

- Un consumo de múltiples psicotrofos.
- Asociaciones medicamentosas potencialmente dañinas.

En un estudio Nacional en USA, según los criterios de Beers, un 23,5% de los sujetos mayores de 65 años recibían al menos un fármaco inapropiado (un 28,7% de los que consumían algún medicamento). Los *factores de riesgo* incluían a las

mujeres, los pacientes con poca salud, y los institucionalizados. Las medicaciones más frecuentes eran las benzodiazepinas de vida media larga y los antidepresivos tricíclicos (Wilcox y cols., 1994).

Un estudio en ancianos de Residencias demostró que el 40% consumían medicaciones inapropiadas (Gurwitz, 1994).

### 3. CONSUMO DE PSICOTROPOS. GENERALIDADES.

#### 3.1 Consideraciones generales sobre los psicotropos.

Una medicación es considerada *psicotropa* si su principal *efecto es directo en el sistema nervioso central*, de acuerdo con el sistema de Información de Medicamentos de Iowa, que clasifica los principios activos de los medicamentos en categorías terapéuticas establecidos por la Sociedad Americana de Formularios Hospitalarios (Dealberto y cols., 1997).

Se definen las siguientes clases de *medicamentos psicotropos*:

- Ansiolíticos.
- Antidepresivos.
- Antipsicóticos.
- Estimulantes cerebrales.
- Litio.
- Antiparkinsonianos.
- Anticonvulsivantes.

De estos grupos, los más consumidos y más adictivos son los tres primeros, que serán nuestro objeto de estudio.

#### 3.1.1 Ansiolíticos e hipnóticos.

Las *benzodiazepinas* son con diferencia el *grupo de psicotropos más consumido*. Fueron sintetizadas por primera vez en la década de los 30, pero sus propiedades psicoactivas no fueron reconocidas hasta 1958. A partir de 1960 hubo un aumento dramático de su consumo hasta la actualidad. Son también los psicotropos más recetados en personas de edad avanzada, frecuentemente de forma crónica, y sobre todo en Instituciones.

Las *indicaciones* fundamentales de este grupo farmacológico son los trastornos de ansiedad y el insomnio. Otras indicaciones son como coadyuvante en los trastornos del ánimo, anticonvulsivantes, relajantes musculares y como ayudantes en la anestesia general (Shorr y cols., 1994).

Los ansiolíticos son particularmente problemáticos para los ancianos por su toxicidad cognoscitiva, el riesgo elevado de caídas y fracturas de cadera, y el riesgo de dependencia.

En el consumo durante períodos de tiempo mayores de 3-4 meses de estas sustancias no hay evidencia de su efectividad, y se han descrito fenómenos de tolerancia, acumulación medicamentosa, adicción y abstinencia del fármaco (Perry y cols., 2001).

El reducir la frecuencia de uso a una pauta a demanda puede reducir el riesgo de caídas y teóricamente limita la dependencia, pero la ansiedad o insomnio de rebote puede complicar el consumo intermitente. Los síntomas de abstinencia ocurren casi siempre después de tres meses de consumo continuo de benzodiazepinas. Los síntomas de abstinencia de benzodiazepinas comienzan el día 3-8 tras su interrupción y puede durar 2-3 semanas. En la práctica puede ser difícil distinguir estos síntomas de la recurrencia del insomnio o de la ansiedad. La severidad de la abstinencia depende

de la personalidad del paciente y del consumo de alcohol concurrente, pero no de la edad del paciente.

Por lo tanto en situaciones clínicas de ansiedad o insomnio, se recomienda la prescripción de cantidades limitadas de medicamentos con vida media corta. El Formulario Británico nacional estableció que el consumo adecuado de ansiolíticos era para el alivio a corto plazo de los estados definidos de ansiedad, y que no deberían usarse para tratar los síndromes depresivos, ni para el control del estrés crónico de la vida diaria (Taylor y cols., 1998).

Si las benzodiacepinas se utilizan continuamente durante seis semanas o más, se recomienda una disminución gradual de 2-12 semanas con un seguimiento frecuente para evaluar los efectos adversos, efectividad del tratamiento o signos de abstinencia (Shorr y cols., 1994).

### **3.1.2 Antidepresivos.**

Los *antidepresivos* son el *segundo grupo de psicotropos consumidos* en la población geriátrica no institucionalizada. Sin embargo son un grupo de psicofármacos *infrautilizados* por los médicos de Atención Primaria en estos pacientes, sobre todo en Instituciones Sanitarias (Pharoah y cols., 1995).

La *indicación* fundamental para la utilización de antidepresivos en pacientes ancianos era la depresión, y en menos casos el insomnio, el dolor o la agitación (Grossberg y cols., 1998).

Se ha demostrado que los trastornos depresivos son frecuentes en este grupo de edad, sobre todo en las personas institucionalizadas, y en muchos casos estos trastornos son infradiagnosticados, y por lo tanto infratratados. Esto es en parte debido a que los síntomas depresivos pueden ser malinterpretados en estos pacientes como reacciones de enfermedades crónicas, o como una respuesta a la institucionalización. Esto es particularmente desafortunado porque la depresión en el anciano responde bien a la terapia farmacológica. En contraste, la depresión no tratada está asociada con un aumento de la mortalidad (sobre todo por suicidios) y causa un obvio empeoramiento su calidad de vida (Avorn y cols., 1995).

Sin embargo, es importante utilizar en estos pacientes antidepresivos seguros en dosis terapéuticas y en sobredosis, como son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, y los nuevos tricíclicos (Philpot y cols., 1994).

Los IMAOS son el grupo menos usado. Pueden ser utilizados con seguridad en personas mayores cuando se toman en cuenta ciertas precauciones. Muchos pacientes que no responden a los tricíclicos ni a los nuevos antidepresivos, mejoran con los IMAOS. Es esencial que todos los pacientes en tratamiento con IMAOS reciban dietas y precauciones. Se requiere una dieta baja en tiramina, necesitando evitar comidas como queso fermentado, yogourt, cerveza, vino tinto, cantidades excesivas de cafeína y chocolate. También hay que evitar medicamentos como antigripales, descongestionantes nasales, supresores del apetito y anfetaminas.

### **3.1.3 Antipsicóticos.**

Son el *segundo grupo de psicotropos consumidos en pacientes ancianos institucionalizados*.

Según los autores Jenike y cols. los antipsicóticos se prescriben en diferentes condiciones, como son la demencia, el delirium, la esquizofrenia, la paranoia, los trastornos de percepción, los trastornos del ánimo con rasgos psicóticos, las condiciones neurológicas, el abuso de sustancias, la psicosis inducida por fármacos, los desordenes de pensamiento, la agresividad, y los trastornos del comportamiento.

Existe un frecuente consumo de antipsicóticos en los pacientes mayores, a pesar de que éstos son particularmente susceptibles a los efectos adversos de estas medicaciones. Es necesario un análisis apropiado del riesgo-beneficio de su uso en estas personas, debiendo incluir una estimación de las posibles mejoras asociadas con estas medicaciones, frente a sus posibles efectos adversos, incluyendo los trastornos cognoscitivos (Byerly y cols., 2001).

Múltiples estudios advierten de una utilización indebida en pacientes mayores con trastornos del comportamiento, sin un claro diagnóstico psiquiátrico, sobre todo en Instituciones Sanitarias (Stoudemire y cols., 1996).

### 3.2 Reacciones adversas de los psicotropos.

Los psicotropos pueden producir múltiples efectos adversos en los ancianos como son un cierto grado de deterioro cognoscitivo (Finlayson y cols., 1994), reducción de la función mental, adicción, apnea del sueño, trastornos del sueño, caídas y fracturas de cadera (Douglas y cols., 1990).

Las *reacciones adversas* observadas con más frecuencia en cada uno de los grupos de psicotropos son (Avorn y cols., 1995):

**a) Los ansiolíticos** pueden desencadenar caídas con fracturas (sobre todo de cadera y muñeca), somnolencia diurna, confusión, ataxia, disartria, incoordinación, olvidos, deterioro de la atención y amnesia anterógrada, apneas del sueño, disminución del deseo sexual, astenia, sedación excesiva, trastornos de la percepción, depresión, demencia, delirium, y tolerancia, adicción y abstinencia en la administración crónica.

Los síntomas de abstinencia pueden incluir ansiedad, falta de descanso, trastornos del sueño, cefalea, calambres musculares, sabor metálico, visión borrosa, náuseas y psicosis (Shorr y cols., 1994).

En pacientes depresivos o pacientes con demencia leve o subclínica, pueden ocasionar un empeoramiento de estas patologías y ocasionalmente un delirium florido (Thompson y cols., 1983).

El riesgo de caídas y fracturas de cadera no era significativo con los ansiolíticos de vida media corta, pero se multiplicaba por dos con los ansiolíticos de vida media larga, y con los antidepresivos tricíclicos.

En las BZD de vida media ultracorta pueden producirse diferentes fenómenos como insomnio de rebote y despertar precoz.

Los barbitúricos son proclives a producir una excitación paradójica, supresión del sueño REM y causar pesadillas e insomnio en pacientes mayores.

**b) Los antidepresivos** pueden producir sedación excesiva, efectos anticolinérgicos centrales (delirium, confusión, deterioro cognoscitivo) o periféricos (taquicardia, retención urinaria, constipación, visión borrosa, y boca seca), arritmias, hipotensión arterial ortostática, disminución de la contractilidad cardíaca, alteraciones de la conducción cardíaca, confusión, riesgo en sobredosis, distonía aguda, parkinsonismo, acatisia, disquinesia tardía (Jenike y cols., 1988).

Los IMAOS pueden dar efectos secundarios anticolinérgicos (retención urinaria, sedación, impotencia, toxicidad hepática), hipotensión ortostática, caídas, insomnio, crisis hipertensivas con interacciones con tiramina y medicamentos.

**c) Los antipsicóticos** darán hipotensión arterial, taquicardia refleja, sedación, apatía, hipotensión ortostática, inestabilidad, caídas con fracturas de cadera, efectos

anticolinérgicos, síndromes extrapiramidales (disquinesia tardía, parkinsonismo, acatisia, distonía aguda, disquinesia de abstinencia y reacción catatónica), fotosensibilidad, rash maculopapular, alteración del mecanismo termorregulador hipotalámico, complicaciones hematológicas (agranulocitosis), crisis epilépticas y deterioro cognoscitivo (Jenike y cols., 1988; Byerly y cols., 2001).

La edad avanzada se correlaciona no solo con el aumento de la prevalencia de la disquinesia tardía, sino también con su severidad.

Estos efectos adversos son menos probables con los nuevos antipsicóticos.

### 3.3 Consumo de psicotropos en la población general.

El consumo de psicotropos aumentó en muchos países hasta la mitad o finales de la década de los 70, sobre todo de benzodiacepinas. Las opiniones negativas hacia su consumo debidas a los informes de efectos adversos y síndromes de dependencia, abstinencia y de rebote, unido a las intervenciones de las autoridades, disminuyó su consumo en la década de los 80. Sin embargo la aparición de nuevos antidepressivos (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina) en 1988-1989 aumentó el consumo de este grupo de psicotropos (Helgason y cols., 1997; Pincus y cols., 1998). En los últimos 20 años se ha observado una tendencia hacia el consumo creciente de benzodiacepinas como grupo farmacológico más extendido (Torres y cols., 1993).

Hoy en día hay un *extenso consumo de psicotropos* en los países desarrollados, de tal forma que se ha convertido en un problema mayor de Salud Pública (Fourrier y cols., 2001).

Los datos registrados en la *bibliografía* sobre el consumo de psicotropos en la población mayor de 14 años son:

- El consumo de psicotropos varía de un 3,5% hasta un 21% según los estudios (Ohayon y cols., 1998; Mateo Fernández y cols., 1997). Suponen el 15% de todas las prescripciones dispensadas en las Farmacias (Vázquez Barquero y cols., 1989).
- En Reikiavik en 1984, 1989 y 1993 un 5% en hombres y un 8-9% en mujeres consumían psicotropos (Helgason y cols., 1997).
- En Francia en 1993 el consumo era del 11,7% (Ohayon y cols., 1996).
- En Quebec en 1993 este consumo era del 5,5% (Ohayon y cols., 1996).
- En USA en 1994 suponía un 8,8% (Pincus y cols. 1998).
- En *España*, las tasas de prescripción de psicotropos descritas varían entre 9,4 y 15,5% (Vázquez Barquero y cols., 1989). En una Encuesta Nacional realizada por Balter y cols. la prevalencia era del 9,75% (un 7% en hombres y un 12,5% en mujeres). Según Vázquez Barquero, en una comunidad rural en 1989 el consumo de psicotropos era un 6,9% (10,7% en hombres y un 2,6% en mujeres). Otro estudio en población española demostraba una tasa de consumo de psicotropos de 9,3% (un 12,5% en mujeres y un 7% en hombres). En una consulta de Atención Primaria el consumo ascendía al 21% (Mateo Fernández y cols., 1997).

Con respecto al *número de psicotropos consumidos por sujeto* se describe en la bibliografía un consumo de más de un psicotropo en la población general del 23,2-32,56% de los sujetos (Mazza y cols., 1995; Joukamaa y cols., 1995).

El *grupo de psicotropos más consumido* en la población general es el de los *ansiolíticos*. Su consumo varía desde un 0,8% hasta un 24% según diferentes autores en diferentes países en la población general (Dunbar y cols., 1989; Vázquez Barquero y cols., 1989; Ohayon, 1996). El consumo de ansiolíticos con respecto al consumo de psicotropos se describe desde un 33% hasta un 74,2% (Pincus y cols., 1998; Torres y

cols., 1993; Mateo Fernández y cols., 1997). Respecto a los hipnóticos las cifras rondan del 0,9-3,7% (Allgulander y cols. 1991).

El *segundo grupo* es el de *antidepresivos* con una prevalencia que varía desde el 1,7-8,5% (Ohayon y cols., 1998; Mazza y cols., 1995; Joukamaa y cols., 1995), y con respecto a los consumidores de psicotropos, del 17-45,2% (Ohayon y cols., 1998; Pincus y cols., 1998; Mateo Fernández y cols., 1997)

El *tercer grupo de psicotropos* consumidos es el de *neurolépticos* con una prevalencia variable desde un 1,7% a un 13% (Pincus y cols., 1998; Torres y cols., 1993; Mazza y cols., 1995; Joukamaa y cols., 1995).

El *subgrupo de psicotropos más consumido* es, en todos estos estudios, con diferencia, el de *benzodiacepinas de vida media larga*.

### **3.4 Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de psicotropos.**

Los factores demostrados que se relacionan con el consumo de psicotropos son el sexo femenino (el doble que en el sexo masculino), la edad avanzada, la patología física (sobre todo crónica), la patología psiquiátrica, el consumo de otras medicaciones, el consumo de otros psicotropos, la pérdida de apoyo social, el área urbana, vivir solo (separado, divorciado o viudo), la no actividad laboral fuera del hogar, y el bajo nivel educacional (Ohayon y cols., 1995 y 1998; Vázquez Barquero y cols., 1989; Takala y cols., 1993; Taylor y cols., 1998, Fourrier y cols., 2001, Mateo Fernández y cols., 1997 y la Canadian Medical Association en 1993). Otros factores dudosos son los consumidores previos de psicotropos (Takala y cols., 1993), y la actividad diaria limitada (Douglas y cols., 1990).

## **4. CONSUMO DE PSICOTROPOS EN ANCIANOS.**

### **4.1 Consumo de psicotropos en población de edad avanzada.**

Los sujetos de edad avanzada además de ser los más consumidores de psicotropos, son los más sensibles a las reacciones adversas de éstos, sobre todo por sus propiedades de alterar la función cognoscitiva (Grossberg y cols., 1998).

De forma creciente, estas personas ancianas son animadas y capacitadas a continuar viviendo solos. Mientras esta es la primera opción de muchos, aparecen verdaderos problemas de aislamiento social como consecuencia de la pérdida del cónyuge, y la separación o la pérdida de amigos y otros familiares. La progresiva fragilidad física combinada con el temor de agresiones o caídas, puede acarrear que estas personas salgan menos y se conviertan en cuidadores de su casa y dependientes de otras personas. Habitualmente hay una pérdida de ingresos y una pobreza relativa en comparación con el nivel de vida previo, y esto combinado con la pérdida de objetivos y funciones, puede ser intensamente estresante para personas previamente decidida y atareada. Todos estos factores contribuyen a un complejo problema psicosocial que se puede manifestar como síntomas de ansiedad y depresión, que son habitualmente tratados con psicotropos, a menudo sedantes, como benzodiacepinas. Como los problemas son de larga duración, el tratamiento tiende a ser también largo, llevando a todos los *riesgos del consumo crónico de sedantes* como son la tolerancia, dependencia e intoxicación por sobredosis (Thompson y cols., 1983).

Algunas de estas personas mayores ya consumían previamente estos psicotropos y llegan a la edad avanzada con un hábito crónico establecido, muchas veces con una no diagnosticada dependencia (Ghodse, 1997; Douglas y cols., 1990).

En la población geriátrica se ha observado que la prescripción repetitiva, sin contacto médico-paciente, que es la más común en estos pacientes, y la ausencia de

revisiones periódicas, produce un infrauso de medicación en general y un *sobreuso de psicotropos* (Walley y cols., 1995).

El consumo de psicotropos en población geriátrica es un problema de salud pública de considerable interés (Shorr y cols., 1994). Se estima que el 17,5% de todas las prescripciones farmacológicas ambulatorias de sujetos mayores de 65 años son psicofármacos, y el 30% de los sujetos internados en residencias geriátricas (Dealberto y cols., 1997).

Los datos recogidos en la *bibliografía* demuestran los siguientes datos:

- En estudios realizados en comunidad el 23,4% de sujetos > 65 años consumían psicotropos (Finlayson y cols., 1994).
- En Francia el consumo era de un 37,6% (Fourrier y cols., 2001).
- En Finlandia el consumo era de 15,5% (Laukkanen y cols., 1992).
- En estudios de USA la frecuencia de consumo oscilaba entre 12,3-28,9% (Douglas y cols., 1990; Dealberto y cols., 1997; Johnson y cols., 1991). en 1977 el consumo de psicotropos por sujetos mayores de 65 años era del 15% en hombres y 24% en mujeres (Douglas y cols., 1990).
- En un área de España (Asturias) el 24% de los pacientes de edad avanzada, con un predominio en las mujeres (72,1%), y el grupo farmacológico más consumido eran las benzodiacepinas de vida media larga (Tomas y cols., 1999; García Fernández y cols., 1994).

Sobre el *consumo de más de un psicotropo* se estima entre el 14,5-22% de las poblaciones ancianas estudiadas (Dealberto y cols., 1997).

Los datos registrados en la bibliografía de cada uno de los tres grupos de psicotropos son:

#### 4.1.1 Ansiolíticos e hipnóticos.

Son el *grupo de psicotropos más consumido en ancianos* (Shorr y cols., 1994).

La prevalencia descrita en la bibliografía es:

- En Suecia en un estudio en sujetos mayores de 65 años se observó un consumo de ansiolíticos de un 26,8% (Fourrier y cols., 2001).
- En Francia un 31% (sobre todo de las de vida media larga) (Fourrier y cols., 2001).
- En Gran Bretaña en una comunidad urbana en 1982-83 y 1989-91 un 10,8-12,8% (Taylor y cols., 1998).
- En USA en torno al 5,96-20% de los sujetos mayores de 65 años (el 40,9-52% de los que consumen psicotropos) (Douglas y cols., 1990; Dealberto y cols., 1997; Taylor y cols., 1998; Fourrier y cols., 2001; Forsell y cols., 1997).
- En *España* no se han encontrado estudios fiables al respecto.

Si consideramos sólo el grupo de los *hipnóticos*, los datos varían desde el 1,55% hasta el 31,2% (Dealberto y cols., 1997; Forsell y cols., 1997; Avorn y cols., 1992).

#### 4.1.2 Antidepresivos

- En USA el consumo de antidepresivos en ancianos se estimó en un 2,03-4,3%, y de un 35,8% del total de psicotropos consumidos (Douglas y cols., 1990; Dealberto y cols., 1997; Pincus y cols., 1998).
- En Estocolmo su consumo se estimó sólo del 0,6% (Forsell y cols., 1997).

### 4.1.3 Antipsicóticos

Datos recientes indican que el 23% de las prescripciones de antipsicóticos se realizan a pacientes geriátricos (Byerly y cols., 2001).

Los datos de los estudios sobre este grupo de psicotropos son:

- En USA un 1,51-2,58% de los sujetos mayores de 65 años consumían antipsicóticos, y un 25-32% de todos los psicotropos consumidos (Dealberto y cols., 1997; Pincus y cols., 1998; Avorn y cols., 1992).
- En Estocolmo se observó este consumo del 5,2% Forsell y cols., 1997).

El *subgrupo más consumido de psicotropos en ancianos* es, con diferencia, el de *benzodicepinas de vida media larga* (Ohayon y cols., 1995 y 1996, Wilcox y cols., 1994, García Fernández y cols., 1994, Shorr y cols., 1994, Fourrier y cols., 2001 y Johnson y cols., 1991).

## 4.2 Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de psicotropos en ancianos.

Muchos de los *factores de riesgo* descritos para el consumo de psicotropos en sujetos de edad avanzada son comunes a los de la población general:

- *Sexo femenino*, con una frecuencia que es el doble que en el sexo masculino (Ohayon y cols., 1995, 1996 y 1998; Grossberg y cols., 1998; Wills y cols., 1997; Wei y cols., 1995).
- *Edad avanzada* (Vázquez Barquero y cols., 1989; Thompson y cols., 1983; García Fernández y cols., 1994; Pharoah y cols., 1995).
- *Estado civil*: separado, divorciado o viudo (Ohayon y cols., 1995; Mateo Fernández y cols., 1997; Joukamaa y cols., 1995).
- *Bajo nivel educacional* (Mazza y cols., 1995).
- *No actividad laboral fuera del hogar* (Ohayon y cols., 1995; Mateo Fernández y cols., 1997; Joukamaa y cols., 1995).
- *Viven solos* (García Fernández y cols., 1994).
- *Consumo de otros medicamentos* (Dealberto y cols., 1997; Fourrier y cols., 2001).

A éstos hay que añadir el *insomnio* y el *dolor crónico* (Avorn y cols., 1995; Mazza y cols., 1995).

Si consideramos los *tres subgrupos de psicotropos* por separado en relación con las *variables sociodemográficas* hemos encontrado:

- *Los ansiolíticos* se relacionan con el sexo femenino (Ohayon y cols., 1996; Shorr y cols., 1994; Mazza y cols., 1995), al igual que los hipnóticos (Allgulander y cols., 1991) y las benzodicepinas (Taylor y cols., 1998; Fourrier y cols., 2001; Dunbar y cols., 1989; Wei y cols., 1995), con la edad avanzada (Ohayon y cols., 1995, 1996; Svarstad y cols., 1991), al igual que el grupo de benzodicepinas (Fourrier y cols., 2001; Dunbar y cols., 1989), con el estado civil viudo/a (Joukamaa y cols., 1995), y las benzodicepinas con la educación y los estudios (Mazza y cols., 1995).
- *Los antidepresivos* se relacionan también con el sexo femenino y con la edad avanzada (Pérez Poza y cols., 1996), y con los sujetos que trabajan fuera del hogar (Joukamaa y cols., 1995).
- *Los antipsicóticos* también tienen relación con el sexo femenino (Garrard y cols., 1995), con la edad avanzada (Thomas y cols., 1999), con los estudios (Garrard y cols., 1995), y con el trabajo (Joukamaa y cols., 1995).

### 4.3 Población de edad avanzada en Instituciones y consumo de psicotropos.

Los cambios demográficos observados en los últimos años son más pronunciados en el grupo de edad de mayores de 85 años, que es el segmento de población de más rápido crecimiento. Este es también el grupo de edad con más probabilidades de requerir cuidados institucionales (Avorn y cols., 1995). En Estados Unidos a partir de 1955 y en Gran Bretaña a partir de 1965 hubo una tendencia a la desinstitucionalización de personas con trastornos psiquiátricos de los Hospitales Psiquiátricos estatales a la comunidad. Así, entre 1955 y 1980, la población de los Hospitales Psiquiátricos estatales se redujo en más del 70%. Se intentó organizar y orientar los servicios psiquiátricos hacia la comunidad. Fue en este período cuando la industria de las Instituciones geriátricas de larga estancia experimentó un rápido crecimiento y muchos de estos pacientes fueron transinstitucionalizados a estas residencias geriátricas. La mayoría de estas residencias carecían y carecen de los recursos necesarios para las necesidades de estos individuos. Desafortunadamente el gobierno federal no encontró servicios alternativos para el cuidado de los pacientes geriátricos con enfermedades mentales crónicas (Philpot y cols., 1994; Stoudemire y cols., 1996). En nuestro país también se ha observado un progresivo aumento de los sujetos ancianos institucionalizados en los últimos años.

Hay múltiples estudios, sobre todo en USA, que demuestran que *las personas de mayor edad institucionalizadas reciben medicación con más frecuencia que los sujetos no institucionalizados* (Avorn y cols., 1995). Se ha visto que el volumen y el coste de los medicamentos que se prescriben en este grupo es cuatro veces mayor que en la comunidad, y no siempre son debidos a una mayor morbilidad. El 86% de los pacientes de Instituciones geriátricas están consumiendo medicación crónica, recibiendo una media de 7-8 medicamentos por persona, y de 3 medicamentos por día. También se ha visto un alto porcentaje de medicamentos consumidos no prescritos.

Los *grupos de fármacos más consumidos en las Residencias* de tercera edad son, por orden, los psicotropos, los gastrointestinales, los analgésicos, los cardiovasculares, y las vitaminas.

Este elevado *consumo de psicotropos en Residencias* de tercera edad está relacionado con la *alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas y trastornos del comportamiento* de estos pacientes. Otros estudios han apuntado que muchos de estos psicotropos (el 19%) estaban siendo utilizados en cantidad excesiva o habían sido mal recetados. Por ejemplo se vio una utilización mayor de ansiolíticos en aquellas instituciones con menos recursos personales y materiales (Svarstad y cols., 1991).

Este consumo elevado de psicotropos queda reflejado en los datos de los *estudios* revisados:

- En Estados Unidos el consumo de estos fármacos en pacientes institucionalizados varía desde un 16,9% (Dealberto y cols., 1997) a un 35% según los estudios (Finlayson y cols., 1994; Borson y cols., 1997).
- En Padua se observó un consumo del 26% (De Leo y cols., 1989).
- En un estudio en Ontario en Residencias geriátricas el consumo llegó a cifras del 48,4-59,9% (Conn y cols., 1999).
- En Residencias de Massachusetts se observó un consumo del 27% (Avorn y cols., 1992) al 65,9% (Snowdon y cols., 1995).
- En Londres la cifra era del 48% (Mann y cols., 1986).
- En tres residencias geriátricas españolas el consumo de psicofármacos fue del 31,9%, siendo el grupo más consumido los hipnóticos (Pérez Poza y cols., 1996).

La *polifarmacia* de psicotropos en esta población se describe del 5-10% de los sujetos de las *Residencias* estudiadas (Borson y cols., 1997).

Respecto al *consumo de cada uno de los grupos de psicotropos* en estas *Residencias*:

- *Los ansiolíticos* tenían prevalencias desde un 6-25,3% en Residencias de Estados Unidos (Garrard y cols., 1991 y 1995; Lantz y cols., 1996; Burns y cols., 1988), del 22,5-36,4% en Ontario (Conn y cols., 1999), del 15,4-30% en Sidney (Snowdon y cols., 1993 y 1995), y del 45% en Edimburgo (Primrose y cols., 1987). En España se describe del 39,8% de los consumidores de psicotropos de las Residencias (Pérez Poza y cols., 1996).
- *Los hipnóticos* en Residencias de Ontario se estima del 0,2-4,1% (Conn y cols., 1999), del 10-20% en Estados Unidos (Shorr y cols., 1994), del 23% en Inglaterra (Walley y cols., 1995), del 36% en Escocia (Gilleard y cols., 1984), y del 40,4% en Sidney (Snowdon y cols., 1995).
- *Las benzodiazepinas* son consumidas en un 20% en Residencias de Massachusetts (Beers y cols., 1988), un 22,3% en Sidney (Snowdon y cols., 1995), y un 42% en Irlanda (Nolan y cols., 1989).
- *Los antidepresivos* son consumidos en un 5-19% en Estados Unidos (Borson y cols., 1997; Snowdon y cols., 1995; Lantz y cols., 1996), un 16% en Residencias de Los Angeles (Williams y cols., 1999) y en Residencias de Ontario varía del 12,2-24,6% (Conn y cols., 1999).
- *Los antipsicóticos* se consumen en un 12-39% en Residencias de Estados Unidos (Avorn y cols 1992; Borson y cols., 1997; Lantz y cols., 1996), y en 11,8-29,8% en Residencias de Ontario, alcanzando cifras de hasta 29,4% en Residencias de Demencia (Conn y cols., 1999).

#### 4.4 OBRA 87.

En 1983, el Congreso de los Estados Unidos solicitó al Instituto de Medicina que hiciera unas recomendaciones sobre la utilización de psicotropos y de la contención física, sólo en aquellos casos en los que estuviera realmente indicado, y así mejorar la calidad de cuidados en las Residencias geriátricas. El Instituto de Medicina dio las recomendaciones en 1986. En 1987 se creó la legislación sobre este respecto mediante el "*Omnibus Budget Reconciliation Act*" (*OBRA*). Este acta se publicó en Septiembre de 1991, y se puso en efecto en Abril de 1992. Se publicaron a su vez guías prácticas de utilización de OBRA y las regulaciones de Medicare y Medicaid (Stoudemire y cols., 1996). En Octubre de 1990 se publicaron guías para los ansiolíticos.

OBRA surgió así para regular las *indicaciones clínicas de los psicotropos*: antipsicóticos, benzodiazepinas y sedantes/hipnóticos, ya que había una percepción general de que eran sobreutilizados. Se determinó que requerían documentación explícita para justificar la prescripción de cada uno de los grupos de psicotropos (Stoudemire y cols., 1996).

Los *objetivos de OBRA* eran fundamentalmente:

- Restringir el uso de psicotropos a situaciones en las que hay definitivas indicaciones diagnósticas.
- Prevenir la superutilización de medicación.
- Evitar la morbilidad médica relacionada con los psicotropos.
- Restringir el uso inapropiado de contención física.
- Disminuir el uso de las Residencias geriátricas como sitios de tratamiento de enfermedades crónicas psiquiátricas.

- Entrenar a los médicos de Atención Primaria en psiquiatría geriátrica y psicofarmacología.

Un resumen de esta legislación es:

- 1.- Se considera **consumo de cualquier medicación innecesaria** a las dosis excesivas, la duración excesiva del tratamiento, a una monitorización inadecuada, a una indicación inadecuada, y a las reacciones adversas que indiquen suspenderlo o disminuir la dosis.

Se adjunta en OBRA un listado de medicamentos psicotropos innecesarios, a no ser que sean para indicaciones precisas, o bien se haya intentado dos veces en un año su retirada sin éxito. Entre éstos están los barbitúricos.

- 2.- **Consumo de psicotropos:** sólo en los casos en que estén indicados. Se publican las indicaciones y aquellas que no lo son. En los pacientes que consuman neurolépticos se debe intentar una reducción gradual de la dosis, exceptuando en aquellos casos en que esté contraindicado hacerlo, como en los pacientes con trastornos mentales primarios, y los pacientes con condiciones neurológicas determinadas, y en los que se haya intentado dos veces en un año.

Los neurolépticos no están indicados en pacientes con deterioro cognoscitivo, ansiedad, depresión menor, insomnio, nerviosismo, incooperación, trastornos psicomotriz como la agitación que no suponga un riesgo de daño para otros o para sí mismo. No se admite el administrar neurolépticos para tratar síntomas.

- 3.- **Consumo de benzodicepinas:** las benzodicepinas de vida media larga se permiten sólo si se ha intentado previamente las de vida media corta sin éxito. Las limitaciones a su uso son similares a las de los neurolépticos:

- Para trastornos psiquiátricos específicos.
- Agitación psicomotriz si altera su función cognoscitiva, causa distrés psíquico, lleva a acciones peligrosas o si impide los cuidados necesarios.
- En insomnio si fracasan otras medidas previas. No si es secundario a algo.

Se deben recetar para 10 días con un límite de dosis.

- 4.- **Polifarmacia:** no se permite sin estar documentado e indicado, utilizar dos ó más psicotropos con la misma acción. Se requiere que los psicofármacos sean eficaces, es decir que mejoren, estabilicen o enlentezcan el deterioro de la función del paciente.

- 5.- **Contención física:** también se regula en OBRA 87 su utilización. Algunos autores han encontrado una relación inversa significativa entre la infrutilización de antidepresivos y el uso de la contención física. Intentar salvaguardar los derechos del paciente, su competencia, y la seguridad en la calidad para la utilización de los psicotropos.

Luego aparecieron múltiples *estudios* que investigaban el *efecto que había tenido OBRA 87 en el consumo de psicotropos* (Borson y cols., 1997; Garrard y cols., 1995; Lantz y cols., 1996; Shorr y cols., 1994; Siegler y cols., 1997). Datos del consumo de medicaciones psicotropas en Instituciones para la tercera edad indicaron que OBRA 87 tuvo un efecto dramático. Se evidenció la *reducción del consumo de psicotropos y de la contención física en Residencias tras OBRA 87* (Siegler y cols., 1997). Este acto incluía guías para recetar antipsicóticos y ansiolíticos/hipnóticos. Un estudio examinó el impacto de OBRA 87 en 514 personas de Residencias entre 1984 y 1994. Se observó que la prescripción de antipsicóticos había caído sustancialmente, así como los ansiolíticos, mientras que la prescripción de antidepresivos había aumentado (Grossberg y cols., 1998).

La mayoría de estos estudios demostraron que tras OBRA 87 había *disminuido el consumo de antipsicóticos, de ansiolíticos, y el uso de la contención física, con un leve*

*aumento del consumo de antidepresivos.* Esto se realizó sin un aumento de la plantilla de las Residencias geriátricas. Algunas medidas que se adoptaron fueron: mayor vigilancia en el uso de los pacientes del baño, la colocación de luces de advertencias en habitaciones y pasillos, una monitorización más estrecha, y programas de deambulacion (Stoudemire y cols., 1996).

Los comportamientos inusuales de las personas mayores no son justificación suficiente para una intervención medicamentosa. Se requiere más tolerancia de los cuidadores. El deambular debería tener otras soluciones como más supervisión o un entorno más seguro. Se debe suplir con un apoyo y atención personal, que puede ser más efectivo y a menudo preferible a la sedación medicamentosa.

## 5. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.

### 5.1 Patología psiquiátrica en la población de edad avanzada.

La patología psiquiátrica, y en particular la demencia, es común en la población de edad avanzada, sobre todo en las residencias geriátricas, ya que son a menudo, la primera causa para institucionalizarlos (Conn y cols., 1999).

Sin embargo hay evidencia suficiente de que estas patologías no se diagnostican adecuadamente en las personas mayores, y por lo tanto no son tratados (Stoudemire y cols., 1996; Cole y cols., 1999).

La *prevalencia* descrita de *enfermedades psiquiátricas* en pacientes mayores de 65 años varía del 10% entre la población no institucionalizada al 50% en pacientes de residencias, según describe un estudio de Estados Unidos (Aparasu y cols., 1998).

Los trastornos mentales más frecuentes en personas de edad avanzada son, según Philpot:

**a) Demencia:** la Enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular son las causas de demencia más frecuentes en pacientes de edad avanzada (Wills y cols., 1997).

Se ha observado que así como en unos pacientes un grado moderado de deterioro cognoscitivo puede ser minimizado y considerado como “normal” debido a la edad, en otros el diagnóstico de demencia puede ser utilizado para explicar cualquier comportamiento o problema cognoscitivo sin haber realizado una adecuada historia clínica ni exploración clínica (Stoudemire y cols., 1996).

La prevalencia estimada de demencia varía en función de la edad, el sexo, la localización geográfica y las enfermedades acompañantes. Aproximadamente el 5% de las personas mayores de 65 años en el mundo occidental tienen demencia, con predominio de la enfermedad de Alzheimer (Philpot y cols., 1994). En una Clínica de adición a sustancias se observó una prevalencia del 12% (Finlayson y cols., 1994).

En el *Estudio Zaragoza* realizado por Lobo y cols. en esta ciudad, se observó una prevalencia de demencia en sujetos mayores de 65 años del 5,5%, siendo los más frecuentes la enfermedad de Alzheimer (4,3%) y la demencia multi-infarto (0,6%) (Lobo y cols., 1995). La prevalencia global de “trastornos orgánicos cerebrales” en esta muestra, era del 7,4%.

En el *Estudio ZARADEMP*, realizado una década más tarde por los mismos autores, y en nuestra misma muestra de población, demostraron una prevalencia similar de “trastornos orgánicos cerebrales” (8,4%), con una tendencia decreciente en varones, alcanzando significación estadística en el grupo de edad de 80-84 años (Lobo y cols., 2005). Según estos autores de una muestra de 4803 individuos se identificaron un total de 146 casos incidentes de demencia.

Más del 60% de los pacientes ancianos con demencia experimentan síntomas psicóticos. La agitación ocurre en aproximadamente el 50% y comportamientos agresivos en 25-33% de los pacientes con demencia y son una causa frecuente para alojarlos en Residencias.

**b) Depresión:** la creencia de que la depresión es más prevalente con la edad es un concepto que está cambiando en los últimos años. Estudios cuidadosos acerca de los trastornos depresivos mayores en la población general muestran que la prevalencia es actualmente más baja en adultos de edad avanzada (1-2%) que en la edad media y jóvenes adultos (3-5%). Sin embargo, otros trastornos depresivos son más comunes en este grupo de edad:

- La distimia que ocurre en 2-8% de estas personas.
- Síntomas depresivos aislados sin llegar a constituir un síndrome depresivo, que no requieren necesariamente tratamiento (10-25%).

Se cree, sin embargo, que la depresión es infradiagnosticada en la población de edad avanzada.

En USA se ha descrito que las personas mayores de 65 años, que suponen el 11% de la población, provocan el 25% de todos los suicidios. El pico de las tasas de suicidios para hombres está entre 80-90 años y en las mujeres entre 50-65 años. Por lo tanto, dado que existen terapias efectivas disponibles para este trastorno, es crucial hacer un diagnóstico correcto y proceder a su tratamiento (Jenike y cols., 1988). Pero no siempre es fácil diagnosticar la depresión en personas mayores, quienes pueden presentar un dolor crónico, múltiples quejas somáticas, o incluso debutar igual que una demencia (pseudodemencia). Es importante aplicar los criterios DSM IV para un diagnóstico correcto y proceder al tratamiento. Otra clave para reconocer la depresión es la presencia de múltiples quejas en varios sistemas del cuerpo. Cuando estas quejas no se ajustan a un patrón reconocible, o cuando el dolor crónico es un componente, la depresión debe sospecharse y diagnosticarse.

Las tasas de prevalencia de depresión registradas en la bibliografía son del 7,9% en sujetos de  $\geq 90$  años (Forsell y cols., 1997), del 10-25% en sujetos mayores de 65 años (Dealberto y cols., 1997; Philpot y cols., 1994), y del 32% en una clínica de adicción a sustancias (Finlayson y cols., 1994).

En el *Estudio Zaragoza*, la prevalencia de trastornos depresivos en sujetos mayores de 65 años era del 4,8% (Lobo y cols., 1995).

**c) Trastorno de ansiedad e insomnio:** estas patologías ocurren comúnmente en ancianos (Jenike y cols., 1988). Se recomienda inicialmente un abordaje no farmacológico. Antes de comenzar el tratamiento medicamentoso para un trastorno de ansiedad, es importante averiguar las posibles causas médicas y discutir con el paciente probables factores precipitantes. Cuando hay un evento claro precipitante, se debería proceder a la discusión del problema o sugerir soluciones alternativas, ya que la ansiedad es una experiencia humana universal. Si se requieren fármacos para tratar la ansiedad, se prefieren los agentes de acción corta. Los de acción larga son más peligrosos en personas mayores. Los barbitúricos es mejor evitarlos en estos pacientes, ya que no son tan efectivos como las BZD en aliviar la ansiedad y son más adictivos y peligrosos en sobredosis.

En la bibliografía se describe un consumo del 0,5% en  $\geq 85$  años (Forsell y cols., 1997), del 3% en  $\geq 90$  años, y del 12% en una clínica de adicción a sustancias (Finlayson y cols., 1994). Un estudio realizado en sujetos mayores de 64 años de la ciudad de Zaragoza, describe una alta prevalencia de trastornos de ansiedad, con

cifras similares a las obtenidas en estudios realizados en Liverpool (Saz y cols., 1995).

Todas estas patologías se *relacionan* con el sexo femenino y con la edad avanzada (Takala y cols., 1993), sobre todo en los casos de demencia (Philpot y cols., 1994). También se ha relacionado los diagnósticos psiquiátricos con el consumo de medicamentos (Johnson y cols., 1983; Lech y cols., 1975), aunque algún estudio apunta en los casos de demencia un menor consumo (Wills y cols., 1997).

### **5.2 Patología psiquiátrica en la población de edad avanzada en Residencias.**

Hay muchos estudios que documentan la alta proporción de trastornos psiquiátricos en Residencias geriátricas (Stoudemire y cols., 1996; Conn y cols., 1999; Lantz y cols., 1996). De hecho, la prevalencia de las patologías psiquiátricas en pacientes geriátricos de Residencias puede ser hasta cuatro veces la de los que viven en la comunidad (Stoudemire y cols., 1996).

En USA el 68-94% de los pacientes de Residencias pueden sufrir trastornos neuropsiquiátricos. Sin embargo, Aparasu y cols. sólo documentan un 50% de diagnósticos psiquiátricos en sujetos de edad avanzada.

La *demencia* estaba presente en 70% de estos individuos. A su vez de éstos, aproximadamente el 70% cumplían criterios de enfermedad de Alzheimer, y cerca del 25% fueron diagnosticados de demencia vascular. Un 24% de los sujetos tenían demencia con rasgos psicóticos, y el 18% tenían coincidentemente demencia y depresión según Stoudemire.

En un estudio en 12 Residencias de Massachusetts se vio que la prevalencia de los *trastornos de ansiedad* eran del 35-41%, los trastornos depresivos del 33-36%, los trastornos del comportamiento del 78% y de insomnio el 30-33% (Avorn y cols., 1992).

La *depresión* puede ser dos o tres veces más prevalente en ancianos que viven en Residencias comparado con personas de la comunidad (Philpot y cols., 1994). La prevalencia de depresión mayor en las Instituciones de larga estancia ha sido descrita de ser entre 5 y 43%, y un 18-50% de sintomatología depresiva (Avorn y cols., 1992; Siegler y cols., 1997). Se describe también una mayor incidencia en el sexo femenino (Dealberto y cols., 1997).

### **5.3 Relación entre el consumo de psicotropos y las patologías psiquiátricas en la población de edad avanzada.**

En muchos estudios se ha observado que los diagnósticos psiquiátricos, los síntomas psiquiátricos, e incluso las escalas psicopatológicas, y en general los problemas de Salud Mental, están relacionados con un mayor consumo de psicotropos, tanto en la población general como en la población geriátrica, sobre todo en la institucionalizada (Vázquez Barquero y cols., 1989; Takala y cols., 1993; Douglas y cols., 1990; Svarstad y cols., 1991).

Esto es un hecho lógico, y lo esperado sería que la prevalencia del consumo de psicotropos fuera paralela a la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos (Forsell y cols., 1997).

Pero se ha visto al estudiar a los pacientes que consumen psicotropos que su prescripción no presupone un diagnóstico psiquiátrico previo formal (Pharoah y cols., 1995). Aunque la psicopatología debería ser la principal razón para el consumo de psicotropos, hay un porcentaje importante de consumidores de psicotropos sin patología psiquiátrica. En estos pacientes los estudios señalan otros factores que

pueden estar relacionados, como son factores sociodemográficos, problemas físicos, entre ellos el insomnio, y enfermedades médicas crónicas, como el dolor crónico (Williams y cols., 1999; Fourrier y cols., 2001; Siegler y cols., 1997). Otras veces sujetos con diagnósticos psiquiátricos no consumen ningún psicotroppo (Ohayon y cols., 1996 y 1998).

En un estudio en sujetos de 45-69 años en 2 municipios de Finlandia se observó que en hombres con síntomas mentales el consumo de psicotropos era del 20,1%, y en mujeres del 19,3% (Takala y cols., 1993).

Se ha descrito en algún estudio que los pacientes con un diagnóstico de *demencia* tienen un menor consumo de medicamentos que el resto de la población, explicado, en parte, por las dificultades de recordar o comunicar sus síntomas a los cuidadores o doctores. Estos síntomas pueden malinterpretarse, y existe cierta tendencia a tratar los síntomas y enfermedades de forma no farmacológica. En estos pacientes se necesitan, sin embargo, una serie de medicamentos para controlar los síntomas psiquiátricos acompañantes, como los trastornos de percepción, alucinaciones, trastornos del ánimo, agitación psicomotriz, y conducta agresiva. Es por este motivo que el grupo de medicamentos más consumido en estos pacientes eran los psicotropos. Los grupos de medicamentos que suelen utilizar son los antipsicóticos (15,9%), en segundo lugar los ansiolíticos, y en tercer lugar los antidepresivos (Wills y cols., 1997; Philpot y cols., 1994).

Otros estudios apuntan que los pacientes ancianos con *trastornos depresivos* son infratratados (Dealberto y cols., 1997). En estos casos los fármacos más utilizados son los ansiolíticos o antidepresivos a dosis subterapéuticas (Ghodse, 1997; de la Cámara, 1999), y en menor porcentaje también los antipsicóticos (Philpot y cols., 1994). Esto también ocurre en los sujetos de Residencias (Stoudemire y cols., 1996).

Respecto a los *trastornos de ansiedad*, los estudios destacan que existe una importante relación con la presencia de enfermedades crónicas (Fourrier y cols., 2001). También se describe en estos pacientes con este diagnóstico, un alto porcentaje de sujetos sin tratamiento (Ohayon y cols., 1996).

Si consideramos la *relación entre los diagnósticos psiquiátricos y el consumo de psicotropos*, centrándonos en los consumidores de cada uno de los psicotropos observamos:

- El *consumo de ansiolíticos* se relaciona con la presencia de diagnósticos psiquiátricos (Shorr y cols., 1994; Svarstad y cols., 1991), pero se consideran sobreutilizados (Pharoah y cols., 1995; Wei y cols., 1995). Su consumo se relaciona con la patología depresiva (Grossberg y cols., 1998; Taylor y cols., 1998; Fourrier y cols., 2001; Forsell y cols., 1997; de la Cámara, 1999).
- El *consumo de antidepresivos*, aunque esté relacionado con los diagnósticos de depresión (Grossberg y cols., 1998), se considera infrautilizados (Conn y cols., 1999; Wei y cols., 1995; Aman y cols., 1995), sobre todo en Residencias (Snowdon y cols., 1995).
- El *consumo de neurolépticos* también se relaciona con los diagnósticos psiquiátricos (Garrard y cols., 1995), pero se considera que se utilizan para el tratamiento de síntomas (Philpot y cols., 1994). Se ha visto su relación con los trastornos del ánimo, la ansiedad (Forsell y cols., 1997), y más comúnmente con la demencia (Byerly y cols., 2001), sobre todo en Residencias (Conn y cols., 1999).

Hay pocos estudios epidemiológicos sobre la naturaleza y extensión del consumo de psicotropos y de diagnósticos psiquiátricos en pacientes mayores de 65 años en el

ámbito comunitario (Forsell y cols., 1997). Así pues la prevalencia real del consumo de psicotropos en una población determinada se desconoce. Se pueden llegar a conocer la prescripción de dichos fármacos, pero el consumo real comunitario es más difícil (Shorr y cols., 1994). Se está de acuerdo que para conocer este consumo es necesario estudios en muestras amplias de población, mediante entrevistas personales, pudiendo registrar la medicación recetada y la consumida por cuenta propia (Johnson y cols., 1991).

En USA y en varios países europeos se han realizado encuestas domiciliarias (Shorr y cols., 1994). Hasta ahora en España los propósitos de la mayoría de estudios eran investigar en los entornos de la medicina general, la prescripción de psicotropos. Si sólo se estudian los sujetos no institucionalizados, obtendremos un consumo infravalorado de psicotropos y de diagnósticos psiquiátricos (Ohayon y cols., 1998).

## 6. INSOMNIO.

### 6.1 Insomnio en la población general.

Podemos afirmar que una persona presenta síntomas de insomnio cuando tiene dificultades de iniciar el sueño, de mantenerlo, un despertar temprano o un sueño no reparador.

En *España* en un estudio en un Centro de Salud de Toledo en pacientes mayores de 14 años, la prevalencia de los trastornos del sueño fue de 12,6% (Torres y cols., 1993).

En Francia la proporción de sujetos insatisfechos con la cantidad y calidad de su sueño y/o consumo de medicación para dormir era del 20,1% en 1993, siendo más frecuente en mujeres y en edad avanzada (Ohayon y cols., 1996).

En Quebec, en el mismo año la prevalencia de trastornos del sueño era del 17,8%, y consumían medicación para el sueño un 3,8% (Ohayon y cols., 1995). Había también un predominio en mujeres.

En estos mismos estudios, el porcentaje de consumo de medicación “para dormir” era de 6,7% y 3%, en Francia y en Quebec respectivamente, siendo más frecuente en mujeres y en edad avanzada. De los que tenían problemas para dormir consumían psicotropos el 53,6% y el 26,3%, en Francia y en Quebec, respectivamente.

### 6.2 Insomnio en la población de edad avanzada.

Las dificultades para dormir son extremadamente comunes en personas mayores. Aunque estos pacientes pasan más tiempo en la cama, el tiempo real de sueño tiende a disminuir con la edad, de forma fisiológica. El tiempo que tardan en dormirse (latencia de sueño) se alarga y sufren interrupciones del sueño varias veces durante la noche (Jenike y cols., 1988).

Por lo tanto, cuando una persona de edad avanzada refiere cambios en su patrón de sueño habitual, lo primero que debe hacerse es una investigación inicial sobre las posibles *causas* (Shorr y cols., 1994):

- Cambios fisiológicos por la edad.
- Causas ambientales: Incomodidad, ruido.
- Esquema de sueño: Horario irregular de ir a dormir, siestas diarias, tardes aburridas que llevan a irse a dormir pronto o demasiada actividad durante el día.
- Condiciones médicas o psiquiátricas: Condiciones que conllevan dolor, prurito, poliuria, ortopnea o disnea, enfermedad de Parkinson, depresión, demencias o parasomnias (síndrome de las piernas inquietas).

- Consumo de sustancias o medicamentos: Alcohol, cafeína, tabaco, benzodiazepinas (fenómeno de rebote de insomnio), descongestivos, metilxantinas, beta-agonistas, corticoides, hormonas tiroideas...
- Expectativas falsas del paciente: Expectativas irrealistas de cantidad y calidad del sueño.

También es conveniente en estos pacientes realizar una evaluación psiquiátrica, y un estudio formal del sueño, y mientras tanto realizar un abordaje inicial con intervenciones no farmacológicas, como la terapia conductual o las *normas de higiene del sueño*, que son (Jenike y cols., 1988; Avorn y cols., 1995):

- Establecer un horario estricto y apropiado para acostarse y levantarse.
- Promover ejercicio físico regular diario.
- Omitir estimulantes como la cafeína, el té, el alcohol y el tabaco.
- Una prescripción de medicamentos ajustada para que los efectos secundarios estimulantes nocturnos sean minimizados.
- Desaconsejar las siestas diarias.
- Evitar el permanecer en la cama si no se duermen.
- Tratar los problemas urinarios si los hubiera.
- Restricción hídrica por la noche.
- Control médico óptimo de la insuficiencia cardíaca, enfisema y artritis.

El *tratamiento farmacológico* debería considerarse sólo si el trastorno es serio y altera de forma importante al paciente. Cuando realmente se necesitan los fármacos para tratar un problema del sueño, se recomiendan inicialmente, dadas las alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de las personas de edad avanzada, las dosis bajas de agentes de vida media corta, preferiblemente hipnóticos o benzodiazepinas de vida media ultracorta, y con pocos efectos secundarios (Thompson y cols., 1983). Parece apropiado el prescribir estos medicamentos en cantidades limitadas, fundamentalmente para el insomnio de corta duración y debe evaluarse periódicamente los efectos adversos y su efectividad.

La *interrupción brusca del tratamiento* tras un período de tres semanas de consumo se asocia casi siempre con un empeoramiento del sueño respecto al anterior del inicio del tratamiento, conocido como insomnio de rebote.

Hay *estudios* que aportan cifras de un 7,55% de sujetos mayores de 65 años con problemas serios de insomnio y un 61,2% con problemas ocasionales o moderados (Dealberto y cols., 1997). En sujetos mayores de 70 años la prevalencia de insomnio fue del 14,5% y en sujetos mayores de 90 años del 18,5% (Forsell y cols., 1997).

En *Residencias*, la prevalencia de este trastorno asciende a 30-33% de los sujetos estudiados (Avorn y cols., 1992).

Los trastornos del sueño se *relacionan* en varios estudios con el sexo femenino, con la edad avanzada, y con el mayor consumo de medicamentos (Ohayon y cols., 1995 y 1996).

### **6.3 Insomnio y consumo de psicotropos en la población de edad avanzada.**

Se ha demostrado en múltiples estudios una estrecha relación entre los sujetos con insomnio y el consumo de psicotropos (Grossberg y cols., 1998; Taylor y cols., 1998). En sujetos con trastornos del sueño en Francia, se observa un consumo de psicotropos del 53,6% y del 26,3% en Quebec en sujetos de 15 ó más años (Ohayon y cols., 1996). En casos de insomnio severo existe un consumo de psicotropos del 25,6%, si insomnio ocasional o moderado del 14% y sin insomnio del 6% (Dealberto y cols., 1997). En *España* se ha observado esta relación en *Residencias* (Pérez Poza y cols., 1996).

En estos sujetos con insomnio hay un elevado consumo de ansiolíticos (García Fernández y cols., 1994; Allgulander y cols., 1991).

## 7. CONSUMO DE ALCOHOL.

### 7.1 Consumo de alcohol en población general.

En últimos tiempos ha ocurrido un aumento del consumo per cápita de alcohol en la población general, y a su vez estamos asistiendo a un aumento de la esperanza de vida y de la calidad de vida. Es por lo tanto razonable asumir que el problema de consumo excesivo de alcohol aumentará en la población geriátrica.

En Gran Bretaña en la década de los 60 entre un 5-12% de los hombres y un 1-2% de las mujeres tenían problemas con el alcohol. Las tasas eran más elevadas entre los pacientes hospitalizados y atendidos en Clínicas. Se observó un predominio claro en el sexo masculino. Respecto a la edad se vio que las personas de edad avanzada bebían menos que los más jóvenes, pero también pudo apreciarse que la edad no siempre modifica el hábito alcohólico, pudiendo alcanzar el consumo excesivo de alcohol la edad avanzada. La tendencia de los ancianos de reducir el consumo de alcohol era menor en mujeres (Dunne y cols., 1994).

El *consumo de alcohol*, sin tener en cuenta la cantidad, se ha *relacionado* también con otros *factores* (Smart y cols., 1988):

- Sexo varón.
- Edad (más consumo en más jóvenes).
- Zonas urbanas.

Y el *consumo excesivo de alcohol se relaciona* con:

- Sexo varón.
- Edad: en un estudio de pacientes  $\geq 60$  años, el grupo de más consumo fue el de 71-75 años.
- Religión: más consumo en Católicos.
- Educación: más consumo en nivel postsecundario.

### 7.2 Consumo de alcohol en la población de edad avanzada.

La mayoría de los estudios sobre consumo de alcohol se han realizado en jóvenes y adultos. Los pocos estudios disponibles sobre consumo de alcohol en personas de edad avanzada son americanos.

Los estudios americanos de los años 70 sugieren que cerca de la mitad de las personas de edad avanzada no beben, y los que beben lo hacen en menor cantidad que los más jóvenes. Sin embargo, entre los bebedores de edad avanzada, había más tendencia al consumo diario. En Nueva York se encontró que sólo el 31% de los sujetos mayores de 60 años no bebían nada. Hay, por lo tanto, un porcentaje importante que beben (Smart y cols., 1988).

En *España* según el *Estudio ZARADEMP*, la prevalencia del consumo de alcohol en nuestra misma muestra es del 37,7%, con un 3,3% de consumo excesivo de alcohol, o “riesgo alto”, según los criterios de la OMS (Quetglas, 2004). Según este autor, el consumo de alcohol en esta muestra, se produce en mayor proporción entre los sujetos psicopatológicamente sanos, y menor en sujetos diagnosticados de demencia o depresión. El consumo excesivo de alcohol en esta muestra, también se da en menor frecuencia en los grupos diagnosticados de demencia, depresión, deterioro cognoscitivo o ansiedad, que entre los sujetos sin estas psicopatologías.

El alcohol es la droga principal de abuso en la población de edad avanzada. En estudios realizados en USA detectaron que un quinto de la población estudiada eran bebedores regulares y excedían los límites recomendados de consumo.

Los niveles elevados de consumo son particularmente peligrosos en personas ancianas, que tienen una *menor tolerancia a sus efectos adversos*, debido a varios *factores que ocurren con la edad*:

- Hay una disminución de la proporción de agua corporal y un aumento de la proporción de grasa corporal (volumen de distribución menor).
- Hay una disminución del flujo sanguíneo hepático.
- Una ineficacia de las enzimas hepáticas.
- Una disminución del aclaramiento renal.
- Mayor permeabilidad de la barrera hemato-encefálica.
- Consumo simultáneo de medicamentos, especialmente de psicotropos (Morse y cols., 1984).

Se ha observado que el *consumo excesivo de alcohol* se asocia con frecuencia a determinados *factores* (Dunne y cols., 1994):

- Sexo varón.
- Soledad.
- Pérdida de apoyo social.
- Enfermedades médicas.
- Trastornos psiquiátricos, fundamentalmente ansiedad y depresión.
- Dolor crónico.
- Insomnio.

Con respecto a la edad, se ha observado que aunque el consumo de alcohol disminuye con la edad, hay un segundo pico de alta prevalencia entre los 65 y los 74 años (Morse y cols., 1984).

En población general el consumo de alcohol se estima del 0,5% (Torres y cols., 1993), y según otro estudio del 5-12% de consumo en hombres, y del 1-2% en mujeres (Ghodse, 1997).

En sujetos de edad avanzada según un estudio el consumo de alcohol se estimaba en un 72% (Finlayson y cols., 1994).

Algunas personas de edad avanzada tienen primariamente problemas somáticos como el insomnio, la pérdida de la libido o trastornos afectivos como depresión o ansiedad, que intentan tratar con el consumo de alcohol (Jenike y cols., 1988).

Se ha descrito también una asociación entre el consumo de alcohol y el de medicamentos (Morse y cols., 1984).

### **7.3 Consumo de alcohol y de psicotropos en la población de edad avanzada.**

Existen varios estudios que relacionan el consumo de alcohol con las enfermedades mentales, sobre todo con la depresión, la ansiedad, el insomnio y con la psicosis (Finlayson y cols., 1994; Jenike y cols., 1988; Dunne y cols., 1994). Sin embargo no se ha encontrado relación entre el consumo de alcohol y el consumo de psicotropos (Mazza y cols., 1995), aunque hay un estudio que relaciona el consumo excesivo de alcohol con el consumo de psicotropos (Morse y cols., 1984).

## **8. CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA.**

Existe poca evidencia del consumo de estas sustancias en esta población (Ghodse, 1997). Según los estudios encontrados, las sustancias psicoestimulantes como el cánnabis y la cocaína, son consumidos en una proporción despreciable por las

personas de edad avanzada, debido fundamentalmente porque los consumidores de drogas ilegales mueren prematuramente, y los que sobreviven abandonan su práctica por necesidades económicas o por imposibilidad física (Smart y cols., 1988).

## 9. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Como hemos visto en otros estudios, el amplio consumo de psicotropos en sujetos de edad avanzada, y el elevado gasto sanitario que supone, convierte este tema en un *problema de salud pública*.

Hemos podido observar que en España no había estudios epidemiológicos con una metodología adecuada, sobre el consumo de psicotropos y los diagnósticos psiquiátricos en pacientes mayores de 65 años, en un ámbito comunitario, y en una muestra lo suficientemente amplia para que sea representativa.

Varios aspectos *justifican el tema* elegido para la presente investigación:

- El *cambio demográfico* que se está produciendo en los países desarrollados, con el incremento de la población de 65 ó más años, con el consiguiente envejecimiento de la población. Este grupo de edad aumenta tanto en términos absolutos como relativos, asociados a la disminución de la tasa de natalidad y mortalidad, y al aumento de la esperanza de vida.
- La consideración por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los problemas mentales geriátricos como una de las *principales causas de enfermedades crónicas e incapacitantes*.
- A pesar que hay diferentes estudios epidemiológicos, tanto a nivel nacional, como internacional del consumo de psicotropos en estos grupos etarios, *no hay consenso en cuanto a su prevalencia real y su relación con la psicopatología*, cuya causa podría deberse en gran medida a las diferencias metodológicas (empleo de criterios de medición diferentes, límites de edad diferentes, etc.) y con implicación de múltiples factores, que son difíciles de aislar entre sí: factores sociales, salud general, etc.
- El *consumo de psicotropos* en este grupo etario es *muy elevado*, muchas veces sin un claro diagnóstico psiquiátrico, y sin tener en cuenta las causas que pueden llevar al consumo, y las consecuencias tanto físicas como psíquicas que pueden tener para estos sujetos.
- Todo lo anterior, unido a un *interés personal* por el tema en cuestión, nos ha impulsado a realizar este estudio.

## 10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.

Los datos con los que contamos en la actualidad sobre el consumo de psicotropos en la población geriátrica, son importados de *otros países*, siendo escasos los obtenidos en población española, que nos permitan un acercamiento real, para establecer su cuantía, y su patrón de consumo, y así posibilitar la prevención de su consumo indebido, e identificar los grupos de riesgo. Por otra parte, la mayoría de estos estudios están realizados *sin una metodología uniforme* que permita la comparación de resultados. Es por lo tanto la superación de las limitaciones metodológicas, mediante el empleo de métodos unificados, validados y estandarizados.

Por consiguiente el *ámbito* en el que realiza el estudio es en la propia *comunidad*, de donde se toma una muestra randomizada por sexo y estratos de edad. Se integra el estudio dentro del marco de los estudios europeos EURODEM y EURODEP

utilizando los mismos métodos de evaluación y diagnóstico en los diferentes países europeos.

Pretendemos con este estudio *investigar los factores psicosociales y psicopatológicos* para identificar los pacientes con riesgo de consumo de psicotropos. Para esto, es necesario un diagnóstico correcto de las patologías psiquiátricas de estos sujetos, y así poder administrar un tratamiento correcto, de los psicotropos más adecuados.

De esta manera podrán *planificarse mejor las necesidades*, y establecerse *medidas efectivas* para adecuar este consumo a las características de esta población.

Es fundamental una *racionalización del consumo de psicotropos*, especialmente en los sujetos de edad avanzada, que son los mayores consumidores, y los más susceptibles a los efectos adversos de estos fármacos.

# **III. OBJETIVOS** **E HIPÓTESIS**

“La sabiduría de los ancianos es un gran error. No se hacen más sabios, sino más prudentes”.

*Ernest Hemingway.*



**OBJETIVOS.****Objetivo principal:**

Determinar la frecuencia del consumo de medicamentos, especialmente de psicofármacos, en una muestra representativa de la población geriátrica y pregeriátrica de la ciudad de Zaragoza, y relacionar dicho consumo con la psicopatología más frecuente (demencia, depresión y ansiedad), con el insomnio y con el consumo excesivo de alcohol.

**Objetivos específicos:**

1. Descripción del consumo de medicamentos:
  - 1.1 Descripción general del consumo de medicamentos en la población geriátrica y pregeriátrica de la ciudad de Zaragoza.
  - 1.2 Descripción del patrón de consumo de los diferentes grupos de medicamentos.
  - 1.3 Relación del consumo de medicamentos con las variables sociodemográficas.
  
2. Descripción del consumo de psicofármacos:
  - 2.1 Descripción general del consumo de psicofármacos en la población geriátrica y pregeriátrica de la ciudad de Zaragoza.
  - 2.2 Descripción del patrón de consumo de los diferentes grupos de psicofármacos.
  - 2.3 Relación del consumo de psicofármacos y de sus grupos con las variables sociodemográficas.
  
3. Relación del consumo de medicamentos (especialmente psicofármacos) con psicopatología, insomnio y consumo excesivo de alcohol:
  - 3.1 Relación del consumo de medicamentos con diagnósticos psiquiátricos AGECAT.
  - 3.2 Relación del consumo de psicofármacos con diagnósticos psiquiátricos AGECAT.
  - 3.3 Relación del consumo de medicamentos y psicofármacos con insomnio.
  - 3.4 Relación del consumo de medicamentos y psicofármacos con consumo excesivo de alcohol .

**Objetivo secundario:**

Estudio comparativo del consumo de medicamentos (especialmente de psicofármacos) y su relación con psicopatología en sujetos que viven en su domicilio y en sujetos institucionalizados.

## **HIPÓTESIS.**

1. Hipótesis sobre el consumo de medicamentos:
  - 1.1 Encontraremos una alta frecuencia de consumo de medicamentos en la población geriátrica y pregeriátrica de la ciudad de Zaragoza.
  - 1.2 El subgrupo de medicamentos más consumido será el del sistema cardiovascular, siendo el segundo el del sistema nervioso.
  - 1.3 Dicho consumo estará relacionado con determinadas características sociodemográficas, como mayor edad y sexo femenino.
  
2. Hipótesis sobre el consumo de psicofármacos:
  - 2.1 Encontraremos una alta frecuencia de consumo de psicofármacos en la población pregeriátrica y geriátrica de la ciudad de Zaragoza.
  - 2.2 Dentro de las familias de psicofármacos, el orden de mayor a menor consumo será: benzodiacepinas, antidepresivos, neurolépticos y otros.
  - 2.3 Dicho consumo estará relacionado con características sociodemográficas, en concreto: mayor edad, ser mujer, viudo/a, vivir solo/a, tener bajo nivel de estudios y bajo nivel económico.
  
3. Hipótesis sobre la relación del consumo de psicofármacos con psicopatología, insomnio y consumo excesivo de alcohol:
  - 3.1 Encontraremos una importante relación entre el consumo de medicamentos (especialmente de psicofármacos) y la existencia de psicopatología o insomnio.
  - 3.2 Sin embargo, también esperamos un alto consumo de medicamentos (especialmente de psicofármacos) en sujetos sin diagnósticos psiquiátricos AGECA ni insomnio.
  - 3.3 Encontraremos mayor consumo de medicamentos (y psicofármacos) en personas con un consumo excesivo de alcohol.
  
4. Hipótesis sobre los sujetos institucionalizados (por comparación con los sujetos que viven en sus domicilios):
  - 4.1 Encontraremos un mayor consumo de medicamentos (y de psicofármacos).
  - 4.2 Sobre todo, será mayor el consumo de benzodiacepinas y neurolépticos.
  - 4.3 Habrá una mayor relación entre el consumo de psicofármacos y los diagnósticos psiquiátricos.

# **IV. MATERIAL** **Y MÉTODOS**

“La juventud es el momento de estudiar la sabiduría; la vejez, el de practicarla”.  
*Jean Jacques Rousseau.*



## 1. CONTEXTO DEL ESTUDIO.

Los datos analizados en este trabajo forman parte de la primera fase (Estudio de base o transversal) del *Proyecto ZARADEMP* (ZARADEMP significa **ZARA**goza-**DEM**encia-de**Presión**), el cual es una continuación del *Estudio Zaragoza* (Lobo y cols., 1995). Es un estudio de salud de la población general de edad avanzada de Zaragoza, en el que se trata de investigar la *incidencia de demencias, depresión y otros trastornos psíquicos* en nuestro medio y, en el caso de las primeras, su posible asociación a los que en la actualidad se consideran como *potenciales factores de riesgo* (la entrevista completa se adjunta en el ANEXO I). Uno de sus objetivos parciales es averiguar la distribución de los potenciales factores de riesgo en nuestro medio de estas enfermedades psiquiátricas, siendo uno de estos factores, el *consumo de psicotropos*. Se pretende, a su vez, analizar la asociación de los potenciales factores de riesgo con la demencia, mediante seguimiento y detección de nuevos casos de dicha enfermedad, utilizando un diseño epidemiológico "caso-control" (en "casos incidentes"). Se utilizan métodos estandarizados que hagan posible una comparación internacional y su conexión con los estudios oficiales de la Comunidad Europea, como es el *protocolo EURODEM* ("Concerted Action" de la Comunidad Europea, "Biomedical and Health Research", Registration N° PI 920653), del cual forma parte.

En el grupo ZARADEMP han participado un grupo amplio de profesionales de diversas especialidades relacionadas con la atención a los ancianos, como son psiquiatras, epidemiólogos, neurólogos, geriatras, médicos de familia y MIR de diferentes especialidades.

Esta tesis doctoral, está *vinculada a varios programas de investigación*, dentro del ámbito nacional e internacional:

- *Estudio* "Incidencia de demencia y depresión", y estudio "caso control" de casos incidentes *ZARADEMP-I*, financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (proyecto número 94-1562) y por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (proyecto número 217-18) (Lobo y cols., 1994-1999).
- *Proyecto ZARADEMP-II*: Incidencia de demencia (y depresión) en el anciano y estudio "caso-control" de casos incidentes (segunda parte)". Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), expediente n° de proyecto 98/0103 (Lobo y cols., 1998-2000).
- *Proyecto ZARADEMP-III*: Incidencia de demencias (y depresión) en el anciano y estudio "caso-control" de casos incidentes (tercera parte)". Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), expediente n° 01/0255 (Lobo y cols., 2001-2003).
- *Proyecto ZARADEMP-IV*: Incidencia de demencias (y depresión) en el anciano, estudio "caso-control" en casos incidentes y estudio sobre la asociación entre accidentes cerebro-vasculares, depresión y deterioro cognoscitivo. Instituto de Salud "Carlos III". Fondo de Investigación Sanitaria. FIS, Ministerio de Sanidad y Consumo. Expediente n° PI 04-2722 (Lobo y cols., 2004).
- *Proyecto FIS 03/0815*. Síntomas y signos no cognoscitivos en las demencias. Implicaciones nosológicas, etiopatogénicas y pronósticas (Saz y cols., 2003).
- *Proyecto* "Determinantes nutricionales (papel del consumo de vino) y psicosociales en la evolución del estado de salud del sujeto mayor de 55 años: comparación entre la cohorte del *estudio PAQUID* (Burdeos) y del *Proyecto ZARADEMP* (Zaragoza)". Comunidad de trabajo de los Pirineos. Gobierno de Aragón. Referencia CTPI05/2000. (Lobo y cols., 2000-2002).

- *Proyecto* “El impacto de la co-morbilidad depresiva (y del “deterioro agudo de funciones cognoscitivas”) en pacientes geriátricos y no geriátricos hospitalizados en plantas médicas y seguidos en Atención Primaria”. Red Nacional de Investigación Cooperativa en Psiquiatría de Enlace y Psicosomática (*REPEP*). Instituto de Salud “Carlos III”. Ministerio de Sanidad y Consumo. Expediente nº RTIC G03-128 (Lobo y cols., 2003).
- *Programa* de Acciones Concertadas de la Comunidad Europea *EURODEM* (European Community Concerted Action for Epidemiology and Prevention of Dementia), “Biomedical and Health Research”, (Registration Nº PI 920653). Grupo oficial de acciones concertadas de la Comunidad Económica Europea, para el estudio de la epidemiología de las demencias, y del cual forman parte diferentes centros de trabajo de varios países europeos (Hofman y cols., 1988-1991)
- *Programa EURODEP*. Proyecto “Depression of older age: detection, treatment and geographical variation”. Commission of the European Communities. Biomedical and Health Research. Concerted Action. Nº BMH1-CT93-1781 (Copeland y cols., 1993-1996).

El equipo de psiquiatras de este equipo, ciñéndose al tema de psiquiatría epidemiológica en la edad geriátrica, y más concretamente a las demencias, ha estandarizado en España, en la última década, una serie de *instrumentos de "screening"*, cuantificación y documentación, incluyendo el "Mini-Examen Cognoscitivo" (MEC), "General Health Questionnaire-28 Items (GHQ-28), Geriatric Depression Scale (GDS), Social Problems Questionnaire (SPQ) ; de entrevistas estructuradas para el anciano, incluyendo el Geriatric Mental State (GMS), History and Aetiology Schedule (HAS), Programas computerizados AGE CAT (GMS-AGECAT, HAS-AGECAT), y “Social Status Schedule” (Lobo y cols., 1995, 1999).

Previamente, los autores se han estandarizado personalmente en los centros internacionales de origen, básicamente: Johns Hopkins (EEUU), Maudsley Hospital and Institute of Psychiatry (GB), University of Liverpool (GB) y a continuación han estandarizado a una ya larga serie de investigadores, varios de ellos profesores universitarios, y a docenas de "lay interviewers". Incluso han construido instrumentos originales como la "Standardized Polivalent Psychiatric Interview" o SPPI (EPEP en su versión española). La construcción de instrumentos ha sido motivo, además, de algunas Tesis Doctorales.

Independientemente de experiencias previas, el estudio inmediatamente anterior, de prevalencia de demencias y otras patologías psiquiátricas en la edad geriátrica, fue avalado por un Proyecto FISS; engranó con una "Acción Integrada Hispano-Británica"; con el previo estudio EURODEM, Acción Concertada CE 1988-1991 sobre prevalencia de demencias en Europa y con el Estudio WHODEM de la Organización Mundial de la Salud, en cuatro continentes, investigación que fue diseñada en una Reunión en Zaragoza y que está pendiente del análisis definitivo de resultados.

Los tres equipos tienen además experiencias en áreas relacionadas: el psiquiátrico tiene una línea acreditada en investigación psicosomática, con Proyectos financiados que incluyen otra Acción Concertada de la CE; el equipo neurológico tiene proyectos financiados previos en áreas neurológicas afines y el epidemiológico ha participado en otros proyectos financiados en psiquiatría, psicosomática y salud mental, así como en estudios multicéntricos, también financiados, sobre mortalidad y cáncer.

## 2. DISEÑO DEL ESTUDIO.

### 2.1 Ámbito del estudio.

Este estudio se realizó en la ciudad de *Zaragoza*, incluidos los barrios periféricos que dependen de ella, como son Casetas, Garrapinillos, Juslibol, La Cartuja, Miralbueno, Montañana, Monzalbarba, Movera, Peñaflores, San Gregorio, San Juan de Mozarrifar, Santa Isabel, Villamayor y Villarrapa.

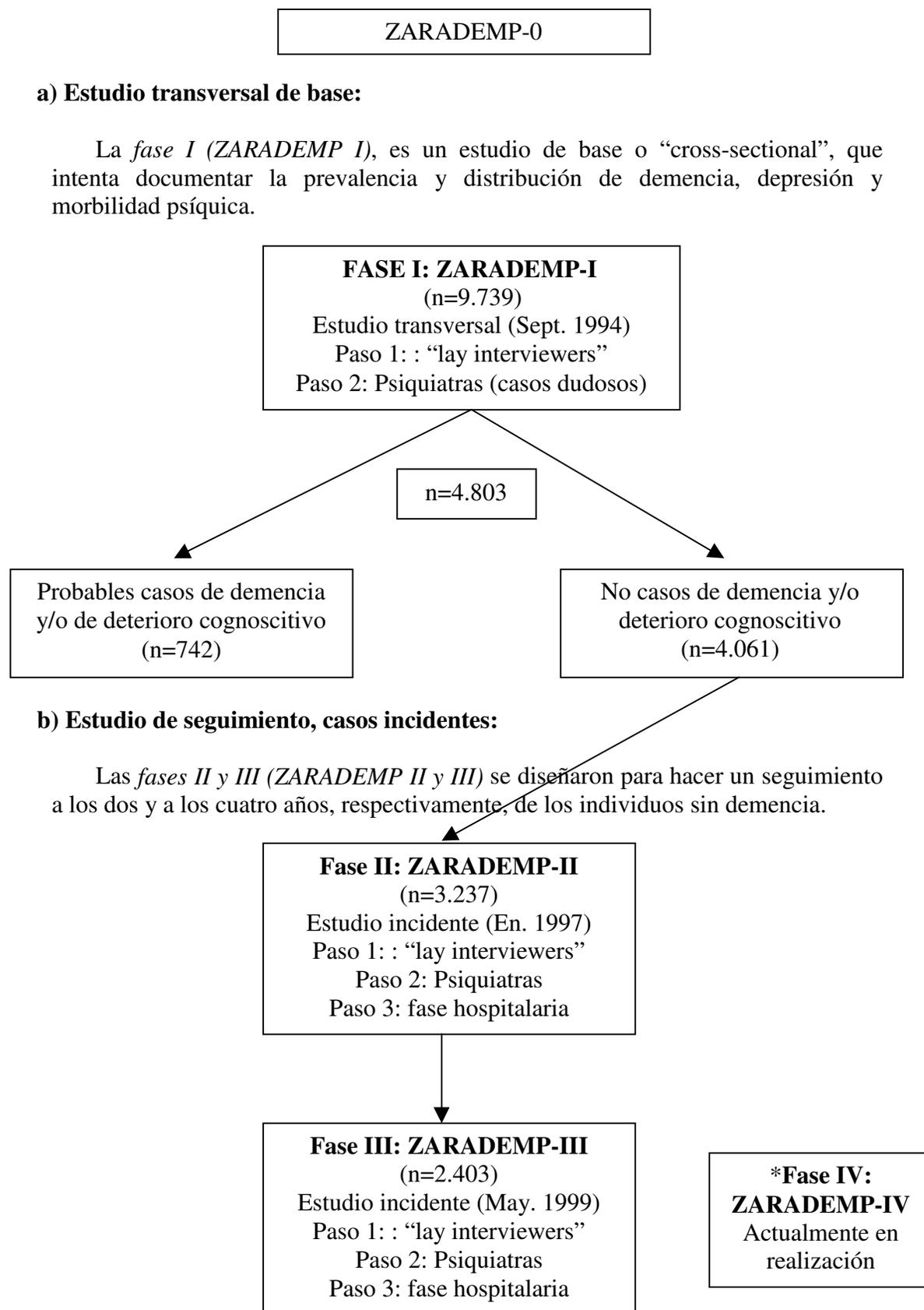
La población a estudio fue seleccionada a partir del *censo municipal de 1991* (fuente: Instituto Aragonés de Estadística).

*Aragón*, según este censo, tenía una población de 1.188.817 habitantes, de los cuales 365.095 tenían 55 ó más años.

La ciudad de *Zaragoza*, según este censo, tenía una población de 594.394 habitantes (el 50% de la población total de Aragón), de los cuales 153.851 tenían 55 ó más años. Estos sujetos, de 55 ó más años, representan el 25,9% de la población total de la ciudad de Zaragoza, y nos indica que el 42,1% de la población de 55 ó más años de Aragón, residía en la ciudad de Zaragoza.

### 2.2 Diseño del estudio:

Es un *estudio epidemiológico* que se compone de *tres fases* (*Figura 1*). El Estudio Zaragoza (Lobo y cols. 1995), que nosotros llamamos ZARADEMP 0, fue la investigación de base, y ha influenciado las decisiones sobre el muestreo, los instrumentos y los métodos del proyecto ZARADEMP, del que se deriva la presente Tesis Doctoral.

**Figura 1.** Árbol de diseño del estudio.

Esta memoria doctoral se ha realizado a partir de los datos obtenidos en el estudio transversal de base, mediante la cumplimentación de la entrevista ZARADEMP-I.

### 3. MUESTRA.

#### 3.1 Criterios para la selección de la muestra:

Se ha decidido trabajar sobre una amplia *muestra poblacional*, siendo nuestro marco muestral la población de ambos sexos y mayor de 54 años de la ciudad de Zaragoza.

Para decidir el *tamaño muestral* final se han tenido en cuenta, además del aspecto operativo de que una muestra global muy superior a 5000 sujetos sería inmanejable con nuestros medios previstos, la incidencia estimada de los trastornos psiquiátricos, los movimientos poblacionales y el valor predictivo negativo de los instrumentos de screening y diagnóstico. Se ha realizado una aproximación muestral en base al Padrón Municipal de 1986 y a la información complementaria de prevalencia y falta de respuesta por edades y sexo suministrados por nuestro estudio previo de ZARADEMP 0 (Lobo y cols. 1997), tasas de mortalidad por edades y sexos de los últimos años disponibles (1985-1987) y estimación de pérdidas por emigración en base a las poblaciones por edades y sexos del Censo de 1981 y el Padrón de 1986. Según esto, el tamaño muestral inicial estimado se sitúa entre los 5500 y los 6000 individuos que, estratificados proporcionalmente por edades y sexos con respecto a la distribución poblacional, nos permitirán extrapolar los resultados de prevalencia, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral inferior al 2%.

La *fecha de comienzo* es 1994 y su final 1999. Se ha obtenido la *muestra* a partir del censo de Población del año 1991, del que se reciben actualizaciones cada 6 meses aproximadamente, facilitado por el Ayuntamiento de Zaragoza, y habiéndose cumplido para ello todos los requisitos administrativos necesarios para acceder a estos datos sin vulnerar la ley sobre la privacidad actual. Disponíamos inicialmente de un *tamaño muestral* de 9739 individuos, de los que se consiguió entrevistar a 4803, con una tasa de no respuesta del 27,9%.

La *distribución* de esta muestra inicial *según la edad* (en categorías de 5 años) y *el sexo* se muestra en la *Tabla 4*.

**Tabla 4.** Distribución de la muestra inicial por estratos de edad y sexo.

Estrato	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
55-59	663	16,5	787	13,7	1.450	14,9
60-64	665	16,6	813	14,2	1.478	15,2
65-69	573	14,3	839	14,6	1.412	14,5
70-74	503	12,5	787	13,7	1.290	13,2
75-79	415	10,3	756	13,2	1.171	12,0
80 ó más	1.195	29,8	<b>1.743</b>	30,4	2.938	30,2
<b>Total</b>	<b>4.014</b>	<b>100</b>	<b>5.725</b>	<b>100</b>	<b>9.739</b>	<b>100</b>

De la muestra inicial de 9739 sujetos, finalmente se pudieron realizar 4807 entrevistas, y de éstos 4 sujetos fueron rechazados en los procedimientos de control de calidad. Los 4.936 sujetos que no pudieron ser entrevistados, se distribuyeron en los diferentes grupos de ilocalizables, emigrados, negativas y fallecidos, que se detallan en la *Tabla 6* de Resultados.

El estudio se ha realizado en una *muestra* amplia, que es *representativa* de una población. Por lo tanto los datos son extrapolables a esa comunidad.

#### **4. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS.**

Los *instrumentos utilizados* fueron administrados a través de la entrevista ZARADEMP-I (ANEXO I). Estos instrumentos, previamente estandarizados en nuestro país por nuestro grupo de investigación, están incorporados a lo largo de la entrevista y son:

##### **4.1 Mini-Examen Cognoscitivo (MEC).**

Folstein y cols. desarrollaron a partir de 1975 el Mini-Mental State Examination (MMSE), que ha llegado a convertirse con el paso del tiempo en el instrumento de exploración de las funciones cognoscitivas más usado internacionalmente. Pero no es suficiente con la simple traducción, para poder aplicarlo en otros entornos socioculturales distintos de aquel para el que fue diseñado. Por lo tanto nuestro grupo, procedió a la validación del instrumento en diferentes muestras (pacientes geriátricos, neurológicos, psiquiátricos y médicos).

De esta forma surgió el Mini-Examen Cognoscitivo-35 (MEC), hoy convertido en el Examen Cognoscitivo “Mini-Mental” (ECMM) (Lobo y cols., 1979, 1980, 1999) (Ver en el ANEXO I). Se trata de un test de reducido tamaño que no sólo detecta déficits cognoscitivos globales, sino que explora áreas intelectivas específicas como son: orientación temporo-espacial, memoria (de fijación y evocación), ejercicios de concentración y cálculo y aspectos fásicos como son el lenguaje, construcción y abstracción. Es un indicador fiable y válido de alteración cognoscitiva (Folstein y cols., 1975) y probablemente el test de la función cognoscitiva de más amplio uso (Oppenheimer y cols., 1991).

Todos estos factores se evalúan sobre una puntuación máxima de 35 puntos (a diferencia del MMSE, que valora un máximo de 30 ítems), siendo la interpretación inmediata.

Los puntos de corte varían según la edad del sujeto: 27/28 para adultos no geriátricos, y 23/24 para los sujetos de 65 ó más años (Lobo y cols., 1990). Puede utilizarse, con las debidas correcciones, en individuos con déficits visuales, analfabetos, etc.

La fiabilidad y validez del Mini-Examen Cognoscitivo en la población general geriátrica ha sido recientemente demostrada en una muestra representativa (Día, 1992). Este test ha demostrado en España su utilidad y sencillez de aplicación (el personal auxiliar puede aplicarlo en la cabecera del enfermo con una breve formación), su brevedad (diez minutos son suficientes para completarlo, en la mayoría de los casos), y con unos buenos coeficientes de sensibilidad, especificidad y poder discriminativo.

Puede haber falsos positivos y negativos. Entre los primeros están: la edad avanzada, escolarización deficiente, problemas de psicastenia, simulaciones, apatía, y casos de trastornos depresivos graves, que pueden producir cuadros de pseudodemencia. Por otra parte, las lesiones focales del SNC y un nivel educacional previo elevado pueden alterar el rendimiento del MEC, dando falsos negativos.

##### **4.2 Geriatric Mental State (GSM-B).**

El Geriatric Mental State Schedule (GMS), en su versión española se trata de una entrevista clínica semiestructurada estandarizada para valorar el estado mental de las personas ancianas (Copeland y cols., 1976; Lobo y cols., 1988). Puede ser

administrada por entrevistada por entrevistadores no profesionales o “lay interviewers”. Utilizamos su versión B, que es una versión resumida y comunitaria, a la cual puede aplicarse el programa informático Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (AGECAT) (Copeland y cols., 1987) (ANEXO I).

Esta entrevista es también un instrumento de búsqueda de síndromes: la puntuación global del GMS discrimina entre sujetos sin alteraciones mentales (no casos) (puntuaciones 0 y 1), y sujetos con alteraciones mentales (casos). Estos sujetos son clasificados posteriormente por su gravedad en casos leves (puntuación 2), y moderados a graves (puntuación 3).

Se administraron diferentes secciones de la entrevista Geriatric Mental State (versión B) (GSM-B), en su versión española, en las que se exploraba, fundamentalmente, la presencia de demencia, depresión o ansiedad (Lobo y cols., 1988; Saz y cols., 1996, 1998).

Se administran tres secciones para las áreas cognoscitivas, que son: “orientación”, “memoria” y “concentración”, que se completaron en nuestro estudio con el MEC.

De entre las secciones que exploran la afectividad, la principal es la dedicada a los síntomas depresivos, aunque sin dejar de lado otros aspectos como “síntomas somáticos”, “soledad”, “sentimientos de culpa”, “lentitud” y “pérdida de interés”.

La exploración de los trastornos de angustia/ansiedad, se realiza en las secciones de “preocupación”, “ansiedad general”, “tensión”, “irritabilidad” y “síntomas neurovegetativos”.

También se incluyen secciones que exploran posibles trastornos psicóticos como “dificultades de pensamiento”, “persecución”, “distorsión de la percepción” y “fenómenos alucinatorios”, que pueden estar asociados con los procesos de deterioro cognoscitivo.

Posteriormente y ya sin necesidad de que esté el sujeto presente, el entrevistador debe valorar las posibles dificultades de comunicación, tanto patológicas como no, que se hayan objetivado durante la entrevista y hacer un juicio sobre la fiabilidad de los datos obtenidos, en base a lo observado en el paciente.

Entre las diferentes secciones se encuentran distribuidas varias de observación, que prescinden totalmente de la subjetividad del entrevistado y que se basan en lo observado por el examinador.

De esta forma se ha integrado en la entrevista ZARADEMP-I un instrumento aceptable para los probandos y cuyo contenido psicopatológico es el más adecuado y representativo de los trastornos psiquiátricos de la tercera edad y que además genera suficiente información para efectuar un diagnóstico psiquiátrico, no solo sobre signos y síntomas, sino que ayuda a discriminar claramente entre los “casos” y las personas sanas, y muy manejable en cuanto a su formato y tiempo de aplicación.

También prevee la posibilidad de que el sujeto se encuentre en estado grave o incluso inconsciente, en cuyo caso la entrevista debe ser completada en sus secciones observables, sobre todo en los apartados referidos a las dificultades de comunicación.

La fiabilidad y validez de la versión española del GMS en nuestro entorno ha sido demostrada como adecuada en la población general tanto para los “lay-interviewers”, como para los psiquiatras (Lobo y cols., 1988; Saz, 1991), y así como la fiabilidad y validez del programa computerizado anexo (AGECAT).

#### **4.3 History and Aetiology Schedule (HAS).**

La entrevista History and Aetiology Schedule (HAS) es un método estandarizado de recoger datos cruciales de la historia clínica y posibles factores etiológicos.

Dispone además de un proceso de diagnóstico computerizado a partir de los datos del HAS-AGECAT.

Es una entrevista cuya validez ha sido recientemente comunicada (Dewey y cols., 1992; Copeland y cols., 1992).

En la entrevista ZARADEMP-I se han integrado diferentes secciones del HAS (ver ANEXO I), ya que además de la recogida de datos sobre el estado mental de los ancianos, este instrumento es fundamental para distinguir los diferentes estados y para subclasificar los diagnósticos.

En las secciones incluidas en la entrevista, se recogen datos anamnésicos del paciente, tanto las características del estado actual (comienzo, duración, patoplastia, patocronia, tratamientos recibidos, etc.) como datos de la historia personal psiquiátrica previa. Lo que nos permite tener una información muy detallada de la evolución clínica de las mismas, haciendo especial hincapié en los trastornos cognoscitivos y afectivos.

La versión española, se obtuvo mediante un sistema equivalente al utilizado con el GMS, con el correspondiente proceso de traducción y contratraducción. El sistema de valoración y corrección de los datos recogidos es, también muy similar al del GMS.

#### **4.4 El sistema computerizado AGE CAT (Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy).**

AGECAT es un programa informático que analiza los datos de la entrevista GMS (Copeland y cols., 1988; Dewey y cols., 1986).

En el sistema AGE CAT, tras condensar en 150 síntomas componentes de los ítems de la entrevista, aquellos a su vez son condensados en 31 grupos, no sólo basados en la clínica, sino también en la importancia de sus contribuyentes al diagnóstico final de un síndrome particular. Estos grupos se combinan para formar niveles de confianza diagnóstica de 0 a 5 en la mayoría de los casos, para ocho síndromes diferentes. Estos niveles de confianza se comparan, de acuerdo con un sistema jerárquico de los síndromes empezando por el orgánico y acabando con el referido a la ansiedad, para llegar a producir el diagnóstico final, un diagnóstico secundario y otro alternativo, si procede, y los niveles de confianza de los ocho "clusters" sindrómicos. Un sujeto dado puede tener más de un diagnóstico o síndrome simultáneamente. Se ha demostrado que niveles de confianza de 3 ó superiores corresponden a lo que los psiquiatras habitualmente reconocen como caso. En el caso de demencia, corresponde al diagnóstico hecho de acuerdo a las normas del DSM-IV (Copeland y cols., 1990). La experiencia con el bloque GMS-AGECAT incluye estudios comunitarios (Copeland y cols., 1987; Black y cols., 1990) y comparaciones internacionales (Magnússon, 1989; Copeland y cols., 1987). Los datos acerca de la validez de la versión española también han sido documentados (Lobo y cols., 1990).

El manejo de los pacientes geriátricos puede resultar difícil cuando coexiste patología en dos ó más síndromes, pero el AGE CAT indica, no sólo la distinción "caso/no caso", sino además los niveles en cada uno de los síndromes.

Para la puesta en marcha del sistema computerizado AGE CAT se desarrolló un sistema teórico de la experiencia clínica y, tras la correspondiente traducción a un lenguaje informático, se probó contra los datos existentes de diferentes muestras.

El sistema AGE CAT utiliza tanto el sistema diagnóstico de los algoritmos y árboles de decisión, como el de comparación de niveles de síntomas, en los diferentes estadios del proceso.

Los puntajes de los grupos se usan jerárquicamente según criterios clínicos (originales del Profesor Copeland) para producir niveles de confianza de los “cluster” sindrómicos.

La siguiente etapa, consiste en la comparación de los niveles sindrómicos producidos en el estadio anterior. El proceso se halla jerarquizado, comenzando la comparación del nivel orgánico contra el de esquizofrenia, y continuando de la misma manera hasta concluir las comparaciones entre todos los síndromes.

Por lo que respecta a los criterios diagnósticos, aunque parte de los definidos en el DSM-IV fueron incluidos, no se puede decir que el AGE CAT siga completamente dichos criterios. El AGE CAT reconoce un caso diagnóstico que requiere alguna intervención a partir de un nivel de confianza 3 ó más, en alguno de los “clusters” sindrómicos. Por ello, en la comparación de los resultados AGE CAT con la opinión de psiquiatras experimentados, es de esperar que el primero tienda a sobrediagnosticar los trastornos. De esta manera, los puntajes 1 y 2 representan “subcasos”, y existe evidencia de que puede ser un método adecuado para identificar estadios precoces de enfermedad (Copeland y cols., 1987).

Para adaptar la versión española del GMS al sistema computerizado de diagnóstico AGE CAT, se establecieron los oportunos contactos con los autores, mediante estancias de miembros del equipo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Liverpool, estandarizándose personalmente en el método y profundizando, entre otros aspectos, en aquellos destinados a un perfecto acoplamiento del AGE CAT en España.

#### **4.5 Valoración del estatus funcional y de la incapacidad física.**

Para ello se utilizaron dos índices:

##### **a) Índice para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Katz (ANEXO I).**

Se trata de un método heteroadministrado (Katz y cols., 1963), para la valoración funcional del anciano ampliamente difundido y que ha demostrado su utilidad en nuestro medio (Cruz, 1991). Permite una valoración de la independencia de las personas ancianas en seis de las ABVD.

Consta de seis ítems ordenados jerárquicamente, incluyendo los niveles más elementales de función física (comer, uso del baño y control de esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse y caminar). En concreto se recogen datos referentes a: independencia para el baño, el vestido, el uso del W.C., la movilidad, la continencia de esfínteres y la alimentación.

Se seleccionó este índice porque probablemente se trate del índice de ABVD más utilizado (Del Ser y cols., 1994). De hecho es el patrón estándar (“gold standard”) con el que habitualmente se compara la validez concurrente de otras escalas de valoración funcional (Valderrama y cols., 1997). Además ha demostrado su fiabilidad en estudios españoles (Alvarez y cols., 1992).

##### **b) Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y Brody (ANEXO I).**

Se trata de un método heteroadministrado (Lawton y Brody, 1969), en el cual se evalúa la capacidad para realizar tanto las ABVD como las AIVD, de forma que la podemos utilizar para completar la información sobre la capacidad funcional del anciano que hayamos podido obtener al realizar el índice de Katz.

Se valoran diferentes áreas como: la capacidad para realizar llamadas telefónicas, uso de pequeñas cantidades de dinero, uso de transporte público, responsabilizarse de la toma de medicación, orientarse en calles familiares, realizar tareas domésticas sencillas (uso de electrodomésticos, hacer café), preparar la comida y lavar la ropa.

Tiene una buena validez concurrente (Montorio, 1994) con otras escalas de AIVD y con escalas de valoración cognoscitiva como el MMSE. Desde su creación ha servido de modelo a escalas posteriores de AIVD (Baztán y cols., 1994) pese a lo cual sigue siendo la escala más recomendada para la valoración de AIVD.

Es una escala sencilla, breve y de fácil aplicación. En nuestro país ha sido utilizada en múltiples estudios (Campillos y cols., 2001; Salva y cols., 1994; San José y cols., 1994; San José, 1993; Cruz y cols., 1992), tanto para la valoración geriátrica, como para definir las cualidades métricas de otras escalas de AIVD.

Se define a cada persona como independiente (0), precisa ayuda (1), dependiente (2), en cada una de estas actividades de ambas escalas y, en función de las puntuaciones obtenidas se clasifica a los pacientes según el grado de dependencia, considerándose que hay deterioro en las AVD, si se obtiene una puntuación de 4 ó más.

Se instrúa a los entrevistadores para que valorasen cada ítem, en función de la discapacidad producida por causa cognoscitiva o psíquica, pero no por causa física.

#### **4.6 Cuestionario EURODEM de factores de riesgo de demencia.**

En la entrevista ZARADEMP-I (ANEXO I), siguiendo el protocolo de EURODEM, se recogió información sobre una serie de posibles factores de riesgo de demencia.

Entre los que se encuentran: antecedentes personales de diferentes patologías somáticas como las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, angina de pecho), accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, epilepsia, enfermedad de Parkinson, Diabetes Mellitus, enfermedades tiroideas, consumo de alcohol o tabaco, y antecedentes familiares de: demencia, accidente cerebrovascular, epilepsia, Síndrome de Down, enfermedad de Parkinson, Diabetes Mellitus o de cualquier patología psiquiátrica, junto con el empleo de medicamentos psicotropos.

De todos los factores de riesgo, el consumo de psicotropos es el objeto de análisis de la presente tesis.

Los coeficientes de validez de los diferentes instrumentos de screening administrados por los "lay-interviewers" en el Estudio Zaragoza son los descritos en la *Tabla 5*. El "Gold Standard" son los diagnósticos psiquiátricos.

La entrevista ZARADEMP-I consta además de un glosario de definiciones, en el cual se les instrúa a los "lay interviewers" de los criterios que tenían que seguir para la correcta puntuación de los ítems en las diferentes partes de la entrevista (secciones del Examen Cognoscitivo "Mini-Mental", GMS-B, HAS, recogida de la información relativa a los posibles factores de riesgo que eran estudiados, puntuación de los ítems de observación, etc.).

Los "puntos de corte" a utilizar para cada instrumento fueron los decididos en las respectivas estandarizaciones españolas.

A lo largo de la entrevista, se incluyen diferentes secciones de observación objetiva por parte del entrevistador, preguntas sobre la fiabilidad de los datos recogidos, preguntas al acompañante (si existe, para corroborar los datos y aumentar

la fiabilidad de la información recogida), etc., esta información se recoge fundamentalmente en la parte final de la entrevista (ver ANEXO I).

**Tabla 5.** Coeficientes de validez de los instrumentos de screening.

Instrumento	Punto de corte	PORCENTAJES				
		Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	MALCLASI
MEC	23/24	89,8	83,9	51,2	97,8	15,1
GMS:						
-Demencia	1-2	93,2	89,4	66,3	98,3	9,8
-Depresión	1-2	93,7	89,2	68,2	98,3	9,8
AGECAT:						
-Demencia	2-3	79,6	91,3	67,1	95,3	10,8
-Depresión	2-3	84,4	84,2	56,8	95,6	15,7

Datos del Estudio Zaragoza de los “lay interviewers” (fase I) vs “Psiquiatras” (Fase II) (Lobo y cols., 1995). Diagnósticos psiquiátrico con criterios DSM-IV.

\*VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; MALCLASI: malclasificados

## 5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES FUNDAMENTALES UTILIZADAS EN ESTE ESTUDIO:

La entrevista ZARADEMP-I se diseñó con instrumentos estandarizados y validados previamente en la población a estudio, a partir de los datos del Estudio Zaragoza (Lobo y cols., 1995). Esta entrevista incluye las siguientes variables:

### 5.1 Datos de la entrevista (ver ANEXO I, sección 1 de la entrevista ZARADEMP-I):

- Causas de entrevista no realizada.
- Lugar de la entrevista:
  - Casa del entrevistado.
  - Casa de un familiar.
  - Hospital.
  - Residencia.
  - Otros.

De esta variable hemos obtenido los sujetos institucionalizados. Son, en realidad, aquellos sujetos que han realizado la entrevista en la residencia, y no son todos los pacientes institucionalizados, sino una muestra de ellos.

### 5.2 Datos socio-demográficos (ver ANEXO I):

#### 5.2.1 Edad.

Para el análisis de los datos se utiliza la variable edad en el momento de la entrevista (calculada a partir de la fecha de realización de la entrevista y la fecha de nacimiento del sujeto entrevistado), de diferentes formas:

- Como variable cuantitativa.
- Como variable categorial, agrupando la edad por quinquenios (55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 ó más años).

#### 5.2.2 Sexo.

Se trata de una variable dicotómica (hombres y mujeres).

### 5.2.3 Estado civil.

Se divide en cinco categorías:

- Soltero.
- Casado o con pareja.
- Separado o divorciado.
- Viudo.
- Religioso.

### 5.2.4 Tipo de convivencia (ver ANEXO I).

Esta variable se divide en cuatro categorías:

- Los que viven solos.
- Con el cónyuge.
- Con los hijos.
- Otros tipos de convivencia (ya que algunos sujetos residen en instituciones).

### 5.2.5 Nivel de educación.

Los diferentes niveles de estudios que se recogían en la entrevista, fueron agrupados en cinco categorías, para reducir la dispersión de datos:

- Analfabeto: aquel sujeto que no sabe leer ni escribir. También incluimos a aquellos que sólo saben escribir su nombre, pero nada más, o aquellos que son capaces de leer cosas sencillas pero no pueden escribir.
- Alfabeto sin estudios: aquel sujeto que sabe leer y escribir, pero no tiene estudios.
- Primarios completos o incompletos.
- Medios: Formación Profesional completa o incompleta y Bachillerato completo o incompleto (incluye elemental hasta 6º y preuniversidad).
- Universitarios: Graduado, diplomado o tres años de licenciatura o Universidad incompleta, Licenciado o Ingeniero superior.

### 5.2.6 Situación laboral principal desarrollada.

Para la situación laboral hemos creado cuatro grupos, según la actividad desarrollada la mayor parte de su vida:

- Ama de casa: sujetos que no han trabajado fuera del hogar.
- Desempleado: sujetos en paro durante gran parte de su vida.
- Activo: sujetos que han trabajado fuera de casa.
- Incapacidad laboral (permanente): sujetos con incapacidad laboral permanente durante gran parte de su vida.

### 5.2.7 Situación económica.

Se pregunta al entrevistado por los ingresos mensuales del entrevistado, del cónyuge y de otros miembros de la familia. La distribución de esta variable forma una curva asimétrica de cola derecha, con un mínimo de 30,05 euros (5.000 pesetas) y un máximo de 6599,11 euros (1.098.000 pesetas), una media de 648,49 euros (107.900 pesetas) y una desviación típica de 0,47. Hemos agrupado esta variable de acuerdo a esta distribución en tres grupos:

- Baja: cuando la suma de los ingresos mensuales familiares (suma del paciente, cabeza de familia y otros familiares) es menor de 300,51 euros (50.000 pesetas).

- Media: cuando la suma de los ingresos mensuales está entre 300,51 y 901,52 euros (50.000 y 150.000 pesetas).
- Alta: cuando la suma de los ingresos mensuales es mayor de 901,52 euros (150.000 pesetas).

### 5.3 Consumo de medicación (ver ANEXO I).

Se obtiene información acerca de todo tipo de medicación que el sujeto esté tomando actualmente o lo haya hecho en las cuatro últimas semanas, la prescrita por un médico y aquella tomada por la propia iniciativa del sujeto. Se valora aquí, además, la toma de fármacos no prescritos por un médico o su consumo excesivo y desproporcionado según una relación dosis/efecto. Se solicita durante la entrevista que el paciente muestre las cajas o botes de las medicinas. Se recogen los siguientes datos:

- **Nombre comercial de los medicamentos:** Los principios activos se codifican de acuerdo con el sistema de *clasificación "Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index (ATC)"*, que es recomendado por el Drug Utilization Research Group (DURG) de la Organización mundial de la Salud para los estudios internacionales de utilización de medicamentos, que divide a todos los medicamentos en 14 grupos:

- A Aparato digestivo y metabolismo
- B Sangre y órganos hematopoyéticos
- C Aparato cardiovascular
- D Terapia dermatológica
- G Terapia genito-urinaria incluidas hormonas sexuales
- H Terapia hormonal
- J Terapia infecciosa vía sistémica
- L Terapia antineoplásica
- M Aparato locomotor
- N Sistema nervioso
- P Antiparasitarios
- R Aparato respiratorio
- S Órgano de los sentidos
- V Varios

Esta clasificación codifica los medicamentos con 7 dígitos, estructurándolos en cinco niveles (ver ANEXO II):

- Primer nivel: primera letra que corresponde el grupo anatómico principal, que indica el órgano sobre el que el medicamento ejerce su acción principal.
  - Segundo nivel: número de dos cifras que corresponde al grupo terapéutico principal.
  - Tercer nivel: cuarto dígito formado por una letra, que indica el subgrupo terapéutico.
  - Cuarto nivel: quinto dígito formado por una letra, que representa el subgrupo terapéutico.
  - Quinto nivel: número de dos cifras que es específico del principio activo.
- **Tipo de prescripción:** se agrupa en facultativa documentada, cuando hay datos suficientes de que ese medicamento ha sido prescrito por un médico, y nos lo muestran por escrito; facultativa no documentada cuando nos queden dudas,

aunque el paciente lo afirme así; iniciativa propia cuando el paciente lo toma por voluntad propia.

- **Frecuencia de consumo:** se anota si el consumo es diario/casi diario ó esporádico.

Hay un apartado exclusivo donde se registran aquellos *medicamentos o drogas potencialmente adictivos*, como son los siguientes grupos:

- Opiáceos: opio, alcaloides del opio, heroína, metadona, morfina sintéticas como analgésicos (meperidina, codeína y derivados, tramadol).
- Alucinógenos: LSD, Mescalina.
- Cánnabis: hachís, marihuana.
- Otros psicoestimulantes: anfetaminas, cocaína.
- Barbitúricos.
- Otros hipnóticos y sedantes: benzodiacepinas.
- Tranquilizantes: neurolépticos.
- Otros: antidepresivos, otros analgésicos, etc...

Los datos que se recogen de estas sustancias son:

- Consumo actual: en el momento de la entrevista o en las cuatro últimas semanas.
- Consumo pasado: previamente a las cuatro últimas semanas.
- Frecuencia de consumo: a diario/casi diario, o esporádico.
- Años de consumo: suma total (actual más pasado) de los años de consumo.

En el caso de algunos medicamentos que asocian varias sustancias, se consigna en ambos apartados. Si toma más de una sustancia de la misma categoría de esta última tabla, se consigna aquella de la que se sospecha con mayor seguridad un problema de dependencia, aquella que el sujeto consume con mayor frecuencia o a mayores dosis, o aquella que lleve consumiendo durante más tiempo. Toda sustancia medicamentosa que se registra en esta tabla y se esté consumiendo en el momento de realizar la entrevista o durante las cuatro semanas previas, también tendrá que venir recogida en la tabla de medicación.

No se registran como medicamentos los productos de parafarmacia u homeopatía, ya que no son objeto de nuestro estudio.

**5.4 Alteración del sueño en el mes previo:** tipo de alteración, cambios del patrón del sueño, posibles causas de estas alteraciones (forma parte del GMS-B) (ver ANEXO I, sección 8 de la entrevista ZARADEMP-I).

Reconocen tener problemas o cambio reciente en el patrón de sueño en el último mes:

- Insomnio: cambios en el patrón del sueño en los que el sujeto permanece despierto en la cama la mayor parte de la noche o no se acuesta y duerme principalmente durante el día.
- Padece insomnio la mayor parte de la noche y duerme principalmente durante el día.
- Marcado insomnio la mayor parte de las noches, durante al menos 2 semanas en el último mes.
- Hipersomnio: marcado y excesivo sueño la mayor parte de las noches, durante al menos dos semanas en el último mes. El paciente siente la necesidad de dormir varias horas más de lo normal por noche, probablemente se despierta al día siguiente sintiéndose cansado todavía. Debería estar presente al menos durante dos semanas en el último mes.

- Trastornos del sueño indeterminado: el paciente presenta problemas o cambio reciente en el patrón de sueño, pero no se especifica si es por defecto o por exceso.

### **5.5 Consumo de alcohol** en los dos últimos años: patrón de consumo, ingesta diaria (en vasos) y tipo de bebida (ver ANEXO I, sección 5 de la entrevista ZARADEMP-I).

Se considera consumo excesivo de alcohol (según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria ó PAPPS) (Córdoba y cols., 1999):

- Ingesta semanal de alcohol superior a:
  - 35 Unidades en Varones (ó 5 Unidades diarios).
  - 21 Unidades en Mujeres (ó 3 Unidades diarios).
- Ingesta superior a 10 Unidades en 24 h al menos una vez al mes (para los fines de semana).

\*Unidades:

- Vino----- 1 vaso (100 ml)----- 1 Unidad.
- Cerveza----- 1 caña (200 ml)----- 1 Unidad (1 botellín = 250 ml).
- Licores----- 1 copa (50 ml)----- 2 unidades.

### **5.6 Variables relacionadas con la psicopatología** (ver ANEXO I, sección 8 de la entrevista ZARADEMP-I).

En este conjunto de variables, hay que tener en cuenta que la muestra de los “sujetos sanos o no casos” sí que es excluyente con el resto, sin embargo entre los sujetos que están incluidos dentro de las otras variables relacionadas con la psicopatología (demencia, deterioro cognoscitivo, depresión y ansiedad) puede haber un cierto solapamiento entre los diferentes grupos, y un mismo sujeto puede estar incluido en varios de ellos, al cumplir los criterios de inclusión establecidos en la metodología para ello.

#### **5.6.1 Sujetos sanos o “no casos”.**

Del total de la muestra entrevistada, se seleccionaron aquellos sujetos que no presentaban ningún tipo de psicopatología (ni según los criterios del AGE CAT (no eran “caso” ni “subcaso”), ni del rendimiento en el MEC-35).

#### **5.6.2 Caso de demencia.**

Se establecieron unas reuniones periódicas, como grupo de trabajo entre los diferentes especialistas que forman parte del estudio para consensuar unos criterios para establecer el diagnóstico de “demencia”.

Los "casos probables" de demencia, según uno o varios de los instrumentos de screening" (GMS, Mini-Examen) y un 10% de "probables no casos" que sirvieron de control, eran examinados dentro de los dos meses siguientes, en la segunda fase de "screening", por psiquiatras también estandarizados, quienes aplicaron los mismos instrumentos psicopatológicos. Los puntos de corte elegidos para el screening son los de máxima relativa sensibilidad y valor predictivo negativo según los estudios previos del grupo, minimizando la posibilidad de "falsos negativos" casos de demencia. El plazo de dos meses fue decidido en base al foco del estudio en las demencias, para evitar "falsos positivos" debidos, por ejemplo, a estados confusionales pasajeros.

En esta segunda fase se administró además la versión española de la escala de Hachinski (incluida en el HAS) para discriminar demencias vasculares y degenerativas.

En la entrevista domiciliaria, se hizo además un examen clínico neurológico. Para el diagnóstico psiquiátrico (demencia y depresión fundamentalmente) se emplearon los criterios DSM-IV. Además, y a efectos comparativos, se utilizaron los criterios CIE-10 de la OMS y los "Criterios del Proyecto" (Lobo y cols., 1988). Para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se emplearon los criterios NINCDS-ADRDA adaptados (McKhann y cols., 1984). El estudio de campo previo (Estudio Zaragoza) (Lobo y cols., 1995) documentó que el diagnóstico de demencia podía ser realizado con suficiente "validez" por un psiquiatra estandarizado en el domicilio del enfermo y, por tanto, en estos datos se basaron las conclusiones. Sin embargo, los "casos" de demencia identificados por el psiquiatra en segunda fase, y un 10% de "casos" de depresión o de individuos con déficits cognoscitivos leves (Mini-Examen <28, >23) no diagnosticados de demencia, fueron evaluados por un neurólogo estandarizado, en una tercera fase. Se aplicó un protocolo estandarizado (Pascual y cols., comunicación personal) y, siempre que era posible, el anciano era estudiado en el hospital. Los criterios diagnósticos de demencia fueron los criterios AGECAAT.

### **5.6.3 Diagnósticos psiquiátricos con los criterios del sistema computerizado AGECAAT.**

En la entrevista ZARADEMP-I se incluyen diferentes secciones del GMS-HAS, en las que se recoge información de la psicopatología de los sujetos (ANEXO I: entrevista ZARADEMP-I), por lo que posteriormente se puede aplicar el *sistema computerizado AGECAAT*, y se puede determinar los siguientes diagnósticos:

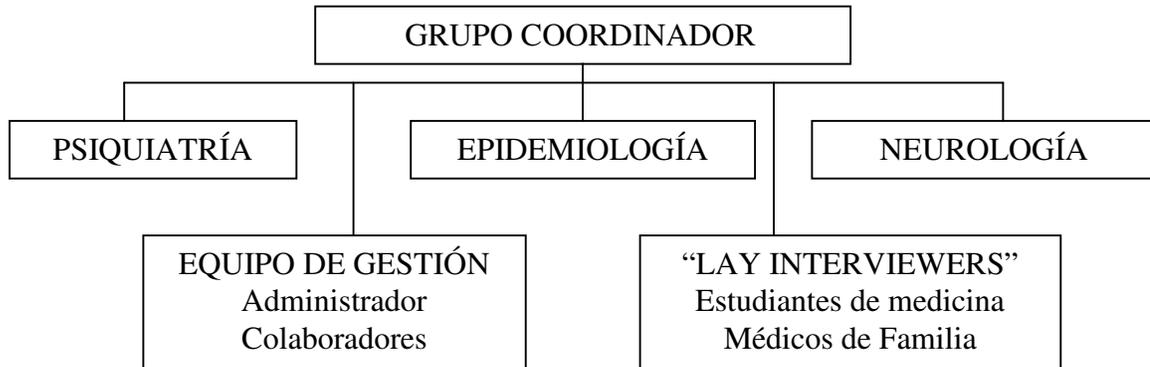
- No psicopatología.
- Caso de demencia.
- Subcaso de demencia.
- Caso de depresión psicótica (depresión mayor).
- Caso de depresión neurótica (depresión menor).
- Subcaso de depresión.
- Caso de ansiedad.
- Subcaso de ansiedad.

## 6. PROCEDIMIENTO.

### 6.1. Estructura organizativa:

El equipo investigador era multidisciplinar, y se describe en la *Figura 2*.

**Figura 2. Organigrama del Estudio.**



- **Grupo Coordinador:** daban las pautas de actuación para la realización del estudio.
- **Grupo “Senior”:** compuesto por psiquiatras, MIR de Psiquiatría, epidemiólogos y neurólogos. Supervisaban semanalmente a los entrevistadores y visitaban para reevaluar a los individuos catalogados como “probables casos” de demencia, cuya entrevista era puesta posteriormente en común en la quincenal “Reunión Panel de Psiquiatras”.
- **Equipo de Gestión:** estaba compuesto por becarios de investigación, licenciados en medicina y personal administrativo que llevaban a cabo el muestreo y reparto semanal de entrevistas, recuento y registro de las ya “realizadas” y coordinación de los entrevistadores en la “Reunión de entrevistadores” semanal según las disposiciones elaboradas por el Grupo coordinador.
- **“Lay interviewers”:** eran estudiantes de Medicina y Médicos de Familia, estandarizados para la realización de la entrevista.

### 6.2 Estandarización de los “lay interviewers”.

El trabajo de campo fue realizado por entrevistadores estandarizados o “lay interviewers”. En concreto se trataba de estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de Zaragoza y Médicos Internos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, todos ellos seleccionados en una convocatoria pública tras la presentación del Curriculum Vitae y entrevista personal. Los candidatos seleccionados tuvieron que superar el Curso de la Entrevista ZARADEMP en la Comunidad Geriátrica, con el fin que todos ellos fueran capaces de valorar de la misma forma a los individuos seleccionados para nuestro estudio. Este curso consistió en:

- **Curso de Psicopatología General e Introducción a la Psiquiatría:** ampliación de los conocimientos adquiridos en Psicología Médica y Psiquiatría, especialmente orientada a la epidemiología, clínica y diagnóstico de la psicopatología más frecuente en nuestro entorno y en los grupos etarios que componen la muestra de nuestro estudio. Duración: 15 horas.

- **Curso de Estandarización de la Entrevista ZARADEMP:** orientado a la aplicación clínica de cada uno de los instrumentos diagnósticos contenidos en la entrevista ZARADEMP. Duración: 10 horas.
- **Curso práctico con soporte audio-visual:** visualización y posterior discusión "ítem por ítem" de veinte entrevistas a pacientes geriátricos y pre-geriátricos grabadas en vídeo y realizadas por especialistas estandarizados en El método y los instrumentos ZARADEMP. Duración 80 horas.

Después de cada uno de los cursos impartidos, los "lay-interviewers" hubieron de pasar una prueba teórico-práctica de los conocimientos adquiridos.

Al término del curso, los "lay-interviewers" seleccionados, lo fueron por demostrar SUFICIENCIA para la utilización de la Entrevista ZARADEMP, el Mini-Examen Cognoscitivo, la batería GMS-HAS-AGECAT y El cuestionario EURODEM de factores de riesgo de Demencia en proyectos de investigación clínica y estudios de epidemiología psiquiátrica en psicogeriatría.

A lo largo del estudio, aunque se mantuvo constante el equipo de investigadores principales, fue necesaria la estandarización de nuevos grupos de "lay interviewers", igualmente estudiantes de la Licenciatura de Medicina y Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria, por lo que a lo largo del mismo participaron 46 entrevistadores en total.

Posteriormente se estableció un control periódico entre encuestadores de las evaluaciones realizadas. Igualmente, se procedió a un control periódico y sistemático de su "fiabilidad" inter-examinadores, en previsión del "reliability-decay", y se realizó una re-estandarización de los "lay-interviewers", incluyendo las técnicas de vídeo que se emplearon en su entrenamiento preliminar. La fiabilidad y validez de los instrumentos de "screening", evaluación y diagnóstico se documentan en los apartados precedentes.

La elaboración de la base de datos y control de calidad de los mismos se hizo según procedimientos estándar en nuestro grupo, que incluyen el análisis de valores fuera de rango y de la información no coherente.

El estudio de campo empezó en Septiembre de 1994 y se prolongó durante dos años.

### **6.3 Selección de sujetos.**

Cada semana se hizo un muestreo aleatorio estratificado por sexo y edad. Se buscaba que cada muestra fuese representativa para que en caso de interrumpirse el estudio, cosa que no ocurrió, los datos hubiesen sido igualmente válidos.

Automáticamente con cada muestreo semanal se enviaba una carta informativa personalizada a todos los sujetos seleccionados para ser entrevistados, poniéndoles en conocimiento del estudio, de los objetivos que persigue, así como los mecanismos de confidencialidad del mismo, e invitándoles a participar de forma voluntaria. Se les suministraba un teléfono de contacto para la aclaración de todos los aspectos que deseasen. De esta forma se les avisaba de la "casi inmediata" visita del entrevistador.

### **6.4 Trabajo de campo.**

La semana siguiente al muestreo, los "lay-interviewers" establecían contacto telefónico (o mediante visita domiciliaria si no disponían de teléfono) previamente a la visita, y concertaban la cita con el individuo a entrevistar, generalmente en el propio domicilio del entrevistado, pero también en instituciones aquellos pacientes que estaban institucionalizados. Se les ofrecía también la posibilidad de realizar la entrevista en nuestro Hospital.

Posteriormente los “lay-interviewers” visitaban a cada sujeto, procediéndose en primer lugar, a obtener tras una nueva explicación verbal y escrita de los motivos, objetivos y mecanismos de protección de la información, al consentimiento expreso y por escrito del encuestado (o tutor en caso de tratarse de un sujeto incapacitado legalmente), siguiendo la legislación española actual, tras lo cual se procedía a la realización de la entrevista. Las entrevistas tenían una duración entre 25 y 90 minutos.

En caso de sujetos con especial dificultad de localización tras dos semanas después del muestreo, nuestros “lay-interviewers” visitaban su domicilio (la institución en su caso), un mínimo de tres veces antes de considerar que no había sido localizado el individuo.

En caso de entrevistas aplazadas dos semanas después, cuando los intentos anteriores del “lay-interviewer” o entrevistador no habían sido suficientes, un psiquiatra o neurólogo hacía un contacto personal, telefónicamente y si era preciso, en persona. Se registraba el teléfono y dirección de la familia, así como información médica y psiquiátrica relevante suministrada por la familia, para potenciales rechazos y otras pérdidas en el seguimiento.

### **6.5 Control y supervisión de entrevistas.**

Los entrevistadores se reunían con un Psiquiatra Senior de nuestro grupo de investigación a lo sumo siete días después de la fecha de realización de la entrevista para comentarla personalmente con él. Las entrevistas corregidas confirmadas como “no casos de Demencia” eran devueltas al “lay-interviewer” para que en el plazo máximo de una semana, las entregara al Equipo Coordinador en la siguiente “Reunión de Entrevistadores”. Los “posibles casos de Demencia” los conservaba el psiquiatra hasta la siguiente “Reunión-panel de Psiquiatras” para su diagnóstico definitivo.

Todas las semanas tenía lugar la “Reunión de Entrevistadores”, a la que asistían el Equipo Coordinador, el Equipo de Gestión, y todos los “lay-interviewers”. En esta reunión tenía lugar:

- Recuento y registro de las entrevistas realizadas por cada entrevistador y ya supervisadas y corregidas por un Psiquiatra Senior.
- Recuento y registro de las entrevistas no realizadas desde la última reunión y su tipo de incidencia: aplazadas, negativas, ilocalizables, fallecidos o emigrados.
- Discusión de dudas surgidas durante el trabajo de campo y actualización periódica de contenidos científicos de la especialidad.

### **6.6 Fase psiquiátrica.**

Los “posibles casos”, ya revisados con el “lay-interviewer”, eran visitados de nuevo por el Psiquiatra como máximo un mes después de haber recibido el caso. Todos ellos, independientemente de los diagnósticos que el Psiquiatra obtenía, eran presentados y discutidos en la siguiente “Reunión-Panel de Psiquiatras”.

Cada quince días, y con la participación de los Equipos de Coordinación, Gestión y Senior, se convocaba esta reunión, en la cual tenía lugar:

- Panel de casos de Demencia: presentación, análisis, discusión, diagnóstico y calificación definitiva de los “posibles casos” aparecidos desde la última “Reunión-panel de Psiquiatras” y que ya hayan sido visitados y evaluados por el Psiquiatra correspondiente. Se catalogaban como “caso de Demencia” o “no caso de Demencia” en base a los criterios CIE-10 y DSM-IV.
- Resolución y puesta al día de los problemas que podían acaecer en la realización del trabajo de campo.

- Actualización de contenidos científicos de la especialidad con la exposición y discusión de publicaciones de especial relevancia en relación con nuestro estudio.

## 7. CAUSAS DE NO ENTREVISTA.

Las entrevistas se clasificaban en los siguientes tipos:

- **Entrevista realizada:** toda entrevista completa o incompleta efectuada por nuestros “lay-interviewers”. Mención especial requería las entrevistas realizadas catalogadas de “caso de Demencia”.
- **Entrevista no realizada:** toda entrevista que no había podido ser llevada a cabo. Debía ser incluida en alguna de las siguientes categorías: aplazada, negativa, ilocalizable, fallecido o emigrado:

- **Aplazada:** toda entrevista que no había sido posible realizar en los 15 días siguientes a la reunión de entrevistadores en la que fue asignada, y siempre por alguna causa justificada. Por las características del estudio de incidencia, una misma entrevista no podía aplazarse de forma reiterada sin que existiera una causa inequívoca para ello.

- **Negativa:** cuando el sujeto se negaba a participar en el estudio o a concertar una cita o, una vez concertada, se quiso retirar del estudio y se negó a colaborar en la entrevista.

También se consideraron como negativas las entrevistas que no se pudieron realizar porque sus familiares nos transmitieron la negativa del sujeto o no nos permitieron contactar con él. Además se recogía información, si era posible, de cuales eran los motivos aducidos por el sujeto para no participar en el estudio.

- **Ilocalizable:** un sujeto será ilocalizable cuando no haya sido posible contactar con él o conseguir información sobre cómo y dónde hacerlo tras realizar 3 intentos por teléfono a diferentes horas del día, y 3 visitas a la dirección que consta como su domicilio, también a diferentes horas del día.

En cada una de estas visitas al domicilio se intentaba obtener información sobre el paradero del sujeto a través de los vecinos o similares. Si tras estas indagaciones obtenemos una nueva dirección, comenzará de nuevo un ciclo de 3 llamadas telefónicas y 3 visitas a esa nueva dirección, recabando nuevamente información de los vecinos si fuese necesario, antes de considerar definitivamente al sujeto como ilocalizable.

En los casos en los que no constaba en los datos el número de teléfono del sujeto a entrevistar, se intentó en algunos casos localizar un número de teléfono a través de los vecinos, o de listas de abonados telefónicos, y si no era posible localizar ningún teléfono de contacto, en esos casos solamente era posible realizar las diferentes visitas al domicilio del sujeto.

- **Fallecido:** cuando de forma fiable nos constaba que el sujeto había fallecido. En este caso el “lay-interviewer” recogía del familiar, o persona que había tenido el contacto más estrecho con el fallecido antes de su

muerte, una información mínima. Se diseñó un modelo resumido de entrevista ZARADEMP especial para estos casos, que recogía:

- Sobre el fallecimiento: la fecha y causa última del fallecimiento.
  - Sobre los posibles factores de riesgo a estudio: antecedentes médicos personales (entre los que se incluía el consumo de psicotropos), antecedentes médico-psiquiátricos familiares y antecedentes psiquiátricos personales.
  - Sobre la posible presencia de una demencia: si presentaba una demencia en el momento del fallecimiento y si esta fue la causa del fallecimiento. En ambos casos se les preguntaba al informante, el estado cognoscitivo del sujeto en los dos últimos años antes del fallecimiento, el estatus funcional, además de realizarles las preguntas correspondientes a la sección al informante de la entrevista.
- **Emigrado:** cuando al no localizar al sujeto se averiguaba de forma concluyente que el sujeto estaba empadronado en otro municipio o vivía más de 6 meses al año fuera de la ciudad de Zaragoza o sus barrios periféricos que fueron incluidos en el estudio. Sin embargo, si se averiguaba que pasaba temporadas en Zaragoza o en alguno de esos barrios periféricos, se aplazaba la entrevista hasta que se podía realizar en esos períodos en que residía dentro de la zona del estudio.

Las entrevistas realizadas y no realizadas, según la edad y el sexo las mostramos en las *Tablas 6 y 7* de Resultados.

## 8. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

### 8.1 Base de datos.

En primer lugar se procedió a la elaboración de una base de datos en soporte informático, inicialmente mediante un programa dBase IV, en la cual se introducían los valores de las diferentes variables recogidas en la entrevista ZARADEMP-I por los entrevistadores, junto con el código de la entrevista, sin que en ella constasen ninguno de los datos de filiación de los diferentes sujetos.

Este proceso fue realizado por personal entrenado e instruido en la forma en que se tenía que realizar, introduciendo “literalmente” los datos tal como se reflejaban en la entrevista, sin entrar en juicios en relación a los mismos.

Posteriormente se desarrollaron y aplicaron hasta cuatro programas informáticos diferentes, para realizar la depuración progresiva de valores fuera de rango y de la información no coherente, para de esta forma “limpiar” los datos de las diferentes variables a estudio. En el supuesto que se encontrase algún valor incoherente o fuera de rango, se acudía a la entrevista original del entrevistador, y se comprobaba la información recogida en ella, para de esta forma, recodificar los datos de la base informatizada, hasta que se consiguió depurarla completamente.

Finalmente para poder realizar el análisis estadístico, se creó una base de datos con el paquete estadístico SPSS para PC-Windows.

### 8.2 Análisis estadísticos.

El análisis estadístico de los datos en todas sus etapas, se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para PC-Windows (versión 11).

**a) Análisis descriptivo.**

En primer lugar se realizó el análisis descriptivo (porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, etc.) de los datos de las diferentes variables, tanto sociodemográficas, como las variables generadas en relación al consumo de psicofármacos y las de psicopatología.

La homogeneidad de la distribución por edad y sexo de los que responden y de los que no responden fue comparada usando un análisis  $\chi^2$  durante el proceso de screening.

**b) Análisis bivariante.**

Se analizaron las tablas de contingencia, y se cruzaron las diferentes variables relacionadas con el consumo de psicofármacos, con las variables sociodemográficas y de psicopatología.

Para el estudio de significación utilizamos la prueba de  $\chi^2$ , aplicando la corrección de Yates (test exacto de Fisher) cuando las frecuencias esperadas eran menor de 5, considerándose un nivel de significación cuando la  $p < 0.05$ .

**9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.**

**9.1** Se han mantenido los principios de la convención de Helsinki en todo el estudio.

**9.2** Dado que se trata de una encuesta de salud, y como tal contiene lo definido por la Ley Orgánica 5/1992 del 20 de Octubre de 1992 como “datos sensibles”, tras la explicación verbal y escrita de los motivos, objetivos y mecanismos de protección de la información, se procedía tras entrar en contacto con el sujeto a entrevistar en su domicilio, a la obtención del consentimiento expreso y por escrito del encuestado (o tutor en caso de tratarse de un sujeto incapacitado legalmente), y después se procedía a la realización de la entrevista.

**9.3** Para mantener la privacidad, confidencialidad y seguridad de los datos, se utilizó el siguiente proceso de disociación:

A cada uno de los sujetos “a priori” del estudio se les realizó una ficha en la que constaba, además del número de identificación de la encuesta, el nombre y apellidos del encuestado, domicilio, teléfono, fecha de la entrevista y su aceptación o no a participar en el estudio.

Estas fichas se introdujeron en un sobre de lengüeta no autoadhesiva. En el anverso del sobre figuraba el número de la encuesta, número que era la única identificación que aparecía en los documentos o encuestas de recogida de datos y en los registros informáticos que se generaron a partir de ellos, la fecha de la encuesta y la aceptación o no del sujeto.

En caso de tener que proceder a la apertura de dichos sobres por algún problema, fue realizada por él o los responsables del estudio, debiendo anotar y firmar las causas de la apertura y posteriormente se introducía la ficha y sobre original en otro sobre de las mismas características, firmado y sellado por el responsable de la apertura.

En los pasos finales de la investigación, los registros individuales fueron destruidos después de la validación de la información pertinente mediante muestreo.

**9.4** En aquellos sujetos en los que se detectó, durante el estudio, cualquier problema de salud, del cual no tenía conocimiento, ó un proceso de deterioro cognoscitivo con

o sin demencia, fue puesto en conocimiento del sujeto, entregándoles un informe de los resultados de la entrevista, si lo precisaban, o poniéndonos en contacto con su médico de Atención Primaria si así lo requería el sujeto.

**9.5** En los casos de posible “demencia” que no hubiesen sido detectados previamente, los sujetos fueron entrevistados por un psiquiatra del equipo, para confirmar el diagnóstico y proporcionar una orientación terapéutica a través de los diferentes recursos sanitarios disponibles.



# **V. RESULTADOS**

“La vejez no es triste porque cesan nuestras alegrías sino porque acaban nuestras esperanzas”.

*J. P. F. Richter.*



## 1. MUESTRA ESTUDIADA.

La muestra inicial era de 9739 sujetos, como recoge la *Tabla 4*. De éstos pudieron ser entrevistados un total de 4807 individuos, de los cuales cuatro sujetos fueron rechazados en los procedimientos de control de calidad. Los 4932 individuos que no pudieron ser entrevistados se distribuyen en ilocalizables, negativas, fallecidos y emigrados, como muestra la *Tabla 6*, en relación con la edad y el sexo:

**Tabla 6.** Entrevistas no realizadas según la edad y sexo.

EIDADES	ILOCALIZABLES		NEGATIVAS		FALLECIDOS		EMIGRADOS	
	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER
55-59	48	67	134	208	24	15	31	26
60-64	42	39	151	237	57	25	21	26
65-69	33	67	122	228	62	33	15	32
70-74	29	56	102	227	88	68	5	29
75-79	23	85	81	177	102	121	11	41
> 79	94	159	122	212	541	706	44	66
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>473</b>	<b>712</b>	<b>1289</b>	<b>874</b>	<b>968</b>	<b>127</b>	<b>220</b>
<b>TOTAL</b>	<b>742</b>		<b>2001</b>		<b>1842</b>		<b>347</b>	

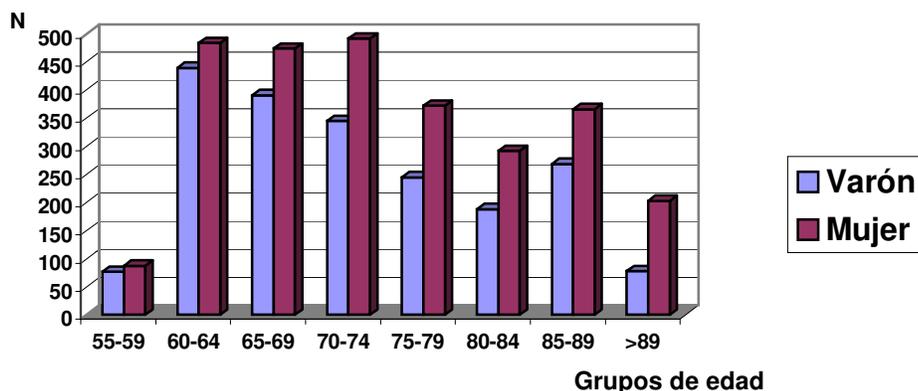
Las entrevistas se realizaron entre el 19 de Septiembre de 1994 y el 4 de Febrero de 1997. Por lo tanto, hay un desfase entre la muestra del censo de Población del año 1991 y el comienzo de las entrevistas de 3 años. Esto modifica los grupos de edad finales de nuestra muestra, que son los que mostramos en la *Tabla 7*.

## 2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

De la muestra de 4803 sujetos entrevistados, tenemos una distribución según el *sexo* de 2771 mujeres (57,7%) y 2032 varones (42,3%).

Respecto a la distribución de la muestra según la *edad*, tenemos una edad mínima de 58 años y una edad máxima de 102 años, con una media de 73,47 años, y una frecuencia decreciente con la edad (*Figura 3*).

**Figura 3.** Distribución de la muestra estudiada según la edad y el sexo.



Si agrupamos la muestra en grupos de edad de 5 años y un grupo de 90 ó más años, tenemos a partir de los 60 años una frecuencia decreciente con un leve aumento

en el grupo de 85-89 años. La proporción de mujeres va aumentando con la edad, siendo mayor en el grupo de  $\geq 90$  años (72,2%), como muestran la *Tabla 7* y la *Figura 3*.

**Tabla 7.** Entrevistas finales y su distribución según la edad y el sexo.

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>VARÓN</b>	<b>MUJER</b>	<b>TOTAL</b>
<b>55-59</b>	77	88	165
% de grupos de edad	46,7%	53,3%	100%
% de sexo	3,8%	3,2%	3,4%
<b>60-64</b>	439	484	923
% de grupos de edad	47,6%	52,4%	100%
% de sexo	21,6%	17,5%	19,2%
<b>65-69</b>	391	474	865
% de grupos de edad	45,2%	54,8%	100%
% de sexo	19,2%	17,1%	18%
<b>70-74</b>	345	492	837
% de grupos de edad	41,2%	58,8%	100%
% de sexo	17%	17,8%	17,4%
<b>75-79</b>	245	372	617
% de grupos de edad	39,7%	60,3%	100%
% de sexo	12,1%	13,4%	12,8%
<b>80-84</b>	188	292	480
% de grupos de edad	39,2%	60,8%	100%
% de sexo	9,3%	10,5%	10%
<b>85-89</b>	269	366	635
% de grupos de edad	42,4%	57,6%	100%
% de sexo	13,2%	13,2%	13,2%
<b><math>\geq 90</math></b>	78	203	281
% de grupos de edad	27,8%	72,2%	100%
% de sexo	3,8%	7,3%	5,9%
<b>TOTAL</b>	<b>2032</b>	<b>2771</b>	<b>4803</b>
% de grupos de edad	<b>42,3%</b>	<b>57,7%</b>	<b>100%</b>
% de sexo	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Otra variable socio-demográfica estudiada es el *estado civil*, en el que se agrupan los casados y los que tienen pareja estable, y los separados con los divorciados. En este caso el grupo más frecuente (58,4%) es el de los casados/con pareja, y el segundo el de los viudos (31,2%). Hay un 0,9% (45 sujetos) que son religiosos. Si relacionamos el estado civil con el sexo, destaca que hay un predominio de viudas sobre viudos (43% de las mujeres y un 15,1% de los varones). También, como es lógico, hay un aumento del porcentaje de viudos con la edad, y una disminución de la de los casados o con pareja.

Respecto al *nivel de estudios* de los pacientes de nuestra muestra, obtuvimos una mayoría de sujetos con estudios primarios (73,7%). En varones hay un porcentaje mayor de sujetos con estudios universitarios (11,4% frente a un 4,5%), y en mujeres hay más porcentaje de sujetos analfabetos 10,7% frente a un 4,4%). Con la edad disminuye el porcentaje de sujetos con estudios universitarios y aumenta el de analfabetos.

Respecto la *situación económica* de los pacientes de nuestra muestra, el 61,4% (2949 sujetos) son valores perdidos, por decisión del paciente de no contestar a esta pregunta.

La media de ingresos familiares en la muestra es de 648,49 euros (107900 pesetas). El percentil 33 de la muestra es de 390,66 euros (65000 pesetas), y el percentil 66 de 661,11 euros (110.000 pesetas).

El nivel económico es menor en mujeres y en edad avanzada.

La distribución de la *situación laboral* fue de un 30,5% de amas de casa y un 69,3% activos (durante su edad laboral). El porcentaje de desempleados y con incapacidad laboral permanente fue muy pequeño (0,1% ambos).

En los varones un 99,9% de los sujetos habían sido activos durante su vida laboral y en mujeres un 52,9% amas de casa y un 46,9% activas.

En todos los grupos de edad predominaban los sujetos activos, pero su porcentaje va disminuyendo con la edad, y aumentan las amas de casa, siendo en el grupo de edad de  $\geq 90$  años en donde hay mayor proporción de amas de casa (43,6%).

Se recoge también en la entrevista el *lugar donde se realiza la entrevista*, siendo lo más frecuente que sea en la propia casa del paciente (74,5%), en un 10,1% en nuestro Hospital, en un 9,3% en casa de un familiar, en un 2,8% en una Residencia de ancianos, y en el 3,2% en otros lugares.

Si relacionamos esta variable con el sexo del paciente, aunque en todos los sujetos predomina la casa del entrevistado como lugar de la entrevista, observamos que los varones realizan más entrevistas en nuestro Hospital (en un 13,7%, respecto al 7,5% de las mujeres), y las mujeres prefieren realizarlas en su lugar de vivienda, bien sea en su propia casa (74%), en casa de un familiar (11,5%), o en una Residencia de ancianos (3,8%).

Con la edad disminuyen las entrevistas realizadas en casa del entrevistado y en el Hospital, y aumenta el porcentaje de las realizadas en casa de un familiar o en Residencias.

Otra variable importante es la *convivencia*: ¿con quién vive el paciente?. La mayoría viven con el cónyuge (54,1%), un 16,9% viven con los hijos y un 16,6% solos.

Los varones viven en un 72,3% con el cónyuge, y las mujeres en un 40,8%. Hay más mujeres que viven solas (22,3%), o con los hijos (21,9%) que en el caso de los varones.

Con la edad disminuyen los sujetos que viven con el cónyuge y los que viven solos, y aumentan los que viven con los hijos.

\* **Sujetos que viven en Residencias:** Al final de cada uno de los apartados siguientes, aportaremos los datos en relación a los sujetos que viven en Residencias.

### 3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

#### 3.1 Descripción general del consumo de medicamentos.

Dentro del registro del *consumo de medicamentos*, la primera pregunta que se realiza es si están tomando algún medicamento. Responden afirmativamente el 82,3% (3951) de los sujetos, y negativamente el 17,7% (850). La *media de consumo* es de 2,9 medicamentos (DE: 1,7).

En esta variable hay dos casos perdidos, uno de ellos por entrevista incompleta por decisión del paciente (subcaso de depresión y probable caso de demencia), y el otro porque el paciente duda si está consumiendo alguna medicación, y no tenemos

medios de comprobarlo, ya que la entrevista no se realiza en el domicilio del paciente. Hay 6 sujetos que afirman consumir medicamentos pero no contestan cuántos.

Al analizar *cuántos medicamentos consumen los pacientes*, obtenemos que, de los que consumen alguno, un 24,6% consumen dos, un 24,3% sólo uno, un 19% tres, un 13,5% cuatro medicamentos, un 8,3% cinco, un 4,6% seis y siete ó más medicamentos lo consumen un 5,6% (Tabla 8).

**Tabla 8.** Número de medicamentos por paciente.

NÚMERO DE MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	850	17,7
UNO	960	20
DOS	970	20,2
TRES	751	15,7
CUATRO	532	11,1
CINCO Ó MÁS	732	15,3
<b>TOTAL</b>	<b>4795</b>	<b>100</b>
No sabe/No contesta	6	
<b>PERDIDOS</b>	2	
<b>TOTAL</b>	<b>4803</b>	

El término “*Polifarmacia*” se define como el consumo simultáneo de cinco ó más medicamentos por un mismo sujeto, obteniendo una frecuencia del 15,2% de Polifarmacia.

**\* Sujetos que viven en Residencias.**

De los sujetos que viven en Residencias el porcentaje de *consumidores* es del 91,9%, con una *media* de 3,4 medicamentos. Comparando las variables de consumo de medicamentos en sujetos institucionalizados y no institucionalizados obtenemos un  $\chi^2$  de 8,883 y una p de 0,03.

En el caso de sujetos que viven en Residencias, hay un 24,4% de *Polifarmacia*.

**3.2 Consumo de los diferentes grupos de medicamentos.**

De los 14 grupos de la codificación del sistema de clasificación “Anatomical Therapeutic Chemical Clasification Index (ATC)”, el más consumido en nuestra muestra es el C, o medicamentos consumidos para el *Aparato Cardiovascular*, del cual toman alguno el 54,2% de los pacientes (2602 de 4795) (Figura 4). Hay 8 casos perdidos por el sistema.

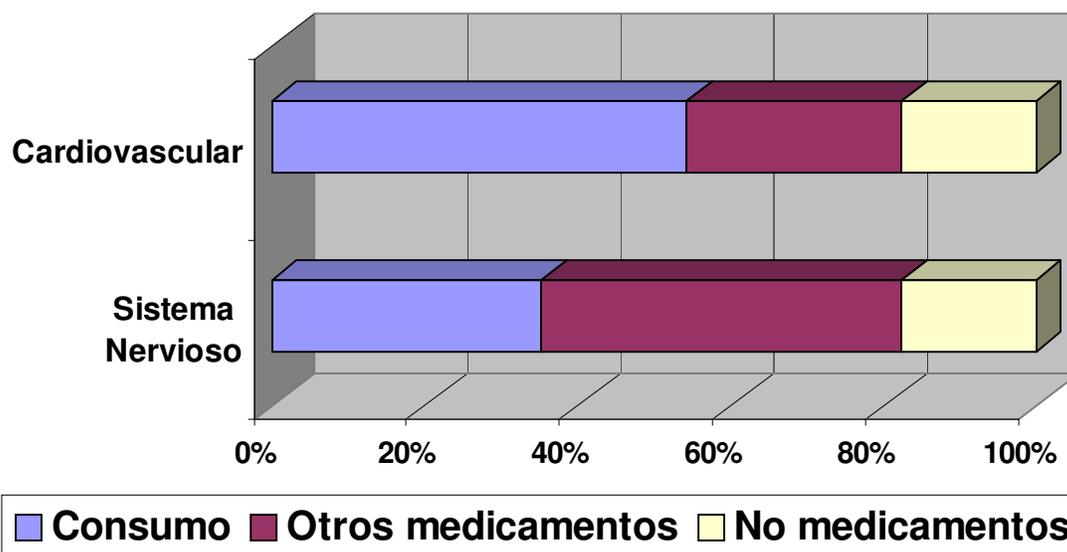
El segundo grupo más consumido es el N, o medicamentos para el *Sistema Nervioso*, con un porcentaje de consumo del 35,3% de los pacientes (1693 de 4795) (Figura 4).

Les siguen los fármacos para el aparato digestivo y metabolismo (A), para el sistema músculo-esquelético (M), sangre y órganos hematopoyéticos (B), para el sistema respiratorio (R) y para el aparato genito-urinario y hormonas sexuales (G).

**\* Sujetos que viven en Residencias.**

En Residencias, el primer grupo de medicamentos consumidos es también el de Aparato Cardiovascular con un 61,5% y el segundo el de Sistema Nervioso con un 49,6%.

**Figura 4.** Consumo de medicamentos del grupo Cardiovascular y del Sistema Nervioso.



### 3.3 Relación del consumo de medicamentos con las variables sociodemográficas (Tabla 9).

Si relacionamos el consumo de medicamentos según el *sexo*, se observa un consumo mayor en mujeres (el 86,9% son consumidoras) frente a los varones (76,1%).

Con respecto a los grupos de *edad*, existe un aumento del consumo de medicamentos a partir de los 65 años, siendo el grupo de edad de mayor consumo entre 80 y 84 años (90,6%).

El *estado civil* es también una variable relacionada con el consumo de medicamentos, viéndose más consumo en sujetos viudos (88,5%) o separados / divorciados (84,6%).

El *nivel de estudios* de los sujetos marca también diferencias en el consumo, siendo más elevado en pacientes con niveles de estudios bajos, sobre todo en analfabetos (87,4%).

También hay mayor consumo en sujetos con *situación económica* baja (83,3%), frente a los de situación económica alta (76,7%).

La *situación laboral* influye también en el consumo, siendo mayor en amas de casa y pacientes desempleados o con incapacidad laboral (87%), frente a los activos (80,2%).

Respecto a la *convivencia* consumen más los pacientes que viven solos (86,6%), frente a los que viven con el cónyuge (79,4%).

**Tabla 9.** Distribución del consumo de medicamentos por variables sociodemográficas.

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	CONSUMO DE ALGÚN MEDICAMENTO		TOTAL	p	OR (IC)
	NO (%)	SÍ (%)			
<b>SEXO</b>			$\chi^2$ : 93,606	<0,001	
<b>VARÓN</b>	486 (23,9%)	1545 (76,1%)	2031		1,00
<b>MUJER</b>	364 (13,1%)	2406 (86,9%)	2770	<0,001	2,079 (1,789-2,416)
<b>EDAD</b>			$\chi^2$ : 211,603	<0,001	
<b>55-59</b>	53 (32,1%)	112 (67,9%)	165		1,00
<b>60-64</b>	289 (31,3%)	634 (68,7%)	923	0,836	1,038 (0,728-1,481)
<b>65-69</b>	162 (18,7%)	703 (81,3%)	865	<0,001	2,054 (1,420-2,969)
<b>70-74</b>	113 (13,5%)	724 (86,5%)	837	<0,001	3,032 (2,069-4,443)
<b>75-79</b>	94 (15,2%)	523 (84,8%)	617	<0,001	2,633 (1,776-3,903)
<b>80-84</b>	45 (9,4%)	434 (90,6%)	479	<0,001	4,564 (2,915-7,146)
<b>85-89</b>	64 (10,1%)	570 (89,9%)	634	<0,001	4,215 (2,779-6,393)
<b>≥90</b>	30 (10,7%)	251 (89,3%)	281	<0,001	3,959 (2,401-6,529)
<b>ESTADO CIVIL</b>			$\chi^2$ : 58,041	<0,001	
<b>CASADO/PAREJA</b>	574 (20,5%)	2222 (79,5%)	2796		1,00
<b>SOLTERO</b>	79 (20,3%)	310 (79,7%)	389	0,919	1,014 (0,779-1,319)
<b>SEPARADO</b>	10 (15,4%)	55 (84,6%)	65	0,309	1,421 (0,720-2,804)
<b>VIUDO</b>	172 (11,5%)	1321 (88,5%)	1493	<0,001	1,984 (1,651-2,384)
<b>RELIGIOSO</b>	11 (24,4%)	34 (75,6%)	45	0,519	0,798 (0,402-1,586)
<b>ESTUDIOS</b>			$\chi^2$ : 30,646	<0,001	
<b>UNIVERSITARIOS</b>	86 (24,3%)	268 (75,7%)	354		1,00
<b>MEDIOS</b>	90 (24,6%)	276 (75,4%)	366	0,926	0,984 (0,7-1,383)
<b>PRIMARIOS</b>	595 (17%)	2907 (83%)	3502	0,001	1,568 (1,211-2,030)
<b>ALFABETO</b>	25 (16,7%)	125 (83,3%)	150	0,059	1,604 (0,980-2,628)
<b>ANALFABETO</b>	48 (12,6%)	334 (87,4%)	382	<0,001	2,233 (1,515-3,291)
<b>ECONOMÍA</b>			$\chi^2$ : 4,613	0,1	
<b>ALTA</b>	72 (23,3%)	237 (76,7%)	309		1,00
<b>MEDIA</b>	245 (18,5%)	1078 (81,5%)	1323	0,056	1,337 (0,992-1,801)
<b>BAJA</b>	37 (16,7%)	184 (83,3%)	221	0,065	1,511 (0,972-2,348)
<b>TRABAJO</b>			$\chi^2$ : 32,444	<0,001	
<b>ACTIVO</b>	657 (19,8%)	2660 (80,2%)	3317		1,00
<b>AMA DE CASA/ DESEMPLEADOS</b>	191 (13%)	1279 (87%)	1470	<0,001	1,654 (1,389-1,969)
<b>CONVIVENCIA</b>			$\chi^2$ : 45,431	<0,001	
<b>CONYUGE</b>	536 (20,6%)	2063 (79,4%)	2599		1,00
<b>SOLO</b>	107 (13,4%)	690 (86,6%)	797	<0,001	1,675 (1,338-2,098)
<b>HIJOS</b>	95 (11,7%)	714 (88,3%)	809	<0,001	1,953 (1,545-2,468)
<b>OTROS</b>	112 (18,8%)	484 (81,2%)	596	0,316	1,123 (0,895-1,408)

**\* Sujetos que viven en Residencias.**

En sujetos institucionalizados el consumo de medicamentos sólo se relaciona con el estado civil de los sujetos, siendo mayor en solteros y religiosos y menor en viudos. En estos sujetos hay un mayor consumo en mujeres pero sin ser las diferencias estadísticamente significativas

## 4. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.

### 4.1 Descripción general del consumo de psicofármacos.

Los 1693 sujetos que consumen algún fármaco para el *Sistema Nervioso Central*, consumen un total de 3274 fármacos de este grupo, ya que muchos pacientes consumen varios simultáneamente.

De los diferentes grupos de medicamentos para el Sistema Nervioso, los subgrupos *más consumidos* son (sobre N=3274):

- Benzodiazepinas de vida media larga -----16,49% (540).
- Antiinflamatorios solos -----14,81% (485).
- Antiagregantes -----14,50% (475).
- Benzodiazepinas de vida media corta -----7,78% (255).
- Paracetamol-----6,20% (203).
- Antipsicóticos solos -----5,19% (170).
- Otros ansiolíticos solos -----4,70% (154).
- Salicilatos -----4,36% (143).
- Asociaciones con codeína -----3,17% (104).
- Asociaciones de antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos--3,02% (99).

Dentro del grupo N, o fármacos para el Sistema Nervioso, nos hemos centrado en aquellos capaces de crear dependencia en el sujeto, los llamados *PSICOTROPOS*, como son:

- Ansiolíticos: benzodiazepinas e hipnóticos.
- Antidepresivos.
- Neurolépticos.
- Barbitúricos.
- Opiáceos.

El consumo de este grupo de fármacos es del 26,3% (1264 de 4801), siendo del 16,4% en varones y del 33,6% en mujeres.

Sin embargo, en nuestro estudio no consideraremos en el grupo de psicotropos a los opiáceos, ya que es un grupo de medicamentos utilizado generalmente como analgésicos, y no para patología psiquiátrica.

Por lo tanto cuando nos referimos a psicotropos incluimos *ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos y barbitúricos*. En nuestra muestra hay un 24,7% (1184 sujetos que consumen estos psicotropos, con una media de 1,21 psicotropos por paciente).

Estos pacientes consumen un total entre todos de 1432 psicotropos. El 82,1% de estos pacientes consumen un solo psicotropo, el 15,1% consumen dos, el 2,5% consumen tres, y el 0,3% consumen cuatro psicotropos.

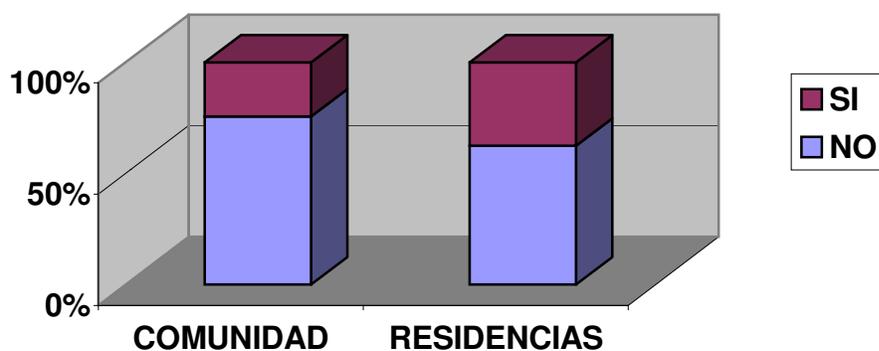
#### \* Sujetos que viven en Residencias.

Si consideramos sólo los sujetos que viven en residencias, alcanzamos un porcentaje del 38,2% si incluimos los opiáceos, y un 37,5% de *consumo de psicotropos* sin los opiáceos, con una media de 1,27 en este último caso. Las variables consumo de psicotropos e institucionalización de los pacientes tienen asociación estadísticamente significativa, con  $\chi^2$ :12,417, gl: 1 y  $p < 0,001$  (Tabla 10) (Figura 5).

**Tabla 10.** Consumo de psicotropos e institucionalización de los sujetos.

CONSUMO DE PSICOTROPOS	INSTITUCIONALIZADOS		TOTAL
	NO	SÍ	
<b>NO</b>	3532	85	3617
% de psicotropos	97,6%	2,4%	100%
% de institucionalizados	75,7%	62,5%	75,3%
<b>SÍ</b>	1133	51	1184
% de psicotropos	95,7%	4,3%	100%
% de institucionalizados	24,3%	37,5%	<b>24,7%</b>
<b>TOTAL</b>	4665	136	4801
% de psicotropos	97,2%	2,8%	100%
% de institucionalizados	100%	100%	100%

**Figura 5.** Consumo de psicotropos en sujetos de la comunidad e institucionalizados.



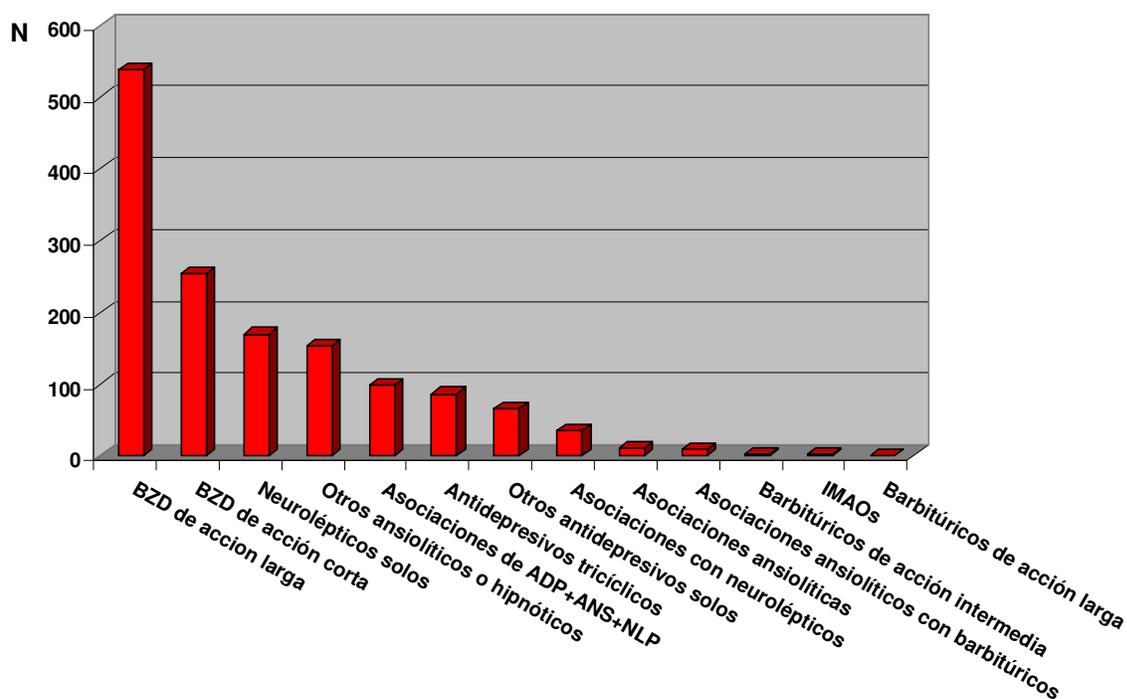
## 4.2 Patrón de consumo de psicotropos.

### 4.2.1 Subgrupos de psicotropos.

De los diferentes grupos de psicotropos consumidos están por orden de frecuencia en los 1184 pacientes que utilizan psicotropos:

<u>Grupo</u>	<u>Pacientes</u>	<u>De los consumidores de psicotropos</u>	<u>Del total</u>
- Ansiolíticos	900	76%	18,7%
- Benzodiacepinas	804	67,9%	16,7%
- Hipnóticos	110	9,3%	2,3%
- Antidepresivos	244	20,6%	5,1%
- Neurolépticos	201	17%	4,2%
- Barbitúricos	11	0,9%	0,2%

Los subgrupos de psicotropos se reflejan en la *Figura 6*.

**Figura 6.** Grupos de psicotropos.

El grupo más consumido es el de *benzodiazepinas de acción larga* (523 sujetos que los consumen), que supone el 44,2% de los pacientes consumidores de psicotropos.

**\* Sujetos que viven en Residencias.**

En Residencias la distribución es la siguiente, de los 136 sujetos institucionalizados:

Grupo	Pacientes	De los consumidores de psicotropos	Del total
- Ansiolíticos	38	74,5%	27,9%
- Benzodiazepinas	32	62,7%	23,5%
- Hipnóticos	9	17,6%	6,6%
- Antidepresivos	6	11,8%	4,4%
- Neurolépticos	15	29,4%	11%
- Barbitúricos	0	0%	0%

#### 4.2.2 Frecuencia de consumo y tipo de prescripción de psicotropos.

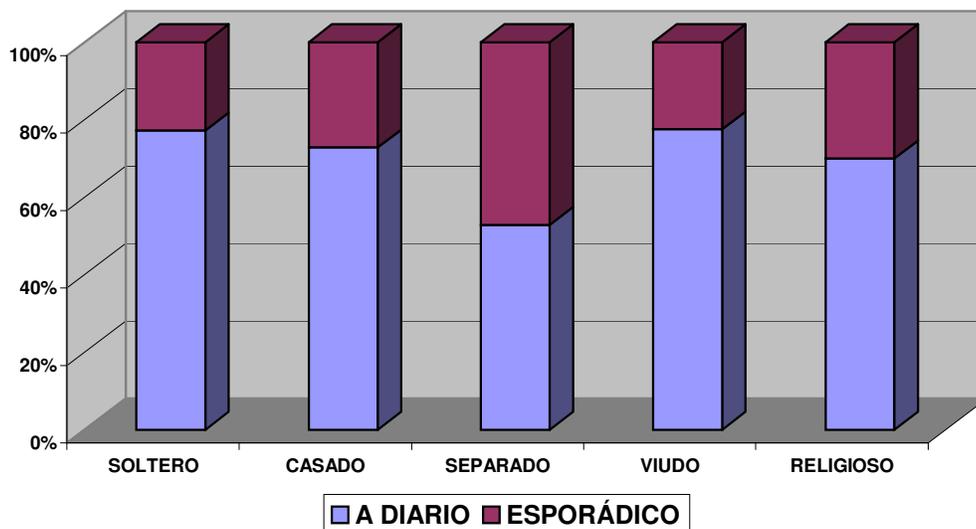
##### a) Frecuencia de consumo de psicotropos:

Con respecto a la frecuencia de consumo de fármacos para el Sistema Nervioso Central, del total de 1693 pacientes que consumen, un 74,7% (794) consumen de forma diaria o casi diaria y un 25,3% (269) de forma esporádica.

De los 1184 psicotropos un 76,6% (756) los consumen de forma diaria o casi diaria, y un 23,4% (231) de forma esporádica. Se observa más frecuencia a diario o casi a diario en mujeres, con la edad avanzada, en viudos, en aquellos

con nivel de estudios menor, en nivel económico bajo, en activos y amas de casa y en aquellos que viven con los hijos. Sólo existe relación significativa con las variables estado civil ( $p: 0,048$ ) y convivencia ( $p: 0,014$ ).

**Figura 7.** Frecuencia de consumo de psicotropos según el estado civil.



**\* Sujetos que viven en Residencias.**

En los sujetos institucionalizados el consumo a diario o casi a diario es del 81,4%, y el consumo esporádico del 18,6%.

**b) Tipo de prescripción de psicotropos:**

El consumo de fármacos para el sistema Nervioso Central, es decir, los clasificados como N según el Sistema ATC, es en un 98,1% por prescripción facultativa (1038), y un 1,9% (20) por iniciativa propia.

De los psicotropos un 98,4% son de prescripción facultativa (967), y un 1,6% (16), por iniciativa propia. Hay mayor consumo por iniciativa propia en mujeres, religiosos, separados/divorciados, universitarios, amas de casa y activos. Sin embargo ninguna de las variables sociodemográficas tienen relación significativa.

**\* Sujetos que viven en Residencias.**

En los sujetos institucionalizados todos los psicotropos tienen prescripción facultativa.

**4.2.3 Relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con la frecuencia de consumo y con el tipo de prescripción.**

Respecto a cada uno de los subgrupos de psicotropos el *consumo a diario o casi a diario* es el siguiente:

- Los consumidores de ansiolíticos tienen un consumo del 74,1%, con una  $p$  de 0,002.
- Los consumidores de antidepresivos tienen un consumo del 89,9%, con una  $p < 0,001$ .
- Los consumidores de neurolépticos un 81,3%.
- Los consumidores de barbitúricos un 42,9%.

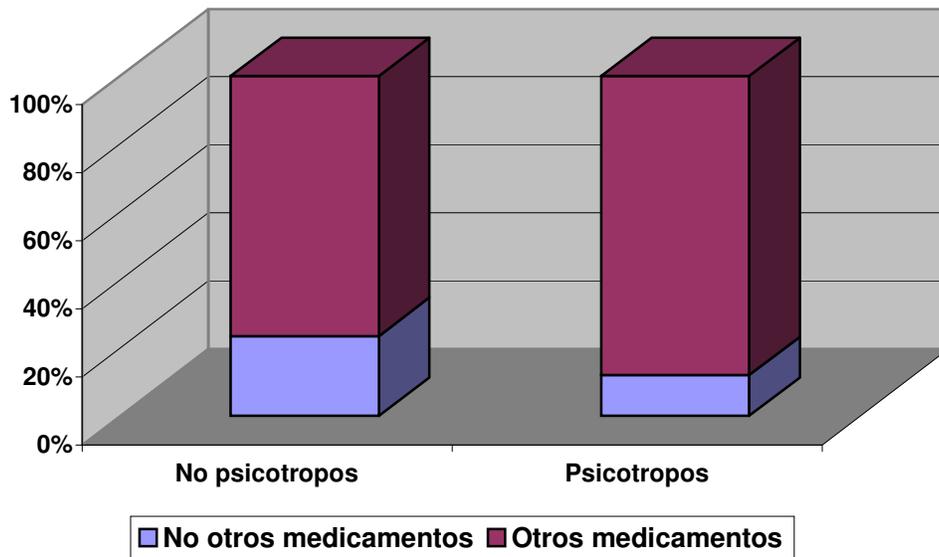
Si detallamos el *consumo de psicotropos por iniciativa propia* según el consumo de cada uno de los subgrupos obtenemos los siguientes porcentajes:

- Los consumidores de ansiolíticos tienen un consumo por iniciativa propia del 1,8%.
- Los consumidores de antidepresivos un 0,4%.
- Los consumidores de neurolépticos un 1,1%.
- Los consumidores de barbitúricos un 0%.

#### 4.3 Relación del consumo de psicotropos con el consumo de otros medicamentos.

Observamos en nuestra muestra que el consumir psicotropos predispone al consumo de otros medicamentos. De los sujetos que consumen algún psicotropo, un 87,9% consumen otros medicamentos, y de los que no consumen ningún psicotropo el porcentaje baja a un 76,5% de consumidores de otros medicamentos. Estas dos variables tienen una  $\chi^2:71,333$  , gl: 1, y  $p < 0,001$ . OR: 2,241 (1,852-2,713). Encontramos una asociación significativa (*Figura 8*).

**Figura 8.** Distribución del consumo de psicotropos y otros medicamentos.



#### 4.4 Relación del consumo de psicotropos con las variables sociodemográficas.

Al analizar el consumo de psicotropos en dependencia de las variables sociodemográficas encontramos:

##### a) Sexo.

Con respecto al sexo hay el doble de consumo de psicotropos en mujeres (31,8%) que en varones (15%) (*Tabla 11*).

**Tabla 11.** Consumo de psicotropos según el sexo.

SEXO	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>VARÓN</b>	1727	304	2031			
% de sexo	85%	15%	100%		1,00	
% de consumo de psicotropos	47,7%	25,7%	42,3%			
<b>MUJER</b>	1890	880	2770			
% de sexo	68,2%	31,8%	100%		2,64(2,28-3,06)	< 0,001
% de consumo de psicotropos	52,3%	74,3%	57,7%			
<b>TOTAL</b>	<b>3617</b>	<b>1184</b>	<b>4801</b>			
% de sexo	<b>75,3%</b>	<b>24,7%</b>	<b>100%</b>	178,028		< 0,001
% de consumo de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

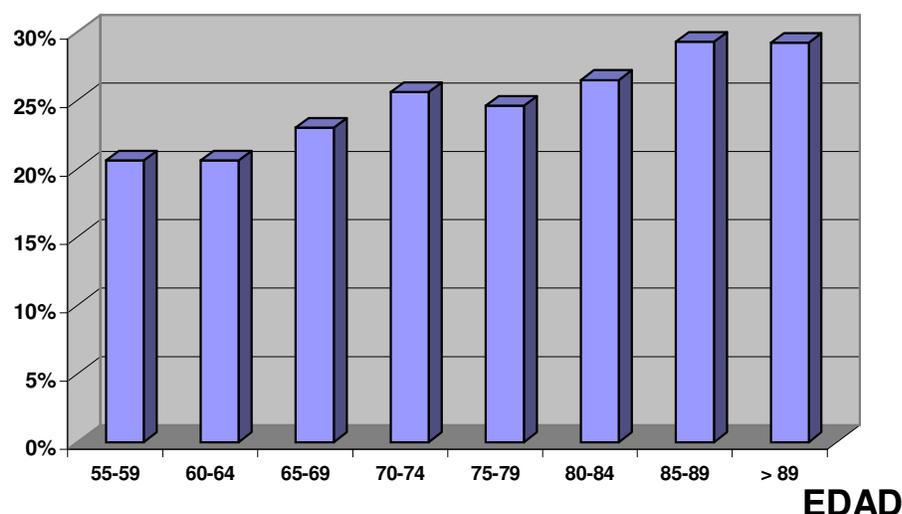
**b) Edad.**

En relación con los grupos de edad hay una tendencia al aumento progresivo con la edad, siendo el grupo de edad más consumidor entre 85 y 89 años.

La edad media de consumo de psicotropos es de 74,57 años: 72, 81 años en varones, y 75,17 años en mujeres (Tabla 12) (Figura 9).

**Tabla 12.** Consumo de psicotropos según la edad.

GRUPOS DE EDAD	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>55-59</b>	131	34	165			
% de grupos de edad	79,4%	20,6%	100%		1,00	
% de psicotropos	3,6%	2,9%	3,4%			
<b>60-64</b>	733	190	923			
% de grupos de edad	79,4%	20,6%	100%	<0,001	0,999 (0,663-1,504)	0,995
% de psicotropos	20,3%	16%	19,2%			
<b>65-69</b>	666	199	865			
% de grupos de edad	77%	23%	100%	0,456	1,151 (0,765-1,733)	0,5
% de psicotropos	18,4%	16,8%	18%			
<b>70-74</b>	623	214	837			
% de grupos de edad	74,4%	25,6%	100%	1,822	1,323 (0,880-1,990)	0,177
% de psicotropos	17,2%	18,1%	17,4%			
<b>75-79</b>	465	152	617			
% de grupos de edad	75,4%	24,6%	100%	1,166	1,259 (0,828-1,916)	0,280
% de psicotropos	12,9%	12,8%	12,9%			
<b>80-84</b>	352	127	479			
% de grupos de edad	73,5%	26,5%	100%	2,284	1,390 (0,906-2,133)	0,131
% de psicotropos	9,7%	10,7%	10%			
<b>85-89</b>	448	186	634			
% de grupos de edad	70,7%	29,3%	100%	5,003	1,6 (1,057-2,420)	0,025
% de psicotropos	12,4%	15,7%	13,2%			
<b>≥ 90</b>	199	82	281			
% de grupos de edad	70,8%	29,2%	100%	3,973	1,588 (1,006-2,506)	0,046
% de psicotropos	5,5%	6,9%	5,9%			
<b>TOTAL</b>	<b>3617</b>	<b>1184</b>	<b>4801</b>			
% de grupos de edad	<b>75,3%</b>	<b>24,7%</b>	<b>100%</b>	22,798		0,002
% de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			
<b>PERDIDOS</b>			<b>2</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

**Figura 9.** Consumo de psicotropos según la edad.**c) Estado civil.**

Según el estado civil de los pacientes, los más consumidores de psicotropos, al igual que con el resto de medicamentos, son los viudos (30,8%), frente a los casados o con pareja, que son los menos consumidores (21,1%). Los dos grupos con diferencias estadísticamente significativas son los solteros y los viudos (*Tabla 13*).

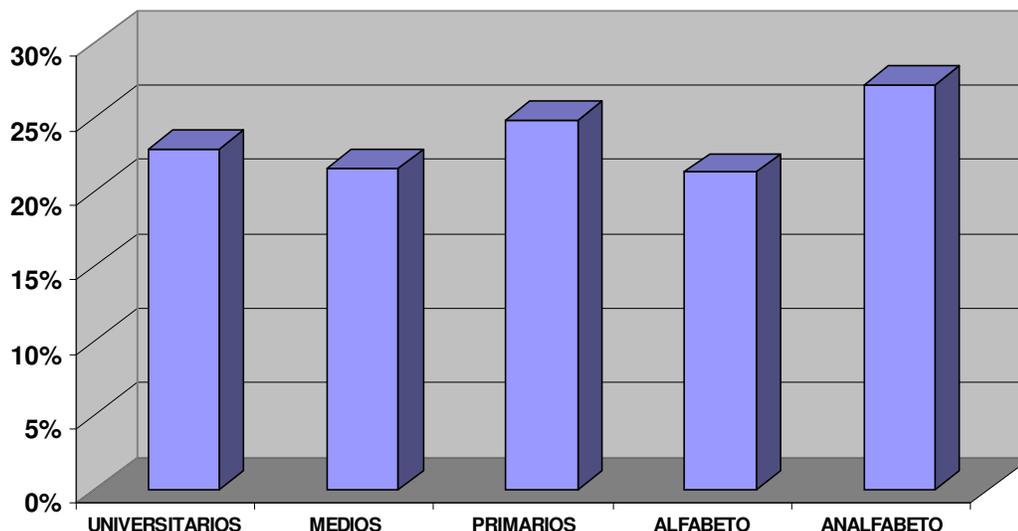
**Tabla 13.** Consumo de psicotropos según el estado civil.

ESTADO CIVIL	PSICOTROPICOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>CASADO/PAREJA</b>	2206	590	2796			
% de estado civil	78,9%	21,1%	100%		1,00	
% de psicotropos	61,2%	49,9%	58,4%			
<b>SOLTERO</b>	289	100	389	4,268	1,294 (1,013-1,653)	0,039
% de estado civil	74,3%	25,7%	100%			
% de psicotropos	8%	8,5%	8,1%			
<b>SEPARADO/DIVORCIADO</b>	46	19	65	2,505	1,544 (0,898-2,656)	0,113
% de estado civil	70,8%	29,2%	100%			
% de psicotropos	1,3%	1,6%	1,4%			
<b>VIUDO</b>	1033	460	1493	49,624	1,665 (1,444-1,920)	<0,001
% de estado civil	69,2%	30,8%	100%			
% de psicotropos	28,6%	38,9%	31,2%			
<b>RELIGIOSO</b>	32	13	45	1,606	1,519 (0,792-2,913)	0,205
% de estado civil	71,1%	28,9%	100%			
% de psicotropos	0,9%	1,1%	0,9%			
<b>TOTAL</b>	<b>3606</b>	<b>1182</b>	<b>4788</b>	50,810		<b>&lt;0,001</b>
% de estado civil	<b>75,3%</b>	<b>24,7%</b>	<b>100%</b>			
% de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			
<b>PERDIDOS</b>			<b>15</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

**d) Nivel de estudios.**

El nivel de estudios es una variable con una asociación no significativa con el consumo de psicotropos, sin embargo se observa un mayor consumo en analfabetos (Tabla 14 y Figura 10).

**Figura 10.** Consumo de psicotropos según el nivel de estudios.



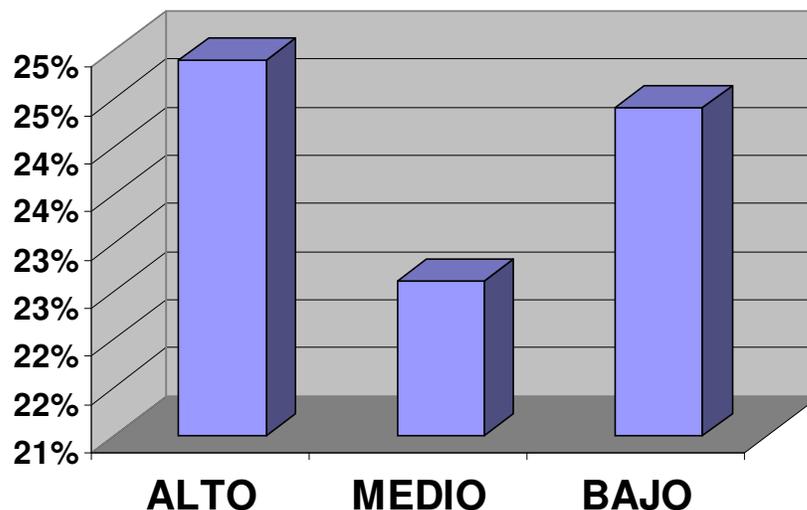
**Tabla 14.** Consumo de psicotropos según el nivel de estudios.

NIVEL DE ESTUDIOS	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>UNIVERSITARIOS</b>	273	81	354			
% de nivel de estudios	77,1%	22,9%	100%		1,00	
% de psicotropos	7,6%	6,9%	7,4%			
<b>MEDIOS</b>	287	79	366	0,175	0,928 (0,653-1,318)	0,676
% de nivel de estudios	78,4%	21,6%	100%			
% de psicotropos	8%	6,8%	7,7%			
<b>PRIMARIOS</b>	2632	870	3502	0,666	1,114 (0,859-1,444)	0,415
% de nivel de estudios	75,2%	24,8%	100%			
% de psicotropos	73,4%	74,6%	73,7%			
<b>ALFABETO SIN ESTUDIOS</b>	118	32	150	0,145	0,914 (0,575-1,452)	0,703
% de nivel de estudios	78,7%	21,3%	100%			
% de psicotropos	3,3%	2,7%	3,2%			
<b>ANALFABETO</b>	278	104	382	1,842	1,261 (0,902-1,763)	0,175
% de nivel de estudios	72,8%	27,2%	100%			
% de psicotropos	7,7%	8,9%	8%			
<b>TOTAL</b>	<b>3588</b>	<b>1166</b>	<b>4754</b>	4,747		<b>0,314</b>
% de nivel de estudios	<b>75,5%</b>	<b>24,5%</b>	<b>100%</b>			
% de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			
<b>PERDIDOS</b>			<b>49</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

### e) Nivel económico.

El nivel económico tampoco tiene una asociación significativa con el consumo de psicotropos, pero se observa un mayor consumo en pacientes con situación económica baja y alta, en comparación con los de situación económica media, que son la mayoría (*Tabla 15 y Figura 11*).

**Figura 11.** Consumo de psicotropos según el nivel económico.



**Tabla 15.** Consumo de psicotropos según la situación económica.

NIVEL ECONÓMICO	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>ALTO</b>	232	77	309			
% de situación económica	75,1%	24,9%	100%			
% de psicotropos	16,3%	17,9%	16,7%		1,00	
<b>MEDIO</b>	1024	299	1323			
% de situación económica	77,4%	22,6%	100%	0,760	0,880 (0,659-1,174)	0,383
% de psicotropos	72%	69,5%	71,4%			
<b>BAJO</b>	167	54	221			
% de situación económica	75,6%	24,4%	100%	0,016	0,974 (0,653-1,454)	0,899
% de psicotropos	11,7%	12,6%	11,9%			
<b>TOTAL</b>	<b>1423</b>	<b>430</b>	<b>1853</b>			
% de situación económica	<b>76,8%</b>	<b>23,2%</b>	<b>100%</b>	0,968		<b>0,616</b>
% de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			
<b>PERDIDOS</b>			<b>2950</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

### f) Situación laboral.

También se observa mayor consumo en amas de casa o desempleados (32,8%) en relación con los sujetos activos laboralmente (21%), con diferencias estadísticamente significativas (*Tabla 16*).

**Tabla 16.** Consumo de psicotropos según la situación laboral.

SITUACIÓN LABORAL	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>ACTIVO</b>	2619	698	3317			
% de situación laboral	79%	21%	100%		1,00	
% de psicotropos	72,6%	59,2%	69,3%			
<b>AMA DE CASA</b>	988	482	1470			
% de situación laboral	67,2%	32,8%	100%		1,831	< 0,001
% de psicotropos	27,4%	40,8%	30,7%		(1,596-2,100)	
<b>TOTAL</b>	<b>3607</b>	<b>1180</b>	<b>4787</b>			
% de situación laboral	75,3%	24,7%	100%	75,662		< 0,001
% de psicotropos	100%	100%	100%			
<b>PERDIDOS</b>			<b>16</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

**g) Convivencia.**

El consumo de psicotropos en relación con la convivencia, se observa un consumo menor en los pacientes que viven con el cónyuge o con su pareja, en relación con el resto. Es una variable con asociación estadísticamente significativa (Tabla 17) (Figura 12).

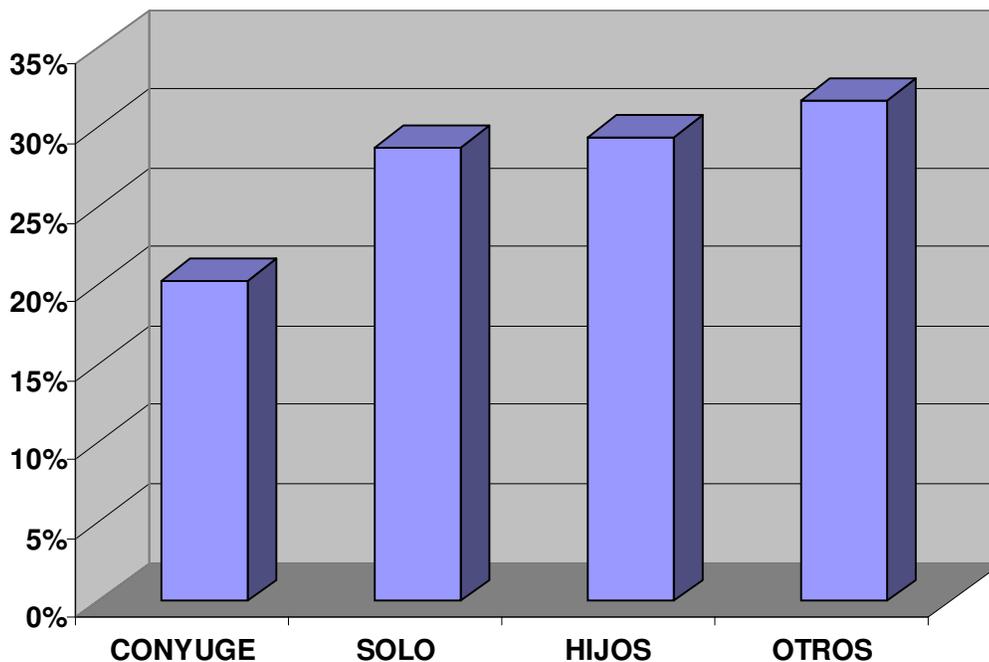
**Tabla 17.** Consumo de psicotropos según la convivencia.

CONVIVENCIA	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>CONYUGE</b>	2071	528	2599			
% de convivencia	79,7%	20,3%	100%		1,00	
% de psicotropos	57,3%	44,6%	54,1%			
<b>SOLO</b>	568	229	797			
% de convivencia	71,3%	28,7%	100%	24,948	1,581	<0,001
% de psicotropos	15,7%	19,3%	16,6%		(1,320-1,895)	
<b>HIJOS</b>	571	238	809			
% de convivencia	70,6%	29,4%	100%	29,344	1,635	<0,001
% de psicotropos	15,8%	20,1%	16,9%		(1,367-1,955)	
<b>OTROS</b>	407	189	596			
% de convivencia	68,3%	31,7%	100%	36,174	1,821	<0,001
% de psicotropos	11,3%	16%	12,4%		(1,495-2,219)	
<b>TOTAL</b>	<b>3617</b>	<b>1184</b>	<b>4801</b>			
% de convivencia	75,3%	24,7%	100%	59,330		<0,001
% de psicotropos	100%	100%	100%			
<b>PERDIDOS</b>			<b>2</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

**\* Sujetos que viven en Residencias.**

En sujetos institucionalizados el consumo de psicotropos no guarda relación significativa con las variables sociodemográficas, aunque si se observa un mayor consumo en mujeres con respecto a los varones.

**Figura 12.** Consumo de psicotropos según la convivencia.



#### 4.5 Número de psicotropos consumidos y su relación con las variables sociodemográficas.

Con respecto al *número de psicotropos consumidos simultáneamente* por cada sujeto observamos que un 20,2% consumen un solo psicotropo, un 3,7% consumen dos y un 0,7% del total de la muestra del estudio consumen tres ó más de estos fármacos. Del conjunto de sujetos consumidores de psicotropos un 82,1% (972) consumen uno, un 15,1% (179) consumen dos, y un 2,8% (33) de los sujetos consumen tres ó más psicotropos.

En sujetos que viven en *Residencias* el porcentaje de consumo de un psicotropo asciende al 28,7%, de dos al 7,4% y de tres al 1,5%. Con respecto al grupo de consumidores de psicotropos, el 76,5% consumen uno, el 19,6% consumen dos, y el 3,9% consumen tres psicotropos.

Respecto a los *subgrupos de psicotropos*, la gran mayoría de los sujetos sólo consume un psicotropo de cada grupo, siendo los ansiolíticos el subgrupo en que los pacientes consumen más psicotropos del mismo grupo (1,2% de los sujetos consumen más de un ansiolítico).

El *número de psicotropos* sólo se relaciona entre las variables sociodemográficas de manera estadísticamente significativa, con el **sexo**, siendo las mujeres las que mayor número de psicotropos consumen (*Tabla 18*).

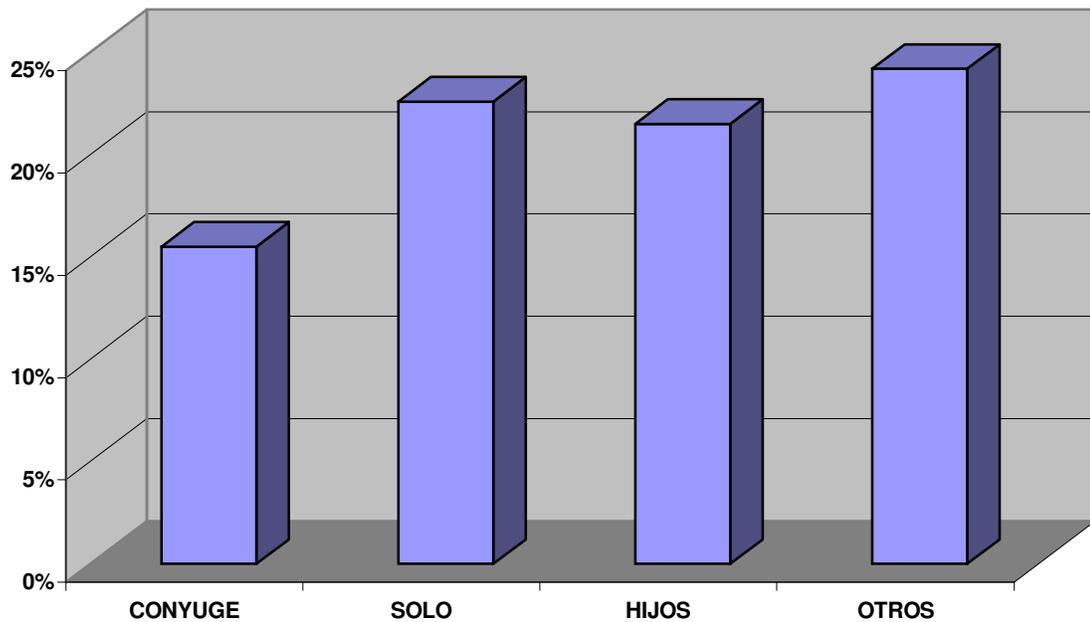
**Tabla 18.** Distribución del número de psicotropos según las variables sociodemográficas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	NÚMERO DE PSICOTROPÓS			TOTAL	P
	UNO	DOS	TRES Ó MÁS		
<b>SEXO</b>				$\chi^2$ : 7,894	0,019
<b>VARÓN</b>	263 (86,5%)	31 (10,2%)	10 (3,3%)	304	
<b>MUJER</b>	709 (80,6%)	148 (16,8%)	23 (2,6%)	880	
<b>EDAD</b>				$\chi^2$ : 6,296	0,958
<b>55-59</b>	28 (82,4%)	6 (17,6%)		34	
<b>60-64</b>	158 (83,2%)	26 (13,7%)	6 (3,2%)	190	
<b>65-69</b>	162 (81,4%)	31 (15,6%)	6 (3%)	199	
<b>70-74</b>	180 (84,1%)	28 (13,1%)	6 (2,8%)	214	
<b>75-79</b>	120 (78,9%)	26 (17,1%)	6 (3,9%)	152	
<b>80-84</b>	105 (82,7%)	18 (14,2%)	4 (3,1%)	127	
<b>85-89</b>	154 (82,8%)	30 (16,1%)	2 (1,1%)	186	
<b>≥90</b>	65 (79,3%)	14 (17,1%)	3 (3,7%)	82	
<b>ESTADO CIVIL</b>				$\chi^2$ : 3,614	0,890
<b>CASADO/PAREJA</b>	486 (82,4%)	84 (14,2%)	20 (3,4%)	590	
<b>SOLTERO</b>	82 (82%)	16 (16%)	2 (2%)	100	
<b>SEPARADO</b>	16 (84,2%)	3 (15,8%)		19	
<b>VIUDO</b>	374 (81,3%)	75 (16,3%)	11 (2,4%)	460	
<b>RELIGIOSO</b>	12 (92,3%)	1 (7,7%)		13	
<b>ESTUDIOS</b>				$\chi^2$ : 8,044	0,429
<b>UNIVERSITARIOS</b>	71 (87,7%)	8 (9,9%)	2 (2,5%)	81	
<b>MEDIOS</b>	66 (83,5%)	10 (12,7%)	3 (3,8%)	79	
<b>PRIMARIOS</b>	717 (82,4%)	128 (14,7%)	25 (2,9%)	870	
<b>ALFABETO</b>	27 (84,4%)	4 (12,5%)	1 (3,1%)	32	
<b>ANALFABETO</b>	78 (75%)	24 (23,1%)	2 (1,9%)	104	
<b>ECONOMÍA</b>				$\chi^2$ : 1,945	0,746
<b>ALTA</b>	65 (84,4%)	10 (13%)	2 (2,6%)	77	
<b>MEDIA</b>	253 (84,6%)	36 (12%)	10 (3,3%)	299	
<b>BAJA</b>	47 (87%)	7 (13%)	0 (0%)	54	
<b>TRABAJO</b>				$\chi^2$ : 2,444	0,295
<b>ACTIVOS</b>	583 (83,5%)	98 (14%)	17 (2,4%)	698	
<b>NO ACTIVOS</b>	386 (80,1%)	80 (16,6%)	16 (3,3%)	482	
<b>CONVIVENCIA</b>				$\chi^2$ : 8,623	0,196
<b>CONYUGE</b>	440 (83,3%)	71 (13,4%)	17 (3,2%)	528	
<b>SOLO</b>	196 (85,6%)	29 (12,7%)	4 (1,7%)	229	
<b>HIJOS</b>	187 (78,6%)	46 (19,3%)	5 (2,1%)	238	
<b>OTROS</b>	149 (78,8%)	33 (17,5%)	7 (3,7%)	189	

#### 4.6 Relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con variables sociodemográficas.

- a) **Ansiolíticos:** el consumo de ansiolíticos en nuestro estudio, como se demuestra en la *Tabla 19*, se relaciona con el sexo femenino, la edad avanzada, los viudos/as, los desempleados y amas de casa, y con los que no conviven con el cónyuge (*Figura 13*) (*Tabla 19*).

**Figura 13.** Consumo de ansiolíticos según la convivencia.



**Tabla 19.** Distribución del consumo de ansiolíticos según las variables sociodemográficas.

V. SOCIO- DEMOGRÁFICAS	ANSIOLÍTICOS		TOTAL	p	OR (IC)
	NO (%)	SÍ (%)			
<b>SEXO</b>			$\chi^2$ : 112,546	<0,001	
<b>VARÓN</b>	1792 (88,2%)	239 (11,8%)	2031		1,00
<b>MUJER</b>	2109 (76,1%)	661 (23,9%)	2770	<0,001	2,350 (2,001-2,760)
<b>EDAD</b>			$\chi^2$ : 18,169	0,011	
<b>55-59</b>	141 (85,5%)	24 (14,5%)	165		1,00
<b>60-64</b>	783 (84,8%)	140 (15,2%)	923	0,837	1,050 (0,657-1,678)
<b>65-69</b>	708 (81,8%)	157 (18,2%)	865	0,265	1,303 (0,817-2,076)
<b>70-74</b>	678 (81%)	159 (19%)	837	0,176	1,378 (0,865-2,196)
<b>75-79</b>	499 (80,9%)	118 (19,1%)	617	0,175	1,389 (0,862-2,239)
<b>80-84</b>	378 (78,9%)	101 (21,1%)	479	0,067	1,570 (0,966-2,550)
<b>85-89</b>	492 (77,6%)	142 (22,4%)	634	0,027	1,696 (1,058-2,717)
<b>≥90</b>	222 (79%)	59 (21%)	281	0,091	1,561 (0,929-2,625)
<b>ESTADO CIVIL</b>			$\chi^2$ : 39,965	<0,001	
<b>CASADO/PAREJA</b>	2348 (84%)	448 (16%)	2796		1,00
<b>SOLTERO</b>	317 (81,5%)	72 (18,5%)	389	0,214	1,190 (0,904-1,567)
<b>SEPARADO</b>	48 (73,8%)	17 (26,2%)	65	0,029	1,856 (1,058-3,257)
<b>VIUDO</b>	1144 (76,6%)	349 (23,4%)	1493	<0,001	1,599 (1,367-1,870)
<b>RELIGIOSO</b>	32 (71,1%)	13 (28,9%)	45	0,020	2,129 (1,109-4,089)
<b>ESTUDIOS</b>			$\chi^2$ : 2,740	0,602	
<b>UNIVERSITARIOS</b>	287 (81,1%)	67 (18,9%)	354		1,00
<b>MEDIOS</b>	305 (83,3%)	61 (16,7%)	366	0,428	0,857 (0,584-1,256)
<b>PRIMARIOS</b>	2843 (81,2%)	659 (18,8%)	3502	0,960	0,993 (0,751-1,313)
<b>ALFABETO</b>	126 (84%)	24 (16%)	150	0,435	0,816 (0,489-1,360)
<b>ANALFABETO</b>	303 (79,3%)	79 (20,7%)	382	0,551	1,117 (0,777-1,606)
<b>ECONOMÍA</b>			$\chi^2$ : 0,100	0,951	
<b>ALTA</b>	251 (81,2%)	58 (18,8%)	309		1,00
<b>MEDIA</b>	1084 (81,9%)	239 (18,1%)	1323	0,772	0,954 (0,694-1,311)
<b>BAJA</b>	180 (81,4%)	41 (18,6%)	221	0,949	0,986 (0,633-1,536)
<b>TRABAJO</b>			$\chi^2$ : 49,029	<0,001	
<b>ACTIVO</b>	2782 (83,9%)	535 (16,1%)	3317		1,00
<b>AMA DE CASA/     DESEMPLEADOS</b>	1107 (75,3%)	363 (24,7%)	1470		1,705 (1,467-1,982)
<b>CONVIVENCIA</b>			$\chi^2$ : 41,576	<0,001	
<b>CONYUGE</b>	2197 (84,5%)	402 (15,5%)	2599		1,00
<b>SOLO</b>	617 (77,4%)	180 (22,6%)	797	<0,001	1,594 (1,309-1,942)
<b>HIJOS</b>	635 (78,5%)	174 (21,5%)	809	<0,001	1,498 (1,228-1,826)
<b>OTROS</b>	452 (75,8%)	144 (24,2%)	596	<0,001	1,741 (1,403-2,160)

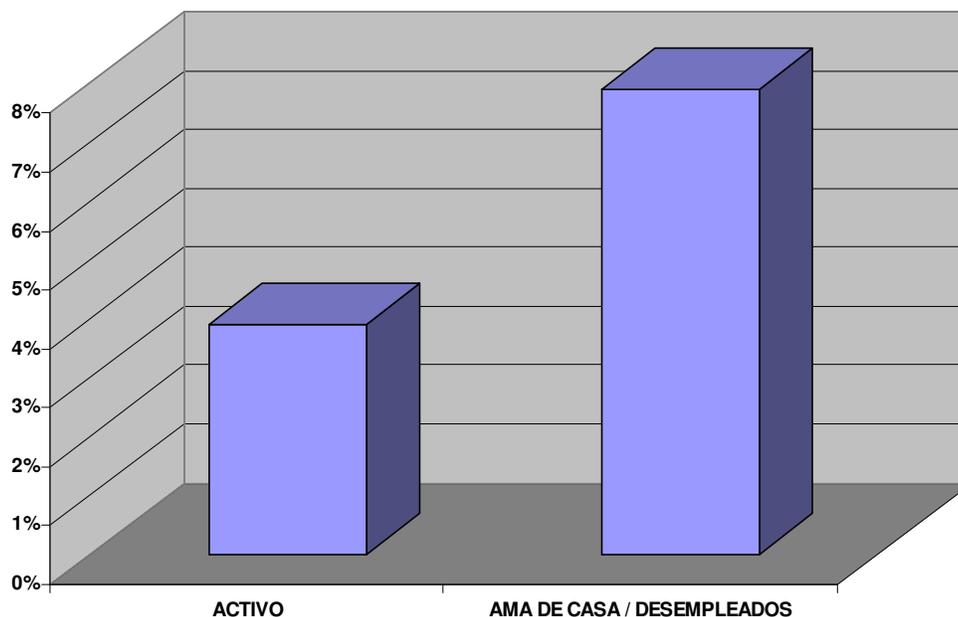
**b) Antidepresivos:** en cuanto al consumo de antidepresivos se relaciona con el sexo femenino, la edad avanzada, y los desempleados y amas de casa (*Figura 14*) (*Tabla 20*).

**Tabla 20.** Distribución del consumo de antidepresivos según las variables sociodemográficas.

V. SOCIO DEMOGRÁFICAS	ANTIDEPRESIVOS		TOTAL	p	OR (IC)
	NO (%)	SÍ (%)			
<b>SEXO</b>			$\chi^2$ : 57,923	<0,001	
<b>VARÓN</b>	1985 (97,7%)	46 (2,3%)	2031		1,00
<b>MUJER</b>	2572 (92,9%)	198 (7,1%)	2770	<0,001	3,322 (2,398-4,603)
<b>EDAD</b>			$\chi^2$ : 15,293	0,032	
<b>55-59</b>	156 (94,5%)	9 (5,5%)	165		1,00
<b>60-64</b>	873 (94,6%)	50 (5,4%)	923	0,984	0,993 (0,478-2,060)
<b>65-69</b>	814 (94,1%)	51 (5,9%)	865	0,824	1,086 (0,524-2,251)
<b>70-74</b>	787 (94%)	50 (6%)	837	0,796	1,101 (0,5312-2,286)
<b>75-79</b>	580 (94%)	37 (6%)	617	0,793	1,106 (0,523-2,340)
<b>80-84</b>	459 (95,8%)	20 (4,2%)	479	0,494	0,755 (0,337-1,693)
<b>85-89</b>	611 (96,4%)	23 (3,6%)	634	0,286	0,652 (0,296-1,438)
<b>≥90</b>	277 (98,6%)	4 (1,4%)	281	0,019*	0,250 (0,076-0,826)
<b>ESTADO CIVIL</b>			$\chi^2$ : 0,935	0,919	
<b>CASADO/PAREJA</b>	2655 (95%)	141 (5%)	2796		1,00
<b>SOLTERO</b>	369 (94,9%)	20 (5,1%)	389	0,934	1,021 (0,631-1,651)
<b>SEPARADO</b>	62 (95,4%)	3 (4,6%)	65	1*	0,911 (0,283-2,938)
<b>VIUDO</b>	1414 (94,7%)	79 (5,3%)	1493	0,725	1,052 (0,793-1,396)
<b>RELIGIOSO</b>	44 (97,8%)	1 (2,2%)	45	0,725*	
<b>ESTUDIOS</b>			$\chi^2$ : 1,436	0,838	
<b>UNIVERSITARIOS</b>	338 (95,5%)	16 (4,5%)	354		1,00
<b>MEDIOS</b>	346 (94,5%)	20 (5,5%)	366	0,561	1,221 (0,622-2,397)
<b>PRIMARIOS</b>	3319 (94,8%)	183 (5,2%)	3502	0,567	1,165 (0,690-1,965)
<b>ALFABETO</b>	145 (96,7%)	5 (3,3%)	150	0,542	0,728 (0,262-2,026)
<b>ANALFABETO</b>	363 (95%)	19 (5%)	382	0,772	1,106 (0,559-2,185)
<b>ECONOMÍA</b>			$\chi^2$ : 3,021	0,221	
<b>ALTA</b>	290 (93,9%)	19 (6,1%)	309		1,00
<b>MEDIA</b>	1271 (96,1%)	52 (3,9%)	1323	0,085	0,624 (0,364-1,072)
<b>BAJA</b>	212 (95,9%)	9 (4,1%)	221	0,292	0,648 (0,287-1,460)
<b>TRABAJO</b>			$\chi^2$ : 34,236	<0,001	
<b>ACTIVO</b>	3189 (96,1%)	128 (3,9%)	3317		1,00
<b>AMA DE CASA/     DESEMPLEADOS</b>	1354 (92,1%)	116 (7,9%)	1470		2,134 (1,647-2,766)
<b>CONVIVENCIA</b>			$\chi^2$ : 0,313	0,957	
<b>CONYUGE</b>	2470 (95%)	129 (5%)	2599		1,00
<b>SOLO</b>	757 (95%)	40 (5%)	797	0,950	1,012 (0,703-1,456)
<b>HIJOS</b>	765 (94,6%)	44 (5,4%)	809	0,591	1,101 (0,775-1,565)
<b>OTROS</b>	565 (94,8%)	31 (5,2%)	596	0,810	1,051 (0,702-1,571)

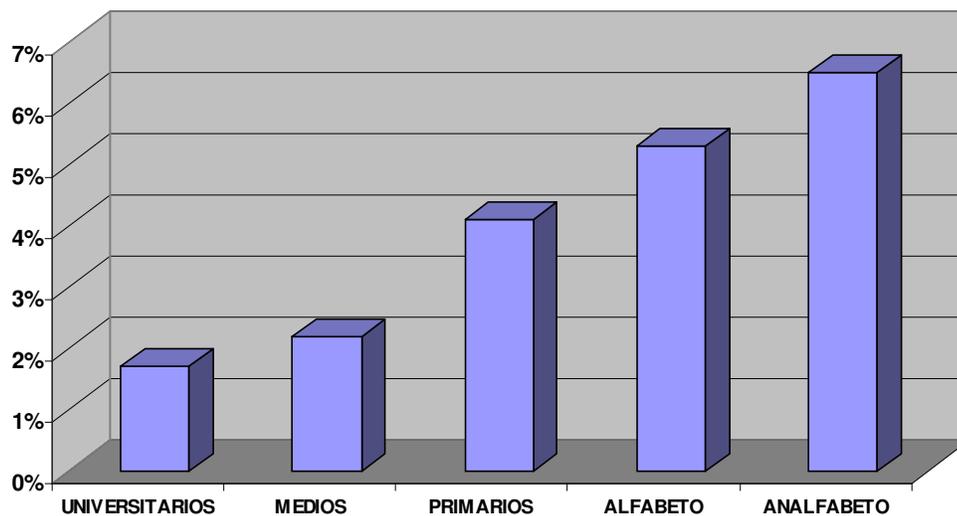
\*Estadístico exacto de Fisher.

**Figura 14.** Consumo de antidepresivos según la situación laboral.



c) **Neurolépticos:** tienen relación con el sexo femenino, la edad avanzada, los viudos/as, nivel de estudios bajo (*Figura 15*), los que viven con los hijos (*Tabla 21*).

**Figura 15.** Consumo de neurolépticos según el nivel de estudios.



**Tabla 21.** Distribución del consumo de neurolépticos según las variables sociodemográficas.

V. SOCIO- DEMOGRÁFICAS	NEUROLÉPTICOS		TOTAL	p	OR (IC)
	NO (%)	SÍ (%)			
<b>SEXO</b>			$\chi^2$ : 19,186	<0,001	
<b>VARÓN</b>	1976 (97,3%)	55 (2,7%)	2031		1,00
<b>MUJER</b>	2624 (94,7%)	146 (5,3%)	2770	<0,001	1,999 (1,458-2,741)
<b>EDAD</b>			$\chi^2$ : 41,246	<0,001	
<b>55-59</b>	160 (97%)	5 (3%)	165		1,00
<b>60-64</b>	896 (97,1%)	27 (2,9%)	923	1*	0,964 (0,366-2,541)
<b>65-69</b>	846 (97,8%)	19 (2,2%)	865	0,57*	0,719 (0,265-1,953)
<b>70-74</b>	799 (95,5%)	38 (4,5%)	837	0,382	1,522 (0,59-3,926)
<b>75-79</b>	594 (96,3%)	23 (3,7%)	617	0,668	1,239 (0,464-3,310)
<b>80-84</b>	457 (95,4%)	22 (4,6%)	479	0,388	1,54 (0,574-4,136)
<b>85-89</b>	594 (93,7%)	40 (6,3%)	634	0,104	2,155 (0,837-5,549)
<b>≥90</b>	254 (90,4%)	27 (9,6%)	281	0,009	3,402 (1,284-9,014)
<b>ESTADO CIVIL</b>			$\chi^2$ : 32,167	<0,001	
<b>CASADO/PAREJA</b>	2713 (97%)	83 (3%)	2796		1,00
<b>SOLTERO</b>	367 (94,3%)	22 (5,7%)	389	0,005	1,959 (1,209-3,174)
<b>SEPARADO</b>	64 (98,5%)	1 (1,5%)	65	1*	0,511 (0,07-3,726)
<b>VIUDO</b>	1399 (93,7%)	94 (6,3%)	1493	<0,001	2,196 (1,623-2,971)
<b>RELIGIOSO</b>	45 (100%)		45	0,641*	0,970 (0,964-0,977)
<b>ESTUDIOS</b>			$\chi^2$ : 15,217	0,004	
<b>UNIVERSITARIOS</b>	348 (98,3%)	6 (1,7%)	354		1,00
<b>MEDIOS</b>	358 (97,8%)	8 (2,2%)	366	0,633	1,296 (0,445-3,774)
<b>PRIMARIOS</b>	3358 (95,9%)	144 (4,1%)	3502	0,025	2,487 (1,091-5,670)
<b>ALFABETO</b>	142 (94,7%)	8 (5,3%)	150	0,035*	3,268 (1,114-9,587)
<b>ANALFABETO</b>	357 (93,5%)	25 (6,5%)	382	0,001	4,062 (1,646-10,02)
<b>ECONOMÍA</b>			$\chi^2$ : 0,388	0,824	
<b>ALTA</b>	300 (97,1%)	9 (2,9%)	309		1,00
<b>MEDIA</b>	1275 (96,4%)	48 (3,6%)	1323	0,537	1,255 (0,609-2,586)
<b>BAJA</b>	213 (96,4%)	8 (3,6%)	221	0,649	1,252 (0,475-3,297)
<b>TRABAJO</b>			$\chi^2$ : 3,684	0,055	
<b>ACTIVO</b>	3192 (96,2%)	125 (3,8%)	3317		1,00
<b>AMA DE CASA/     DESEMPLEADOS</b>	1397 (95%)	73 (5%)	1470		1,334 (0,993-1,793)
<b>CONVIVENCIA</b>			$\chi^2$ : 49,412	<0,001	
<b>CONYUGE</b>	2530 (97,3%)	69 (2,7%)	2599		1,00
<b>SOLO</b>	767 (96,2%)	30 (3,8%)	797	0,103	1,434 (0,927-2,218)
<b>HIJOS</b>	747 (92,3%)	62 (7,7%)	809	<0,001	3,043 (2,139-4,330)
<b>OTROS</b>	556 (93,3%)	40 (6,7%)	596	<0,001	2,638 (1,768-3,936)

\*Estadístico exacto de Fisher.

\***Consumo de barbitúricos:** Los barbitúricos consumidos son escasos (11), y estos sólo se relacionan con el sexo femenino, con una p de 0,04.

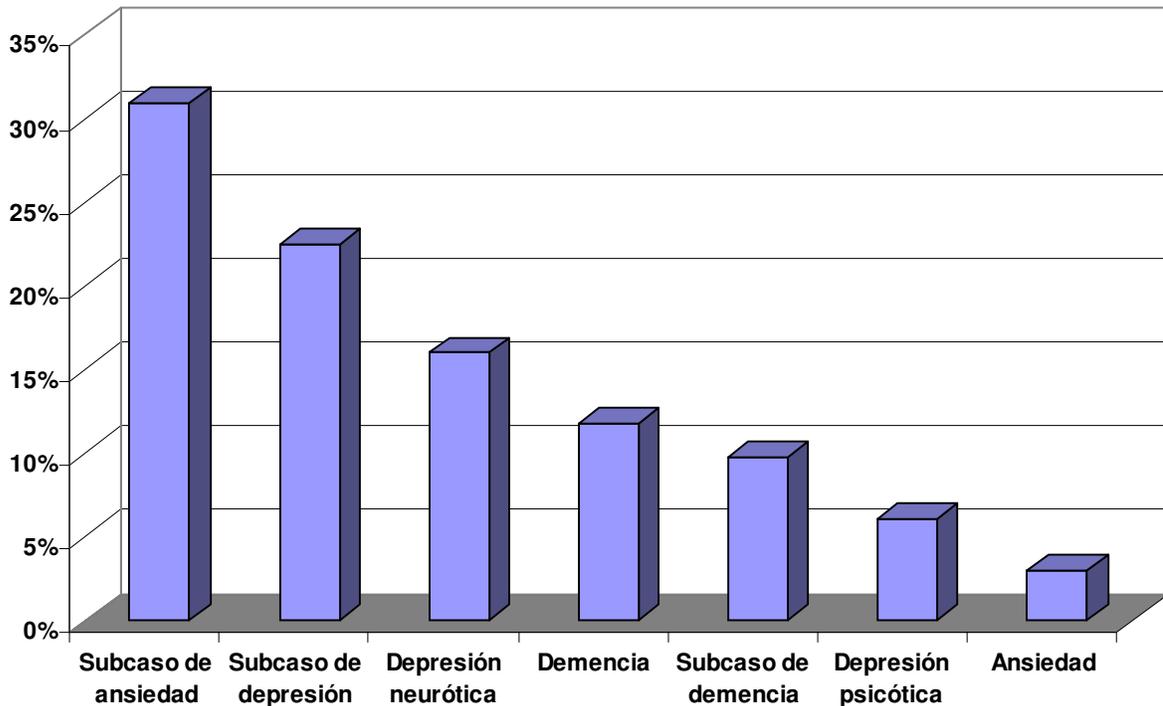
\* **Sujetos que viven en Residencias:** Dada la escasa muestra de sujetos institucionalizados que consumen cada uno de los grupos de psicotropos, no tienen relación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas.

## 5. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS AGE CAT.

### 5.1 Descripción general de los diagnósticos psiquiátricos AGE CAT.

Los diagnósticos psiquiátricos según la versión española B del Geriatric Mental State Schedule (GMS), utilizando el programa informático Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (AGECAT), de nuestra muestra comunitaria son los mostrados en la *Figura 16*.

**Figura 16.** Diagnósticos psiquiátricos AGE CAT.



Obtenemos que el 20,7% de los sujetos tienen algún diagnóstico psiquiátrico, el 56,4% si incluimos los subcasos de los diagnósticos psiquiátricos AGE CAT.

Los diagnósticos psiquiátricos GMS-AGECAT tienen asociación estadísticamente significativa con el sexo de los sujetos ( $\chi^2=256,58$ ,  $p<0,001$ ). En los varones hay un 43,1% de diagnósticos psiquiátricos, mientras que en las mujeres hay un 66,3%. Las mujeres tienen una OR del 2,596 (2,308-2,922) con respecto a los varones. De los varones hay un 56,9% de sujetos sin diagnósticos psiquiátricos, y en las mujeres un 33,7%.

Todos los diagnósticos psiquiátricos son más frecuentes en la mujer, excepto los subcasos de depresión. Los diagnósticos más frecuentes son, por orden del mayor al menor, en el varón los subcasos de ansiedad, los subcasos de depresión, la depresión, los subcasos de demencia, la demencia y la ansiedad, y en la mujer los subcasos de ansiedad, la depresión, los subcasos de depresión, la demencia, los subcasos de demencia, y la ansiedad.

Respecto a la variable edad encontramos una  $\chi^2$  de 113,295, con una  $p<0,001$ . Con la edad avanzada aumenta, como es lógico, el diagnóstico de demencia, pero no el de depresión o de ansiedad.

\* **Sujetos que viven en Residencias:** En sujetos institucionalizados existe un 25% sin diagnósticos psiquiátricos, y un 75% con algún diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo no muestran una relación estadísticamente significativa con el sexo ni con la edad.

Analizando los sujetos que viven en Residencias (institucionalizados), la distribución de diagnósticos psiquiátricos según el GMS muestra que aumenta, de forma importante, los casos y subcasos de demencia.

## 5.2 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de medicamentos.

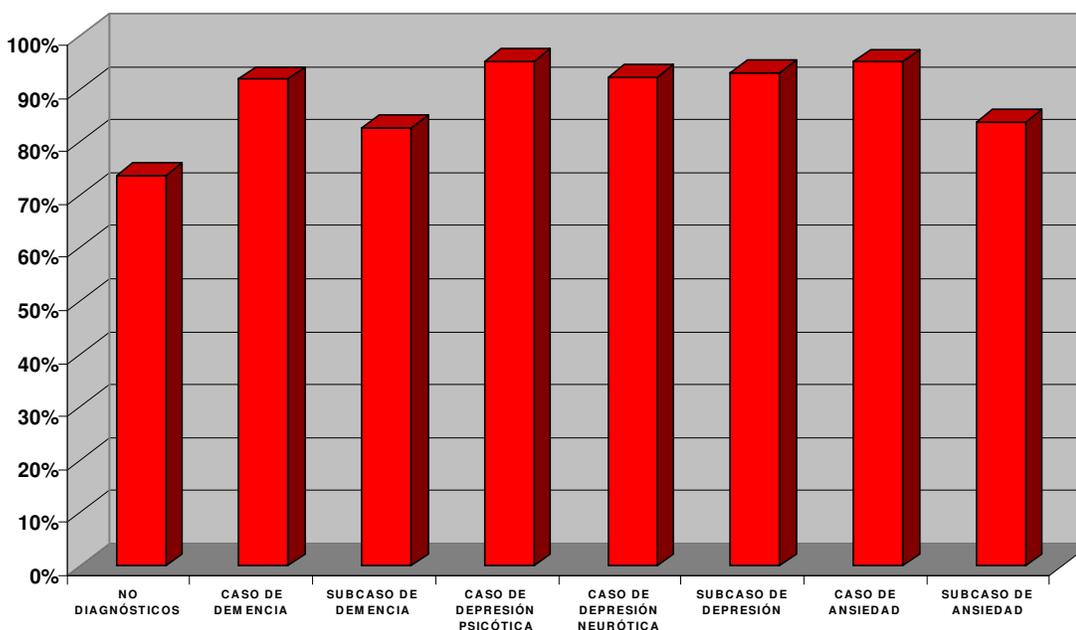
Los pacientes con diagnósticos psiquiátricos GMS-AGECAAT consumen más medicamentos, con una  $\chi^2$  de 194,303 y una  $p < 0,001$ . Un 61,1% de estos sujetos consumen, frente al 38,9% de los individuos sin diagnósticos psiquiátricos. La OR de estas dos variables es de 2,921 (*Tabla 22*).

**Tabla 22.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de medicamentos.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	MEDICAMENTOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	553	1538	2091			
% de diagnósticos AGECAAT	26,4%	73,6%	100%		1,00	
% de consumo de medicamentos	65,1%	38,9%	43,6%			
<b>SÍ</b>	297	2413	2710			
% de diagnósticos AGECAAT	11%	89%	100%		2,921	< 0,001
% de consumo de medicamentos	34,9%	61,1%	56,4%		(2,502-3,410)	
<b>TOTAL</b>	<b>850</b>	<b>3951</b>	<b>4801</b>			
% de diagnósticos AGECAAT	17,7%	82,3%	100%	194,303		< 0,001
% de consumo de medicamentos	100%	100%	100%			

Los sujetos que más medicamentos consumen son, por orden de frecuencia, aquellos con depresión mayor, con ansiedad, los subcasos de depresión, de depresión menor y los casos de demencia (*Tabla 23*) (*Figura 17*).

**Figura 17.** Consumo de medicamentos según los diagnósticos AGECAAT.



**Tabla 23.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de medicamentos.

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	MEDICAMENTOS		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO DIAGNÓSTICOS</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	553 26,4% 65,1%	1538 73,6% 38,9%	<b>2091</b> <b>100%</b> <b>43,6%</b>		<b>1,00</b>	
<b>CASO DE DEMENCIA</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	26 8,2% 3,1%	293 91,8% 7,4%	<b>319</b> <b>100%</b> <b>6,6%</b>	<b>50,759</b>	<b>4,052</b> <b>(2,682-6,122)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>SUBCASO DE DEMENCIA</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	46 17,4% 5,4%	218 82,6% 5,5%	<b>264</b> <b>100%</b> <b>5,5%</b>	<b>10,061</b>	<b>1,704</b> <b>(1,222-2,376)</b>	<b>0,002</b>
<b>CASO DE DEPRESIÓN MAYOR</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	8 4,8% 0,9%	157 95,2% 4%	<b>165</b> <b>100%</b> <b>3,4%</b>	<b>38,184</b>	<b>7,056</b> <b>(3,445-14,453)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>CASO DE DEPRESIÓN MENOR</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	34 7,8% 4%	400 92,2% 10,1%	<b>434</b> <b>100%</b> <b>9%</b>	<b>69,779</b>	<b>4,230</b> <b>(2,941-6,084)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>SUBCASO DE DEPRESIÓN</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	42 6,9% 4,9%	566 93,1% 14,3%	<b>608</b> <b>100%</b> <b>12,7%</b>	<b>104,639</b>	<b>4,845</b> <b>(3,490-6,729)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>CASO DE ANSIEDAD</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	4 4,9% 0,5%	77 95,1% 1,9%	<b>81</b> <b>100%</b> <b>1,7%</b>	<b>18,919</b>	<b>6,921</b> <b>(2,521-19)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>SUBCASO DE ANSIEDAD</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	137 16,3% 16,1%	702 83,7% 17,8%	<b>839</b> <b>100%</b> <b>17,5%</b>	<b>34,045</b>	<b>1,842</b> <b>(1,498-2,267)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>TOTAL</b> % de diagnósticos psiquiátricos % de consumo de medicamentos	850 17,7% 100%	3951 82,3% 100%	<b>4801</b> <b>100%</b> <b>100%</b>	<b>236,209</b>		<b>&lt;0,001</b>
<b>PERDIDOS</b>			<b>2</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

Si agrupamos estos diagnósticos psiquiátricos en los tres grandes grupos de demencia, depresión y ansiedad, obtenemos los valores de la *Tabla 24*.

**Tabla 24.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de medicamentos.

GRUPOS	$\chi^2$	OR (IC)	P
<b>Caso/subcaso de demencia</b>	50,583	2,552 (1,957-3,327)	<0,001
<b>Caso/subcaso de depresión</b>	186,479	4,807 (3,773-6,123)	<0,001
<b>Caso/subcaso de ansiedad</b>	44,547	1,986 (1,620-2,436)	<0,001

El grupo de diagnósticos psiquiátricos con mayor consumo de medicamentos es el de depresión, con una OR de 4,8.

También existe relación entre los diagnósticos psiquiátricos y el consumo de más de un medicamento, con una  $\chi^2$  de 132,409 y una  $p < 0,001$  (*Tabla 25*).

**Tabla 25.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de más de un medicamento.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	MEDICAMENTOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	Uno	Más de uno				
<b>NO</b>	525	1011	1536			
% de diagnósticos AGECAT	34,2%	65,8%	100%		1,00	
% de consumo de medicamentos	54,7%	33,9%	38,9%			
<b>SÍ</b>	435	1974	2409			
% de diagnósticos AGECAT	18,1%	81,9%	100%		2,356	< 0,001
% de consumo de medicamentos	45,3%	66,1%	61,1%		(2,032-2,732)	
<b>TOTAL</b>	<b>960</b>	<b>2985</b>	<b>3945</b>			
% de diagnósticos AGECAT	<b>24,3%</b>	<b>75,7%</b>	<b>100%</b>	132,409		< 0,001
% de consumo de medicamentos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

### 5.3 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAT con el consumo de psicotropos.

Como es lógico los sujetos con diagnósticos psiquiátricos son también más consumidores de psicotropos ( $\chi^2$  de 735,726,  $p < 0,001$ ). El tener un diagnóstico psiquiátrico tiene una OR de 11,315 con respecto a los que no tienen este diagnóstico (Tabla 26).

**Tabla 26.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de psicotropos.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	1977	114	2091			
% de diagnósticos AGECAT	94,5%	5,5%	100%		1,00	
% de consumo de psicotropos	54,7%	9,6%	43,6%			
<b>SÍ</b>	1640	1070	2710			
% de diagnósticos AGECAT	60,5%	39,5%	100%		11,315	< 0,001
% de consumo de psicotropos	45,3%	90,4%	56,4%		(9,228-13,874)	
<b>TOTAL</b>	<b>3617</b>	<b>1184</b>	<b>4801</b>			
% de diagnósticos AGECAT	<b>75,3%</b>	<b>24,7%</b>	<b>100%</b>	735,726		< 0,001
% de consumo de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

Destaca que el 60,5% de los sujetos con algún diagnóstico psiquiátrico no consumen ningún psicotropo.

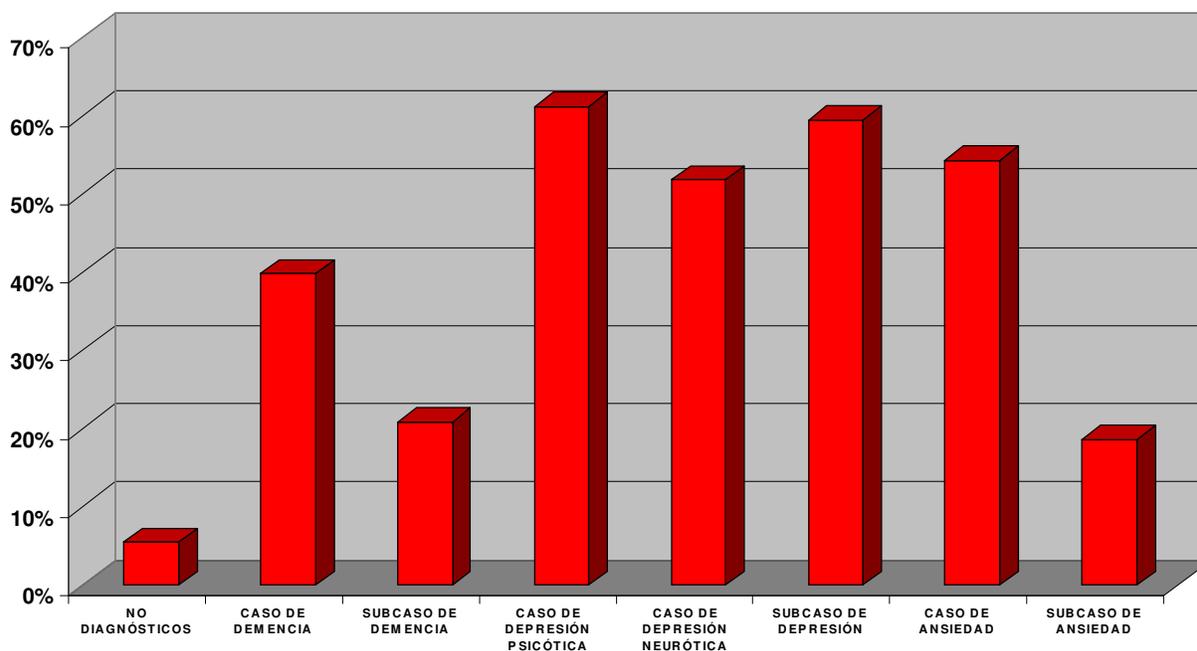
Existe, sin embargo, un 5,5% de sujetos sin diagnósticos psiquiátricos que consumen algún psicotropo.

Al analizar los diferentes diagnósticos psiquiátricos observamos que los pacientes más consumidores de estos psicotropos son, por orden de mayor a menor, aquellos con el diagnóstico psiquiátrico de depresión mayor, subcaso de depresión, ansiedad y depresión menor (Tabla 27) (Figura 18).

**Tabla 27.** Relación del consumo de psicotropos según los diagnósticos psiquiátricos.

DIAGNÓSTICOS PSQUIÁTRICOS	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO DIAGNÓSTICOS</b>	1977	114	<b>2091</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	94,5%	5,5%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de consumo de psicotropos	54,7%	9,6%	<b>43,6%</b>			
<b>CASO DE DEMENCIA</b>	192	127	<b>319</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	60,2%	39,8%	<b>100%</b>	<b>363,07</b>	<b>11,471</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	5,3%	10,7%	<b>6,6%</b>		<b>(8,557-15,378)</b>	
<b>SUBCASO DE DEMENCIA</b>	209	55	<b>264</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	79,2%	20,8%	<b>100%</b>	<b>83,254</b>	<b>4,564</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	5,8%	4,6%	<b>5,5%</b>		<b>(3,210-6,489)</b>	
<b>CASO DE DEP. MAYOR</b>	64	101	<b>165</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	38,8%	61,2%	<b>100%</b>	<b>551,498</b>	<b>27,368</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	1,8%	8,5%	<b>3,4%</b>		<b>(18,987-39,449)</b>	
<b>CASO DE DEP. MENOR</b>	209	225	<b>434</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	48,2%	51,8%	<b>100%</b>	<b>665,472</b>	<b>18,670</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	5,8%	19%	<b>9%</b>		<b>(14,3-24,374)</b>	
<b>SUBCASO DE DEPRESIÓN</b>	246	362	<b>608</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	40,5%	59,5%	<b>100%</b>	<b>948,655</b>	<b>25,520</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	6,8%	30,6%	<b>12,7%</b>		<b>(19,9-32,726)</b>	
<b>CASO DE ANSIEDAD</b>	37	44	<b>81</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	45,7%	54,3%	<b>100%</b>	<b>276,090</b>	<b>20,623</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	1%	3,7%	<b>1,7%</b>		<b>(12,810-33,202)</b>	
<b>SUBCASO DE ANSIEDAD</b>	683	156	<b>839</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	81,4%	18,6%	<b>100%</b>	<b>123,605</b>	<b>3,961</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	18,9%	13,2%	<b>17,5%</b>		<b>(3,064-5,120)</b>	
<b>TOTAL</b>	3617	1184	<b>4801</b>			
% de diagnósticos psiquiátricos	75,3%	24,7%	<b>100%</b>	<b>1201,069</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de psicotropos	100%	100%	<b>100%</b>			
<b>PERDIDOS</b>			<b>2</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>4803</b>			

**Figura 18.** Consumo de psicotropos según los diagnósticos psiquiátricos.



Si agrupamos los diagnósticos psiquiátricos en los tres grandes grupos, observamos que el mayor consumo se produce en sujetos con sintomatología depresiva (Tabla 28).

**Tabla 28.** Relación del consumo de psicotropos según los diagnósticos psiquiátricos.

GRUPOS	$\chi^2$	OR (IC)	P
Caso/subcaso de demencia	307,448	7,871 (6,084-10,183)	<0,001
Caso/subcaso de depresión	1104,922	22,989 (18,44-28,661)	<0,001
Caso/subcaso de ansiedad	181,441	4,817 (3,769-6,157)	<0,001

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

Respecto a los pacientes que viven en Residencias los datos del consumo de psicotropos según los diagnósticos psiquiátricos son los siguientes:

Existe una relación significativa entre los diagnósticos psiquiátricos y el consumo de psicotropos, pero mucho menor que en pacientes no institucionalizados, con una  $\chi^2$  de 10 y una p de 0,002 (Tabla 29).

**Tabla 29.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de psicotropos en pacientes institucionalizados.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	NO	SÍ				
NO	29	5	34			
% de diagnósticos AGECAT	85,3%	14,7%	100%		1,00	
% de consumo de psicotropos	34,1%	9,8%	25%			
SÍ	56	46	102			
% de diagnósticos AGECAT	54,9%	45,1%	100%		4,764	0,002
% de consumo de psicotropos	65,9%	90,2%	75%		(1,708-13,293)	
TOTAL	85	51	136			
% de diagnósticos AGECAT	62,5%	37,5%	100%	10,050		0,002
% de consumo de psicotropos	100%	100%	100%			

**5.4 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAT con el número de psicotropos.**

También se relacionan estos sujetos con estos diagnósticos con el consumo de más de un psicotropo, con una  $\chi^2$  de 8,6 y una p de 0,003 (Tabla 30).

**Tabla 30.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de más de un psicotropo.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	Uno	Más de uno				
NO	105	9	114			
% de diagnósticos AGECAT	92,1%	7,9%	100%		1,00	
% de consumo de psicotropos	10,8%	4,2%	9,6%			
SÍ	867	203	1070			
% de diagnósticos AGECAT	81%	19%	100%		2,732	0,003
% de consumo de psicotropos	89,2%	95,8%	90,4%		(1,360-5,488)	
TOTAL	972	212	1184			
% de diagnósticos AGECAT	82,1%	17,9%	100%	8,6		0,003
% de consumo de psicotropos	100%	100%	100%			

Analizamos cada uno de los diagnósticos psiquiátricos en relación con el número de psicotropos consumidos.

Al comparar la variable diagnósticos AGECAAT con el número de psicotropos, divididos en uno, dos y tres ó más, observamos que los casos de depresión mayor y de demencia también consumen mayor número de psicotropos por paciente, obteniendo en total una  $\chi^2$  de 71,417, con una  $p < 0,001$ .

### 5.5 Relación de los diagnósticos psiquiátricos con la frecuencia de consumo de psicotropos.

Los sujetos con diagnósticos AGECAAT consumen más psicotropos a diario o casi a diario, con un  $\chi^2$  de 5,715 y una  $p$  de 0,017 (Tabla 31).

**Tabla 31.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y frecuencia de consumo.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	FRECUENCIA		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	Esporádico	A diario				
<b>NO</b>	33	67	100			
% de diagnósticos AGECAAT	33%	67%	100%		1,00	
% de frecuencia de consumo	14,3%	8,9%	10,1%			
<b>SÍ</b>	198	689	887			
% de diagnósticos AGECAAT	22,3%	77,7%	100%		1,714	0,017
% de frecuencia de consumo	85,7%	91,1%	89,9%		(1,097-2,677)	
<b>TOTAL</b>	<b>231</b>	<b>756</b>	<b>987</b>			
% de diagnósticos AGECAAT	23,4%	76,6%	100%	5,715		0,017
% de frecuencia de consumo	100%	100%	100%			

Comparando cada uno de los diagnósticos psiquiátricos con la frecuencia de consumo observamos que los pacientes que consumen los psicotropos de forma más constante (a diario/casi a diario) son aquéllos con diagnóstico de demencia ( $p < 0,001$ ), depresión menor ( $p: 0,017$ ), ansiedad ( $p: 0,027$ ) y subcaso de demencia ( $p: 0,041$ ).

**\*Sujetos que viven en Residencias:** En Residencias no existe relación entre diagnósticos psiquiátricos con la frecuencia de consumo de los psicotropos ( $p: 1$ ).

### 5.6 Relación de los diagnósticos psiquiátricos con el tipo de prescripción de psicotropos.

No existe una relación significativa entre los diagnósticos AGECAAT y el tipo de prescripción, pudiendo ser ésta facultativa o por iniciativa propia (Tabla 32).

**Tabla 32.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y tipo de prescripción.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	PRESCRIPCIÓN		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	Facultativa	I. propia				
<b>NO</b>	96	3	99			
% de diagnósticos AGECAAT	97%	3%	100%		1,00	
% de tipo de prescripción	9,9%	18,8%	10,1%			
<b>SÍ</b>	871	13	884			
% de diagnósticos AGECAAT	98,5%	1,5%	100%		0,478	0,213*
% de frecuencia de consumo	90,1%	81,3%	89,9%		(0,134-1,706)	
<b>TOTAL</b>	<b>967</b>	<b>16</b>	<b>983</b>			
% de diagnósticos AGECAAT	98,4%	1,6%	100%	1,353		0,213*
% de tipo de prescripción	100%	100%	100%			

\*Estadístico exacto de Fisher

Los sujetos que consumen psicotropos en mayor proporción por iniciativa propia son los diagnosticados de depresión menor ( $p^*$ : 0,037).

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

En Residencias todos los sujetos consumen psicotropos con prescripción facultativa, no hay sujetos que consuman por iniciativa propia.

**5.7 Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con los subgrupos de psicotropos.**

Los diagnósticos AGECAAT están relacionados con los diferentes subgrupos de psicotropos a estudio, ansiolíticos, antidepresivos y neurolepticos, con una  $p$  en todos los casos menor de 0,001.

**a) Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de ansiolíticos.**

De los sujetos con algún diagnóstico AGECAAT, un 30,4% consumen ansiolíticos, frente al 3,7% de los que no tienen ningún diagnóstico psiquiátrico. De todos los consumidores de ansiolíticos, un 91,4% tienen diagnósticos psiquiátricos (Tabla 33).

**Tabla 33.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de ansiolíticos.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	ANSIOLÍTICOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	No	SÍ				
NO	2014	77	2091			
% de diagnósticos AGECAAT	96,3%	3,7%	100%		1,00	
% de consumo de ansiolíticos	51,6%	8,6%	43,6%			
SÍ	1887	823	2710			
% de diagnósticos AGECAAT	69,6%	30,4%	100%		11,408	< 0,001
% de consumo de ansiolíticos	48,4%	91,4%	56,4%		(8,957-14,529)	
TOTAL	3901	900	4801			
% de diagnósticos AGECAAT	81,3%	18,7%	100%	551,851		< 0,001
% de consumo de ansiolíticos	100%	100%	100%			

**b) Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de antidepresivos.**

Con respecto al consumo de antidepresivos de estos sujetos los porcentajes son 8,3% frente al 1%, y un 91,8% de diagnósticos psiquiátricos entre los consumidores de estos psicotropos (Tabla 34).

**Tabla 34.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de antidepresivos.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	ANTIDEPRESIVOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	No	SÍ				
NO	2071	20	2091			
% de diagnósticos AGECAAT	99%	1%	100%		1,00	
% de consumo de antidepresivos	45,4%	8,2%	43,6%			
SÍ	2486	224	2710			
% de diagnósticos AGECAAT	91,7%	8,3%	100%		9,330	< 0,001
% de consumo de antidepresivos	54,6%	91,8%	56,4%		(5,884-14,796)	
TOTAL	4557	244	4801			
% de diagnósticos AGECAAT	94,9%	5,1%	100%	130,715		< 0,001
% de consumo de antidepresivos	100%	100%	100%			

**c) Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de neurolépticos.**

Y con respecto al consumo de neurolépticos los porcentajes son 6,6% frente al 1,1%, y un 89,1% de diagnósticos entre los consumidores (*Tabla 35*).

**Tabla 35.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de neurolépticos.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	NEUROLÉPTICOS		TOTAL	$\chi^2$	OR (IC)	P
	No	SÍ				
<b>NO</b>	2069	22	2091			
% de diagnósticos AGECAAT	98,9%	1,1%	100%		1,00	
% de consumo de neurolépticos	45%	10,9%	43,6%			
<b>SÍ</b>	2531	179	2710			
% de diagnósticos AGECAAT	93,4%	6,6%	100%		6,651 (4,255-10,396)	< 0,001
% de consumo de neurolépticos	55%	89,1%	56,4%			
<b>TOTAL</b>	<b>4600</b>	<b>201</b>	<b>4801</b>			
% de diagnósticos AGECAAT	<b>95,8%</b>	<b>4,2%</b>	<b>100%</b>	90,732		< 0,001
% de consumo de neurolépticos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

**\*Relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de barbitúricos.**

Respecto al consumo de barbitúricos obtenemos un  $\chi^2$  de 5,326 y una p de 0,021. De los 11 sujetos que consumen barbitúricos, 10 de ellos (el 90,9%) tienen diagnósticos psiquiátricos, y 1 (9,1%) no tienen ningún diagnóstico AGECAAT.

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

Si comparamos los diagnósticos psiquiátricos con cada uno de los subgrupos de psicotropos por separado, vemos que el único grupo relacionado significativamente es el de ansiolíticos, con  $\chi^2$  de 5,892 y p de 0,015. El de antidepresivos tiene una p de 0,792, y el de neurolépticos de 0,082. Ningún sujeto institucionalizado consume barbitúricos.

**5.8 Grupo de no diagnósticos psiquiátricos y consumo de psicotropos.**

De los sujetos sin ningún diagnóstico AGECAAT y que son consumidores de psicotropos tenemos la distribución de consumo de la *Tabla 36*.

**Tabla 36.** Consumo de psicotropos en sujetos sin diagnósticos AGECAAT.

PSICOTROPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Ansiolíticos</b>	77	64,2
<b>Antidepresivos</b>	20	16,7
<b>Neurolépticos</b>	22	18,3
<b>Barbitúricos</b>	1	0,8

Los neurolépticos son el grupo que tienen un porcentaje mayor de consumo sin diagnóstico psiquiátrico (10,9%).

### 5.9 Diagnósticos psiquiátricos y no consumo de psicotropos.

De los sujetos con Depresión hay un 43% de ellos que no consumen ningún psicotropo, de los diagnosticados de ansiedad un 78,3% y de los de Demencia un 60,2% no consumen estos medicamentos.

### 5.10 Demencia y grupos de psicotropos.

Hemos analizado el consumo de cada uno de los subgrupos de psicotropos en cada uno de los diagnósticos AGECA, agrupados en Demencia, Depresión y Ansiedad.

Los casos y subcasos de demencia se recogen en las *Tablas 37, 38 y 39* y *Figura 19*.

**Tabla 37.** Consumo de ansiolíticos en casos y subcasos de demencia.

DIAGNÓSTICOS AGECA	ANSIOLÍTICOS	$\chi^2$	OR (IC)	P
DEMENCIA	83 (26%)	11,866	1,578 (1,215-2,049)	0,001
SUBCASO DE DEMENCIA	43 (16,3%)	1,108	0,835 (0,598-1,168)	0,292
<b>TOTAL DEMENCIA</b>	<b>126 (21,6%)</b>	3,579	<b>1,227</b> <b>(0,992-1,517)</b>	0,059

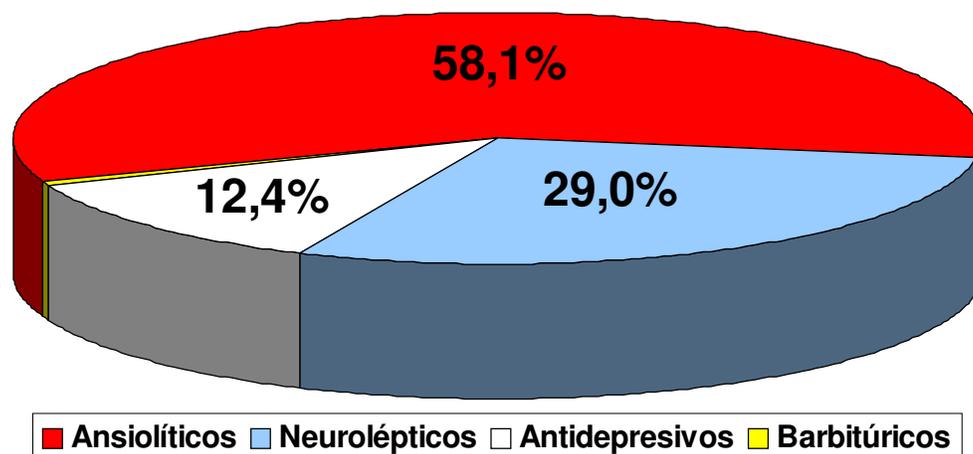
**Tabla 38.** Consumo de antidepresivos en casos y subcasos de demencia.

DIAGNÓSTICOS AGECA	ANTIDEPRESIVOS	$\chi^2$	OR (IC)	P
DEMENCIA	23 (7,2%)	3,059	1,484 (0,951-2-316)	0,08
SUBCASO DE DEMENCIA	4 (1,5%)	7,484	0,273 (0,101-0,739)	0,006
<b>TOTAL DEMENCIA</b>	<b>27 (4,6%)</b>	0,331	<b>0,887</b> <b>(0,589-1,335)</b>	0,565

**Tabla 39.** Consumo de neurolepticos en casos y subcasos de demencia.

DIAGNÓSTICOS AGECA	NEUROLEPTICOS (% de psicotropos)	$\chi^2$	OR (IC)	P
DEMENCIA	51 (16%)	118,628	5,496 (3,909-7,728)	<0,001
SUBCASO DE DEMENCIA	12 (4,5%)	0,090	1,095 (0,603-1,99)	0,765
<b>TOTAL DEMENCIA</b>	<b>63 (10,8%)</b>	72,487	<b>3,582</b> <b>(2,623-4,892)</b>	<0,001

Hay un sujeto con diagnóstico de demencia que consume barbitúricos.

**Figura 19.** Consumo de psicotropos en los pacientes con demencia.

Aunque en números absolutos el subgrupo de psicotropos más relacionado con el diagnóstico de demencia es el de ansiolíticos, al estudiar la probabilidad (OR) de padecer demencia con el consumo de cada uno de estos psicofármacos, son los neurolépticos los que presentan mayor OR.

### 5.11 Depresión y grupos de psicotropos.

Los casos y subcasos de depresión se recogen en las *Tablas 40, 41 y 42* y *Figura 20*.

**Tabla 40.** Consumo de ansiolíticos en casos y subcasos de depresión.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	ANSIOLÍTICOS (% de psicotropos)	$\chi^2$	OR (IC)	P
DEPRESIÓN MAYOR	80 (48,5%)	99,212	4,380 (3,198-5,999)	<0,001
DEPRESIÓN MENOR	169 (38,9%)	127,74	3,172 (2,575-3,908)	<0,001
SUBCASO DE DEPRESIÓN	283 (46,5%)	353,219	5,047 (4,212-6,047)	<0,001
TOTAL DEPRESIÓN	532 (44,1%)	679,173	6,909 (5,907-8,081)	<0,001

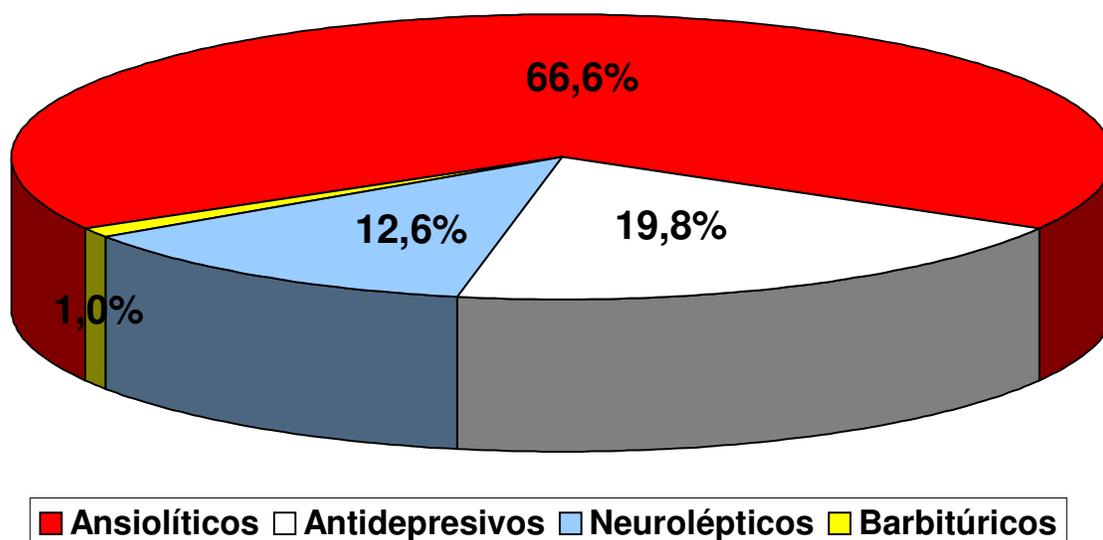
**Tabla 41.** Consumo de antidepresivos en casos y subcasos de depresión.

DIAGNÓSTICOS AGECAAT	ANTIDEPRESIVOS (% de psicotropos)	$\chi^2$	OR (IC)	P
DEPRESIÓN MAYOR	32 (19,4%)	71,575	4,972 (3,301-7,488)	<0,001
DEPRESIÓN MENOR	66 (15,2%)	99,792	4,172 (3,086-5,640)	<0,001
SUBCASO DE DEPRESIÓN	60 (9,9%)	32,235	2,359 (1,740-3,198)	<0,001
TOTAL DEPRESIÓN	158 (13,1%)	210,486	6,001 (4,582-7,858)	<0,001

**Tabla 42.** Consumo de neurolépticos en casos y subcasos de depresión.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	NEUROLÉPTICOS (% de psicotropos)	$\chi^2$	OR (IC)	P
DEPRESIÓN MAYOR	17 (10,3%)	15,936	2,779 (1,647-4,689)	<0,001
DEPRESIÓN MENOR	27 (6,2%)	4,924	1,599 (1,052-2,428)	0,026
SUBCASO DE DEPRESIÓN	57 (9,4%)	46,718	2,909 (2,114-4,003)	<0,001
TOTAL DEPRESIÓN	101 (8,4%)	70,271	3,191 (2,4-4,241)	<0,001

Hay 4 sujetos con diagnóstico de depresión menor, tres de subcasos de depresión, y uno de depresión mayor que consumen barbitúricos. La depresión y el consumo de barbitúricos tienen asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=13,266$ , estadístico de Fisher=0,001).

**Figura 20.** Consumo de psicotropos en sujetos con depresión.

El subgrupo de psicotropos más relacionado con los casos y subcasos de depresión es el de ansiolíticos, muy por delante del de antidepresivos.

Destaca que un 86,9% de sujetos con sintomatología depresiva no consumen antidepresivos, un 44,1% consumen ansiolíticos, un 8,4% consumen neurolépticos.

### 5.12 Ansiedad y grupos de psicotropos.

Los casos y subcasos de ansiedad se recogen en las *Tablas 43, 44 y 45* y *Figura 21*.

**Tabla 43.** Consumo de ansiolíticos en casos y subcasos de ansiedad.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	ANSIOLÍTICOS (% de psicotropos)	$\chi^2$	OR (IC)	P
ANSIEDAD	31 (38,3%)	20,622	2,748 (1,745-4,327)	<0,001
SUBCASO DE ANSIEDAD	134 (16%)	5,139	0,793 (0,649-0,969)	0,023
TOTAL ANSIEDAD	165 (17,9%)	0,492	0,935 (0,776-1,127)	0,483

**Tabla 44.** Consumo de antidepresivos en casos y subcasos de ansiedad.

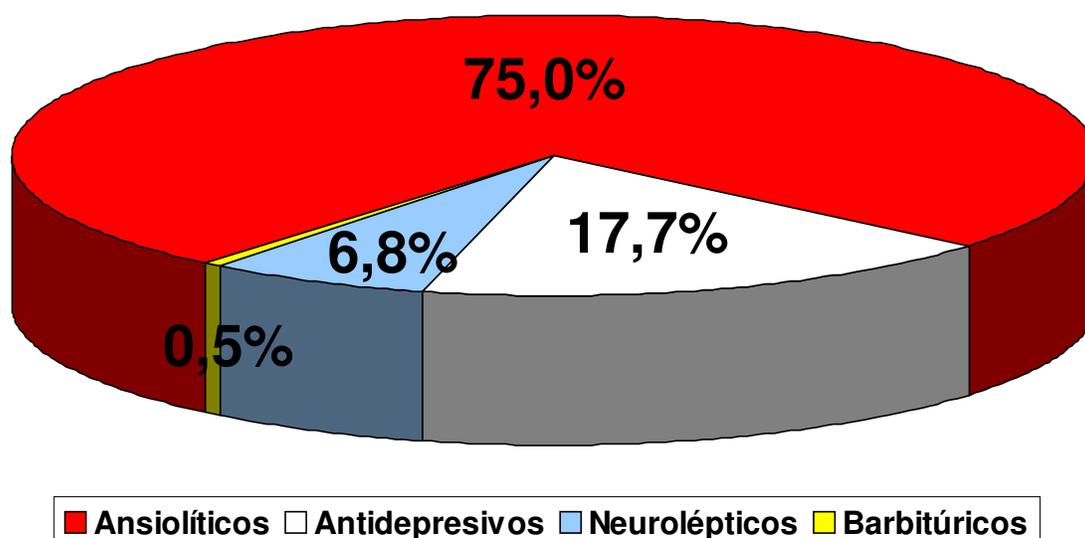
DIAGNÓSTICOS AGECAT	ANTIDEPRESIVOS (% de psicotropos)	$\chi^2$	OR (IC)	P
ANSIEDAD	14 (17,3%)	25,06	4,042 (2,239-7,299)	<0,001
SUBCASO DE ANSIEDAD	25 (3%)	9,615	0,52 (0,341-0,792)	0,002
TOTAL ANSIEDAD	39 (4,2%)	1,833	0,786 (0,554-1,115)	0,176

**Tabla 45.** Consumo de neurolépticos en casos y subcasos de ansiedad.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	NEUROLÉPTICOS (% de psicotropos)	$\chi^2$	OR (IC)	P
ANSIEDAD	6 (7,4%)	2,131	1,856 (0,798-4,317)	0,144
SUBCASO DE ANSIEDAD	9 (1,1%)	24,576	0,213 (0,109,0,417)	<0,001
TOTAL ANSIEDAD	15 (1,6%)	18,538	0,329 (0,194-0,56)	<0,001

Hay un caso de diagnóstico de ansiedad y que consume barbitúricos.

**Figura 21.** Consumo de psicotropos en sujetos con ansiedad.



El subgrupo de psicotropos más relacionado con los casos y subcasos de ansiedad es el de neurolépticos, seguido por el de antidepresivos, y finalmente por el de ansiolíticos.

Destaca que un 82,1% de sujetos con síntomas de ansiedad no consumen ningún ansiolítico, un 4,2% consumen antidepresivos y un 1,6% consumen neurolépticos.

En la siguiente tabla mostramos un resumen de la relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de cada subgrupo de psicotropos.

**Tabla 46.** Diagnósticos psiquiátricos y consumo de los subgrupos de psicotropos.

AGECAAT	ANSIOLÍTICOS	ANTIDEPRESIVOS	NEUROLÉPTICOS
<b>Demencia</b>	21,6%	4,6%	10,8%
<b>Depresión</b>	44,1%	13,1%	8,4%
<b>Ansiedad</b>	17,9%	4,2%	1,6%

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

A pesar de la escasa muestra de sujetos institucionalizados de nuestro estudio, podemos destacar, al comparar cada uno de los diagnósticos psiquiátricos con los subgrupos de psicotropos, un alto consumo de ansiolíticos en sujetos con depresión (43,6%) (de forma estadísticamente significativa:  $\chi^2$  de 6,65, p de 0,01 y OR de 2,797 (1,261-6,201)) y demencia (26,4%) (sin diferencias estadísticamente significativas), un consumo bajo de antidepresivos en todos los diagnósticos (sin diferencias estadísticamente significativas), y un consumo importante de neurolépticos en casos de depresión (17,9%), además de en sujetos con demencia (11,3%) (sin diferencias estadísticamente significativas) (Tabla 47).

**Tabla 47.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos agrupados y grupos de psicotropos consumidos en pacientes institucionalizados.

AGECAAT	ANSIOLÍTICOS	ANTIDEPRESIVOS	NEUROLÉPTICOS
<b>Demencia</b>	26,4%	0%	11,3%
<b>Depresión</b>	43,6%	7,7%	17,9%
<b>Ansiedad</b>	30%	10%	10%

En la Tabla 48 detallamos cada uno de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT en relación con los subgrupos de psicotropos, en estos pacientes institucionalizados.

**Tabla 48.** Relación entre diagnósticos psiquiátricos y grupos de psicotropos consumidos en pacientes institucionalizados.

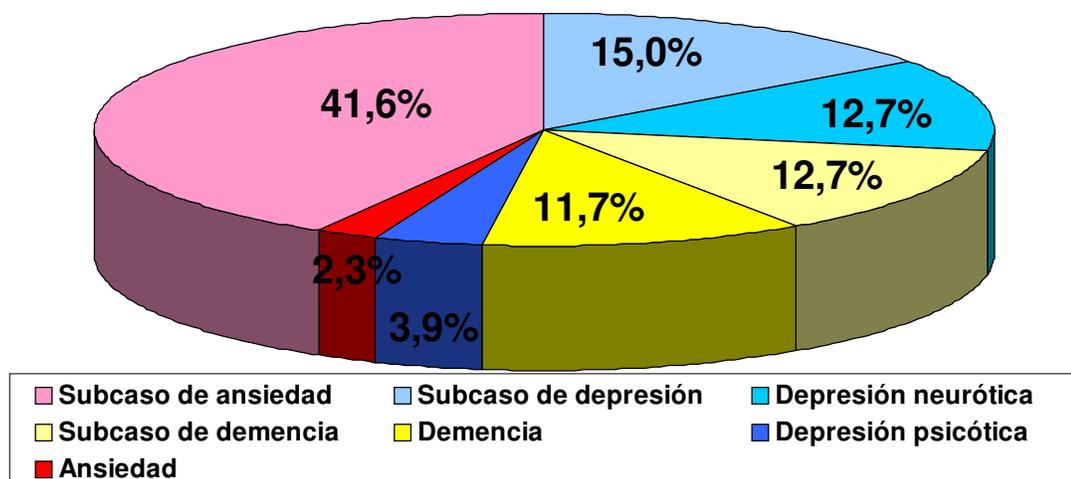
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	PSICOTROPOS			Total de psicotropos
	Ansiolíticos	Antidepresivos	Neurolépticos	
<b>NO DIAGNÓSTICOS</b>	4	1	1	6
% de diagnósticos psiquiátricos	11,8%	2,9%	2,9%	17,6%
% del grupo de psicotropo	10,5%	20%	6,7%	11,5%
<b>CASO DE DEMENCIA</b>	11		6	15
% de diagnósticos psiquiátricos	28,9%		15,8%	39,5%
% del grupo de psicotropo	28,9%		40%	28,8%
<b>SUBCASO DE DEMENCIA</b>	3			3
% de diagnósticos psiquiátricos	20%			20%
% del grupo de psicotropo	7,9%			5,8%
<b>CASO DE DEP. MAYOR</b>	4	1		4
% de diagnósticos psiquiátricos	66,7%	16,7%		66,7%
% del grupo de psicotropo	10,5%	20%		7,7%
<b>CASO DE DEP. MENOR</b>	8	1	2	10
% de diagnósticos psiquiátricos	47,1%	5,9%	11,8%	58,8%
% del grupo de psicotropo	21,1%	20%	13,3%	19,2%
<b>SUBCASO DE DEPRESIÓN</b>	5	1	5	10
% de diagnósticos psiquiátricos	31,3%	6,3%	31,3%	62,5%
% del grupo de psicotropo	13,2%	20%	33,3%	19,2%
<b>CASO DE ANSIEDAD</b>	1		1	1
% de diagnósticos psiquiátricos	50%		50%	50%
% del grupo de psicotropo	2,6%		6,7%	1,9%
<b>SUBCASO DE ANSIEDAD</b>	2	1		3
% de diagnósticos psiquiátricos	25%	12,5%		37,5%
% del grupo de psicotropo	5,3%	20%		5,8%
<b>TOTAL</b>	38	5	15	52
% de diagnósticos psiquiátricos	27,9%	3,7%	11%	38,2%
% del grupo de psicotropo	100%	100%	100%	100%

### 5.13 Diagnósticos psiquiátricos en no consumidores de psicotropos.

Existen sujetos que no consumen psicotropos pero que tienen diagnósticos psiquiátricos. La mayoría de estos sujetos son subcasos, pero existe un número importante de pacientes con depresión menor, pero sin tratamiento (Tabla 49) (Figura 22).

**Tabla 49.** Diagnósticos psiquiátricos en sujetos no consumidores de psicotropos.

DIAGNÓSTICOS AGECAT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Subcaso de ansiedad</b>	683	41,7%
<b>Subcaso de depresión</b>	246	15%
<b>Depresión menor</b>	209	12,7%
<b>Subcaso de demencia</b>	209	12,7%
<b>Demencia</b>	192	11,7%
<b>Depresión mayor</b>	64	3,9%
<b>Ansiedad</b>	37	2,3%

**Figura 22.** Diagnósticos psiquiátricos en no consumidores de psicotropos.

## 6. INSOMNIO.

### 6.1 Descripción general del insomnio.

El estudio de los trastornos del sueño en nuestra muestra mostró que el 62,77% no presentaban trastornos del sueño, un 35,6% presentaban insomnio, y un 0,24% hipersomnias. Por tanto, nos vamos a centrar en el insomnio.

La distribución del insomnio según el sexo nos demuestra que es mayor en las mujeres con un  $\chi^2$  de 116,851 y una  $p < 0,001$ . El porcentaje en mujeres alcanza el 42,1%, frente a los varones que presentan un 26,8% de insomnio.

El insomnio aumenta con la edad, siendo mayor en el grupo de edad mayor de 90 años, y menor en el de 60-64 años, con un  $\chi^2$  de 37,454 y una  $p < 0,001$ .

#### \*Sujetos que viven en Residencias:

El porcentaje de insomnio en sujetos institucionalizados fue del 41,9%. Existe un predominio en varones (55,6%) frente a las mujeres (37,8%), y el grupo de edad en que existe más insomnio es el de 85-89 años.

### 6.2 Relación del consumo de medicamentos con el insomnio.

#### 6.2.1 Descripción general del consumo de medicamentos en relación con el insomnio.

También se observa que los sujetos de nuestra muestra con insomnio consumen más medicamentos (91,2%), con un  $\chi^2$  de 142,301 y una  $p < 0,001$  (Tabla 50).

**Tabla 50.** Relación entre el insomnio y el consumo de medicamentos.

INSOMNIO	Medicamentos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	688	2338	<b>3026</b>			
% de diagnóstico de insomnio	22,7%	77,3%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de consumo de medicamentos	82,3%	60,5%	<b>64,4%</b>			
<b>SÍ</b>	148	1526	<b>1674</b>			
% de diagnóstico de insomnio	8,8%	<b>91,2%</b>	<b>100%</b>		<b>3,034</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de medicamentos	17,7%	39,5%	<b>35,6%</b>		<b>(2,512-3,665)</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>836</b>	<b>3864</b>	<b>4700</b>			
% de diagnóstico de insomnio	<b>17,8%</b>	<b>82,2%</b>	<b>100%</b>	<b>142,301</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de medicamentos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

### 6.2.2 Relación del número de medicamentos consumidos con el insomnio.

Asimismo también estos sujetos con insomnio se relacionan con el consumo de más de un medicamento, con  $\chi^2$  de 99,880 y  $p < 0,001$  (Tabla 51).

**Tabla 51.** Relación entre el insomnio y el número de medicamentos.

INSOMNIO	Medicamentos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	Uno	> Uno				
<b>NO</b>	701	1634	<b>2335</b>		<b>1,00</b>	
% de diagnóstico de insomnio	30%	70%	<b>100%</b>			
% de consumo de medicamentos	74,3%	56%	<b>60,5%</b>			
<b>SÍ</b>	242	1282	<b>1524</b>		<b>2,273</b> <b>(1,930-2,676)</b>	<b>&lt;0,001</b>
% de diagnóstico de insomnio	15,9%	<b>84,1%</b>	<b>100%</b>			
% de consumo de medicamentos	25,7%	44%	<b>39,5%</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>943</b>	<b>2916</b>	<b>3859</b>			
% de diagnóstico de insomnio	<b>24,4%</b>	<b>75,6%</b>	<b>100%</b>	<b>99,880</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de medicamentos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

#### \*Sujetos que viven en Residencias:

Los sujetos institucionalizados con problemas de insomnio tienen un consumo de medicamentos aún mayor que en el resto de sujetos, con un 95,9% de consumidores, y un porcentaje mayor de los que consumen más de uno (89,4%), pero sin que existan diferencias significativas entre los sujetos de la comunidad y los institucionalizados.

### 6.3 Relación del consumo de psicofármacos con el insomnio.

#### 6.3.1 Descripción general del consumo de psicofármacos en relación con el insomnio.

Se demuestra que los sujetos con insomnio consumen más psicotropos, alcanzando una  $\chi^2$  de 806,804 y  $p < 0,001$ , La OR de los que padecen insomnio frente a los que no es de 7,431 (6,408-8,618) (Tabla 52).

**Tabla 52.** Relación entre el insomnio y el consumo de psicotropos.

INSOMNIO	PSICOTROPOS		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	2687	339	<b>3026</b>		<b>1,00</b>	
% de insomnio	88,8%	11,2%	<b>100%</b>			
% de psicotropos	75,7%	29,5%	<b>64,4%</b>			
<b>SÍ</b>	864	810	<b>1674</b>		<b>7,431</b> <b>(6,408-8,618)</b>	
% de insomnio	51,6%	<b>48,4%</b>	<b>100%</b>			
% de psicotropos	24,3%	70,5%	<b>35,6%</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>3551</b>	<b>1149</b>	<b>4700</b>			
% de insomnio	<b>75,6%</b>	<b>24,4%</b>	<b>100%</b>	<b>806,804</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

#### \*Sujetos que viven en Residencias:

En Residencias el insomnio se relaciona también como el consumo de psicotropos, con una  $\chi^2$  de 14,217, una  $p < 0,001$  y una OR de 4,386 (1,995-9,642). De los sujetos con problemas de insomnio, un 61,2% consumen psicotropos.

#### 6.3.2 Relación del número de psicotropos consumidos con el insomnio.

Los sujetos con insomnio se relacionan con el consumo de más de un psicotropo, y un 20,4% de éstos consumen más de uno (Tabla 53).

**Tabla 53.** Relación entre el insomnio y el número de psicotropos consumidos.

INSOMNIO	N° psicotropos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	UNO	>UNO				
<b>NO</b>	302	37	<b>339</b>			
% de insomnio	89,1%	10,9%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de n° de psicotropos	31,9%	18,3%	<b>29,5%</b>			
<b>SÍ</b>	645	165	<b>810</b>			
% de insomnio	79,6%	<b>20,4%</b>	<b>100%</b>		<b>2,088</b>	
% de n° de psicotropos	68,1%	81,7%	<b>70,5%</b>		<b>(1,425-3,059)</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>947</b>	<b>202</b>	<b>1149</b>			
% de insomnio	<b>82,4%</b>	<b>17,6%</b>	<b>100%</b>	<b>14,747</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de n° de psicotropos	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

De los sujetos institucionalizados con problemas de insomnio, un 20% consumen más de uno, y un 3,3% tres ó más psicotropos.

**6.3.3 Relación del insomnio con la frecuencia de consumo y el tipo de prescripción de psicotropos.****a) Relación del insomnio con la frecuencia de consumo de psicotropos.**

Existe en este grupo de población con insomnio un predominio del consumo de psicotropos a diario o casi a diario, sin ser significativo (*Tabla 54*).

**Tabla 54.** Relación entre el insomnio y la frecuencia de consumo de psicotropos.

INSOMNIO	FRECUENCIA		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	Esporádica	A diario				
<b>NO</b>	78	206	<b>284</b>			
% de diagnóstico de insomnio	27,5%	72,5%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de frecuencia de consumo	34,5%	28,1%	<b>29,6%</b>			
<b>SÍ</b>	148	527	<b>675</b>			
% de diagnóstico de insomnio	21,9%	78,1%	<b>100%</b>		<b>1,348</b>	
% de frecuencia de consumo	65,5%	71,9%	<b>70,4%</b>		<b>(0,981-1,853)</b>	
<b>TOTAL</b>	226	733	<b>959</b>			
% de diagnóstico de insomnio	23,6%	76,4%	<b>100%</b>	3,405		<b>0,065</b>
% de frecuencia de consumo	100%	100%	<b>100%</b>			

**b) Relación del insomnio con el tipo de prescripción de psicotropos.**

Respecto al tipo de prescripción según el insomnio, observamos un 1,8% de consumo por iniciativa propia en sujetos con insomnio, frente al 1,4% de los que no tienen insomnio (*Tabla 55*).

**Tabla 55.** Relación entre el insomnio y el consumo de psicotropos por iniciativa propia.

INSOMNIO	PRESCRIPCIÓN		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	Facultativa	I.propia				
<b>NO</b>	279	4	<b>283</b>			
% de diagnóstico de insomnio	98,6%	1,4%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de tipo de prescripción	29,7%	25%	<b>29,6%</b>			
<b>SÍ</b>	660	12	<b>672</b>			
% de diagnóstico de insomnio	98,2%	1,8%	<b>100%</b>		<b>1,268</b>	
% de tipo de prescripción	70,3%	75%	<b>70,4%</b>		<b>(0,406-3,966)</b>	
<b>TOTAL</b>	939	16	<b>955</b>			
% de diagnóstico de insomnio	98,3%	1,7%	<b>100%</b>	<b>0,168</b>	<b>1,268</b>	<b>0,789*</b>
% de tipo de prescripción	100%	100%	<b>100%</b>		<b>(0,406-3,966)</b>	

\*Estadístico exacto de Fisher

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

En sujetos de Residencias con insomnio, el consumo de psicotropos a diario o casi a diario es del 87%, y todos los sujetos consumen psicotropos por prescripción facultativa.

**6.3.4 Relación del insomnio con los subgrupos de psicotropos consumidos.**

En los pacientes con problemas de insomnio un 48,4% consumen algún psicotropo, cuya distribución es:

- Ansiolíticos (71%).
- Antidepresivos (18%).
- Neurolépticos (10%).
- Barbitúricos (1%).

Respecto a los subgrupos de psicotropos, los ansiolíticos, los antidepresivos y los neurolépticos, se relacionan significativamente con el insomnio, en orden decreciente.

**a) Relación del insomnio con el consumo de ansiolíticos.**

Hay un 40,4% de sujetos con insomnio que consumen ansiolíticos. La asociación es muy significativa con un  $\chi^2$  de 796,9 y una  $p < 0,001$  (Tabla 56).

**Tabla 56.** Relación entre el insomnio y el consumo de ansiolíticos.

INSOMNIO	ANSIOLÍTICOS		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	2820	206	<b>3026</b>		<b>1,00</b>	
% de diagnóstico de insomnio	93,2%	6,8%	<b>100%</b>			
% de consumo de ansiolíticos	73,9%	23,4%	<b>64,4%</b>			
<b>SÍ</b>	998	676	<b>1674</b>		<b>9,273</b> <b>(7,808-11,011)</b>	
% de diagnóstico de insomnio	59,6%	<b>40,4%</b>	<b>100%</b>			
% de consumo de ansiolíticos	26,1%	76,6%	<b>35,6%</b>			
<b>TOTAL</b>	3818	882	<b>4700</b>			
% de diagnóstico de insomnio	81,2%	18,8%	<b>100%</b>	<b>796,968</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de consumo de ansiolíticos	100%	100%	<b>100%</b>			

**b) Relación del insomnio con el consumo de antidepresivos.**

Hay un 9,9% de sujetos con insomnio que consumen antidepresivos. La asociación es de una  $\chi^2$  de 127,354 y una  $p < 0,001$  (Tabla 57).

**Tabla 57.** Relación entre el insomnio y el consumo de antidepresivos.

INSOMNIO	Antidepresivos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	2954	72	<b>3026</b>		<b>1,00</b>	
% de diagnóstico de insomnio	97,6%	2,4%	<b>100%</b>			
% de antidepresivos	66,2%	30,3%	<b>64,4%</b>			
<b>SÍ</b>	1508	166	<b>1674</b>		<b>4,516</b> <b>(3,402-5,996)</b>	
% de diagnóstico de insomnio	90,1%	<b>9,9%</b>	<b>100%</b>			
% de antidepresivos	33,8%	69,7%	<b>35,6%</b>			
<b>TOTAL</b>	4462	238	<b>4700</b>			
% de diagnóstico de insomnio	94,9%	5,1%	<b>100%</b>	<b>127,354</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de antidepresivos	100%	100%	<b>100%</b>			

**c) Relación del insomnio con el consumo de neurolépticos.**

Hay un 5,6% de sujetos con insomnio que consumen neurolépticos. La asociación muestra una  $\chi^2$  de 21,856 y una  $p < 0,001$  (Tabla 58).

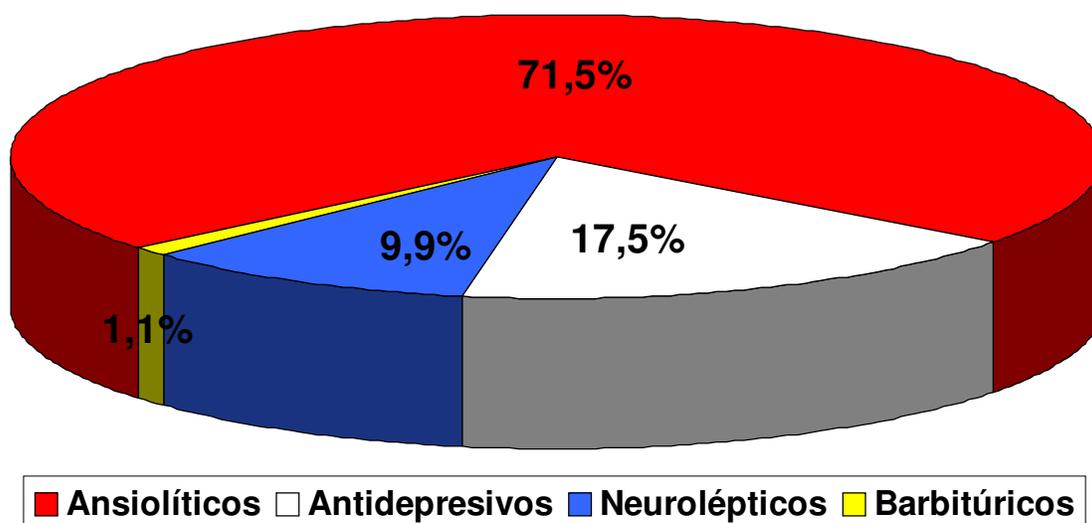
**Tabla 58.** Relación entre el insomnio y el consumo de neurolépticos.

INSOMNIO	Neurolépticos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	2939	87	<b>3026</b>			
% de diagnóstico de insomnio	97,1%	2,9%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de neurolépticos	65%	48,1%	<b>64,4%</b>			
<b>SÍ</b>	1580	94	<b>1674</b>			
% de diagnóstico de insomnio	94,4%	<b>5,6%</b>	<b>100%</b>		<b>2,010</b>	
% de neurolépticos	35%	51,9%	<b>35,6%</b>		<b>(1,492-2,707)</b>	
<b>TOTAL</b>	4519	181	<b>4700</b>			
% de diagnóstico de insomnio	96,1%	3,9%	<b>100%</b>	<b>21,856</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de neurolépticos	100%	100%	<b>100%</b>			

**\* Relación del insomnio con el consumo de barbitúricos.**

Respecto al consumo de barbitúricos, se observa que la gran mayoría de los consumidores de barbitúricos (10 de 11 sujetos), tienen insomnio.

En la *Figura 23* se presenta la proporción (sobre el 100%) de cada subgrupo de psicotropos en sujetos con insomnio.

**Figura 23.** Consumo de psicotropos en sujetos con insomnio.

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

En sujetos de Residencias sólo se relaciona el insomnio con el consumo de ansiolíticos con una  $\chi^2$  de 14,669, una  $p < 0,001$  y una OR de 4,861 (2,103-11,239). De los sujetos con insomnio un 51% consumen ansiolíticos, un 6,1% antidepresivos, y un 12,2% neurolépticos.

**6.3.5 Relación de la patología psiquiátrica y el insomnio con el consumo de los subgrupos de psicotropos.**

Para intentar valorar el *consumo injustificado de psicotropos*, analizamos los sujetos que no tienen ningún diagnóstico psiquiátrico ni problemas de insomnio, obteniendo que un 4,9% de ellos son consumidores de algún psicotropo (un 65,6% de ansiolíticos, un 18,8% de neurolépticos, y un 15,6% de antidepresivos).

Si agrupamos los sujetos con sintomatología ansiosa y los que padecen problemas de insomnio y los comparamos con el consumo de ansiolíticos, vemos que de los sujetos que no tienen ninguno de los dos diagnósticos, hay un 7,2% que consumen ansiolíticos. En cambio, de los que tienen alguno de los dos diagnósticos, un 66,4% no consumen ansiolíticos.

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

Si agrupamos los sujetos de Residencias con sintomatología ansiosa y los que padecen problemas de insomnio y los comparamos con el consumo de ansiolíticos, vemos que de los sujetos que no tienen ninguno de los dos diagnósticos, hay un 18,5% que consumen ansiolíticos. En cambio, de los sujetos institucionalizados que tienen alguno de los dos diagnósticos, un 51,9% no consumen ansiolíticos.

**7. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.**

**7.1 Descripción general del consumo excesivo de alcohol.**

Respecto al consumo de alcohol, en nuestra muestra un 2,25% de los sujetos eran bebedores excesivos de alcohol. El consumo excesivo de alcohol predomina en varones y disminuye con la edad.

**\*Sujetos que viven en Residencias:**

No encontramos bebedores excesivos de alcohol en nuestra muestra de sujetos institucionalizados.

**7.2 Relación del consumo de medicamentos con el consumo excesivo de alcohol.**

**7.2.1 Descripción general del consumo de medicamentos en relación con el consumo excesivo de alcohol.**

Los sujetos que son bebedores excesivos de alcohol son menos consumidores de medicamentos, con una asociación estadísticamente significativa (*Tabla 59*).

**Tabla 59.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el consumo de medicamentos.

ALCOHOL	Medicamentos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	812	3861	<b>4673</b>		<b>1,00</b>	
% de alcohol	17,4%	82,6%	<b>100%</b>			
% de medicamentos	95,9%	98,1%	<b>97,7%</b>			
<b>SÍ</b>	35	73	<b>108</b>		<b>0,439</b> <b>(0,291-0,661)</b>	
% de alcohol	32,4%	<b>67,6%</b>	<b>100%</b>			
% de medicamentos	4,1%	1,9%	<b>2,3%</b>			
<b>TOTAL</b>	847	3934	<b>4781</b>	<b>16,360</b>		<b>&lt;0,001</b>
% de alcohol	17,7%	82,3%	<b>100%</b>			
% de medicamentos	100%	100%	<b>100%</b>			

**7.2.2 Relación del número de medicamentos consumidos con el consumo excesivo de alcohol.**

Los sujetos bebedores excesivos de alcohol de nuestra muestra, son también menos consumidores de más de un medicamento (*Tabla 60*).

**Tabla 60.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el número de medicamentos.

ALCOHOL	Medicamentos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	Uno	>Uno				
<b>NO</b>	936	2920	<b>3856</b>			
% de alcohol	24,3%	75,7%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de n° medicamentos	97,7%	98,3%	<b>98,1%</b>			
<b>SÍ</b>	22	51	<b>73</b>			
% de alcohol	30,1%	69,9%	<b>100%</b>		<b>0,743</b>	
% de n° medicamentos	2,3%	1,7%	<b>1,9%</b>		<b>(0,448-1,232)</b>	
<b>TOTAL</b>	958	2971	<b>3929</b>			
% de alcohol	24,4%	75,6%	<b>100%</b>	<b>1,336</b>		<b>0,248</b>
% de n° medicamentos	100%	100%	<b>100%</b>			

### 7.3 Relación del consumo de psicofármacos con el consumo excesivo de alcohol.

#### 7.3.1 Descripción general del consumo de psicofármacos en relación con el consumo excesivo de alcohol.

Respecto al consumo de psicotropos en sujetos bebedores excesivos de alcohol, éste es menor que en sujetos que no beben alcohol de forma excesiva, pero con una asociación estadísticamente no significativa (Tabla 61).

**Tabla 61.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el consumo de psicotropos.

ALCOHOL	Psicotropos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	3513	1160	<b>4673</b>			
% de alcohol	75,2%	24,8%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de psicotropos	97,5%	98,5%	<b>97,7%</b>			
<b>SÍ</b>	90	18	<b>108</b>			
% de alcohol	83,3%	<b>16,7%</b>	<b>100%</b>		<b>0,606</b>	
% de psicotropos	2,5%	1,5%	<b>2,3%</b>		<b>(0,364-1,009)</b>	
<b>TOTAL</b>	3603	1178	<b>4781</b>			
% de alcohol	75,4%	24,6%	<b>100%</b>	<b>3,782</b>		<b>0,052</b>
% de psicotropos	100%	100%	<b>100%</b>			

#### 7.3.2 Relación del número de psicotropos consumidos con el consumo excesivo de alcohol.

Sin embargo, de la población que consume psicotropos, los sujetos que beben alcohol de forma excesiva, tienden a consumir más de un psicotropo, pero tampoco existe una asociación estadísticamente significativa (Tabla 62).

**Tabla 62.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el número de psicotropos.

ALCOHOL	Psicotropos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	Uno	>Uno				
<b>NO</b>	955	205	<b>1160</b>			
% de alcohol	82,3%	17,7%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de n° de psicotropos	98,7%	97,6%	<b>98,5%</b>			
<b>SÍ</b>	13	5	<b>18</b>			
% de alcohol	72,2%	<b>27,8%</b>	<b>100%</b>		<b>1,792</b>	
% de n° de psicotropos	1,3%	2,4%	<b>1,5%</b>		<b>(0,632-5,081)</b>	
<b>TOTAL</b>	968	210	<b>1178</b>			
% de alcohol	82,2%	17,8%	<b>100%</b>	<b>1,236</b>		<b>0,345*</b>
% de n° de psicotropos	100%	100%	<b>100%</b>			

\*Estadístico exacto de Fisher. El 25% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

### 7.3.3 Relación del consumo excesivo de alcohol con la frecuencia de consumo y el tipo de prescripción de psicotropos.

#### a) Relación del consumo excesivo de alcohol con la frecuencia de consumo de psicotropos.

En sujetos con consumo excesivo de alcohol se observa un consumo de psicotropos más esporádico que a diario, sin haber diferencias significativas (Tabla 63).

**Tabla 63.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y la frecuencia de consumo de psicotropos.

ALCOHOL	FRECUENCIA		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	Esporádica	A diario				
<b>NO</b> % de alcohol % de frecuencia de consumo	225 23,3% 97,4%	742 76,7% 98,9%	<b>967</b> <b>100%</b> <b>98,6%</b>		<b>1,00</b>	
<b>SÍ</b> % de alcohol % de frecuencia de consumo	6 42,9% 2,6%	8 57,1% 1,1%	<b>14</b> <b>100%</b> <b>1,4%</b>		<b>0,404</b> <b>(0,139-1,177)</b>	
<b>TOTAL</b> % de alcohol % de frecuencia de consumo	231 23,5% 100%	750 76,5% 100%	<b>981</b> <b>100%</b> <b>100%</b>	<b>2,942</b>		<b>0,109*</b>

\*El estadístico exacto de Fisher. El 25% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

#### b) Relación del consumo excesivo de alcohol con el tipo de prescripción de psicotropos.

También se observa en estos sujetos un consumo de psicotropos por iniciativa propia mayor, pero con una p de 0,194 (Tabla 64).

**Tabla 64.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el consumo de psicotropos por iniciativa propia.

ALCOHOL	PRESCRIPCIÓN		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	Facultativa	I.propia				
<b>NO</b> % de alcohol % de tipo de prescripción	949 98,4% 98,8%	15 1,6% 93,8%	<b>964</b> <b>100%</b> <b>98,7%</b>		<b>1,00</b>	
<b>SÍ</b> % de alcohol % de tipo de prescripción	12 93,3% 1,2%	1 7,7% 6,3%	<b>13</b> <b>100%</b> <b>1,3%</b>		<b>5,272</b> <b>(0,644-43,174)</b>	
<b>TOTAL</b> % de alcohol % de tipo de prescripción	961 98,4% 100%	16 1,6% 100%	<b>977</b> <b>100%</b> <b>100%</b>	<b>2,998</b>		<b>0,194*</b>

\*El estadístico exacto de Fisher: 0,252. El 25% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

### 7.3.4 Relación del consumo excesivo de alcohol con los subgrupos de psicotropos consumidos.

Los subgrupos de psicotropos no tienen relación significativa con el consumo excesivo de alcohol, pero sí se observa un consumo menor de éstos medicamentos en estos sujetos (Tablas 64, 65 y 66) (Figura 24).

**a) Relación del consumo excesivo de alcohol con el consumo de ansiolíticos.**

El consumo de ansiolíticos en sujetos con consumo excesivo de alcohol es del 13%, en comparación con el 18,9% de los sujetos no bebedores de alcohol (Tabla 65).

**Tabla 65.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el consumo de ansiolíticos.

ALCOHOL	Ansiolíticos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	3791	882	<b>4673</b>			
% de alcohol	81,1%	18,9%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de ansiolíticos	97,6%	98,4%	<b>97,7%</b>			
<b>SÍ</b>	94	14	<b>108</b>			
% de alcohol	87%	<b>13%</b>	<b>100%</b>		<b>0,640</b>	
% de ansiolíticos	2,4%	1,6%	<b>2,3%</b>		<b>(0,363-1,128)</b>	
<b>TOTAL</b>	3885	896	<b>4781</b>			
% de alcohol	81,3%	18,7%	<b>100%</b>	<b>2,422</b>		<b>0,120</b>
% de ansiolíticos	100%	100%	<b>100%</b>			

**b) Relación del consumo excesivo de alcohol con el consumo de antidepresivos.**

Aunque el consumo de antidepresivos es mayor en los sujetos sin consumo excesivo de alcohol, no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Tabla 66).

**Tabla 66.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el consumo de antidepresivos.

ALCOHOL	Antidepresivos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	4434	239	<b>4673</b>			
% de alcohol	94,9%	5,1%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de antidepresivos	97,7%	98,4%	<b>97,7%</b>			
<b>SÍ</b>	104	4	<b>108</b>			
% de alcohol	96,3%	<b>3,7%</b>	<b>100%</b>		<b>0,714</b>	
% de antidepresivos	2,3%	1,6%	<b>2,3%</b>		<b>(0,261-1,953)</b>	
<b>TOTAL</b>	4538	243	<b>4781</b>			
% de alcohol	94,9%	5,1%	<b>100%</b>	<b>0,436</b>		<b>0,509</b>
% de antidepresivos	100%	100%	<b>100%</b>			

**c) Relación del consumo excesivo de alcohol con el consumo de neurolépticos.**

Lo mismo ocurre con el consumo de neurolépticos (Tabla 67).

**Tabla 67.** Relación entre el consumo excesivo de alcohol y el consumo de neurolépticos.

ALCOHOL	Neurolépticos		TOTAL	$\chi^2$	OR	P
	NO	SÍ				
<b>NO</b>	4477	196	<b>4673</b>			
% de alcohol	95,8%	4,2%	<b>100%</b>		<b>1,00</b>	
% de neurolépticos	97,7%	98,5%	<b>97,7%</b>			
<b>SÍ</b>	105	3	<b>108</b>			
% de alcohol	97,2%	<b>2,8%</b>	<b>100%</b>		<b>0,653</b>	
% de neurolépticos	2,3%	1,5%	<b>2,3%</b>		<b>(0,205-2,075)</b>	
<b>TOTAL</b>	4582	199	<b>4781</b>			
% de alcohol	95,8%	4,2%	<b>100%</b>	<b>0,531</b>		<b>0,628*</b>
% de neurolépticos	100%	100%	<b>100%</b>			

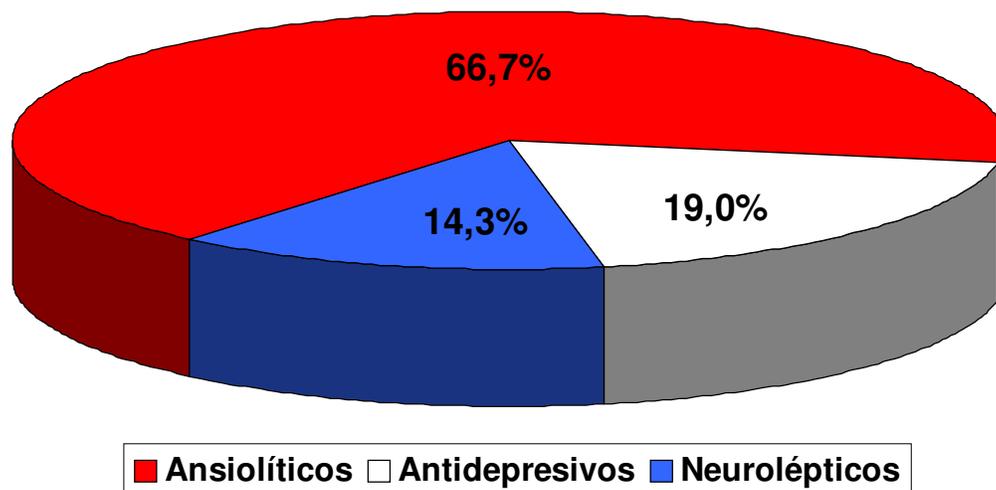
\*El estadístico exacto de Fisher. El 25% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

**\*Relación del consumo excesivo de alcohol con el consumo de barbitúricos:**

Respecto a los barbitúricos, ninguno de los 11 sujetos eran bebedores excesivos de alcohol.

En la *Figura 24* se presenta la proporción (sobre el 100%) de cada subgrupo de psicotropos en sujetos con consumo excesivo de alcohol.

**Figura 24.** Consumo de psicotropos en sujetos con consumo excesivo de alcohol.



## **VI. DISCUSIÓN**

“Hay una enfermedad crónica, necesariamente mortal, que todos debiéramos evitar y que, sin embargo, todos deseamos: la ancianidad”.

*Ramón y Cajal.*



## 1. DE LA METODOLOGÍA: MUESTRA Y DISEÑO.

### 1.1 De las muestras y del proceso de localización de los individuos.

La *muestra inicial* se seleccionó a partir de la población general, del censo de la ciudad de Zaragoza; esto implica que no hubo un proceso de exclusión de individuos por ninguna causa relativa a su origen, clase social o lugar de residencia, es decir, se incluyeron también los individuos que estaban institucionalizados (ingresados en residencias de ancianos, centros psiquiátricos, etc.) e incluso hospitalizados. El censo incluía igualmente, la población de los barrios rurales anexos a Zaragoza.

La *proporción por sexo* fue similar a la de la población de origen (sin diferencias estadísticamente significativas). Sin embargo en la *distribución por los estratos de edad*, como ya comentamos en los Resultados, hallamos una menor proporción de sujetos en el estrato de 55-59 años, con un deslizamiento de los sujetos hacia los estratos medios, quedando estos individuos homogéneamente distribuidos entre estos estratos etarios (*Figura 3* de Resultados); este hecho fue debido al retraso en el inicio del trabajo de campo desde el momento de la realización del muestreo poblacional. Por tanto, consideramos que la muestra inicial es apropiada para los propósitos del estudio.

En el proceso de *localización de los individuos* se procuró ser muy cuidadosos, no dando a un individuo por ilocalizable hasta que no se agotasen todas las fuentes disponibles (revisión de datos censales, información de vecinos o familiares, etc.), para que los datos obtenidos fuesen lo más representativos posibles y lo más cercanos a la realidad.

A la hora de poder realizar las *comparaciones* hay que tener en cuenta:

1. **La edad** a la que se refieren los diferentes estudios (con una gran variabilidad). Nosotros empleamos la edad de 55 ó más años, ya que se trata de una primera fase (casos prevalentes) de un estudio más amplio (casos incidentes de demencia), en el que se va a realizar un seguimiento en diferentes fases, y en el que es preciso contar con la detección de los posibles casos de inicio precoz.
2. **Lugar de residencia** (exclusión o no de individuos institucionalizados). En nuestro estudio no se excluyeron los individuos institucionalizados, sino que se les entrevista en la institución donde estuviesen viviendo en el momento de la entrevista; en el caso de los individuos hospitalizados por un problema agudo se esperaba a la mejoría de éste. De cualquier forma, cabe la posibilidad de que los individuos institucionalizados estén infrarrepresentados, ya que parte de los individuos ilocalizados podrían ser individuos trasladados recientemente de su domicilio a una residencia.

### 1.2 De las tasas de respuesta y de las causas de no entrevista.

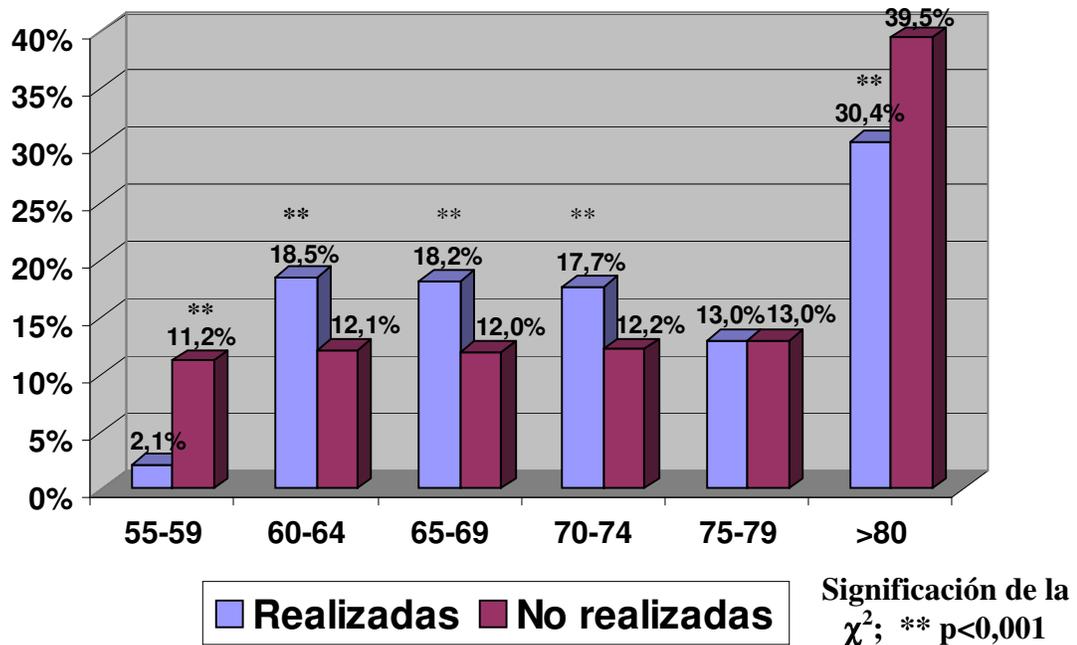
De la muestra total inicial ( $n = 9.739$ ), 4.803 individuos completaron el estudio. La tasa de rechazo fue del 20,5% ( $n = 2001$ ). La tasa de respuesta fue aceptable (63,6%).

Si eliminamos los casos ilocalizables, emigrados y fallecidos, las negativas fueron 2, por lo que la tasa de respuesta alcanza el 99,9%. Las tasas de respuesta en las encuestas realizadas en el domicilio para medir el consumo de medicamentos es del 62,8% según Stewart y cols. (1991), del 76,4% en el estudio de Wills y cols. (1997), del 83,7% según Dealberto y cols. (1997), y del 86,4% en la encuesta de García

Fernández y cols. (1994). Por lo que la tasa de respuesta de nuestro estudio es más que aceptable.

Al realizar el análisis pormenorizado de la tasa de respuesta, y al comparar los sujetos no entrevistados con la muestra de sujetos entrevistados, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución por sexo, pero sí en cuanto a la distribución por estratos de edad, tal como se muestra en la *Figura 25*.

**Figura 25.** Distribución por estratos de edad, de las entrevistas realizadas vs. no realizadas.



Al analizar cada una de las *causas de no entrevista* por separado, de los 4936 individuos que no pudieron ser entrevistados, encontramos en cuanto a la *distribución por sexo*, que en los sujetos ilocalizables o emigrados había una menor proporción de hombres, al igual que en las negativas, mientras que en los sujetos fallecidos, había una mayor proporción de hombres. En general, las tasas de mortalidad masculina son mayores que las de la femenina en todos los grupos etarios (Abellán García, 2002b).

En cuanto a la *distribución por estratos de edad*, se halló que los sujetos que se negaron a que se les realizase la entrevista eran los más jóvenes (55-59 años) o los más ancianos (80 ó más años); mientras que los sujetos fallecidos eran más ancianos y los sujetos ilocalizables o emigrados eran más jóvenes (55-59 años) y menos del estrato de 60-74 años que los de la muestra de sujetos entrevistados. Estos resultados son muy similares a los hallados en el Estudio Zaragoza (Lobo y cols., 1995, 2005).

### 1.3 De los instrumentos empleados.

En cuanto a los instrumentos se ha utilizado la metodología estándar de la entrevista *ZARADEMP-I*, unificada para el grupo EURODEM para permitir posteriormente la comparabilidad de los resultados de los diferentes estudios (ya que se trata de un estudio multicéntrico europeo).

Se han utilizado instrumentos estandarizados y validados en nuestro medio, tal como se describe en el apartado de Material y Métodos.

#### **1.4 De las limitaciones del diseño del estudio.**

Una de las limitaciones metodológicas de este estudio es el hecho de que fue diseñado como un estudio longitudinal, con el fin fundamental de detectar los posibles factores de riesgo de demencia sobre casos incidentes. Por lo que los resultados del estudio transversal sobre el que se desarrolla el presente trabajo deben ser matizados por este hecho. Sin embargo, pensamos que este hecho no limita significativamente un estudio descriptivo como el de esta tesis.

#### **1.5 De las cuestiones metodológicas en relación a la medición del consumo de medicamentos y psicotropos.**

##### **1.5.1 De la medición del consumo de medicamentos y psicotropos y tipo de entrevista.**

En cuanto a la forma de realización de las entrevistas, hay diferentes modalidades (telefónicas, por correo y “cara a cara”). En nuestro estudio se realizaron las *entrevistas cara a cara*, ya que además del consumo de medicamentos se recogían otras muchas variables de salud de los sujetos encuestados. Las entrevistas cara a cara son las más costosas (tanto desde el punto de vista económico como de tiempo), pero son las que nos permiten obtener una información más fiable y detallada.

##### **1.5.2 Del período de referencia tomado para medir el consumo de medicamentos y psicotropos.**

La duración del *periodo de tiempo utilizado* como referencia (es el periodo de tiempo sobre el cual el entrevistado es interrogado para determinar su consumo de medicamentos) es un factor fundamental para la fiabilidad de la medición del consumo.

En nuestra entrevista obtenemos información acerca de todo tipo de medicación que el sujeto esté tomando actualmente o lo haya hecho en las cuatro últimas semanas, tiempo que consideramos suficiente para valorar la prevalencia real de consumo de medicamentos y psicotropos.

##### **1.5.3 De la fiabilidad y validez de los instrumentos de medición del consumo de medicamentos y psicotropos.**

En nuestra entrevista se solicita que el paciente muestre todas las cajas o botes de las medicinas que está consumiendo. También se solicitan los informes médicos para demostrar la prescripción facultativa de los medicamentos. Así nos aseguramos de un registro fiable, incluso de aquellos medicamentos consumidos por iniciativa propia y los consumidos de forma ocasional.

Para no perder el registro de ningún psicotropo hay un apartado exclusivo donde se registran aquellos medicamentos o drogas potencialmente adictivos, donde están incluidos todos los psicotropos.

##### **1.5.4 De las limitaciones de nuestro estudio en cuanto a la medición del consumo de medicamentos y de psicotropos.**

- En nuestra entrevista la *tabla* donde se *registra la medicación*, sólo dispone de sitio para el registro de 7 medicamentos, por lo que pueden quedar medicamentos sin registrar si el paciente consume más de 7. Sin embargo siempre se intentaba que si el paciente consumía psicotropos, éstos fueran

registrados en esos 7 primeros medicamentos. Además siempre se registraban los psicotropos en la tabla de medicamentos potencialmente adictivos.

- Debemos tener en cuenta la posibilidad de que hubiese más *negativas* entre los sujetos con *consumo de psicotropos*, sin embargo debido a que el número de individuos entrevistados es muy amplio, puede hacer que las informaciones recogidas, así como las posibles pérdidas de sujetos, tengan una fiabilidad aceptable.
- *Sesgos por las dificultades de rememoración*. Esta limitación se ha intentado minimizar con la presencia de un informante que estaba presente durante la realización de la entrevista en el 55,1% de las mismas. El que el consumo de medicamentos se recoja tanto de información procedente del sujeto entrevistado como del acompañante se ha demostrado que minimiza el riesgo de sesgos (Stasiewicz y cols., 1997; Hendrie y cols., 1996).
- *Fallecimiento de sujetos*. Cabría la posibilidad de una mayor mortalidad de forma selectiva entre los sujetos que consumían medicamentos, con la consiguiente pérdida de información. Esto se minimiza al iniciar el estudio con los sujetos de 55 ó más años.

## 2. DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

### 2.1 De la descripción general del consumo de medicamentos.

En el momento de la entrevista, el 82,3% de los encuestados estaba *consumiendo algún fármaco*.

Esta cifra obtenida es menor a la encontrada por los autores descritos en la *Tabla 68*.

**Tabla 68.** Estudios con mayor consumo de medicamentos.

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Resultado</b>
Valderrama y cols.	1998	Mayores de 64 años de Huelva	83,1%
Wills y cols.	1997	Mayores de 75 años de Estocolmo	85%
Gri y cols.	1999	Mayores de 70 años de un área rural de Barcelona	87,6%
Veehof y cols.	1999	Mayores de 64 años de los Países Bajos	90%
Casado y cols.	2001	Mayores de 64 años de Toledo	91,4%
Pedreira Zamorano y cols.	1999	Mayores de 64 años de Extremadura	91,6%
Barat y cols.	2000	Sujetos de 75 años de Dinamarca	96,5%

Creemos que esta prevalencia menor de consumo de medicamentos en nuestro estudio se debe a que la muestra estudiada es comunitaria y en domicilio del paciente, a diferencia de la mayor parte de estos estudios, que son realizados en pacientes que acuden a Centros Sanitarios.

Sin embargo es superior a los estudios listados en la *Tabla 69*.

Es posible que hayamos encontrado un mayor consumo de medicamentos a lo descrito en estos estudios debido a que, en muchos de estos trabajos, se incluyen sólo los fármacos prescritos facultativamente.

**Tabla 69.** Estudios con menor consumo de medicamentos.

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Resultado</b>
Walley y cols.	1995	Muestra nacional en Gran Bretaña	70%
Linjakumpu y cols.	2002		
Gómez Peligros y cols.	1993	Mayores de 65 años de Toledo	71,6%
Jorgensen y cols.	2001	Mayores de 64 años de Tierp (Suecia)	78%
Vérez Vivero y cols.	1997	Mayores de 65 años de Galicia	74%
Vega Quiroga y cols.	1996	Mayores de 60 años de Castilla y León	75,9%
López Torres y cols.	1997	Mayores de 64 años de Albacete	75,6%
Tomás y cols.	1999	Mayores de 64 años de Tarrasa	81,4%
Beers y cols.	1991	Mayores de 64 años de USA	81,9%

Con respecto al consumo de medicamentos en sujetos de *Residencias*, el porcentaje de consumidores en nuestro estudio es del 91,9%. Es un porcentaje mayor que el obtenido por Pérez Guille y cols. en 2001 en 242 sujetos mayores de 65 años de 4 Residencias (2 públicas y 2 privadas) de México (80%), y por Weedle y cols. en Gran Bretaña en 1988 (86%), pero menor al de Kruse y cols. en 300 pacientes de 75 ó más años a su ingreso en una clínica geriátrica en 1991 (94%), y por Williams y cols. en 818 sujetos de 60 ó más años de Residencias de Los Angeles en 1999 (94%). Este mayor consumo de medicamentos en sujetos que viven en Residencias es explicable por una mayor pluripatología e incapacidad de estos ancianos.

Respecto a la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) de 1995 y de 1997, encontramos que el 79,2% de los sujetos de 65 ó más años, habían consumido algún medicamento en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta, siendo nuestros resultados más elevados.

De los sujetos consumidores de medicamentos de nuestro estudio, y teniendo en cuenta que el número límite de fármacos fue de 7 por las características de la fuente de datos empleada, la *media de consumo* fue de 2,9 medicamentos (DE: 1,7), ligeramente inferior a lo descrito por Valderrama y cols. en 1998, Arbas y cols. en 1998 y Ramos y cols. en 2000 (3,1) que no limitaron el número de fármacos, por Tomás y cols. en 1999 (3,1) que empleó una lista cerrada pero más amplia, por López Torres y cols. en 1997 (3,17) que no limitó el número, y por Barat y cols. en 2000 (5,4).

Sin embargo es más elevado que los datos de Pedrera Zamorano y cols. en 1999 (2,25), con un máximo de 8 medicamentos y en una población de ámbito rural, donde se cree que el consumo de medicamentos es menor.

Los pacientes *institucionalizados* de nuestro estudio consumen una *media* de 3,4 medicamentos, que es bastante menor que lo obtenido por Kruse y cols. en sujetos admitidos en una Clínica Geriátrica en Alemania en 1991 (4,3 medicamentos por sujeto), por Williams y cols. en Residencias de Los Ángeles en 1999 (5 medicamentos por sujeto) y por Beers y cols. en Residencias de USA en 1988 y 1992 (8,1 y 7,2 medicamentos por sujeto). Observamos un consumo de mayor número de medicamentos simultáneamente en estos sujetos de las Residencias, por esa mayor pluripatología e incapacidad.

La "*Polifarmacia*", o consumo de cinco ó más medicamentos por un mismo sujeto, descrita en nuestra muestra es del 15,2%, y del 24,4% en sujetos institucionalizados. Estos porcentajes son bastante menores que los obtenidos por Wills y cols. en sujetos mayores de 75 años de Estocolmo en 1987 (40% de consumo de cuatro ó más medicamentos), y por Kruse y cols., en mayores de 75 años de Alemania en 1991, al ingreso en una clínica Geriátrica (consumo de cinco ó más del

43%, 40% de los no institucionalizados y 50% en los previamente institucionalizados). Estas diferencias pueden ser debidas a la población más anciana y más dependiente, con más patologías, objeto de estos estudios.

## 2.2 Del consumo de los diferentes grupos de medicamentos.

La distribución de los fármacos clasificados según el sistema ATC, fue semejante a otros estudios, a pesar de la heterogeneidad de clasificaciones utilizadas: Clasificación utilizada en España (Gri y cols., 1999; Pedrera y cols. 1999; Vérez y cols., 1997; López Torres y cols., 1997), Information Coding System (Chrischilles y cols., 1992), EPhMRA (Tomas y cols., 1999), BNF (Kennerfalk y cols., 2002; Thomas y cols., 1999; Poole y cols., 1999), GPI (Roe y cols., 2002) y Real código (Chen y cols., 2001).

Los dos grupos anatómicos de mayor consumo fueron los correspondientes al *aparato cardiovascular* (C) y *sistema nervioso* (N). Estos datos coinciden en estudios de diferentes países, como USA (Ghodse, 1997; Thompson y cols., 1983; Kruse y cols., 1991; Williams y cols., 1999), Gran Bretaña (Walley y cols., 1995) y España (Tomas y cols., 1999).

Encontramos que el 54,2% de los pacientes consumen medicamentos del grupo *cardiovascular*, proporción superior a lo mencionado por autores como Linjakumpu y cols. en 2002 (56%), Chrischilles y cols. en 1992 (49%), Jorgensen y cols. en 2001 (47%) y Kennerfalk y cols. en 2002 (37%).

Para el *sistema nervioso* encontramos que el 35,3% de los pacientes, valor similar a los resultados de Linjakumpu (37%), Jorgensen (37%) y Kennerfalk (34%).

En nuestro estudio hemos encontrado una mayor frecuencia de consumo de fármacos para el sistema cardiovascular, seguido de los utilizados para el sistema nervioso, al igual que otros autores como Ghodse en 1997, Walley y cols. en 1995, Kruse y cols. en 1991 y Williams y cols. en 1999. Sin embargo Barat y cols. en 2000 obtienen este orden cuando analizan únicamente fármacos prescritos, pero cuando consideran, al igual que nosotros, todos los fármacos utilizados independientemente de la prescripción, el orden de frecuencia se invierte, observando en primer lugar un mayor consumo de fármacos del grupo N, seguido por los del grupo C.

En sujetos *institucionalizados* de nuestro estudio el primer grupo de medicamentos consumidos sigue siendo el de Aparato Cardiovascular con un 61,5% y el segundo el de Sistema Nervioso con un 49,6%. Hemos encontrado algún trabajo, como el de Wills y cols. en 1997, que observa un aumento de la frecuencia del grupo del Sistema Nervioso y un descenso del grupo Cardiovascular, siendo el primero el grupo de medicamentos más consumidos en estos sujetos.

## 2.3 De la relación del consumo de medicamentos con las variables sociodemográficas.

En cuanto a la relación del *consumo de medicamentos* según las *variables sociodemográficas*, observamos que existe relación con el sexo, con la edad, con el estado civil, con el nivel de estudios, con la situación laboral y con la convivencia, sin embargo no existe relación significativa con la situación económica.

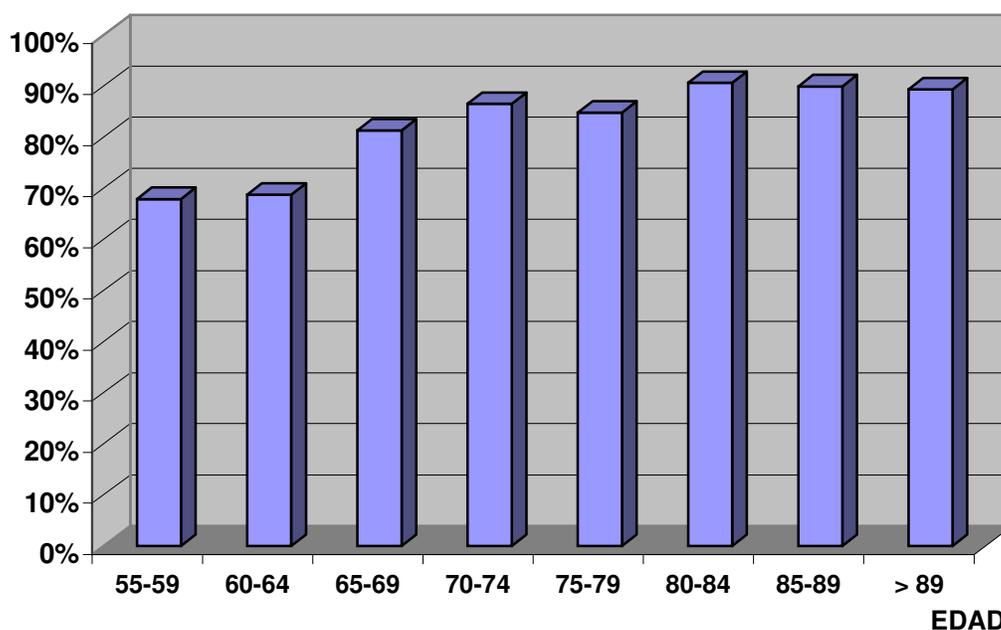
En relación con el *sexo*, en nuestro trabajo hemos encontrado un mayor consumo en mujeres, con un 86,9% de consumidoras, frente al 76,1% de los varones. Este predominio en mujeres coincide con numerosos estudios, en los que el rango de consumo observado oscila entre el 51% y el 77% (Takala y cols., 1993; Cartwright y cols., 1988; Straand y cols., 1999; Kaufman y cols., 2002; Stuck y cols., 1995; Simoni y cols., 2000; Colvez y cols., 2002; Helling y cols., 1987), siendo éste menor que en

nuestro estudio. Como razones para este mayor consumo farmacéutico en mujeres se apuntan una mayor frecuentación de los servicios sanitarios, con una mayor probabilidad de detección y diagnóstico, una mayor autoprescripción, una peor autopercepción del estado de salud, una aceptación cultural del rol de enfermas, patrones de prescripción diferentes en mujeres, factores psicosociales diferentes, y una mayor pluripatología.

Con respecto a la *edad* de los sujetos, observamos una tendencia creciente del consumo de fármacos con la edad (*Figura 26*).

El consumo de medicamentos según la edad en nuestro estudio es máximo en el grupo de edad de 80-84 años y se mantiene en grupos de edad superiores. En el estudio univariante observamos una OR de 4 en edades superiores a los 80 años, con respecto al grupo de edad de 55-59 años. Hay muchos autores que apuntan la edad como determinante en el consumo de medicamentos (Vega Quiroga y cols., 1996; Vérez Vivero y cols., 1997; López Torres y cols., 1997; Pedrera Zamorano y cols., 1999; Rathore y cols., 1998; Lassila y cols., 1996; Wills y cols., 1997; Takala y cols., 1993; Lech y cols., 1995). En un estudio transversal realizado por Linjakumpu y cols. en 2002, en Finlandia en dos períodos de tiempo con sujetos de 64 y más años, se encontró un aumento del consumo de fármacos con la edad en ambos períodos. Gómez Peligros y cols. en 1993, y Chen y cols. en 2001, observaron mayor consumo en mayores de 74 años, aunque sólo clasificaran las edades en dos grupos (65-74 y  $\geq 75$ ). En el estudio llevado a cabo por Chrischilles y cols. en sujetos de 65 ó más años de los EE.UU. en 1992, se encontró que el consumo de fármacos prescritos aumentaba significativamente con la edad, mientras que el de fármacos no prescritos se mantenía constante entre los grupos de edad. En otro estudio realizado por Thomas y cols. en 1999, no encontraron asociación entre el consumo de fármacos y la edad, y lo consideraron debido al número escaso de personas mayores de 85 años en su estudio.

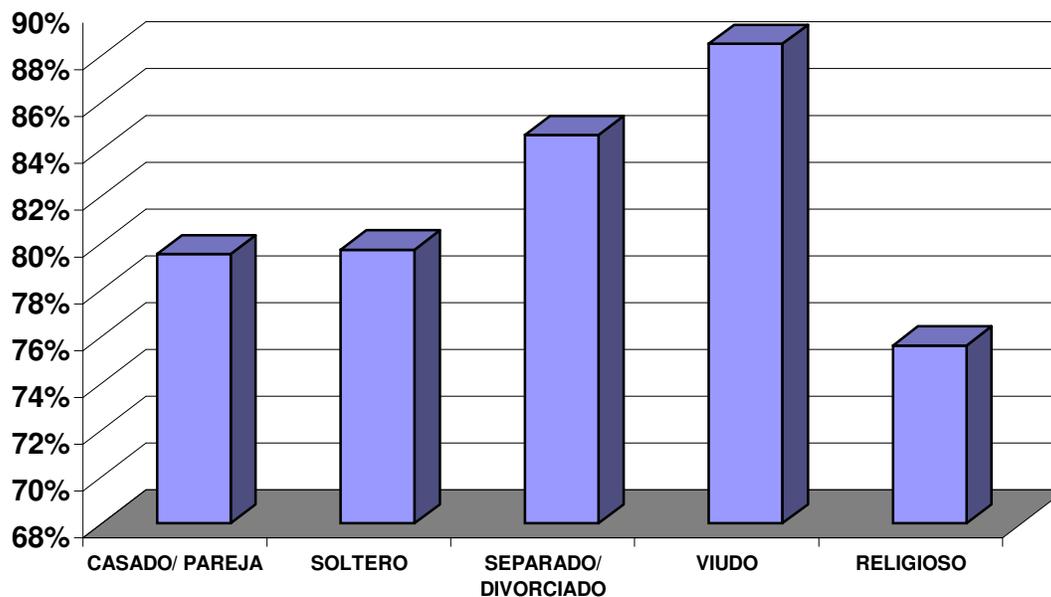
**Figura 26.** Distribución del consumo de medicamentos según la edad.



Como era de esperar, el aumento de edad conlleva un aumento del consumo de medicamentos, ya que aumentan las patologías de estos sujetos.

En cuanto al *estado civil*, en nuestro estudio, al utilizar la OR en el análisis univariante, hemos observado que la situación de viudedad con respecto a los casados o con pareja es una modalidad condicionante del consumo de medicamentos (OR=1,984 IC 95%: 1,651-2,384) (Figura 27).

**Figura 27.** Distribución del consumo de medicamentos según el estado civil.



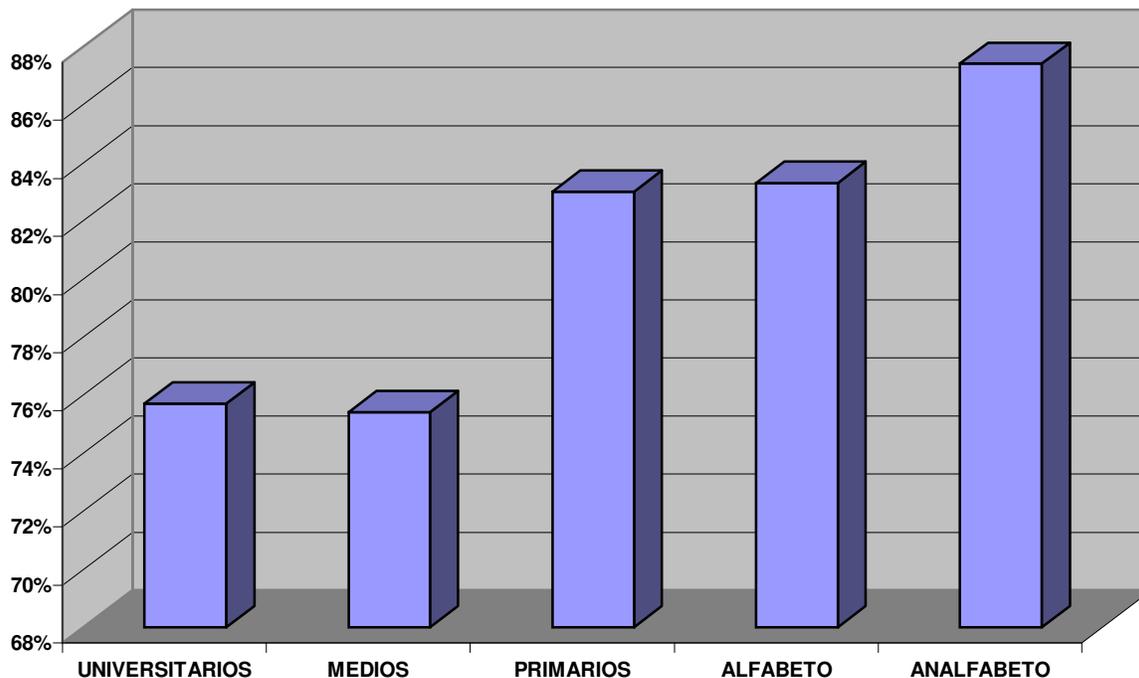
Mientras que Vérez y cols. en 1997 no encontraron asociación entre el consumo de medicamentos y el estado civil, autores como Pedrera Zamorano y cols. en 1999 y López Torres y cols. en 1997 observaron al igual que nosotros que el consumo de fármacos es significativamente superior entre los viudos.

Este mayor consumo de medicamentos en viudos/as, puede explicarse por un mayor porcentaje de mujeres, la situación de aislamiento social que conlleva la viudedad, con una mayor frecuentación de los servicios sanitarios, una mayor autoprescripción, y mayor psicopatología en estos sujetos.

Con respecto a los *estudios* de los sujetos hemos podido observar una asociación entre el consumo de fármacos y esta variable ( $\chi^2=30,646$ ;  $p<0,001$ ) (Figura 28).

Se demuestran diferencias significativas entre los analfabetos, que consumen más fármacos, con respecto al grupo de universitarios. López Torres y cols. en 1997 y Pedrera Zamorano y cols. en 1999 también demostraron un mayor consumo en este grupo de sujetos. Sin embargo, un estudio llevado a cabo por Chen y cols. en 2001, señaló que estas dos variables no tenían asociación estadísticamente significativa. Otro estudio de Johnson y Pope de 1983, apuntaba un mayor consumo de fármacos no prescritos en sujetos con un nivel de educación alta.

Estos datos eran esperables, debido a una peor utilización de los servicios sanitarios y de los medicamentos en niveles de educación menores.

**Figura 28.** Distribución del consumo de medicamentos según el nivel de estudios.

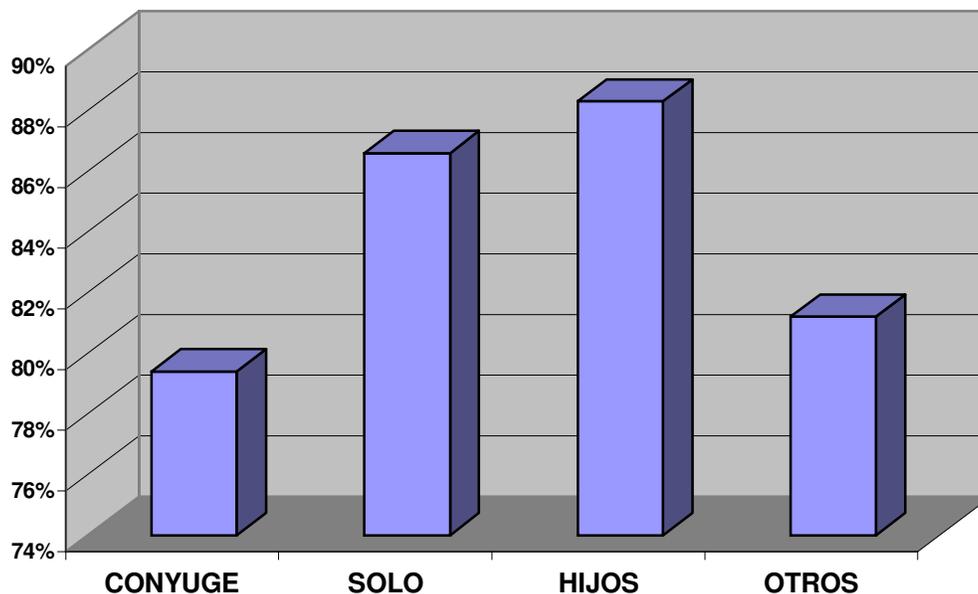
El *nivel económico* de los sujetos en nuestro estudio no muestra asociación significativa con el consumo de medicamentos, aunque se ve un mayor consumo con niveles económicos menores. En la bibliografía sólo hemos encontrado lo descrito por Johnson y Pope (1983), que apuntaban un mayor consumo de medicamentos no prescritos en sujetos con altos ingresos.

También era presumible que sujetos con un nivel económico menor, tengan una mayor frecuentación de los servicios sanitarios, y un mayor consumo farmacológico por iniciativa propia.

Al valorar la *situación laboral* en nuestro estudio hemos encontrado una relación significativa entre el consumo de medicamentos y esta variable ( $\chi^2=32,444$ ;  $p<0,001$ ). Los sujetos sin actividad fuera del hogar durante la mayor parte de su vida laboral consumían más medicamentos. Un estudio de Thomas y cols., realizado en hombres de 56 a 75 años del sur de Gales en 1999, demuestra que los desempleados tienen una proporción de consumo de fármacos superior (69%) a la de los empleados (43%). Lech y cols. describía un mayor consumo de fármacos prescritos en amas de casa en 1975.

Hay que tener en cuenta que casi la totalidad de los sujetos sin actividad fuera del hogar son mujeres, y éstas tienen mayor consumo de medicamentos.

Con respecto a la *convivencia* encontramos asociación entre ambas variables ( $\chi^2=45,431$ ;  $p<0,001$ ) y vemos que, tanto los que viven solos, como los que viven con los hijos, consumen más que los que viven con el cónyuge (*Figura 29*). En este caso también encontramos un aumento del porcentaje de mujeres en los grupos de sujetos que viven solos o con los hijos, debido al fallecimiento del cónyuge.

**Figura 29.** Distribución del consumo de medicamentos según la convivencia.

Gómez Peligros y cols. comentan en su artículo de 1993 que el consumo de fármacos aumenta a medida que se incrementa los sentimientos de soledad, pero Vérez y cols. en 1997 no observaron asociación entre el consumo de medicamentos y vivir sólo.

### 3. DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.

#### 3.1 De la descripción general del consumo de psicofármacos.

En nuestro trabajo hemos obtenido que el *consumo de psicotropos* se estima en un 24,7% de los sujetos. Este dato es superior al obtenido por Dealberto y cols. (1997) (12,3-15,1%), por Laukkanen y cols. (1992) (15,5%), por Finlayson y cols. (1994) (23,4%), por García Fernández y cols. (1994) y por Tomas y cols. (1999) (24%) en un estudio en Asturias. Sin embargo es inferior al observado por Johnson y cols. (1991) (28,9%), por Douglas y cols. (1990) (>30%), y por Fourrier y cols. (2001) (37,6%) en Francia.

Los datos de consumo de psicofármacos en nuestro estudio son más elevados que la mayoría de estudios, debido probablemente a que en nuestro trabajo incluimos el consumo por iniciativa propia, y no sólo los psicotropos recetados por un médico.

Respecto a los sujetos *institucionalizados* obtenemos en nuestro estudio un consumo de psicotropos del 37,5%. En la bibliografía hemos encontrado datos del consumo de psicotropos por sujetos institucionalizados muy diferentes de unos estudios a otros, debido probablemente a las diferentes características de las Residencias y de los países estudiados. Nuestro porcentaje es mayor que el de estudios como el de Dealberto y cols. (1997) (16,9%), el de Finlayson y cols. (1994) (23,4%), el de De Leo y cols. (1989) (26%), el de Avorn y cols. (1992) (27%), el de Svarstad y cols. (1991) (28%), el de Pérez Poza y cols. (1996) (31,9%), y el de Borson y cols. (1997) (35%). Sin embargo es menor que los estudios de Mann y cols. (1986) (48%), realizado en algunas Residencias de Londres, por Conn y cols. (1999) (48,4-59,9%), en Residencias de Ontario, y por Snowdown y cols. (1995) (65,9%), en Residencias de Massachusetts.

Con respecto al *número de psicotropos consumidos* simultáneamente por cada sujeto de nuestro estudio, obtenemos que el 17,9% de los consumidores de psicotropos consumen varios. La mayoría de los datos sobre el número de psicotropos consumidos que hemos encontrado en la bibliografía se refiere a la población general, donde el porcentaje de los consumidores de más de un psicotropo con respecto al total de consumidores de psicotropos, es mayor que en nuestro estudio. Según Ohayon y cols. (1998) en una muestra de sujetos de 15 ó más años, el 23,2% consumían dos ó más psicotropos, Mazza y cols. (1995) objetivó que el 25% de las consumidoras de psicotropos de más de 18 años consumen más de uno, Mateo Fernández y cols. (1997) afirma que el 25,8% de los sujetos mayores de 14 años consumen más de un psicotropo, y Joukamaa y cols. (1995) observaron que el consumo de dos ó más psicotropos era del 32,56% en una muestra de sujetos de 18 ó más años. Dealberto y cols. (1997) encontró en sujetos mayores de 65 años un consumo de dos ó más psicotropos del 14,5% y en otras fases del estudio porcentajes del 17-22%. Forsell y cols. (1997) vio un consumo de varios psicotropos en el 4,8% de los sujetos de 90 ó más años.

En *Residencias* de nuestro estudio el consumo de más de un psicotropo ascendía al 23,5% de todos los consumidores. El único estudio similar encontrado es el de Borson y cols. (1997) que afirma que la polifarmacia de psicotropos supone el 5-10% de los sujetos de la Residencia. Son sujetos con mayor psicopatología, y por lo tanto era esperable este mayor consumo de psicotropos.

### 3.2 Del patrón de consumo de psicotropos.

#### 3.2.1 De los subgrupos de psicotropos.

**a) Ansiolíticos:** Es, con diferencia, el subgrupo de psicotropos más consumido en nuestra muestra, y supone un consumo del 18,7% (76% del consumo de psicotropos). Dentro de éstos psicotropos podemos diferenciar dos grandes grupos: el de *benzodicepinas* con un consumo del 16,7% (67,9% de los consumidores de psicotropos), y el de *hipnóticos* que supone el 2,3% (9,3% de los consumidores de psicotropos). El subgrupo más consumido era el de benzodicepinas de vida media larga, que suponía el 44,2% de los consumidores de psicotropos.

Hemos encontrado varios estudios que reflejan este *consumo de ansiolíticos* en la *población general*, que, como es lógico, en la mayoría de los casos es inferior al consumo en nuestra población de más de 55 años, y muy variable de unos trabajos a otros, dada la diferente metodología utilizada y la muestra estudiada (*Tabla 70*).

**Tabla 70.** Estudios de consumo de ansiolíticos en la población general.

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Resultado</b>
Ohayon y cols.	1998	Mayores de 15 años de Gran Bretaña	0,8%
Dunbar y cols.	1989	Población general de Gran Bretaña	2,2%
Ohayon y cols.	1995	Población general de Quebec en 1993	3,5%
Ohayon y cols.	1995	Población general de Quebec en 1987	5,3%
Vázquez Barquero y cols.	1989	Población general de España	5,7%
Ohayon	1996	Población general de Francia	7,4%
Ohayon y cols.	1995	Población general de Gran Bretaña	7,7%
Mazza y cols.	1995	Mayores de 18 años de Melbourne	8,2%

En cuanto al consumo de ansiolíticos respecto a los consumidores de psicotropos, Pincus y cols. (1998) describen un consumo del 33% en 1993-1994, del 51,7% en 1985, Torres y cols. (1993) del 67%, y Mateo Fernández y cols. (1997) hablan de que el consumo de ansiolíticos supone el 74,2% del total de la muestra consumidora de psicotropos. Sin embargo, Joukamaa y cols. (1995) describen un consumo de ansiolíticos en la población general del 24%, superior a nuestro estudio, probablemente debido a que realiza el estudio en pacientes que acudieron por enfermedad a dos Centros de Salud de Finlandia.

Respecto al *consumo de ansiolíticos en sujetos de edad avanzada* hemos encontrado estudios como el de Dealberto y cols. (1997), que describen un consumo de benzodiazepinas en torno al 6% (5,96%-6,25%) (un 50,6-52% de los consumidores de psicotropos), el de Forsell y cols. (1997) con un consumo del 7,9%, un consumo de ansiolíticos en Florida del 15,6% según Dealberto y cols. (1997) y un consumo de ansiolíticos del 40,9% del consumo de psicotropos según Douglas y cols. (1990). El consumo de benzodiazepinas se estima del 10,8-12,8% según Taylor y cols. (1998), del 13% en sujetos de 75 y más años en Norte Carolina según Fourrier y cols. (2001), del 20% en California según Dealberto y cols. (1997), del 26,8% en Suecia según Fourrier y cols. (2001), y del 31% en Francia según este mismo autor.

En cuanto a los *hipnóticos*, tenemos estudios en la población general con cifras inferiores a las nuestras, como el de Ohayon y cols. (1995 y 1998) (0,9 y 1,5%), el de Vázquez Barquero y cols. (1989) (1,9%) realizado en España, y el de Allgulander y cols. (1991) (2%) en Suecia, y otros trabajos con un consumo superior al nuestro, como el de Shorr y cols. (1994) (2,6%), el de Ohayon (1996) (3,7%) en Francia y el de Mazza y cols. (1995) (8,1%) en mujeres mayores de 18 años de Melbourne.

Sobre el *consumo de hipnóticos* se describe un consumo de hipnóticos muy variable, desde el 1,55% según Dealberto y cols. (1997) hasta el 31,2% de Forsell y cols. (1997), con cifras del 6,3% en Florida, y del 15% en Gran Bretaña, y del 40-45% de los consumidores de psicotropos según Avorn y cols. (1992).

Estos datos tan dispares se deben a la mala definición de ansiolíticos, hipnóticos y benzodiazepinas de estos estudios.

Respecto a los sujetos *institucionalizados* la tasa de consumo de ansiolíticos asciende a 27,9% (74,5% del total de consumidores de psicotropos), con un consumo de benzodiazepinas del 23,5% (62,7% del total de consumidores de psicotropos), y de hipnóticos del 6,6% (17,6% del total de consumidores de psicotropos).

En la bibliografía hay varios estudios que apuntan también este mayor *consumo de ansiolíticos* en sujetos *institucionalizados*, con respecto al consumo en la población general (Wills y cols., 1997). De estos trabajos la mayoría obtienen un consumo de ansiolíticos en sujetos de Residencias inferior al nuestro, como el de Burns y cols. (1988) de sujetos de Estados Unidos (6,7%), el de Borson y cols. (1997) (6-8%), el de Lantz y cols. (1996), el de Garrard y cols. (1995) (11-12%), el de Shorr y cols. (1994), el de Snowdon y cols. (1995) (15,4%), el de Garrard y cols. (1991) (18%), el de Conn y cols. (1999) en sujetos de Ontario (22,5-36,4%), el de Williams y cols. (1999) (22,7%), el de Stoudemire y cols. (1996) (25%), el de Svarstad y cols. (1991) (25,3%), y el de Pérez Poza y cols. (1996) (39,8% de los consumidores de psicotropos), y otros

pocos estudios cuyo consumo es algo superior a nuestros datos, como el de Snowdon (1993) (30%) y el de Primrose y cols. (1987) (45%).

Respecto a los *hipnóticos*, los datos de los estudios son, en general, superiores a los de nuestro trabajo, debido también a que confunden los hipnóticos con el grupo de ansiolíticos. Así encontramos un consumo de hipnóticos en Residencias del 0,2-4,1% en Residencias de Ontario (Conn y cols., 1999), del 10-20% según Shorr y cols. (1994), del 23% según Walley y cols. (1995), del 36% en Residencias de Escocia (Guilleard y cols., 1984), y del 40,4% según Snowdon y cols. (1995).

Con las *benzodiazepinas* ocurre lo mismo, habiendo encontrado tres estudios, uno que apunta un consumo del 20% en Residencias de Massachusetts (Beers y cols., 1988), otro del 22,3% (Snowdon y cols., 1995), y el tercero del 42% en Instituciones de Irlanda (Nolan y cols., 1989).

Destaca el elevado consumo de ansiolíticos en sujetos de edad avanzada, especialmente en sujetos institucionalizados, tanto en nuestro estudio como en la bibliografía revisada. Este mayor consumo de ansiolíticos en ancianos que viven en Residencias se debe probablemente a un mayor deterioro cognoscitivo de estos sujetos, y por lo tanto más problemas de insomnio y agitación psicomotriz, tratados muchas veces con ansiolíticos.

**b) Antidepresivos:** Es el segundo subgrupo de psicotropos en nuestro estudio, que alcanza el 5,1% (20,6% de los consumidores de psicotropos). Respecto a los sujetos institucionalizados, los antidepresivos son el tercer grupo de psicotropos consumidos, superados por el de neurolépticos. Su consumo en nuestra población se estima del 4,4% (11,8% de los consumidores de psicotropos).

En la *bibliografía* el *consumo de antidepresivos en población general* es, en varios estudios, superior al de nuestra población anciana, como el de Joukamaa y cols. (1995) que estima su consumo en el 8%, el de Mazza y cols. (1995) del 8,5% en mujeres mayores de 18 años, el de Mateo Fernández y cols. (1997) con el 33,8% del consumo de psicotropos, y el de Pincus y cols. (1998) del 45,2% del total de consumidores de psicotropos en 1993-1994. Sin embargo Torres y cols. (1993) destacan un consumo de antidepresivos del 17% del total de psicotropos, y Ohayon y cols. (1998) estiman este consumo de antidepresivos en la población general sólo del 1,7%.

En *ancianos* Forsell y cols. (1997) apuntan un consumo sólo del 0,6%, Dealberto y cols. (1997) del 2,03-4,3%, y Douglas y cols. (1990) de un 35,8% del total de los psicotropos consumidos.

Hemos encontrado más trabajos sobre el consumo de estos psicotropos en *Residencias*, con un consumo que varía del 5-24,6%, y un 29,5% en sujetos de Residencias con diagnóstico de demencia (Williams y cols., 1999; Philpot y cols., 1994; Stoudemire y cols., 1996; Borson y cols., 1997; Conn y cols., 1999; Snowdon y cols., 1995; Lantz y cols., 1996; Garrard y cols., 1991).

Destaca en nuestro estudio un porcentaje de consumo de antidepresivos bajo, especialmente en sujetos institucionalizados, donde cabría esperar un porcentaje mayor debido al aislamiento social de estas personas. Estos datos coinciden con los encontrados en la bibliografía revisada.

**c) Neurolépticos:** Es el tercer subgrupo, que en nuestros sujetos lo consumen el 4,2% (17% de los consumidores de psicofármacos). Respecto a los sujetos

institucionalizados el consumo de neurolépticos alcanza el 11% (29,4% de los sujetos que consumen psicotropos).

En la bibliografía, los trabajos en *población general* arrojan un consumo inferior que en nuestra población, como el de Mazza y cols. (1995) (1,7%), el de Joukamaa y cols. (1995) (2%) y el de Torres y cols. (1993) (3%), sin embargo Pincus (1998) apunta cifras del 13% en 1985 y del 10,7% en 1993-1994 según la Encuesta nacional en Estados Unidos.

En la *población anciana* el estudio de Dealberto y cols. (1997) señala un consumo de neurolépticos del 1,51-2,58%, inferior al nuestro, Forsell y cols. (1997) obtiene un consumo algo superior (5,2%), y Avorn y cols. (1992) consigue un consumo de antipsicóticos del 25-32% de todos los psicotropos consumidos.

Hay multitud de estudios de consumo de antipsicóticos en *Instituciones*, sobre todo en Estados Unidos, debido al interés por reducir su consumo en estos sujetos. El consumo de estos fármacos en Residencias variaba desde 12-39%, según autores, cifras muy superiores a las obtenidas en nuestra población (Williams y cols., 1999; Avorn y cols., 1989 y 1995; Gurwitz, 1994; Svarstad y cols., 1991; Philpot y cols., 1994; Stoudemire y cols., 1996; De Leo y cols., 1989; Pérez Poza y cols., 1996; Garrard y cols., 1991; Snowdon, 1993; Shorr y cols., 1994).

Coincidimos con todos estos estudios realizados en Residencias de Estados Unidos, que destacan el elevado porcentaje de neurolépticos consumidos en estos pacientes, muchas veces como tratamiento de trastornos del comportamiento.

El subgrupo de psicotropos de nuestro estudio más consumido coincide con el de todos los trabajos que han investigado este hecho, siendo este subgrupo el de *benzodicepinas de vida media larga* (Ohayon y cols., 1995 y 1996; García Fernández y cols., 1994; Wilcox y cols., 1994; Shorr y cols., 1994; Dealberto y cols., 1997; Fourrier y cols., 2001; Johnson y cols., 1991).

### **3.2.2 De la relación del consumo de psicotropos y la frecuencia de consumo y el tipo de prescripción.**

#### **a) De la frecuencia de consumo de psicotropos.**

En nuestra muestra el consumo habitual, es decir el *consumo a diario o casi a diario*, de psicotropos es del 76,6% de los sujetos (supone el 15,7% de toda la muestra), el 81,4% en sujetos de Residencias. Estos datos son superiores a los encontrados en la bibliografía, donde según Ohayon y cols. (1998) el 73,1% de los sujetos de 15 ó más años consumían más de tres días a la semana. Snowdon y cols. (1995) observó que el 58,9% de los sujetos de Residencias de Sidney consumen psicotropos regularmente, y el 7% a demanda. Dealberto y cols. (1997) describió un consumo continuo de psicotropos durante 6 años del 4,5%, asociándose este consumo continuo a sintomatología depresiva, insomnio o institucionalización de los sujetos.

#### **b) Del tipo de prescripción de psicotropos.**

Con respecto a la *prescripción de los psicotropos*, obtenemos en nuestra muestra un porcentaje de consumo con prescripción facultativa del 98,4%, y una tasa de consumo de psicotropos por iniciativa propia del 1,6%. Hemos encontrado pocos datos en la bibliografía acerca del consumo de psicotropos por

iniciativa propia, ya que como Johnson y cols. (1991) apunta para conocer este tipo de consumo en la población son necesarios estudios mediante entrevista personal, para poder recoger adecuadamente cada medicamento realmente consumido por los sujetos. A su vez, los datos encontrados son muy diversos, debido probablemente a la forma de obtención de los mismos. Ohayon y cols. (1998) obtuvo que de los psicotropos consumidos en una muestra de 4972 sujetos de 15 ó más años de Gran Bretaña, todos excepto un hipnótico, habían sido recetados por médicos. Este consumo por iniciativa propia menor al nuestro se debe, probablemente, a que el estudio está realizado en población general y no sólo en ancianos, y porque los datos se obtuvieron mediante cuestionario telefónico y no mediante entrevista personal.

### **3.3 De la relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con la frecuencia de consumo y con el tipo de prescripción.**

El *consumo regular de los subgrupos de psicotropos* es muy elevado en nuestra muestra, con cifras del 74,1% en los ansiolíticos, de hasta el 89,9% de los antidepresivos, y del 81,3% de los neurolépticos. Los datos de la bibliografía son muy bajos e irregulares, probablemente por haberse realizado sin una definición clara de “consumo regular”. Stoudemire y cols. (1996) destacan un consumo regular de ansiolíticos en Residencias del 7%, Shorr y cols. (1994) un consumo de ansiolíticos diario del 15%, y de hipnóticos del 11%, y Snowdon y cols. (1995) observan un consumo regular en Residencias de ansiolíticos del 8,6%, de hipnóticos del 26,6% y de neurolépticos del 27,4%. Sin embargo Shorr y cols. (1994) comentan un consumo en Residencias a diario de ansiolíticos del 80%, lo cual se acerca más a nuestros datos.

El *consumo por iniciativa propia* en nuestro trabajo de ansiolíticos es del 1,8%, de antidepresivos del 0,4%, y de neurolépticos del 1,1%. Sólo el trabajo de Snowdon y cols. (1995) en Residencias comenta este tipo de consumo, con cifras del 1,2% de consumo de hipnóticos por iniciativa propia, del 1,1% de ansiolíticos y del 1,4% de neurolépticos.

### **3.4 De la relación del consumo de psicotropos con el consumo de otros medicamentos.**

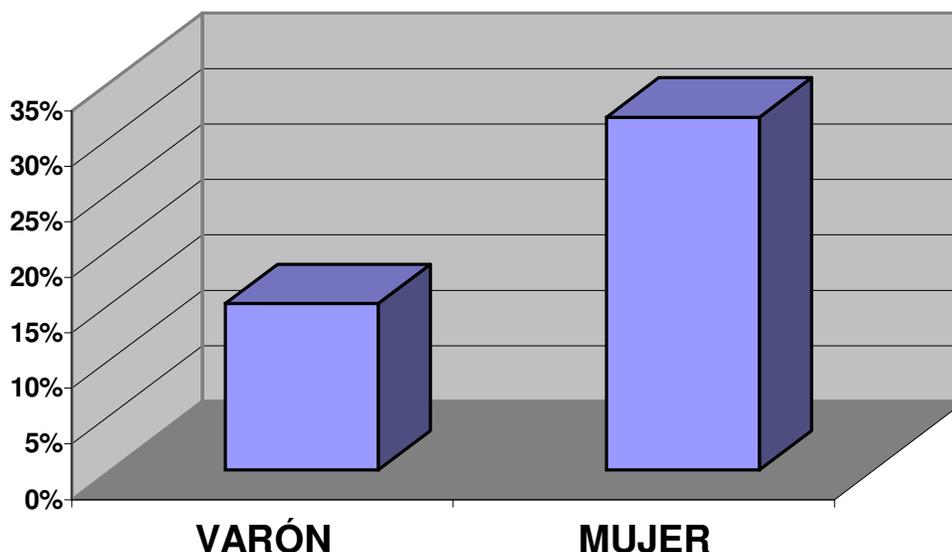
No somos los únicos que hemos encontrado una asociación entre el consumo de fármacos psicotropos y consumo de otros fármacos, sino que Dealberto y cols. (1997), Fourrier y cols. (2001), Ohayon y cols. (1998) y Vázquez Barquero y cols. (1989) comentan en sus estudios este mayor consumo.

Estos datos podrían justificarse argumentando que los pacientes con más psicopatología, tienen también mayor patología somática asociada y, por lo tanto, mayor consumo de medicamentos.

### **3.5 De la relación del consumo de psicotropos con las variables sociodemográficas.**

En nuestro trabajo hemos analizado el *consumo de psicotropos* según las *variables sociodemográficas*.

Vemos en nuestro trabajo una relación muy significativa entre el *sexo* y el consumo de psicotropos ( $\chi^2=178,028$ ;  $p<0,001$ ), puesta de manifiesto también en el análisis univariante con una OR de 2,64 IC 95% (2,28-3,06) (Figura 30). Este dato coincide con toda la bibliografía consultada (Ohayon y cols., 1995, 1996 y 1998; Grossberg y cols., 1998; Wills y cols., 1997; Wei y cols., 1995).

**Figura 30.** Distribución del consumo de psicotropos según el sexo.

Podríamos explicar este mayor consumo de psicotropos en mujeres debido a una mayor frecuentación de los servicios sanitarios, con una mayor probabilidad de detección y diagnóstico de psicopatología, una mayor autoprescripción, factores psicosociales diferentes, y una mayor psicopatología.

Otra variable claramente relacionada con el consumo de estos medicamentos es la *edad*. En los sujetos de nuestro estudio se observa claramente un mayor consumo con la edad ( $\chi^2=22,798$ ;  $p=0,002$ ), hasta un consumo máximo en personas mayores de 85 años, con un porcentaje de consumo del 29,3% en el grupo de edad de 85-89 años. En el análisis univariante obtenemos una OR de 1,6 IC: 95% (1,057-2,420). Esta relación también se apunta en muchos estudios revisados (Vázquez Barquero y cols., 1989; Thompson y cols., 1983; García Fernández y cols., 1994; Pharoah y cols., 1995).

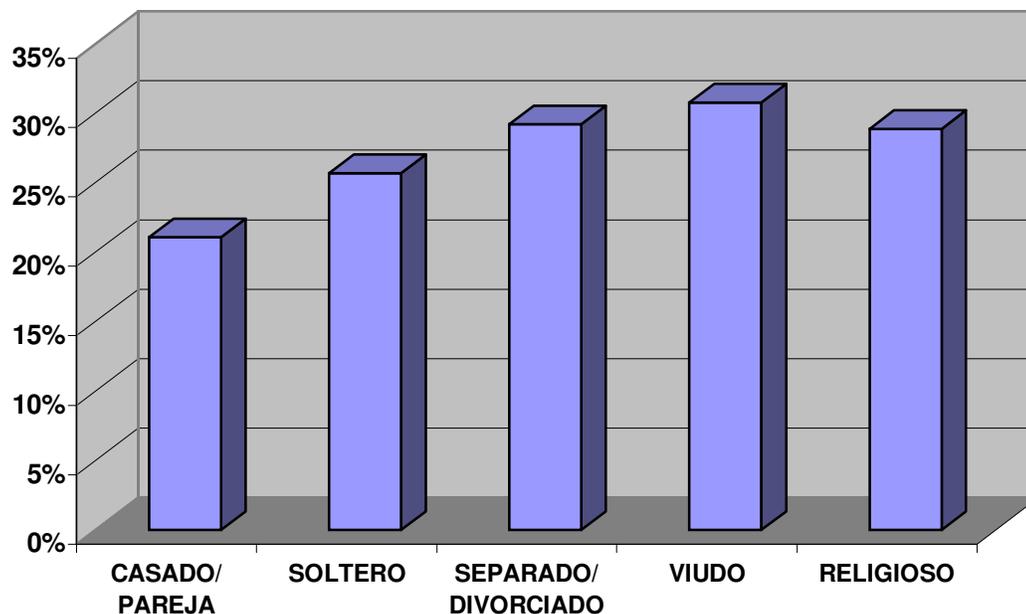
Solamente en el estudio de Svarstad y cols. (1991) observaron mayor consumo en sujetos menores de 85 años que en los mayores de 85 años, probablemente porque estudiaron sujetos institucionalizados y solo medicamentos recetados.

Esta asociación entre edad y consumo de psicotropos era también esperable, debido a que en estos sujetos aumenta la psicopatología, especialmente los casos de demencia.

Respecto al *estado civil* detectamos en nuestro estudio, al igual que para el consumo de medicamentos, una relación significativa ( $\chi^2=50,810$ ;  $p<0,001$ ) con el consumo de psicotropos y un mayor consumo en viudos, con una OR de 1,665 IC: 95% (1,444-1,920) frente a los casados o con pareja. Los sujetos separados o divorciados constituyen el segundo grupo de mayor consumo de psicotropos, sin alcanzar una relación significativa (*Figura 31*). En los estudios revisados hay varios que apuntan también este mayor consumo en los viudos (Ohayon y cols., 1995; García Fernández y cols., 1994; Mateo Fernández y cols., 1997; Joukamaa y cols., 1995), otros que señalan a los separados o divorciados (Ohayon y cols., 1995 y 1998), otros que afirman que el haber estado casado predispone a un mayor consumo (García Fernández y cols., 1994; Mazza y cols. 1995). Sin embargo Douglas y cols. (1990) y Dealberto y cols. (1997) no encontraron relación entre estas dos variables.

Este mayor consumo en viudos podría explicarse por una mayor proporción de mujeres y edad avanzada en éstos, unido al hecho de ser una situación de pérdida de apoyo social.

**Figura 31.** Distribución del consumo de psicotropos según el estado civil.

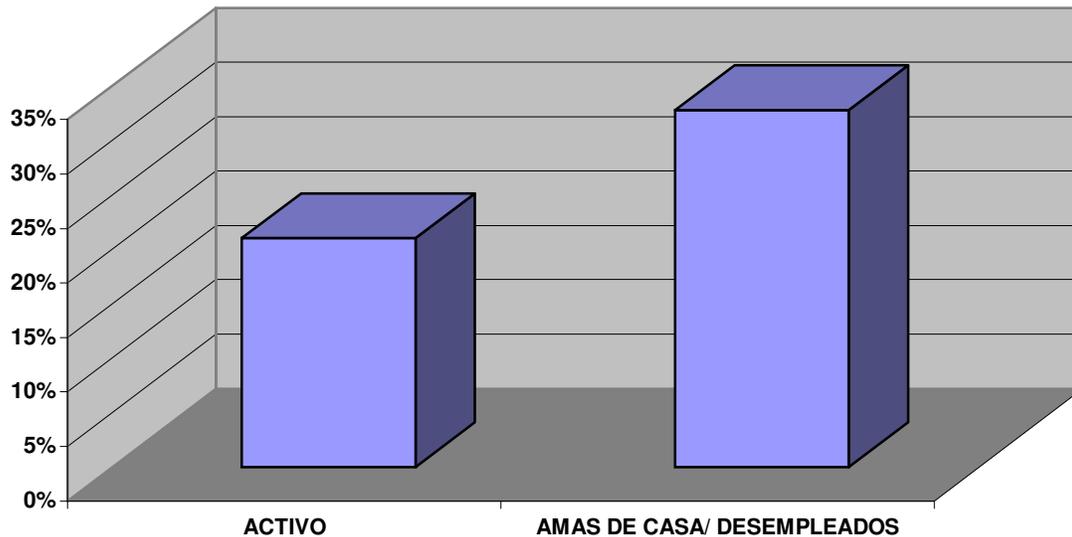


No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en el consumo de psicotropos según el *nivel de estudios* en nuestro trabajo, aunque sí existe un mayor consumo en los sujetos analfabetos. En la bibliografía hemos encontrado dos estudios realizados por Mazza y cols. (1995) y por Vázquez Barquero y cols. (1989) que han observado que los sujetos con menor nivel de educación consumen más medicamentos. En cambio Dealberto y cols. (1997) y Ohayon y cols. (1998) no han encontrado dicha relación.

Tampoco hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con el *nivel económico* de los sujetos, aunque existe un menor consumo de psicotropos en los sujetos de nivel económico medio con respecto a los de nivel alto y bajo. Sólo hemos encontrado el trabajo de Douglas y cols. (1990), que concluye que no encuentra relación entre estas variables.

Sí encontramos una fuerte relación entre la *situación laboral* (fuera o dentro del hogar) con el consumo de psicotropos ( $\chi^2=75,662$ ;  $p<0,001$ ) (Figura 32). Este dato coincide con el resto de estudios, donde Mazza y cols. (1995) destacan a los desempleados como más consumidores, Joukamaa y cols. (1995) señalan a los retirados y desempleados, Ohayon y cols. (1998) a los desempleados y amas de casa, y Mateo Fernández y cols. (1997) a los sujetos sin actividad fuera del hogar.

Tenemos que tener en cuenta que el grupo de las amas de casa está compuesto casi exclusivamente por mujeres, y como hemos visto, éstas son más consumidoras de psicotropos. Con respecto a los desempleados, coincidimos con Vázquez Barquero y cols. (1989), que apuntan que se trata de situaciones de pérdida de apoyo social, y por lo tanto cabrá esperar más psicopatología en estos sujetos.

**Figura 32.** Distribución del consumo de psicotropos según la situación laboral.

Por último, la variable *convivencia*, que tiene una relación significativa con el consumo de psicofármacos ( $\chi^2=59,330$ ;  $p<0,001$ ), y con más consumo en sujetos que viven con los hijos y solos, en comparación con los que viven con el cónyuge o con la pareja. En los dos estudios que hacen referencia a esta variable sólo estudian aquellos sujetos que viven solos en comparación con los que viven con alguien más, encontrando más consumo en los primeros (García Fernández y cols., 1994; Joukamaa y cols., 1995).

En resumen, los *factores de riesgo* para el *consumo de fármacos psicotropos*, son el sexo femenino, la edad avanzada (especialmente entre 85 y 89 años), los viudos/as, desempleados o amas de casa, no convivencia con el cónyuge o pareja, y vivir en una Residencia. En definitiva son situaciones de presumible aislamiento social.

### 3.6 De la relación de cada uno de los subgrupos de psicotropos con las variables sociodemográficas.

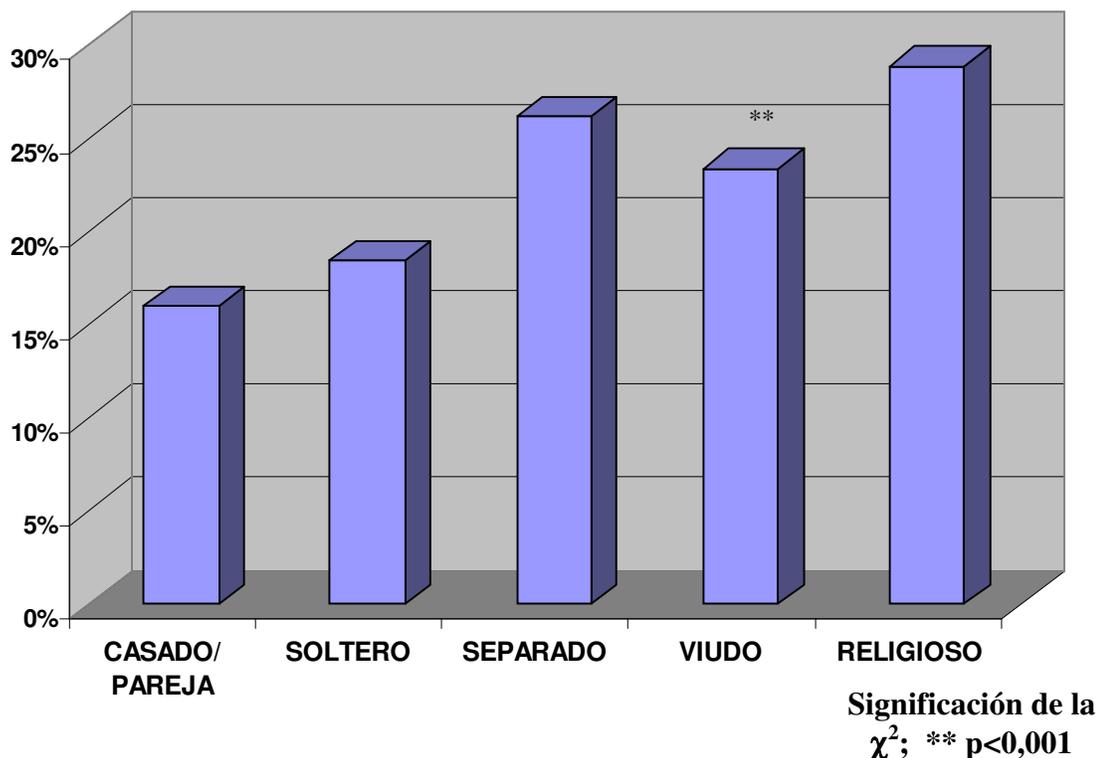
Con respecto a la relación de los tres *subgrupos de psicotropos* con las *variables sociodemográficas*, obtenemos un patrón de consumo similar al descrito con el consumo de todos los psicotropos. Destaca la elevada relación del consumo de antidepresivos con el sexo femenino (OR: 3,3), y el consumo de neurolépticos con la edad avanzada ( $\geq 90$  años con una OR: 3,4). Este alto consumo es explicable por la mayor prevalencia de depresión en mujeres, y de deterioro cognitivo, desordenes de pensamiento, agresividad, y trastornos del comportamiento con el incremento de edad.

En nuestro trabajo existe una clara relación del *consumo de ansiolíticos* con el sexo femenino, al igual que apuntan varios estudios (Ohayon y cols., 1996; Shorr y cols., 1994; Mazza y cols., 1995). La misma relación observamos con los hipnóticos (Mazza y cols., 1995; Allgulander y cols., 1991) y con las benzodiazepinas (Taylor y cols., 1998; Fourrier y cols., 2001; Joukamaa y cols., 1995; Dunbar y cols., 1989; Wei y cols., 1995).

Hemos demostrado también relación del consumo de ansiolíticos con el aumento de edad, como también indican muchos trabajos (Ohayon y cols., 1995 y 1996; Thompson y cols., 1983; Svarstad y cols., 1991; Mazza y cols., 1995), y también si analizamos sólo el grupo de las benzodiazepinas (Taylor y cols., 1998; Fourrier y cols., 2001; Joukamaa y cols., 1995; Dunbar y cols., 1989).

También hemos observado relación del consumo de ansiolíticos con el estado civil, con un mayor consumo en los viudos/as (*Figura 33*), como apuntan los estudios de Fourrier y cols. (2001) y de Joukamaa y cols. (1995), con los sujetos que no trabajan fuera del hogar y los que no viven con el cónyuge, sin encontrar estudios que hayan demostrado estas relaciones. Mazza y cols. (1995) apuntan que existe relación entre el consumo de benzodiazepinas y la educación y los estudios de estos sujetos.

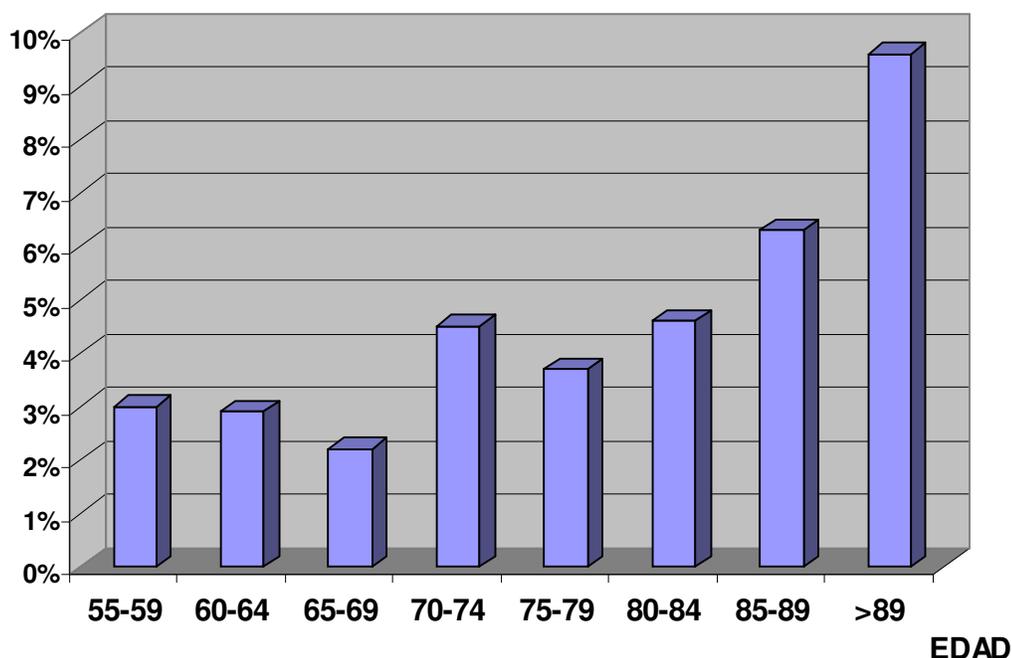
**Figura 33.** Distribución del consumo de ansiolíticos según el estado civil.



El consumo de antidepresivos en nuestra población se relaciona también con el sexo femenino (Dealberto y cols., 1997), como también comenta Pérez Poza y cols. (1996) en sujetos de Residencias, con la edad avanzada y con los sujetos que no trabajan fuera del hogar. Joukamaa y cols. (1995) observaron una relación del consumo de estos psicotropos con el estado civil viudo/a.

Finalmente, el consumo de antipsicóticos, lo relacionamos con el sexo femenino, como Garrard y cols. (1995) y Pérez Poza y cols. (1996), con la edad avanzada (*Figura 34*) como apuntan en algunos estudios (Jenike y cols., 1988; Byerly y cols., 2001; Garrard y cols., 1995), con el estado civil viudo/a, y con los sujetos que conviven con los hijos.

Garrard y cols. (1995) también apuntan que existe asociación del consumo de neurolépticos con el nivel de estudios, y Joukamaa y cols. (1995) con el trabajo realizado a lo largo de la vida de los sujetos.

**Figura 34.** Distribución del consumo de neurolépticos según la edad.

#### 4. DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS AGECAAT.

##### 4.1 De la descripción general de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT.

En nuestra muestra de sujetos hemos encontrado un 56,4% de sujetos con algún diagnóstico psiquiátrico. Aparasu y cols. (1998) apuntan que un 10% de sus sujetos tenía psicopatología, un porcentaje muy inferior al nuestro. Jenike (1988) sólo comenta que hay muchos diagnósticos psiquiátricos en los ancianos.

La *prevalencia* de los *diagnósticos psiquiátricos* en nuestra muestra es, en orden descendente: subcaso de ansiedad (17,46%), subcaso de depresión (12,67%), depresión (12,46%), demencia (6,64%), subcaso de demencia (5,49%), y ansiedad (1,68%).

Hemos encontrado resultados muy variables de unos estudios a otros con respecto a los *diagnósticos psiquiátricos* en los *ancianos*, debido a diferencias metodológicas para su diagnóstico y por la gran variabilidad de los sujetos de las muestras. Los datos obtenidos de las diferentes psicopatologías son:

- **Depresión:** algunos estudios apuntan que esta patología está infradiagnosticada en los sujetos de edad avanzada. Forsell y cols. (1997) registran un 7,9% de depresión en sujetos de  $\geq 90$  años, Philpot y cols. (1994) una frecuencia entre 10-25%, Jenike (1988) del 13%, Dealberto y cols. (1997) del 16,5%, y Finlayson y cols. (1994) del 32% en una clínica de adicción a sustancias.
- **Ansiedad:** sólo hemos encontrado dos estudios sobre este consumo; el primero, el de Forsell y cols. (1997) describen un consumo del 0,5% en  $\geq 85$  años y del 3% en  $\geq 90$  años, y Finlayson y cols. (1994) del 12% en una clínica de adicción a sustancias.
- **Demencia:** según Philpot y cols. (1994) un 5% de los sujetos ancianos de su muestra tienen demencia, un porcentaje muy similar al nuestro, y Finlayson y cols. (1994) observaron un 12% en una clínica de adicción a sustancias.

Todos estos diagnósticos son más frecuentes en las mujeres, excepto los subcasos de depresión. Con el aumento de edad son más frecuentes estos diagnósticos, como también apuntan Takala y cols. (1993) en su estudio. Los casos de demencia son los que más se relacionan con el sexo femenino y la edad (Philpot y cols., 1994).

Con respecto a los sujetos *institucionalizados* de nuestra población obtenemos que el 75% de los sujetos tienen algún diagnóstico psiquiátrico. Hay varios estudios que sólo comentan que existe mucha psicopatología en estos sujetos, sin que den cifras de su prevalencia (Stoudemire y cols., 1996; Conn y cols., 1999; Lantz y cols., 1996). Sin embargo Aparasu y cols. (1998) apuntan solamente un 50% de diagnósticos psiquiátricos en estos sujetos. Otros autores han observado frecuencias mayores que la nuestra, como Stoudemire y cols. (1996) (68-94%), con una media de 80-85%.

La distribución de estos diagnósticos psiquiátricos en sujetos de Residencias es: demencia (27,9%), depresión (16,9%), subcaso de depresión (11,8%), subcaso de demencia (11%), subcaso de ansiedad (5,9%), y ansiedad (1,5%).

En la *bibliografía* tenemos también más diagnósticos psiquiátricos que en los sujetos no institucionalizados (Finlayson y cols., 1994; Philpot y cols., 1994; Stoudemire y cols., 1996), con los siguientes datos:

- **Depresión:** los estudios coinciden en que esta patología es infradiagnosticada e infratratada en esta población (Avorn y cols., 1995; Siegler y cols., 1997). Los datos varían en un amplio margen, debido también a la diferente metodología diagnóstica empleada. Stoudemire y cols. (1997) describen un 5-43% de depresión mayor y el 30-50% de sujetos con sintomatología depresiva, Siegler y cols. (1997) un 12% de depresión y un 18-30,5% de sujetos con sintomatología depresiva, y Avorn y cols. (1992) un 33-36% de patología depresiva en sujetos de Residencias. Algunos autores apuntan una mayor incidencia en el sexo femenino (Finlayson y cols., 1994; Dealberto y cols., 1997).
- **Ansiedad:** el único estudio que hemos encontrado señala porcentajes muy superiores a los nuestros, con un 35-41% de patología ansiosa en su población (Avorn y cols., 1992).
- **Demencia:** así como los datos de esta patología en sujetos no institucionalizados era similar a los encontrados por nosotros, en sujetos de Residencias los estudios apuntan una prevalencia mayor a la observada en nuestra muestra. Lo que sí está claro que es más frecuente en este tipo de población. Stoudemire y cols. (1996) señalan que la prevalencia es de 4 veces mayor a la de los sujetos no institucionalizados, alcanzando cifras del 59-70%. Philpot y cols. (1994) observan una mayor incidencia en mujeres y edad avanzada.

#### 4.2 De la relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de medicamentos.

En nuestro trabajo demostramos que existe relación entre la presencia de diagnósticos psiquiátricos y el consumo de medicamentos, coincidiendo con autores como Johnson y Pope (1983) y Lech y cols. (1975). Esta asociación era esperable, ya que los pacientes con más psicopatología padecen también mayor número de enfermedades somáticas.

Como mostramos en la *Figura 17* de Resultados, aunque todos los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT tienen asociación estadísticamente significativa con el consumo de medicamentos, aquéllos que menos consumo tienen son los subcasos de ansiedad y los subcasos de demencia.

Wills y cols. (1997) describen que en sujetos mayores de 75 años, los pacientes con diagnóstico de demencia consumen menos medicamentos, probablemente por su dificultad para recordar o comunicar sus síntomas, o por la malinterpretación de sus síntomas por parte del personal sanitario. Esto no se aprecia en nuestro trabajo, probablemente por la presencia de un informante durante la realización de más de la mitad de las entrevistas.

#### 4.3 De la relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con el consumo de psicotropos.

Es necesario un diagnóstico correcto de las patologías psiquiátricas de los sujetos de edad avanzada, y así poder administrar un tratamiento correcto, con los psicotropos más adecuados. Por lo tanto, idealmente la prevalencia del consumo de psicotropos y los diagnósticos psiquiátricos deberían ser paralelos. En nuestro trabajo demostramos que existe un paralelismo entre estas dos variables, con una  $p < 0,001$ .

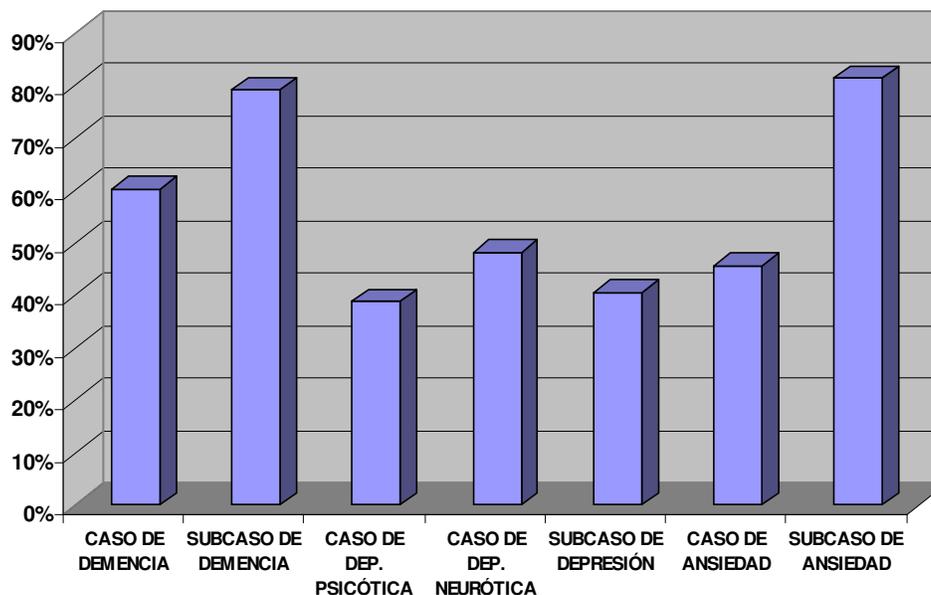
Hemos encontrado unos pocos trabajos que señalan que existe una relación positiva, y una concordancia entre estas dos variables (Vázquez Barquero y col., 1989; Takala y cols., 1993; Ohayon y cols., 1998; Douglas y cols., 1990; Aparasu y cols., 1998).

Consideramos más importante centrarnos, al ser el objetivo principal de nuestro trabajo, en aquellos sujetos con diagnósticos psiquiátricos que no consumen psicotropos, y aquellos otros sin ningún diagnóstico psicopatológico que consumen psicofármacos.

En nuestro trabajo observamos que un 60,5% de los sujetos *con diagnósticos psiquiátricos no consumen psicotropos*, con lo cual podemos presuponer que esta psicopatología es infradiagnosticada en la población pregeriátrica y geriátrica de nuestra comunidad, y por lo tanto no tratada.

Si analizamos los diferentes diagnósticos psiquiátricos, observamos que los que tienen menor consumo de psicotropos son los subcasos de ansiedad (81,4%), seguidos de los subcasos de demencia (79,2%), y en tercer lugar los sujetos diagnosticados de demencia (60,2%), como mostramos en la *Figura 35*.

**Figura 35.** Porcentaje de no consumo de psicotropos de los diagnósticos psiquiátricos.



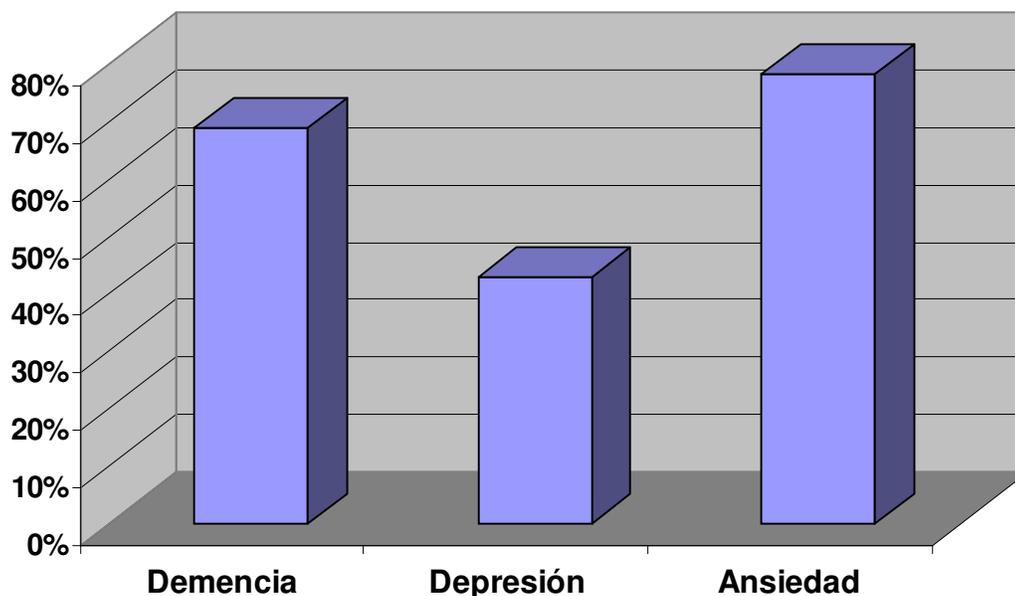
Podemos deducir que existe una elevada proporción de sujetos ancianos con demencia, depresión y ansiedad, que no consumen ningún psicotropo, siendo una de las causas fundamentales el hecho de que estas patologías están infradiagnosticadas e infratratadas en esta población.

Hemos encontrado varios estudios que también apuntan que existe un porcentaje considerable de sujetos con diagnósticos psiquiátricos que no consumen psicotropos (Ohayon y cols., 1996 y 1998), sobre todo aquellos con diagnóstico de ansiedad, depresión y subcasos de depresión.

Si agrupamos en nuestro trabajo los subcasos y los casos de estos diagnósticos obtenemos tres grandes grupos, *demencia, depresión y ansiedad*. Estos grupos tienen también, como es lógico, una asociación estadísticamente significativa con el consumo de psicotropos, pero encontramos un alto porcentaje de *no consumidores de psicotropos*.

Observamos que el grupo con menor consumo de psicotropos es el de ansiedad, con un 78,3% de sujetos sin consumo de psicofármacos, seguido por el de demencia (68,8%), y en tercer lugar el de depresión (42,9%), como mostramos en la *Figura 36*.

**Figura 36.** Porcentaje de no consumo de psicotropos en los diagnósticos psiquiátricos.



En la bibliografía los estudios también relacionan los síntomas depresivos con el consumo de psicotropos (Ohayon y cols., 1998), pero consideran que esta enfermedad está infradiagnosticada e infratratada (Ohayon y cols., 1996; Dealberto y cols., 1997).

Con respecto al diagnóstico de ansiedad, los estudios apuntan que existe relación con los problemas de salud y con las enfermedades crónicas (Fourrier y cols., 2001). Según Ohayon y cols. (1996) de los sujetos con trastornos de ansiedad, no consumen medicación un 46% en Francia y un 66% en Quebec.

En sujetos con demencia los psicotropos son el grupo de medicamentos más consumidos (Wills y cols., 1997).

Si consideramos todos los sujetos que *no son consumidores de psicotropos*, obtenemos una distribución bastante igualada de sujetos con y sin *diagnósticos*

*psiquiátricos*, con un 54,7% de sujetos sin ningún diagnóstico psiquiátrico, y un 45,3% de sujetos con algún diagnóstico psicopatológico (*Tabla 26 de Resultados*).

Por otro lado, destacamos también en nuestro estudio que existe un porcentaje considerable de sujetos que, sin tener *ningún diagnóstico psiquiátrico, consumen algún psicofármaco*. Obtenemos un 5,5% de ancianos en los que no se ha encontrado ningún diagnóstico psiquiátrico, pero que consumen psicotropos.

Analizando el grupo de los consumidores de psicotropos, apreciamos que el 9,6% de estos sujetos no tienen ningún diagnóstico psiquiátrico.

Otros trabajos han encontrado un gran porcentaje de pacientes sin diagnósticos que consumían psicotropos (Williams y cols., 1999; Ohayon y cols., 1998; Siegler y cols., 1997), con datos del 25% de los sujetos sin diagnósticos psiquiátricos con consumo de psicotropos, y del 15% de los consumidores de psicotropos sin diagnóstico de psicopatología, el 18% en el caso de benzodiazepinas (Joukamaa y cols., 1995).

En base a estos datos de nuestro estudio, y de acuerdo a muchos estudios arriba indicados, podemos deducir que en muchas ocasiones el consumo de psicotropos se utiliza más para el tratamiento de síntomas que para el tratamiento de diagnósticos psiquiátricos establecidos.

#### **4.4 De la relación de los diagnósticos psiquiátricos AGECAAT con los subgrupos de psicotropos.**

Consideramos que no es suficiente sólo con el consumo de psicotropos cuando existe un diagnóstico psiquiátrico establecido, sino que cada grupo de psicotropos estará indicado para unas determinadas psicopatologías. Para ver el grado de esta relación hemos comparado en nuestro estudio los diferentes *subgrupos de psicotropos* con los *diagnósticos psiquiátricos*, encontrando que:

- En los sujetos con diagnóstico de *depresión* un 44,1% consumen ansiolíticos, un 13,1% antidepresivos, y un 8,4% neurolépticos (*Figura 20 de Resultados*). Destaca un excesivo porcentaje de consumo de ansiolíticos en estos sujetos, un porcentaje más alto de lo esperado de neurolépticos, y muy bajo de antidepresivos. Estos datos coinciden con el Estudio Zaragoza (de la Cámara, 1999).

Estos hallazgos podrían entenderse si consideramos que, en muchas ocasiones, se administra un tratamiento de síntomas psiquiátricos, sin llegar a un tratamiento etiológico del síndrome depresivo principal.

- En los sujetos con diagnóstico de *demenia* un 39,5% consumen ansiolíticos, un 19,7% neurolépticos, y un 8,5% antidepresivos (*Figura 19 de Resultados*). En estos sujetos también existe un porcentaje más alto de lo esperado de consumo de neurolépticos y de ansiolíticos. Habría que analizar cada caso para ver la idoneidad de estos tratamientos, pero podemos intuir un abuso de estos psicotropos en estos casos, especialmente para el tratamiento de trastornos del comportamiento propios a este tipo de psicopatología. Habría que valorar la posibilidad del uso de medidas no farmacológicas para el cuidado y apoyo de estas personas (Stoudemire y cols., 1996).
- En sujetos con diagnóstico de *ansiedad* un 17,9% consumen ansiolíticos, un 4,2% antidepresivos, y un 1,6% neurolépticos (*Figura 21 de Resultados*). A la vista de los elevados consumos de ansiolíticos en los casos de depresión y demencia, en los casos de ansiedad existe una infrautilización de los mismos, que es cuando realmente estarían indicados. Esto puede deberse, de nuevo, a un incorrecto diagnóstico psiquiátrico previo al inicio del tratamiento.

En la *bibliografía* hemos encontrado varios trabajos que destacan un alto consumo de ansiolíticos en pacientes con diagnóstico de depresión (Ghodse, 1997; Philpot y cols., 1994), incluidos los sujetos de Residencias (Stoudemire y cols., 1996), y aunque en menor porcentaje también de antipsicóticos (Philpot y cols., 1994).

En el estudio de Philpot y cols. de 1994, los sujetos con diagnóstico de demencia el primer subgrupo de psicofármacos que consumen es el de los antipsicóticos, en segundo lugar el de ansiolíticos, y en tercer lugar el de antidepresivos. En el estudio de Wills y cols. (1997) en sujetos con Enfermedad de Alzheimer se describe un 15,9% de consumo de antipsicóticos.

Si estudiamos la relación entre diagnósticos psiquiátricos y consumo de psicotropos, centrándonos en los *consumidores* de cada uno de los *subgrupos de psicotropos* observamos en nuestros sujetos que:

- En los *consumidores de ansiolíticos* predominan los diagnósticos de depresión y en segundo lugar de demencia, siendo el diagnóstico de ansiedad el menos frecuente en este grupo de sujetos.
- Respecto a los ancianos *consumidores de antidepresivos* el diagnóstico de depresión es el más frecuente, sin embargo el 86,9% de los sujetos con sintomatología depresiva no consumen antidepresivos, y en cambio el 44,1% consumen ansiolíticos.
- De los sujetos *consumidores de neurolépticos* los diagnósticos más frecuentes son, por orden de frecuencia, los subcasos de depresión, las demencias, las depresiones menores, los no diagnósticos y las depresiones mayores.

En la *bibliografía* sobre el consumo de ansiolíticos, se ha observado una relación positiva con los diagnósticos psiquiátricos (Shorr y cols., 1994; Svarstad y cols., 1991; Fourrier y cols., 2001). Sin embargo se apunta a una sobreutilización de estos psicotropos (Pharoah y cols., 1995; Joukamaa y cols., 1995; Wei y cols., 1995). Hemos encontrado varios autores que demuestran también una alta relación del consumo de ansiolíticos y de la sintomatología depresiva (Taylor y cols., 1998; Fourrier y cols., 2001), con cifras de prevalencia de depresión en sujetos consumidores de ansiolíticos del 20,7% según Ohayon y cols. (1998), y del 39,4% según Grossberg y cols. (1998). Forsell y cols. (1997) destacan en su trabajo que los psicotropos más consumidos en sujetos con diagnóstico de depresión son los ansiolíticos. Todo esto a pesar de que el Formulario Británico Nacional establece que el *consumo de ansiolíticos* es para el alivio a corto plazo de estados definidos de ansiedad y no deberían usarse para tratar la depresión (Thompson y cols., 1983; Taylor y cols., 1998). Tampoco se recomienda, por regla general, su uso en pacientes con demencia.

Del *consumo de antidepresivos*, aunque se relaciona en primer lugar con los diagnósticos de depresión (Grossberg y cols., 1998), se considera que este grupo de psicotropos es infrutilizado en la población anciana (Pharoah y cols., 1995; Joukamaa y cols., 1995; Wei y cols., 1995; Aman y cols., 1995), sobre todo en sujetos de Residencias. Snowdon y cols. (1995) dan cifras de un 32% de los sujetos de Residencias con el diagnóstico de depresión, que consumen antidepresivos, y de los que no tienen depresión un 22% consumen estos psicotropos. Avorn y cols. (1995) indican que de los diagnósticos de depresión sólo un 10% están tratados con antidepresivos. Afortunadamente Conn y cols. (1999) observan una mejora de su utilización con más diagnósticos de depresión en los últimos años.

Por último, del *consumo de neurolépticos*, aunque se relaciona de forma significativa con diagnósticos psiquiátricos (Joukamaa y cols., 1995; Garrard y cols., 1995), se ha detectado la necesidad de un diagnóstico específico para su utilización, ya

que habitualmente se utilizan para el tratamiento de síntomas (Philpot y cols., 1994), sobre todo en Residencias. Stoudemire y cols. (1996) escriben que los neurolépticos no deberían estar indicados en la ansiedad, depresión menor o en el insomnio, y sin embargo hay estudios que apuntan la relación del consumo de antipsicóticos con los trastornos del ánimo (Philpot y cols., 1994), la ansiedad (Forsell y cols., 1997), y más comúnmente con la demencia (Avorn y cols., 1995; Philpot y cols., 1994; Byerly y cols., 2001), sobre todo en Residencias (Conn y cols., 1999).

Deducimos por lo tanto, en base a estos datos, que existe un abuso de ansiolíticos en los pacientes de edad avanzada, y en especial en aquéllos con diagnóstico de depresión y demencia, un uso excesivo de neurolépticos en pacientes con diagnóstico de demencia y de depresión, y un uso excesivamente bajo de antidepresivos en sujetos con diagnóstico de depresión.

## 5. DEL INSOMNIO.

### 5.1 De la descripción general del insomnio.

Nosotros hemos encontrado en nuestra población un 35,6% de sujetos con *insomnio*, y una relación con el sexo femenino y con la edad. En residencias la prevalencia asciende hasta el 41,9%, con un predominio en varones y en el grupo de edad de 85-89 años.

En la *bibliografía* en la *población general* hemos encontrado una prevalencia del 12,6-20,1% (Ohayon y cols., 1995 y 1996; Torres y cols., 1993), en los ancianos según Dealberto y cols. (1997) existe un 7,5% de sujetos con problemas serios del sueño, y de 61,2% de problemas ocasionales y moderados, y según Forsell y cols. (1997) la prevalencia de insomnio es del 14,5% en los sujetos mayores de 70 años y del 18,5% en mayores de 90 años. En Residencias Avorn y cols. (1992) apuntan un 30-33% de insomnio en los sujetos de su muestra. Todos estos datos son muy inferiores a los nuestros, debido probablemente a las diferencias metodológicas y diagnósticas de esta patología. Varios trabajos coinciden con nosotros en la mayor frecuencia en mujeres, y con la edad avanzada (Ohayon y cols., 1995 y 1996; Dealberto y cols., 1997).

### 5.2 De la relación del consumo de medicamentos con el insomnio.

Las dificultades para dormir son, en muchas ocasiones, secundarios a muchas patologías médicas, sobre todo condiciones que conllevan dolor, prurito, poliuria, ortopnea o disnea (Shorr y cols., 1994).

Es lógico, por lo tanto, que encontremos en nuestro estudio que los sujetos con insomnio son más consumidores de todo tipo de medicación, coincidiendo con otros autores (Ohayon y cols., 1995).

### 5.3 De la relación del consumo de psicofármacos con el insomnio.

El insomnio también puede ser secundario a patologías psiquiátricas, especialmente depresión y demencia.

En nuestro estudio observamos una relación más fuerte del *insomnio* con el *consumo de psicotropos*, que el descrito con el consumo de todos los medicamentos, con una  $\chi^2$  de 806,8. De los ancianos que tienen insomnio consumen psicotropos el 48,4% de ellos, y el 61,2% en Residencias. Esto se debe probablemente a que de los pacientes de nuestra muestra con insomnio, hay un 90,1% de sujetos con diagnósticos psiquiátricos, con lo que necesitarán tratamiento psiquiátrico.

Esta fuerte relación también se refleja en varios estudios de la *bibliografía* (Ohayon y cols., 1995, 1996 y 1998; Grossberg y cols., 1998; Shorr y cols., 1994;

Taylor y cols., 1998). Ohayon y cols. (1996) obtienen en sujetos con insomnio o consumo de psicotropos en Francia del 53,6% y en Quebec un 26,3% en sujetos de 15 ó más años. Dealberto y cols. (1997) encuentran que en casos de insomnio severo existe un consumo de psicotropos del 25,6%, si insomnio ocasional o moderado del 14% y sin insomnio del 6%. Pérez Poza y cols. (1996) observan esta relación en Residencias.

#### **5.4 De la relación del insomnio con los subgrupos de psicotropos consumidos.**

Como era de esperar, hay un claro predominio de los *ansiolíticos* (71%) en los sujetos con insomnio, seguido en segundo lugar por los *antidepresivos* (18%).

Este alto consumo de ansiolíticos en sujetos con insomnio es destacable también en muchos estudios de la bibliografía (Ohayon y cols., 1995; Grossberg y cols., 1998; Thompson y cols., 1983; García Fernández y cols., 1994; Shorr y cols., 1994; Avorn y cols., 1995; Taylor y cols., 1998; Allgulander y cols., 1991). Sin embargo hay trabajos que hacen hincapié en la necesidad de reducir el consumo de estos medicamentos en el insomnio, y agotar primero las medidas no farmacológicas (Jenike y cols., 1988; Shorr y cols., 1994).

### **6. DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.**

#### **6.1 De la descripción general del consumo excesivo de alcohol.**

Respecto al *consumo de alcohol* hay estudios que afirman que su prevalencia en ancianos se desconoce (Ghodse, 1997). Pero en lo que coinciden los autores, y también nosotros, es en que su prevalencia disminuye con la edad, y que es mayor en varones (Dunne, 1994; Smart y cols., 1988; Morse, 1984). Morse apunta que existe un segundo pico de prevalencia entre los 65-74 años, no objetivable en nuestra muestra.

Otros autores ha utilizado otras unidades de medida a las nuestras, por lo que los datos obtenidos en la bibliografía no son comparables a los nuestros. En población general Torres y cols. (1993) estima un consumo de alcohol en sujetos mayores de 14 años del 0,5%. Ghodse y Dunne dan cifras del 5-12% de consumo en hombres, y del 1-2% en mujeres.

#### **6.2 De la relación del consumo de medicamentos con el consumo excesivo de alcohol.**

Coincidimos con Morse en que los sujetos bebedores excesivos de alcohol, consumen más medicamentos que aquellos que no consumen alcohol de forma excesiva. Es lógico si consideramos que este consumo de alcohol conlleva una serie de trastornos somáticos, fundamentalmente hepáticos.

#### **6.3 De la relación del consumo de psicofármacos con el consumo excesivo de alcohol.**

Es llamativo en nuestro trabajo que el ser *bebedor excesivo de alcohol* está inversamente relacionado con la existencia de un *diagnóstico psiquiátrico*, de tal forma que los ancianos que consumen alcohol de forma excesiva tienen menos diagnósticos psiquiátricos. Probablemente de ahí que no hayamos encontrado una relación significativa con el consumo de psicotropos en global, ni con cada uno de sus subgrupos por separado.

Sin embargo, la mayoría de estudios de la *bibliografía* relacionan el consumo de alcohol con enfermedades mentales (Dunne, 1994; Morse, 1984). Finlayson y cols. (1994) relacionan las enfermedades mentales con los problemas con el alcohol en una

Clínica de adición a sustancias. Ghodse (1997) relaciona el consumo de alcohol con la depresión, la ansiedad, el insomnio y con la psicosis. Dunne afirma que existe relación del consumo de alcohol con el insomnio, con la depresión, y con la ansiedad, y que algunas personas de edad avanzada utilizan estas enfermedades para justificar el consumo de alcohol.

Sin embargo los estudios coinciden con nosotros en que no existe relación entre el consumo de alcohol y el consumo de psicotropos (Ohayon y cols., 1998; Mazza y cols., 1995). Pero Morse (1984) sí encontró en sujetos bebedores excesivos de alcohol, más consumo de psicotropos.

Consideramos, al igual que Jenike (1988), que los sujetos con consumo excesivo de alcohol tienen trastornos afectivos primarios, que intentan tratar bebiendo alcohol, como sustituto de determinados psicotropos.

## **VII. CONCLUSIONES**

“Gran libro es la vejez. ¡Lástima que el hombre tenga que morir cuando comienza a leerlo con provecho!”.

*José María de Pereda*



Tras la presentación de los Resultados y su Discusión, con las limitaciones metodológicas expuestas, es posible establecer las siguientes conclusiones:

### 1. Consumo de medicamentos:

- a) La *frecuencia del consumo de medicamentos*, según los criterios expuestos en la metodología, en una muestra representativa de personas de 55 ó más años de la ciudad de Zaragoza, es del 82,3%, con una *media de 2,9 medicamentos* por sujeto. La *frecuencia de "Polifarmacia"* (consumo simultáneo de 5 ó más medicamentos) es del 15,2%.
- b) El grupo ATC de medicamentos más consumido es el del Aparato Cardiovascular (54,2%), seguido por el del *Sistema Nervioso* (35,3%).
- c) Acerca de la relación del *consumo de medicamentos* con las *variables sociodemográficas*, presentan un mayor consumo, de forma estadísticamente significativa, las mujeres (86,9% vs. 76,1% en varones), los sujetos de mayor edad (siendo máxima entre los 80-84 años), los viudos (88,5%), los analfabetos (87,4%), las amas de casa y los sujetos desempleados o con incapacidad laboral (87%), y las personas que viven solas (86,6%). Existe también un mayor consumo en los sujetos con nivel económico bajo (83,3%), pero sin existir diferencias estadísticamente significativas.

### 2. Consumo de psicofármacos:

- a) La *frecuencia del consumo de psicofármacos* en nuestra muestra es del 24,7%, con una *media de 1,21 psicotropos por sujeto*. El consumo es diario o casi diario en el 76,6% de los casos. Un 1,6% toman psicofármacos por iniciativa propia.
- b) Entre los sujetos que utilizan psicofármacos, un 76,0% consume *ansiolíticos* (especialmente benzodiacepinas de vida media larga (44,2%), un 20,6% utiliza antidepresivos y un 17,0% neurolépticos.
- c) Acerca de la relación del *consumo de psicotropos* con las *variables sociodemográficas*, el consumo es mayor de forma estadísticamente significativa en mujeres (31,8% vs. 15,0% en varones), en la edad avanzada (máximo en el grupo de 85-89 años), en viudos (30,8%), y en amas de casa o desempleados (32,8%), y menor en sujetos que viven con el cónyuge o pareja (20,3%). Existe también un mayor consumo en los sujetos analfabetos (27,2%), y en aquéllos con nivel económico alto (24,9%), pero sin existir diferencias estadísticamente significativas.

### 3. Relación del consumo de medicamentos y psicofármacos con la psicopatología:

- a) Como era de esperar, los sujetos con psicopatología (incluyendo los subcasos) presentan un mayor *consumo de medicamentos* de forma estadísticamente significativa que aquéllos sin diagnósticos psiquiátricos (89,0% vs. 73,6%, respectivamente). De los sujetos con psicopatología, los que más medicamentos utilizan son aquéllos con depresión mayor (95,2%), ansiedad (95,1%), subcaso de depresión (93,1%), depresión menor (92,2%) y demencia (91,8%).
- b) También como era de esperar, los sujetos con psicopatología (incluyendo los subcasos) presentan un mayor *consumo de psicofármacos* de forma estadísticamente significativa que aquéllos sin diagnósticos psiquiátricos (39,5% vs. 5,5%, respectivamente). Por diagnósticos, los que *más psicofármacos* utilizan son aquéllos con depresión mayor (61,2%), subcaso de depresión (59,5%), ansiedad (54,3%) y depresión menor (51,8%). El consumo de psicofármacos es diario o casi diario en el 77,7% de los casos.

- c) Destaca que el 60,5% de sujetos con algún diagnóstico psiquiátrico no consumen ningún psicofármaco. Como era de esperar, se trata fundamentalmente de subcasos (de ansiedad, depresión y demencia), aunque también de casos de demencia y depresión menor.
  - d) Confirmando nuestra hipótesis, un 5,5% de *sujetos sin psicopatología* consumen algún psicotropo: en estos casos el grupo más utilizado son los neurolépticos.
  - e) Por *tipos*, los psicofármacos más utilizados por los sujetos con psicopatología son ansiolíticos (30,4%), seguidos por antidepresivos (8,3%), y neurolépticos (6,6%). En comparación con individuos sin demencia, los pacientes dementes consumen, de manera estadísticamente significativa, con mayor frecuencia neurolépticos. De manera similar, las diferencias entre sujetos deprimidos y no deprimidos son significativas: los primeros consumen con mayor frecuencia ansiolíticos, antidepresivos y neurolépticos. Los sujetos con ansiedad consumen significativamente más neurolépticos que los sujetos sin ansiedad.
  - f) Los sujetos con *insomnio* presentan un mayor consumo de medicamentos (91,2%) y de psicofármacos (48,4%) de forma estadísticamente significativa, que aquéllos sin insomnio (77,3% y 11,2% respectivamente). Un 40,4% de ellos consume ansiolíticos, un 9,9% antidepresivos y un 5,6% neurolépticos. En contra de nuestra hipótesis, los sujetos con un *consumo excesivo de alcohol* (criterios PAPPS) utilizan menos medicamentos y psicofármacos (67,6% y 16,7%, respectivamente) de forma estadísticamente significativa, que los que no son consumidores excesivos de alcohol (82,6% y 24,8%, respectivamente).
- 4. Sujetos institucionalizados:**
- a) En sujetos que viven en *Residencias* la *frecuencia de uso de medicamentos* es mayor que en la muestra total, con un 91,9% de consumo, y una *media* de 3,4 *medicamentos* por sujeto. La “*Polifarmacia*” en estos sujetos es del 24,4%.
  - b) Como era de esperar, la *frecuencia de utilización de psicofármacos* en este grupo es también mayor (37,5% de consumo, y *media* de 1,27 psicofármacos por sujeto). El *tipo más consumido* sigue siendo el de los *ansiolíticos* (74,5%), pero seguido en este caso por los neurolépticos (29,4%) y por los antidepresivos (11,8%). El *consumo a diario o casi a diario* de psicofármacos es también superior (81,4%), y todos los sujetos manifiestan utilizarlos por prescripción facultativa.
  - c) El *uso de psicofármacos en Residencias* no guarda tanta relación con los *diagnósticos psicopatológicos* como en la muestra total. El único subgrupo con una asociación estadísticamente significativa con la psicopatología es el grupo de ansiolíticos. Se observa un elevado consumo de ansiolíticos en los sujetos con depresión (43,6%) y demencia (26,4%), un consumo bajo de antidepresivos en todos los diagnósticos, incluidos los de depresión (7,7%), y un alto consumo de neurolépticos en sujetos con depresión (17,9%) y demencia (11,3%).
- 5. A modo de conclusión final**, los resultados en esta muestra poblacional representativa sugieren que existe un alto consumo de fármacos, y sería oportuno indagar en la adecuación de las prescripciones; se documenta un alto consumo de psicofármacos, con evidencias de inadecuada prescripción; y sugerencias todavía más importantes de inadecuación de la prescripción en sujetos institucionalizados. Todo ello sugiere hipótesis para nuevos estudios.

# **VIII. BIBLIOGRAFÍA**

“Los ancianos se asemejan a aquellos librotos viejos y por lo común apolillados, podridos y mal encuadernados que contienen cosas excelentes”.

*Clemente XIV.*



## A

- Alvarez Solar M, De Alaiz Rojo AT, Brun Gurpegui E, Cabañeros Vicente JJ, Calzón Frechoso M, Casío Rodríguez I, García López P. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992; 10: 812-816.
- Allgulander C, Nasman P. Regular hypnotic drug treatment in a sample of 32,679 Swedes: Associations with somatic and mental health, inpatient psychiatric diagnoses and suicide, derived with automated record-linkage. *Psychosom Med* 1991; 53: 101-108.
- Aman MG, Sarphare G, Burrow WH. Psychotropic drugs in group homes: prevalence and relation to demographic/psychiatric variables. *Am J Ment Retard* 1995; 99: 500-509.
- Aparasu RR, Mort JR, Sitzman S. Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice. *Clin Ther* 1998; 20: 603-616.
- Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, Álvarez M, González-Nuevo JP, Penedo R, Plaza F. The consumption of medications in people over age of 65 years: potential problems and associated factors. *Aten Primaria* 1998; 22: 165-170.
- ATC (1991) ATC classification index including DDDs for plain substances. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo.
- Avorn J, Dreyer P, Connelly K, Soumerai SB. Use of psychoactive medication and the quality of care in rest homes: findings and policy implications of a statewide study. *N Engl J Med* 1989; 320: 227-232.
- Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross D, Beers MH, Sherman D, Salem-Schatz R, Fields D. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med* 1992; 327: 168-173.
- Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995; 123: 195-204.

## B

- Baños JE, Farré M. Conceptos generales de biofarmacia y vías de administración. In: *Principios de Farmacología Clínica. Bases científicas de la utilización de medicamentos*. Barcelona: Masson 2002; 15-16.
- Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56: 501-9.
- Baztán JJ, González JJ, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous Editores 1994; 137-164.
- Beers M, Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Sherman DS, Salem S. Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents. *JAMA* 1988; 260: 3016-3020.
- Beers MH, Ouslander JG, Fingold SF, Morgenstern H, Reuben DB, Rogers W, Zeffren MJ, Beck JC. Inappropriate medication prescribing in skilled-nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992; 117: 684-689.
- Black SE, Blessed G, Edwarson JA, Kay DWK. Prevalence rates of dementia in an ageing population: are low rates due to the use of insensitive instruments?. *Age Ageing* 1990; 19: 84-90.
- Borson S, Doane K. The impact of OBRA-87 on psychotropic drug prescribing in skilled nursing facilities. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1289-1296.

- Burns BJ, Larson DB, Goldstrom ID. Mental disorder among nursing home patients: preliminary findings from the national nursing home survey pretest. *Int J Geriatr Psychiatry* 1988; 3: 27-35.
- Byerly MJ, Weber MT, Brooks DL, Snow LR, Worley MA, Lescouflair E. Antipsychotic medications and the elderly. *Drugs & Aging* 2001; 18: 45-61.

## C

- Campillos MT, San Laureano T, Pérez M, Blanco A. Valoración funcional de una población anciana urbana. *Salud Rural* 2001; 28: 71-80.
- Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Jiménez R, Gil A. Factores asociados al consumo de fármacos psicotrópicos en la población adulta española. Datos obtenidos de las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 1993, 1995 y 1997. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 324-9.
- Cartwright A, Smith C. *Elderly people: their medicines and their doctors*. London: Routledge; 1988.
- Casado JM, González N, Moraleda S, Carmona J, Gómez RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 167-173.
- Castells X, Mercadé L, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. In: Informe SESPAS 2002 (Fecha de acceso 30 de Julio 2002). URL disponible en: [http://www.sespas.es/fr:\\_inf.html](http://www.sespas.es/fr:_inf.html).
- Censo de Población y Viviendas de 1991, Instituto Nacional de Estadística (Fecha de acceso 10 de Marzo 2002). In.: [www.ine.es](http://www.ine.es).
- Censo de Población y Viviendas de 2001, Instituto Nacional de Estadística (Fecha de acceso 30 de Julio 2002). In.: [www.ine.es](http://www.ine.es).
- CIE-10. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnosis guidelines*. Geneva, 1992.
- Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1182-1189.
- Colvez A, Carrière I, Castex A, Favier F. In search of a typology of drugs used by the aged living in the community. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002; 50: 121-133.
- Conn DK, Ferguson I, Mandelman K, Ward C. Psychotropic drug utilization in long-term-care facilities for the elderly in Ontario, Canada. *Int Psychogeriatr* 1999; 11: 223-233.
- Copeland JRM, Davidson IA, Dewey ME, Gilmore C, Larkin BA, McWilliam C, Saunders PA, Scott A, Sharma V, Sullivan C. Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 230-239.
- Copeland JRM, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. Dementia and depression in elderly persons: AGE-CAT compared with DSM-III and pervasive illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990; 5: 47-51.
- Copeland JRM, Dewey ME, Henderson AS, Kay DWK, Neal CD, Harrison MAM, McWilliam C, Forshaw D, Shiwach R. The Geriatric Mental State (GMS) used in the community: replication studies of the computerised diagnosis AGE-CAT. *Psychol Med* 1988; 18: 219-223.
- Copeland JRM, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness amongst the elderly in the community: prevalence in Liverpool using the GMS-AGE-CAT package. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 815-823.

- Copeland JRM, Gurland BJ, Dewey ME, Kelleher MJ, Smith AMR, Davidson IA. Is there more dementia, depression and neurosis in New York? a comparative study of the elderly in New York and London using the computer diagnosis AGE-CAT: *Br J Psychiatry* 1987; 151: 466-473.
- Copeland JRM, Kelleher MJ, Kellett JM, Gourlay J, Gurland BJ, Fleiss JL, Sharpe L. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. *Psychological Medicine* 1976; 6: 439-449.
- Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupos de expertos del PAPPS. *Aten Primaria* 1999; 24 (Suppl 1): 118-132.
- Cruz AJ, Martínez E, Ribera JM. Valor pronóstico de la evaluación funcional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 1992; 27: 16.
- Cruz AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Geront* 1991; 26: 338-248.

## CH

- Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26: 129-140.
- Chrischilles EA, Foley DJ, Wallace RB, Lemke JH, Semla TP, Hanlon JT, Glynn RJ, Ostfeld AM, Guralnik JM. Use of medications by persons 65 and over: data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *J Gerontol* 1992; 47: M137-44.

## D

- Damestoy N, Collin J, Lalande R. Prescribing psychotropic medication for elderly patients: some physicians' perspectives. *CMAJ* 1999; 161: 143-145.
- De la Cámara Izquierdo C. Estudio de prevalencia y seguimiento de depresión en el anciano en una muestra comunitaria. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza, 1999.
- De Leo D, Spagnoli A. Prescription of psychotropic drugs in geriatric institutions. *Int J Geriatr Psychiatry* 1989; 4: 11-16.
- Dealberto MJ, Seeman T, McAvay GJ, Berkman L. Factors related to current and subsequent psychotropic drug use in an elderly cohort. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 357-364.
- Del Ser T, Peña J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Ed. Prous SA; 1994.
- Dewey ME, Copeland JRM, Lobo A, Saz P, Día JL. Computerised diagnosis from a standardised history schedule: a preliminary communication about the organic section of the HAS-AGE-CAT system. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1992; 7: 443-446.
- Dewey ME, Copeland JRM. Computerised psychiatric diagnosis in the elderly: AGE-CAT. *J Microcomput Appl* 1986; 9: 135-140.
- Día JL. Psicopatología cognitiva en una muestra representativa de ancianos de la población general. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza, 1992.
- Douglas RL, Christensen DB, Stergachis A. Medical and psychosocial factors predictive of psychotropic drugs use in the elderly patients. *Am J Pharmacol* 1990; 80: 31-35.
- DSM-III-R. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987; 103-123.

- Dunbar GC, Perera MH, Jenner FA. Patterns of benzodiazepine use in Great Britain as measured by a general population survey. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 836-841.
- Dunne FJ. Misuse of alcohol or drugs by elderly people. *Br Med J* 1994; 308: 608-609.

## F

- Fernández. Habilidades en Salud Mental. Psicofármacos en el anciano (y II): interacciones farmacológicas. *Medicina General* 1999; 16: 39-45.
- Finlayson RE, Davis LJ Jr. Prescription drug dependence in the elderly population: demographic and clinical features of 100 inpatients. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 1137-1145.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189-198.
- Forsell Y, Winblad B. Psychiatric disturbances and the use of psychotropic drugs in a population of nonagenarians. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 533-536.
- Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Begaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57: 419-425.

## G

- García Alvarez C. La industria farmacéutica ante el doble reto del envejecimiento. *Re Neurol* 1997; 25 (Suppl 1): S76-82.
- García Fernández JJ, González Pérez C, Martín Sánchez MD, Sánchez Baragano MA, Bernardo Vega J, Menéndez Rodríguez MA. Consumption of psychotropic drugs by the aged. *Rev Sanid Hig Publica Madr* 1994; 68: 303-310.
- Garrard J, Makris L, Dunham T, Heston LL, Cooper S, Ratner ER, Zeltermann D, Kane RL. Evaluation of neuroleptic drug use by nursing home elderly under proposed Medicare and Medicaid regulations. *JAMA* 1991; 265: 463-467.
- Garrard J, Chen V, Dowd B. The impact of the 1987 federal regulations on the use of psychotropic drugs in Minnesota nursing homes. *Am J Public Health* 1995; 85: 771-776.
- Ghodse AH. Substance misuse by the elderly. *Br J Hosp Med* 1997; 58: 451-453.
- Gilleard CJ, Smits C, Morgan K. Changes in hypnotic usage in residential homes for the elderly: a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr* 1984; 3 : 223-228.
- Gómez Peligros A, Varona López W, Alonso Atienza MC, García Jimeno L, Menéndez Obregón J. Self-perceived health, the use of services and drug consumption in a noninstitutionalized older population. *Aten Primaria* 1993; 11: 233-238.
- Gri E, Vázquez F, Barroso A, Cantero M, Monjo M, Juncosa S, Planes A, Ribas A. The consumption of drugs and natural remedies in the older population of a rural area. *Aten Primaria* 1999; 23: 455-460.
- Gri E, Vázquez F, Barroso A, Cantero M, Monjo M, Juncosa S, Planes A, Ribas A. Drugs and natural remedies consumption by elderly people in a rural area. *Aten-Primaria* 1999; 23: 455-460.
- Grossberg GT, Grossberg JA. Epidemiology of psychotherapeutic drug use in older adults. *Clin Geriatr Med* 1998; 14: 1-5.
- Gurwitz JH. Suboptimal medication use in the elderly. The tip of the iceberg (editorial). *JAMA* 1994; 272: 316-317.

**H**

- Hendrie HC, Gao S, Hall KS, Hui SL, Unverzagt FW. The relationship between alcohol consumption, cognitive performance and daily functioning in an urban sample of older black americans. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44: 1158-1165.
- Helgason T, Bjornsson JK, Zoega T, Thorsteinsson HS, Tomasson H. Psychopharmacoevidence in Iceland: effects of regulations and new medications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247: 93-99.
- Helling DK, Lemke JH, Semla TP, Wallace RB, Lipson DP, Cornoni J. Medication use characteristics in the elderly: the Iowa 65+ Rural Health Study. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 4-12.
- Hernández JL. Evaluación de los niveles de deterioro cognoscitivo en la población geriátrica del Hospital Provincial de Teruel. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza, 1992.

**I**

Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España, año 1998. Madrid, 1999.

**J**

- Jenike MA. Psychoactive drugs in the elderly: antidepressants. *Geriatrics* 1988; 43: 43-50, 53, 57.
- Jenike MA. Psychoactive drugs in the elderly: antipsychotics and anxiolytics. *Geriatrics* 1988; 43: 53-7, 61-2, 65.
- Johnson RE, Pope CR. Health status and social factors in nonprescribed drug use. *Med Care* 1983; 21: 225-233.
- Johnson RE, Vollmer WM. Comparing sources of drug data about the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1079-1084.
- Jorgensen T, Johansson S, Kennerflak A, Wallander MA, Svardsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Ann Pharmacother* 2001; 35: 1004-1009.
- Jorgensen TM, Isacson DG, Thorslund M. Prescription drug use among ambulatory elderly in a Swedish municipality. *Ann Pharmacother* 1993; 27: 1120-1125.
- Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. The prescription of psychotropic drugs in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 359-364.

**K**

- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
- Kaufman D, Kelly J, Rosenberg L, Mitchell A. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. *JAMA* 2002; 287: 337-344.
- Kennerfalk A, Ruiggomez A, Wallander MA, Wilhelmsen L, Johansson S. Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United Kingdom. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 797-803.
- Kruse W, Rampmaier J, Frauenrath C, Volkert D, Wankmuller I, Micol W, Oster P, Schlierf G. Drug-prescribing patterns in old age. A study of the impact of

hospitalization on drug prescriptions and follow-up survey in patients 75 years and older. *Eur J Clin Pharmacol* 1991; 41: 441-447.

## L

- Lantz MS, Giambanco V, Buchalter EN. A ten-year review of the effect of OBRA-87 on psychotropic prescribing practices in an academic nursing home. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 951-955.
- Lassila HC, Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Gilby JE, Belle SH, Echement DA. Use of prescription medications in an elderly rural population: the moVIES Project. *Ann Pharmacother* 1996; 30: 589-95.
- Laukkanen P, Heikkinen E, Kauppinen M, Kallinen M. Use of drugs by non-institutionalized urban Finns born in 1904-1923 and the association of drug use with mood and self-rated health. *Age Ageing* 1992; 21: 343-352.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
- Lech SV, Friedman GD, Ury HK. Characteristics of heavy users of outpatient prescription drugs. *Clin Toxicol* 1975; 8: 599-610.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 809-17.
- Lobo A, Escolar V, Ezquerra J, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica* 1980; 14: 39-57.
- Lobo A, Ezquerra J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1979; 3: 189-202.
- Lobo A, Saz P, Día JL, González J.L. El Geriatric Mental State en poblaciones españolas: estudio de validación de parámetros "orgánicos" y "afectivos". *Actas XIII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Madrid, Spain; Sociedad Española de Psiquiatría Biológica 1988; 1: 333-340.
- Lobo A, Saz P, Día JL, Pérez MJ. Sobre el porqué de la investigación epidemiológica en las demencias. *Actas de la XIII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Madrid: Arán Editores 1988: 311-321.
- Lobo A, Saz P, Día JL. The AGE-CAT "organic" section as a screening instrument for minor cognitive deficits. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa* 1990; 15: 212-215.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, Morales F, Pascual LF, Montañés JA, Aznar S. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clínica (Barcelona)* 1999; 112: 767-774.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European Population: the Zaragoza Study. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 497-506.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, Montañés JA, Lobo-Escolar A, Aznar S. Prevalence of "organic brain syndrome" in a Southern European population in two different time periods. The ZARADEMP Project. *Eur J Psychiat* 2005; 19: 112-119.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, Montañés JA, Lobo-Escolar A, Aznar S. The ZARADEMP Project on the incidence, prevalence and risk

- factors of dementia (and depression) in the elderly community: I. The context and the objectives. *Eur J Psychiat* 2005; 19: 31-39.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, Montañés JA, Lobo-Escolar A, Aznar S. The ZARADEMP Project on the incidence, prevalence and risk factors of dementia (and depression) in the elderly community: II. Methods and first results. *Eur J Psychiat* 2005; 19: 40-54.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. The prevalence of Dementia and Depression in the elderly community in a southern european population. The Zaragoza study. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 497-506.
- Lobo A, Ventura T, Marco C. Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: prevalence of disorder and validity of screening. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990; 5: 83-91.
- López Torres J, Cerda Diaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casalderrey C, Otero Puime A. Factors associated with chronic drug consumption in the elderly. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 572-6.

## M

- Magnússon H. Mental health of octogenarians in Iceland. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79 (suppl 349): 1-112.
- Mann AH, Graham N, Ashby D. The prescription of psychotropic medication in local authority old people's homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 1986; 1: 25-29.
- Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Delgado Nicolás MA, Sánchez González R. The consumption of psychoactive drugs in primary care. *Aten-Primaria* 1997; 19: 47-50.
- Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Psychotropic drug use by women: current prevalence and associations. *Med J Aust* 1995; 163: 86-89.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 4: 939-944.
- CMA policy summary. Medication use and the elderly. Canadian Medical Association. *CMAJ* 1993; 149: 1152A-1152D.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Montorio I. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales e IMSERSO 1994: 43-69.
- Morse RM. Alcohol and the elderly. *Geriatrics* 1984; 39: 28-29.

## N

- Nolan N, O'Malley K. The need for a more rational approach to drug prescribing for elderly people in nursing homes. *Age Ageing* 1989; 18: 52-56.

## O

- Ohayon M. Epidemiological study on insomnia in a general population. *Sleep* 1996; 19: S7-S15.
- Ohayon MM, Caulet M. Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 457-464.
- Ohayon MM, Caulet M. Insomnia and psychotropic drug consumption. *Prog Neuro-psychopharmacol & Biol Psychiat* 1995; 19: 421-431.
- Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 273-83.
- OMS. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un Grupo Científico de la OMS sobre la Epidemiología del Envejecimiento: OMS; 1984. Report N°: 706.
- OMS. El consumo de medicamentos en seis países Europeos durante 1966-1967: Oficina Regional de la OMS para Europa; 1968.
- Oppenheimer C, Jacoby R. Assesment of the elderly patient: psychiatric examination. In: Jacoby R, Oppenheimer C, eds. *Psychiatry in the elderly*. Oxford, England: Oxford Medical Publications; 1991: 169-198.

## P

- Pascual Pastor F. Perspectivas históricas del consumo de alcohol. En: Cuevas Badenes J, Sanchís Fortea M. *Tratado de alcoholología*. Madrid: Ed. Nilo 2000; 17-43.
- Pedrerá Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García M, Postigo Mota S, Sánchez Belda M, Durán Gómez N. Estudio de salud de las personas mayores en extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 677-686.
- Pérez Guille G, Camacho Vieyra A, Toledo López A, Guille Pérez A, Flores Pérez J, Rodríguez Pérez R, Juárez Olguin H, Lares Asseff I. Patterns of drug consumption in relation with the pathologies of elderly Mexican subjects resident in nursing homes. *J Pharm Sci* 2001; 4: 159-166.
- Pérez Poza A, Merino F, Freire I, Exposito A. Psychotropic drugs use in 3 geriatric homes. *Aten Primaria* 1996; 18: 100-101.
- Perry BA, Turner LW. A prediction model for polypharmacy: are older, educated women more susceptible to an adverse drug event?. *J Women Aging* 2001; 13: 39-51.
- Pharoah PD, Melzer D. Variation in prescribing of hypnotics, anxiolytics and antidepressants between 61 general practices. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 595-599.
- Philpot M, Puranik A. Psychotropic drugs, aging and community care. *Drugs Aging* 1994; 5: 235-241.
- Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J, Magno J. Prescribing trends in psychotropic medications. *Journal of the American Medical Association* 1998; 279: 526-531.
- Poole C, Jones D, Veitch B. Relationships between prescription and non-prescription drug use in an elderly population. *Arch Gerontol Geriatr* 1999; 28: 259-271.
- Primrose WR, Capewell AE, Simpson GK, Smith RG. Prescribing patterns observed in registered nursing homes and long-stay geriatric wards. *Age ageing* 1987; 16: 25-28.

## Q

Quetglas Ferriol, B. Consumo de alcohol (y vino en particular) en una muestra representativa de la población de 55 o más años de la ciudad de zaragoza: relación con el rendimiento cognoscitivo (y con otras psicopatologías) y estudio caso-control como posible factor de riesgo de demencia. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. 2004.

## R

Ramos Cedeño AM, Milián Vázquez PM, Fonseca León JL, Quirós Enríquez M. Determinación de polifarmacoterapia en pacientes geriátricos de un consultorio del médico de la familia cienfuegos. *Rev Cubana Farm* 2000; 34: 170-174.

Rathore SS, Mehta SS, Boyko WL, Schulman KA. Prescription medication use in older Americans: a national report card on prescribing. *Fam Med* 1998; 30: 733-739.

Ribera Casado JM. Investigación en envejecimiento hoy: principales retos de salud. Perspectiva desde la Geriatria. *Re Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (S3): 7-12.

Roe CM, McNamara AM, Motheral BR. Gender and age related prescription drug use patterns. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 30-9.

## S

Salva A, Vellar B, Albarede JC. Evaluación gerontológica. Primeros resultados de una unidad de evaluación geriátrica. *Rev Gerontol* 1994; 4: 174-179.

San José A, Sancho J, Jacas C. Colaboración entre una unidad funcional de geriatría y un servicio de cirugía vascular en la atención de pacientes ancianos con artereopatía periférica durante el ingreso en el hospital de agudos. *Rev Gerontol* 1994; 1: 30-35.

San José A. Implantación de una unidad funcional interdisciplinaria de geriatría en un hospital general. Presentación de los primeros pacientes y del modelo de intervención. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 3: 12-18.

Saz P, Copeland JR, de la Cámara C, Lobo A, Dewey ME. Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91: 18-22.

Saz P, Día JL, De la Cámara C, Carreras S, Marcos G, Lobo A. Reliability and validity of the Spanish version of the GMS-AGECAT package for the assessment of dementia and cognitive disturbances. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11; 721-728.

Saz P, Lobo A, Grupo ZARADEMP. La batería GMS-AGECAT en la investigación epidemiológica y evaluación de las demencias. *Informaciones Psiquiátricas* 1998; 153-154: 463-477.

Saz P. La batería GMS-AGECAT (Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy) en la población geriátrica española: Validación y estudio de su utilidad en una muestra representativa de la comunidad. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza, 1991.

Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, Abril 2002 (Fecha de acceso 30 de Mayo de 2002). In.: [www.madrid2002-envejecimiento.org/](http://www.madrid2002-envejecimiento.org/).

Shorr RI, Fought RL, Ray WA. Changes in antipsychotic drug use in nursing homes during implementation of the OBRA-87 regulations. *JAMA* 1994; 271: 358-362.

Shorr RI, Robin DW. Rational use of benzodiazepines in the elderly. *Drugs-Aging* 1994; 4: 9-20.

- Siegler EL, Capezuti E, Maislin G, Baumgarten M, Evans L, Strumpf N. Effects of a restraint reduction intervention and OBRA '87 regulations on psychoactive drug use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 791-796.
- Simoni L. The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9: 289-297.
- Smart RG, Adlaf EM. Alcohol and drug use among the elderly: trends in use and characteristics of users. *Can J Public Health* 1988; 79: 236-242.
- Snowdon J. Medication use by elderly persons in Sydney. *Aust J Ageing* 1993; 12: 14-21.
- Snowdon J, Vaughan R, Miller R, Burgess EE, Tremlett P. Psychotropic drug use in Sydney nursing homes. *Med J Aust* 1995; 163: 70-72.
- Stasiewicz PR, Bradizza CM, Connors GJ. Subject-collateral reports of drinking in inpatient alcoholics with comorbid mental disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 1997; 21: 530-536.
- Stoudemire A, Smith DA. OBRA regulations and the use of psychotropic drugs in long-term care facilities: impact and implications for geropsychiatric care. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 77-94.
- Straand J, Rokstad KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract* 1999; 16: 380-388.
- Stuck A, Gloor B, Pfluger D, Minder C, Beck J. Sex differences in drug use by over 75-year-old persons at home: an epidemiologic study in Bern. *Z Gerontol Geriatr* 1995; 28: 394-400.
- Svarstad BL, Mount JK. Nursing home resources and tranquilizer use among the institutionalized elderly. *J Am Geriatric Soc* 1991; 39: 869-875.

## T

- Takala J, Ryyanen OP, Lehtovirta E, Turakka H. The relationship between mental health and drug use. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 256-258
- Taylor S, McCracken CF, Wilson KC, Copeland JR. Extent and appropriateness of benzodiazepine use. Results from an elderly urban community. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 433-438.
- Thomas HF, Sweetnam PM, Janchawee B, Luscombe DK. Polypharmacy among older men in South Wales. *Eur J Clin Pharmacol* 1999; 55: 411-415.
- Thompson TL, Moran MG, Nies AS. Psychotropic drug use in the elderly. *New England Journal of Medicine* 1983; 308: 134-138.
- Tomas MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soler J, López M. Chronic drug prescription for geriatric patients at an urban health centre. *Aten-Primaria* 1999; 23: 121-126.
- Torres C, Orgaz P, Lozano F, Sánchez MH, Pinnel MF, Tojeiro S, Laín N. Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción. *Aten Primaria* 1993; 11: 385-387.

## V

- Valderrama Gama E, Pérez del Molino Martín J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 297-306.
- Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Palacios Diaz A, Gabarre Orus P, Pérez del Molino Martín J. Drug consumption by the elderly: results of population studies. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 209-19.

- Vázquez Barquero JL, Díez JF, Peña C, Arenal A, Cuesta MJ, Artal JA. Patterns of psychotropic drug use in a Spanish rural community. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 633-641.
- Veehof LJ, Stewart RE, Meyboom-de Jong B, Haaijer-Ruskamp FM. Adverse drug reactions and polypharmacy in the elderly in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1999; 55: 533-536.
- Vega Quiroga S, López Gay L, Bermejo Pareja F, de la Rosa Gil L, De Bustos Tabernero M, Sampedro López MD, Fraile Jimeno M, Duran Parra F, Moreno Sobrino T, Gabriel Sánchez R. Drug consumption by people over 60 years of age in a rural area. *Aten Primaria* 1996; 17: 496-500.
- Vérez Vivero L, Fernández Merino MC, Gude Sampedro F, Tato Campos A, Rey García J, Beceiro Díaz F. Consumo de fármacos en ancianos y su relación con variables socioeconómicas y autopercepción de salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 151-155.
- Vestal RE. Aging and pharmacology. *Cancer* 1997; 80: 1302-1310.

## W

- Walley T, Scott AK. Prescribing in the elderly. *Postgrad Med J* 1995; 71 (838): 466-471.
- Weedle PB, Poston JW, Parish PA. Use of hypnotic preparations by elderly people in residential homes. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 156-158.
- Wei H, Young D, Lingjiang L, Shuiyuan X, Jian T, Hanshu S, Zhunghong Y, Xiouying T, Xudong W. Psychoactive substance use in three sites in China: gender differences and related factors. *Addiction* 1995; 90: 1503-1515.
- Wilcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA* 1994; 272: 292-296.
- Williams BR, Nichol MB, Lowe B, Yoon PS, McCombs JS, Margolies J. Medication use in residential care facilities for the elderly. *Ann Pharmacother* 1999; 33: 149-155.
- Wills P, Claesson CB, Fratiglioni L, Fastbom J, Thorslund M, Winblad B. Drug use by demented and non-demented elderly people. *Age Ageing* 1997; 26: 383-391.
- Wills P, Claesson CB, Fratiglioni L, Fastbom J, Thorslund M, Winblad B. Drug use by demented and non-demented elderly people. *Age Ageing* 1997; 26: 383-391.



# **IX. ANEXO I**



# **ZARADEMP-I**

**ESTUDIO EUROPEO DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA Y  
GERIÁTRICA DE ZARAGOZA**

**PROYECTOS EURODEM Y EURODEP DE LA COMUNIDAD  
EUROPEA: PROGRAMA BIOMED-1**

## **SECCIONES**

- 01.- ENTREVISTADOR Y ENTREVISTA.
- 02.- DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS.
- 03.- ESTADO DE SALUD.
- 04.- EXPLORACIÓN COGNOSCITIVA.
- 05.- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES.
- 06.- ANTECEDENTES MÉDICO/PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES.
- 07.- MEDICIONES.
- 08.- EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA (GMS-B, HAS).
- 09.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES.
- 10.- STATUS FUNCIONAL.
- 11.- PREGUNTAS AL INFORMANTE.
- 12.- CONSIDERACIONES FINALES.
- 13.- ÍTEMS DE OBSERVACIÓN GMS.
- 14.- FIABILIDAD.
- 15.- RESUMEN FINAL.
- 16.- DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.

CODIGO DE ENTREVISTADO.....|\_|\_|\_|\_|\_|

FECHA DE LA ENTREVISTA.....|\_|\_|\_|\_|\_|  
 día mes año

### 1.- DATOS DE ENTREVISTADOR y DE LA ENTREVISTA

HORA DE COMIENZO.....|\_|\_|\_|\_|\_| 01001  
 hora min

HORA DE FINALIZACION .....|\_|\_|\_|\_|\_| 01002  
 hora min

ENTREVISTADOR: Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

CODIGO DE ENTREVISTADOR.....|\_|\_|\_|\_|\_| 01003

ENTREVISTA.....|\_|\_| 01004

- 1.- Completa
- 2.- Incompleta
- 3.- No realizada

PARA ENTREVISTA NO REALIZADA:.....|\_|\_| 01005

- 1.- Traslado de residencia
- 2.- No acepta responder por decisión personal
- 3.- No acepta responder por presión familiar
- 4.- Imposibilidad de responder por enfermedad
- 5.- Fallecimiento
- 6.- Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

#### EN CASO DE NO RESPONDER POR ENFERMEDAD:

DIAGNOSTICO\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|\_| 01006

|\_|\_|\_|\_|\_| 01007

#### EN CASO DE FALLECIMIENTO:

FECHA (Día/mes/año)

|\_|\_|||\_|\_|||\_|\_| 01008

CAUSA \_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|\_| 01009

EN CASO DE ENTREVISTA REALIZADA.....|\_|\_| 01010

- 1.- Presente únicamente el encuestado
- 2.- Presencia familiar NO participativa
- 3.- Presencia familiar participativa positiva  
*(Ayuda al encuestado a recordar algunos antecedentes personales o familiares)*
- 4. - Presencia familiar participativa negativa  
*(Hace cambiar de opinión al encuestado sistemáticamente o interfiere continuamente la entrevista)*
- 5. - Presencia de otra persona

LUGAR DE LA ENTREVISTA .....|\_|\_| 01011

- 1.- Casa del entrevistado
- 2. - Casa de un familiar
- 3. - Hospital
- 4. - Residencia de ancianos
- 5. - Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

CON QUIEN VIVE.....|\_|\_| 01012

- 1.- Solo
- 2.- Con el cónyuge
- 3.- Hijos
- 4.- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

## 2.- DATOS SOCIO - DEMOGRAFICOS

### DEMOGRAFICOS

**FECHA DE NACIMIENTO:** ..... |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| 02001

**SEXO:** (1. Varón, 2. Mujer) ..... |\_| 02002

**ESTADO CIVIL:** (1. Soltero, 2. Casado/pareja, 3. Separado/divorciado, 4. Viudo, 5. Religioso) ..... |\_| 02003

**RESIDENCIA DE NACIMIENTO:**

Provincia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|\_| 02004

**LUGAR DE MAYOR TIEMPO DE RESIDENCIA:**

Provincia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|\_| 02005

Años vividos ..... |\_|\_| 02006

**AÑOS VIVIDOS EN ZARAGOZA** ..... |\_|\_| 02007

### CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICO-CULTURALES

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN** ..... |\_| 02008

- 1.- Analfabeto
- 2.- Alfabeto
- 8.- No sabe/ sin datos
- 9.- No preguntado

**EDAD DE INICIO DE LOS ESTUDIOS (AÑOS)** ..... |\_|\_| 02009

**EDAD DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS (AÑOS)** ..... |\_|\_| 02010

**MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS (FORMALES) COMPLETADOS:** ..... |\_|\_| 02011

- 01.- Ninguno
- 02.- Primarios incompletos
- 03.- Primarios completos
- 04.- Formación profesional (escuela de oficio) incompleta
- 05.- Formación profesional (escuela de oficio) completa
- 06.- Bachillerato incompleto (incluye elemental)
- 07.- Bachillerato completo (hasta 6º y/o preU)
- 08.- Graduado, diplomado o tres años de licenciatura o universidad incompleta
- 09.- Licenciado, ingeniero superior
- 88.- No sabe/ sin datos
- 99.- No preguntado

**SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL DESARROLLADA** ..... |\_|\_| 02012

- 01.- Ama de casa
- 02.- Desempleado
- 03.- Capataz agropecuario
- 04.- Peón agropecuario
- 05.- Propietario agropecuario
- 06.- Trabajador manual no cualificado ni especializado
- 07.- Trabajador manual cualificado o especializado
- 08.- Pequeño negociante
- 09.- Encargado de almacén, negocio
- 10.- Servicio doméstico
- 11.- Trabajador no especializado del sector servicios
- 12.- Auxiliar administrativo
- 13.- Oficinista/empleo de nivel medio
- 14.- Oficinista/empleo de alto nivel
- 15.- Profesional medio (profesor instituto, cargo directivo en sucursal bancaria u otra empresa menor, etc)
- 16.- Profesional alto (liberal, profesor universidad, ejecutivo en empresa, etc)
- 17.- Militar, policía, cuerpos seguridad
- 18.- Invalidez, incapacidad laboral
- 19.- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_
- 88.- No sabe/ sin datos
- 99= No preguntado

**SUPERVISIÓN DE PERSONAL** ..... |\_|\_| 02013

- 0.- No
- 1.- Sí, supervisor en empresa ajena
- 2.- Sí, supervisor en empresa propia

**NÚMERO DE TRABAJADORES A SU CARGO** ..... |\_|\_|\_| 02014

- 777.- ninguno, no procede
- 888.- No sabe/ sin datos
- 999.- No preguntado

**TRABAJO EN INDUSTRIAS/RAMAS ESPECÍFICAS** ..... |\_|\_| 02015

- 01.- Textil
- 02.- Metalurgia
- 03.- Alimentación
- 04.- Transportes
- 05.- Ingeniería mecánica
- 06.- Construcción
- 07.- Industrias de la madera
- 08.- Industrias del calzado
- 09.- Industrias del papel
- 10.- Química
- 11.- Eléctrica
- 12.- Imprenta, editorial,...
- 13.- Sanidad
- 14.- Educación
- 15.- Otros
- 16.- No empleado (desempleado, ama de casa)
- 88.- No sabe/ sin datos
- 99.- No preguntado

\*\*\*\*\*  
 \* LO QUE SIGUE A CONTINUACIÓN SE PREGUNTARÁ EN LA PARTE FINAL DE LA ENTREVISTA \*  
 \*\*\*\*\*

**SITUACIÓN ECONÓMICA:** (888= No sabe/ sin datos, 999= No preguntado)

**Ingresos mensuales del paciente:** (en miles de ptas.) ..... |\_|\_|\_| 02016

**Ingresos mensuales del cabeza de familia (si no es el paciente):** (en miles de ptas.) ..... |\_|\_|\_| 02017

**Otros ingresos familiares:** \_\_\_\_\_ (en miles de ptas.) ..... |\_|\_|\_| 02018

**CLASIFICACIÓN NACIONAL DE CLASE SOCIAL (BETÉS Y SARRIÉS):** ..... |\_|\_|\_| 02019

- 01.- Baja/baja
- 02.- Baja/media
- 03.- Baja/alta
- 04.- Media/baja
- 05.- Media/media
- 06.- Media/alta
- 07.- Alta/baja
- 08.- Alta/media
- 09.- Alta/alta
- 88.- No sabe/falta dato
- 99.- No preguntado

**3.- ESTADO DE SALUD**

*Ya verá, como le he explicado, estamos interesados y estamos estudiando el tipo de problemas de salud que puede tener la gente, la población adulta y geriátrica. Si me permite, le haré algunas preguntas. No se preocupe si algunas de las preguntas le parecen curiosas o extrañas, seguro que alguna de ellas no sirve para usted, pero es que debemos preguntar a todos lo mismo.*

*Esperar hasta que el entrevistado se acomode y esté en disposición de atenderle.*

*Para empezar, le voy a decir mi apellido y me gustaría que usted lo recordara.*

(1) **Mi apellido es..... ¿PUEDE REPETIRLO?** ..... |\_| 03001  
*(Repetir lentamente el apellido hasta su correcta repetición. Se permiten tres intentos. Se admiten fallos menores de pronunciación).*

- 0.- Repetición correcta.
- 1.- No puede repetirlo

**Bien, pues en relación con su salud, que es el motivo principal de esta entrevista:  
 ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE?**

*Si contesta afirmativamente, dejarle hablar brevemente, anotar en resumen lo que diga espontáneamente y, a continuación, preguntar lo siguiente:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quizás tenga usted algún informe médico a mano, ¿PODRÍA ENSEÑÁRMELO?**

*En caso afirmativo, reservar TODA la información obtenida para la sección ANTECEDENTES MEDICOS más adelante.*

**MEDICACION**

**Luego comentamos en detalle estos informes/estas enfermedades que ha tenido/tiene. Si no le importa, querría preguntarle también si:**

(2) **¿ESTÁ VD. TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?** (0. No, 1. Si) ..... |\_| 03002

==== Si no toma ningún medicamento, pasar a la pregunta n° 3

**¿CUÁLES SON Y CON QUÉ FRECUENCIA LAS TOMA?**

*(Pedir los frascos y comprobar la información).*

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical). Ver codificación.

(Prescripción= 1.- Facultativa documentada, 2.- Facultativa NO documentada, 3.- Iniciativa propia, 8.- Duda)

(Frecuencia= 1.- A diario/casi diario, 2.- Esporádico)

Nombres	ATC	Prescripción	Frecuencia	Código
	_	_  03003	_  03004	_ _ _ _  03005
	_	_  03006	_  03007	_ _ _ _  03008
	_	_  03009	_  03010	_ _ _ _  03011
	_	_  03012	_  03013	_ _ _ _  03014
	_	_  03015	_  03016	_ _ _ _  03017
	_	_  03018	_  03019	_ _ _ _  03020
	_	_  03021	_  03022	_ _ _ _  03023

**JUICIO RESUMEN** ..... |\_| 03024

- 0.- NO está tomando medicamentos prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.  
 1.- Está tomando medicamentos prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.  
 2.- Está tomando medicamentos NO prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.

**ABUSO DE DROGAS**(3) **¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DEL QUE NO PUEDA PRESCINDIR (por ejemplo, pastillas..... |\_| 03025 para dormir, o para tranquilizarse), O ALGUNA DROGA?**

(Alguna de las drogas adictivas o que originan hábito, listadas abajo)

- 0.- No  
 1.- Sí

- En caso afirmativo rellenar **COMPLETAMENTE** la tabla:

Puntuar en la columna Actual: 0.- No  
 1.- consumo esporádico  
 2.- abuso, consumo diario/casi diario  
 8.- duda  
 9.- No procede

Puntuar en Años de consumo: 88.- No Recuerda  
 99.- No Procede

- En caso negativo, ¿LO HA HECHO ALGUNA VEZ?, ¿CUÁNDO?..... |\_| 03026

- 0.- No  
 1.- Sí

En caso afirmativo rellenar **COMPLETAMENTE** la tabla:

Puntuar en la columna Pasado: 0.- No  
 1.- consumo esporádico  
 2.- abuso, consumo diario/casi diario  
 8.- duda  
 9.- No procede

Puntuar en Años de consumo: 88.- No Recuerda  
 99.- No Procede

	<b>Actual</b>	<b>Pasado</b>	<b>Años consumo</b>	<b>Sustancia</b>
a) Opio, alcaloides del opio, heroína, morfina sintéticas como analgésicos (por ejemplo: Petidina, Metadona, Dihidrocodeína)	_  03027	_  03028	_ _  03029	
b) Alucinógenos	_  03030	_  03031	_ _  03032	
c) Cannabis (Hachís, marihuana)	_  03033	_  03034	_ _  03035	
d) Otros psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína)	_  03036	_  03037	_ _  03038	
e) Barbitúricos	_  03039	_  03040	_ _  03041	
f) Otros hipnóticos y sedantes (BZD, etc)	_  03042	_  03043	_ _  03044	
g) Tranquilizantes (neurolépticos)	_  03045	_  03046	_ _  03047	
h) Otros. Especificar: _____	_  03048	_  03049	_ _  03050	

## 4.- EXPLORACION COGNOSCITIVA

### MEMORIA

Fijándose en la información recogida en la sección anterior, iniciar la siguiente pregunta repitiendo los datos, por ejemplo: *Veo que tiene/ha tenido problemas de tensión/corazón/diabetes, etc. Por todos ellos le voy a ir preguntando. Veo que también ha tenido problemas de riesgo.*

- (1) *En caso positivo, ¿LE HA AFECTADO LA MEMORIA? En caso negativo, veo que recuerda bien los datos, ¿CONSERVA BIEN LA MEMORIA?* ..... |\_| 04001
- (2) *Si responde que tiene problemas: ¿SUPONE ELLO UN PROBLEMA PARA VD.? El entrevistado, subjetivamente, tiene dificultades con su memoria, es un problema para él.....* |\_| 04002
- (3) *¿HA TENDIDO RECIENTEMENTE TENDENCIA A OLVIDAR COSAS? (¿DE QUÉ TIPO DE COSAS SE OLVIDA VD.?) (¿DE LOS NOMBRES DE SUS FAMILIARES O AMIGOS PRÓXIMOS?) (?DE DÓNDE HA DEJADO LAS COSAS?)* ..... |\_| 04003
- 0.- No olvidos  
1.- Olvida los nombres de familiares o amigos, o los confunde (no se incluyen errores pasajeros)  
2.- Olvida dónde ha dejado las cosas  
3.- Olvida ambas cosas
- ===== Si no hay olvidos, pasar a la pregunta n° 5
- (4) *Aproximadamente, ¿CUÁNDO COMENZÓ A NOTARLO?* ..... |\_| 04004
- 1.- Ocurrió por primera vez durante los últimos 1-2 años  
2.- Ocurrió por primera vez durante los últimos años 3-4 años  
3.- Ocurrió por primera vez durante los últimos 5-10 años  
4.- Ocurrió por primera vez hace más de 10 años
- \* (5) *¿RECUERDA MI APELLIDO (SE LO DIJE AL PRINCIPIO)? ¿CUÁL ES?* ..... |\_| 04005
- 0.- Lo recuerda perfectamente  
1.- No recuerda correctamente el nombre del entrevistador (se permiten errores mínimos de pronunciación)
- (6) *Por cierto, ¿ME CONOCÍA A MÍ ANTERIORMENTE, ME HA VISTO VD. ANTES? Si no está seguro ¿ME HA VISTO EN LA ÚLTIMA SEMANA? En caso afirmativo: ¿CUÁNDO? ¿DÓNDE? ¿CÓMO FUÉ? ¿QUÉ ESTABA HACIENDO? ¿QUÉ LLEVABA PUESTO? ¿QUÉ HICIMOS JUNTOS? ¿QUÉ LE DIJE?* ..... |\_| 04006
- 0.- No confabula  
1.- Da una respuesta positiva y una explicación sencilla dentro de los límites de sus posibilidades, pero el entrevistador sabe que es incorrecto, por ej: "Vd. fue el doctor que me examinó ayer".  
2.- Confabulación
- (7) **OBSERVACION**  
*Habla divagando, pero las ideas están razonablemente bien formadas.....* |\_| 04007
- (8) *(Ahora tengo que hacerle una pregunta sencilla) ¿CÓMO SE LLAMA EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO? No recuerda el nombre del Presidente del Gobierno ..... |\_| 04008 (Si lo dice mal: Bien en realidad se llama.....)*
- (9) *¿QUIÉN FUÉ EL ANTERIOR PRESIDENTE DEL GOBIERNO? No recuerda el nombre del anterior Presidente del Gobierno ..... |\_| 04009*
- (10) **OBSERVACION**  
*En opinión del entrevistador, el entrevistado tiene dificultades con su memoria.....* |\_| 04010

## ORIENTACION

(11) *También hablando de la memoria: ¿RECUERDA EN QUÉ AÑO NACIÓ?:*.....|\_| 04011

- 0.- Lo recuerda
- 1.- El/ella no lo sabe decir
- 2.- Incompleto, irrelevante o sin respuesta

*Anotar el año de nacimiento dado* ..... |\_|\_|\_|\_|\_| 04012

(12) *¿QUÉ EDAD TIENE?:*.....|\_| 04013

- 0.- Correcto
- 1.- El/ella no lo sabe decir
- 2.- Incorrecto o irrelevante

*Anotar la edad dada*..... |\_|\_|\_|\_|\_| 04014

===== Si no existen discrepancias entre la edad y la fecha de nacimiento pasar a la pregunta **14**

(13) *No acaban de salirme bien las cuentas al sumar sus años, ¿PUEDE VD. AYUDARME?:*.....|\_| 04015

- 0.- No comete error
- 1.- Muestra una marcada inseguridad acerca de sus años/edad y su fecha de nacimiento
- 2.- El entrevistado no corrige la discrepancia entre la fecha de nacimiento que ha declarado y su edad (ignorar un error de un sólo año)
- 3.- Error de 2 o 3 años
- 4.- Error de más de 3 años

\* (14) *A veces, cuando uno no está del todo bien, puede tener dificultades para recordar la fecha..*

*¿PUEDE DECIRME QUÉ DÍA DEL MES ES HOY? ¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA? ¿QUÉ MES?  
¿QUÉ ESTACIÓN? ¿QUÉ EPOCA DEL AÑO? ¿QUÉ AÑO?*

*Anotar la fecha indicada (incluye día de la semana, día del mes, mes, estación y año).*

---

*Se valorarán estos ítems en el MEC más adelante.*

===== Si recuerda perfectamente la fecha, pasar a la pregunta **15**.

- 0.- Correcto
- 1.- Error en un sólo día/mes/año
- 2.- Error en más de un día/mes (se permite, por ej., marzo en la 1ª semana de abril)/año

*Error en día de la semana*..... |\_|\_| 04016

*Error en el mes*..... |\_|\_| 04017

*El/ella no sabe el mes*..... |\_|\_| 04018

*Al menos parte de la respuesta es incompleta, irrelevante o no hay respuesta* ..... |\_|\_| 04019

*Error en el año*..... |\_|\_| 04020

*El/ella no sabe el año*..... |\_|\_| 04021

===== Si es entrevistado en un lugar distinto a su propia casa, pasar a la pregunta **16**

\* (15) *¿SABE CUÁLES SU DIRECCIÓN POSTAL (PARA LAS CARTAS, CORREO)? Hacer más preguntas para ver la dirección completa y asegurarse que el entrevistado sabe o no los cinco ítems del MEC:*

*Calle*..... Correcto |\_|\_| Incorrecto |\_|\_|

*Número* ..... Correcto |\_|\_| Incorrecto |\_|\_|

*Ciudad* ..... Correcto |\_|\_| Incorrecto |\_|\_|

*Provincia* ..... Correcto |\_|\_| Incorrecto |\_|\_|

*País*..... Correcto |\_|\_| Incorrecto |\_|\_|

===== Si se le entrevista en casa, pasar al MEC

- \* (16) **¿CÓMO SE LLAMA ESTE LUGAR DONDE ESTAMOS AHORA?** Hacer más preguntas para ver la dirección completa y asegurarse que el entrevistado sabe o no los cinco ítems del MEC:

Nombre del centro/institución .....	Correcto  _	Incorrecto  _
Planta o calle .....	Correcto  _	Incorrecto  _
Ciudad.....	Correcto  _	Incorrecto  _
Provincia.....	Correcto  _	Incorrecto  _
País.....	Correcto  _	Incorrecto  _

### MINI EXAMEN COGNOSCITIVO

- **ORIENTACION** (no preguntar, puntuar a partir de las respuestas correspondientes de la sección de orientación GMS) Puntuación

Día  _  Fecha  _  Mes  _  Estación  _  Año  _ .....	(5)	_		04022
Calle/Hospital  _  N° calle/Planta  _  Ciudad  _  Provincia  _  Nación  _ .....	(5)	_		04023
  
- **FIJACION**

*Ahora, por favor, le voy a pedir que repita estas 3 palabras:*

**Peseta |\_| Caballo |\_| Manzana |\_|**

*Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos, n°: |\_|.....* (3) |\_| 04024

*Acuérdese de ellas, porque se las preguntaré dentro de un rato.*
  
- **CONCENTRACION Y CALCULO**

*Si tiene 30 pts y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?*

27 |\_| 24 |\_| 21 |\_| 18 |\_| 15 |\_|.....

(5) |\_| 04025

*Repita: 5-9-2 (hasta que los aprenda y contar los intentos): |\_|*

*Ahora hacia atrás (comenzando por el último) |\_|.....* (3) |\_| 04026
  
- **MEMORIA**

*¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?*

Peseta |\_| Caballo |\_| Manzana |\_|.....

(3) |\_| 04027
  
- **LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

*Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? |\_|*

*Repetirlo con el reloj: ¿Qué es esto? |\_|.....* (2) |\_| 04028

*Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".....* (1) |\_| 04029

*Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?. Se parecen en que son frutas.*

*¿Qué son (o en qué se parecen) el rojo y el verde? |\_|*

*¿Qué son (o en qué se parecen) un perro y un gato? |\_|.....* (2) |\_| 04030

*Coja este papel con la mano derecha, |\_| dóblelo por la mitad |\_|*

*y póngalo en el suelo/mesa |\_|.....* (3) |\_| 04031

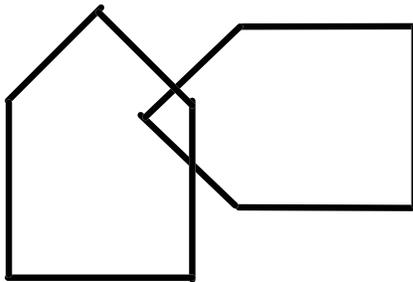
*Lea esto y haga lo que dice:*

**CIERRE LOS OJOS** ..... (1) |\_| 04032

*Escriba una frase (algo que tenga sentido):*

..... (1) |\_| 04033

*Copie este dibujo:* ..... (1) |\_| 04034



**PUNTUACION TOTAL** ..... ( ) |\_|\_| 04035

**PUNTUACION TOTAL CORREGIDA** ..... (35) |\_|\_| 04036

**NIVEL DE CONCIENCIA** ..... |\_| 04037

- 1.- Alerta
- 2.- Obnubilación
- 3.- Estupor
- 4.- Coma

**JUICIO.-**

*Competencia del entrevistado para completar el MEC* ..... |\_| 04038

- 0.- No hubo problemas en la administración
- 1.- El entrevistado es analfabeto
- 2.- El entrevistado tiene algún problema físico que le impide el cumplimiento del MEC
- 3.- El entrevistado está demasiado demenciado como para completar el MEC
- 4.- Circunstancias sociales impiden la administración
- 5.- Se interrumpe la entrevista sin poder completar el test

*Número de preguntas ausentes del MEC (preguntas codificadas como 8 o 9)*.....|\_|\_| 04039

(17) *¿ES VD. DIESTRO O ZURDO? ¿CON QUÉ MANO CORTA EL PAN (ETC) O TIRARÍA UNA PELOTA?:*..... |\_| 04040

- 1.- Diestro
- 2.- Zurdo

## 5.- ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES

### HIPERTENSION ARTERIAL

(1) *¿LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TIENE LA TENSION, LA TENSION ARTERIAL, ALTA?* .....|\_| 05001

- 0.- No  
1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 7

(2) *¿QUÉ TENSION, QUÉ CIFRAS LE HAN DADO? (en mmHg).*

Anotar tensión arterial máxima .....|\_|\_|\_|\_| 05002

Anotar tensión arterial mínima.....|\_|\_|\_|\_| 05003

(3) *¿LE HAN DICHO SI ERA GRAVE?* .....|\_| 05004

- 0.- No era grave o no se le dijo  
1.- Se le explicó que era grave

(4) *¿LE HAN PUESTO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO PARA LA TENSION? ¿TOMA AHORA ALGÚN MEDICAMENTO PARA LA TENSION?*

- 0.- No  
1.- Sí

Alguna vez .....|\_| 05005

Ahora .....|\_| 05006

(5) *¿CÓMO FUÉ DIAGNOSTICADO? ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ?* .....|\_| 05007

- 0.- Nadie  
1.- Médico de cabecera  
2.- Especialista  
3.-Un médico (sin especificar)

(6) *EDAD EN QUE LE DESCUBRIERON LA HTA*.....|\_|\_|\_|\_| 05008

### ANGINA DE PECHO

\* (7) *¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ "ANGINA DE PECHO"?* .....|\_| 05009

*Dolor precordial, con opresión (a veces irradiado) durante 15 minutos o menos (en relación con esfuerzo, pero también puede ser en reposo).*

- 0.- No  
1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 11

(8) *¿QUIÉN SE LO DIAGNOSTICÓ Y/O TRATÓ?*.....|\_| 05010

- 0.- Nadie  
1.- Médico de cabecera  
2.- Especialista  
3.- Un médico (sin especificar)

(9) *¿TOMA TRATAMIENTO?* .....|\_| 05011

- 0.- Sin tratamiento  
1.- Dudoso que esté siguiendo tratamiento para esa enfermedad  
2.- Sigue tratamiento específico para esa enfermedad

- (10) *Exámenes complementarios*..... |\_| 05012  
 0.- No  
 1.- Sí  
 Especificar:\_\_\_\_\_

**INFARTO DE MIOCARDIO (IAM)**

- \* (11) *¿HA TENIDO EN ALGUNA OCASIÓN UN INFARTO DE MIOCARDIO?*  
*"Ataque al corazón", diagnosticado por un médico* ..... |\_| 05013  
*Hospitalizado* ..... |\_| 05014  
 0.- No  
 1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 19

- (12) *¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ EL I.A.M.? (Información dada por el paciente)*..... |\_| 05015  
 0.- Nadie  
 1.- Médico de cabecera  
 2.- Especialista  
 3.- Un médico (sin especificar)

- (13) *¿TOMA TRATAMIENTO?* ..... |\_| 05016  
 0.- Sin tratamiento  
 1.- Dudoso que esté siguiendo tratamiento para esa enfermedad  
 2.- Sigue tratamiento específico para esa enfermedad

- (14) *NÚMERO DE INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO SUFRIDOS*.....|\_|\_| 05017  
 88.- No sabe/falta dato  
 99.- No preguntado

- (15) *EDAD DEL PRIMER INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO* ..... |\_|\_|\_| 05018  
 888.- No sabe/falta dato  
 999.- No preguntado

- (16) *EDAD DEL ÚLTIMO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO* ..... |\_|\_|\_| 05019  
 888.- No sabe/falta dato  
 999.- No preguntado

- (17) *¿TIENE ALGÚN ESTUDIO QUE CONSTATE EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?* ..... |\_| 05020  
 0.- No  
 1.- Sí

- (18) *EXÁMENES COMPLEMENTARIOS* ..... |\_| 05021  
 0.- No  
 1.- Sí  
 Especificar:\_\_\_\_\_

**ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR (ACV)  
Y ACCIDENTE /ATAQUE ISQUEMICO TRANSITORIO (TIA)**

\* (19) **¿LE HA SUCEDIDO ALGUNA VEZ....DE REPENTE.....**

0.- No

1.- Sí

a) **QUE SE LE QUEDASE PARALIZADA LA CARA O ALGUNA PARTE DE LA CARA?** .....|\_| 05022

b) **QUE SE LE DESVIASE O TORCIESE LA BOCA?** .....|\_| 05023

c) **QUE SE QUEDASE SIN HABLA...O CON ALGUNA DIFICULTAD IMPORTANTE PARA HABLAR?**.....|\_| 05024

d) **QUE SE LE HA QUEDADO PARALIZADO UN BRAZO O UNA PIERNA?** .....|\_| 05025

e) **QUE SE QUEDASE CIEGO DE UN OJO, DE REPENTE?** .....|\_| 05026

f) **LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TUVO.....(subrayar la respuesta literal del paciente):**  
embolia, derrame cerebral, coágulo, trombosis, hemorragia cerebral, apoplejía, hemiplejía,  
parálisis, infarto cerebral, ictus, otros: especificar: .....|\_| 05027

===== Si puntúa 0 en todas, pasar a la pregunta n° 22

(20) **¿Y CUÁNTO TIEMPO LE DURÓ, FUÉ CUESTIÓN DE UNOS MINUTOS...HASTA UN DÍA?**

**¿O LE DURÓ INCLUSO MÁS DE UN DÍA?** De las contestaciones a estas preguntas se tendrá ya  
idea de si ha tenido/no ha tenido un ACV o un AIT.

- **ACV (>24 horas)** N° de episodios .....|\_|\_|\_| 05028

Edad 1º episodio .....|\_|\_|\_|\_| 05029

Edad último episodio .....|\_|\_|\_|\_| 05030

Hospitalizado .....|\_| 05031

TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas.....|\_| 05032

Tratamiento.....|\_| 05033

- **AIT (<24 horas)** N° de episodios .....|\_|\_|\_| 05034

Edad 1º episodio .....|\_|\_|\_|\_| 05035

Edad último episodio .....|\_|\_|\_|\_| 05036

Hospitalizado .....|\_| 05037

TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas.....|\_| 05038

Tratamiento.....|\_| 05039

(21) **DESDE QUE HA TENIDO ESE/ESOS ATAQUE/S, ¿HA NOTADO POR CASUALIDAD QUE SE ALEGRA O SE  
ENTRISTECE DEMASIADO CUANDO LE SUCEDE ALGÚN ACONTECIMIENTO?; ES DECIR, QUE TIENE  
DIFICULTADES PARA CONTROLAR SU ALEGRÍA O SU TRISTEZA?**

Se describen risas o llantos apropiados pero incontrolables y prolongados.....|\_| 05040

**EPILEPSIA**

\* (22) **¿HA TENIDO ALGUNA VEZ EPILEPSIA O ATAQUES EPILÉPTICOS?**

Si contesta negativamente a lo anterior, preguntar: **¿HA TENIDO ALGUNA VEZ ATAQUES, TRAS LOS  
CUALES SE QUEDABA "SIN RESPONDER" Y SE CAÍA AL SUELO?** ("con sacudidas" (de brazos y  
piernas, que no podía controlar), la cara morada, ruidos con la boca, sobre todo si hubo pérdida  
de conciencia, incontinencia de esfínteres, mordedura de lengua u otras lesiones por la caída  
y período de confusión y sueño posterior) .....|\_| 05041

0.- No

1.- Sí, 1 vez

2.- Sí, 2 o más veces

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 29



(34) *¿Y TEMBLORES? ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ TEMBLOR DE LA CABEZA, BRAZOS O DE LAS PIERNAS QUE LE HAYAN DURADO MÁS DE UN DÍA?* .....|\_| 05066

===== Si puntúa 0 en todas, pasar a la pregunta n° 39

(35) *¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?* .....|\_| 05067

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera
- 2.- Especialista
- 3.- Un médico (sin especificar)

(36) *¿TOMA EL PACIENTE HABITUALMENTE MEDICACIÓN PARA LA E.P.? (self-report)* .....|\_| 05068

- 0.- No
- 1.- Sí

(37) *EDAD EN QUE LE FUÉ DIAGNOSTICADA LA E.P.*.....|\_|\_|\_|\_| 05069

(38) *¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE E.P.?* .....|\_| 05070

- 0.- No
- 1.- Sí, posible
- 2.- Sí, probable o definitivo

#### DIABETES MELLITUS (DM)

\* (39) *¿SUFRE DE DIABETES (AZÚCAR)?* .....|\_| 05071

- 0.- No
- 1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 44

(40) *¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ LA DIABETES?* .....|\_| 05072

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera
- 2.- Especialista
- 3.- Un médico (sin especificar)

(41) *¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO LLEVA?*

- 0.- No
- 1.- Sí

a) *Insulina* .....|\_| 05073

b) *Antidiabéticos/hipoglucemiantes orales* .....|\_| 05074

c) *Sólo con dieta para la diabetes* .....|\_| 05075

(42) *EDAD A LA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ LA DIABETES* .....|\_|\_|\_|\_| 05076

- 777.- No informado
- 888.- No sabe/falta dato
- 999.- No preguntado

(43) *¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO ESTUDIADO Y DIAGNOSTICADO DE DIABETES O DE INTOLERANCIA A LA GLUCOSA?* .....|\_| 05077

- 0.- No
- 1.- Sí, diabetes
- 2.- Sí, intolerancia a la glucosa

### ENFERMEDADES TIROIDEAS

\* (44) **¿HA TENIDO ALGUNA VEZ BOCIO?** (Colocar la mano sobre la parte anterior del cuello mientras se realiza la pregunta). **¿SUFRE TRASTORNOS DEL TIROIDES, HIPERTIROIDISMO O HIPOTIROIDISMO?** ..... |\_|\_| 05078

- 0.- No
- 1.- Sí, hipertiroidismo
- 2.- Sí, hipotiroidismo
- 3.- Sí, tipo primario

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 51

(45) **¿CUÁNDO COMENZÓ?** Edad a la que fue diagnosticada por 1ª vez la enf. tiroidea ..... |\_|\_|\_|\_| 05079

- 777.- No informado
- 888.- No sabe/falta dato
- 999.- No preguntado

(46) **¿CÓMO FUÉ DIAGNOSTICADO? ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ?** ..... |\_|\_| 05080

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera
- 2.- Especialista
- 3.- Un médico (sin especificar)

(47) **¿HA TOMADO ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PARA EL TIROIDES?** (self report). ..... |\_|\_| 05081

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroideos
- 2.- Sí, hipertiroideos
- 3.- Sí, ambos
- 4.- Sí, desconocido

(48) **¿TOMA ACTUALMENTE MEDICACIÓN PARA EL TIROIDES?** (self report). ..... |\_|\_| 05082

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroideos
- 2.- Sí, hipertiroideos
- 3.- Sí, ambos
- 4.- Sí, desconocido

(49) **¿HA RECIBIDO ALGÚN OTRO TRATAMIENTO PARA EL TIROIDES?** ..... |\_|\_| 05083

- 0.- No
- 1.- Intervención quirúrgica
- 2.- Yodo radioactivo

(50) **¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE PATOLOGÍA TIROIDEA?** ..... |\_|\_| 05084

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroideo
- 2.- Sí, hipertiroideo

### MENOPAUSIA

(Sólo para mujeres; asumir que todas las mujeres >= 65 años tienen menopausia).

\* (51) **¿A QUÉ EDAD TUVO LA MENOPAUSIA (SE LE RETIRÓ LA REGLA)?** ..... |\_|\_|\_|\_| 05085

- 77.- Hombre, Mujer reglante

(52) **CAUSA DE LA MENOPAUSIA** ..... |\_|\_| 05086

- 0.- Natural
- 1.- No natural (fármacos, cirugía, irradiación)

### EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL PACIENTE

(53) **EDAD DE LA MADRE CUANDO NACIÓ EL ENTREVISTADO.**

¿ERA MUY MAYOR SU MADRE CUANDO VD. NACIÓ? ¿QUÉ EDAD TENÍA? .....|\_|\_|\_|\_| 05087

888.- No sabe/falta dato

999.- No preguntado

### TABACO

(54) ¿FUMA O HA FUMADO ALGUNA VEZ?.....|\_| 05088

0.- No, nunca

1.- Sí, fuma actualmente

2.- Ha sido fumador, pero ahora no fuma

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 55

¿CUÁNTOS AÑOS APROXIMADAMENTE HA ESTADO FUMANDO?

¿CUÁNTOS CIGARRILLOS/PUROS/PIPAS SE FUMABA AL DÍA DE PROMEDIO?

Si ha dejado de fumar, ¿CUÁNDO DEJÓ DE FUMAR? Si sigue fumando, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS/PUROS/PIPAS SE FUMA AL DÍA DE PROMEDIO EN ESTE ÚLTIMO AÑO?

<b>- Cigarrillos</b>	Consumo actual (en el último año). DIARIO ..... _ _ _ _  05089
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... _ _ _ _  05090
	Edad fin..... _ _ _ _  05091
	N° años..... _ _ _ _  05092
<b>- Puros</b>	Consumo actual (en el último año). DIARIO ..... _ _ _ _  05093
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... _ _ _ _  05094
	Edad fin..... _ _ _ _  05095
	N° años..... _ _ _ _  05096
<b>- Pipas</b>	Consumo actual (en el último año). DIARIO ..... _ _ _ _  05097
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... _ _ _ _  05098
	Edad fin..... _ _ _ _  05099
	N° años..... _ _ _ _  05100

### ALCOHOL, OTROS TOXICOS (Excluidas medicación y drogas de abuso)

\* (55) ¿BEBE O HA BEBIDO VINO O CUALQUIER OTRO TIPO DE ALCOHOL? .....|\_| 05101

0.- No, nunca

1.- Sí, toma bebidas alcohólicas habitualmente

2.- Sí, toma bebidas alcohólicas ocasionalmente

3.- Ha bebido, pero ahora no bebe

===== Si puntúa 0, pasar a JUICIOS

¿QUÉ TIPO DE BEBIDAS TOMA HABITUALMENTE?

¿CUÁNTO BEBE UN DÍA NORMAL?

¿CUÁNTOS AÑOS HA ESTADO BEBIENDO?

¿CUÁNDO DEJÓ DE TOMAR ALCOHOL?

Anotar literalmente las respuestas del paciente. Con posterioridad, ya se calculará la cantidad de alcohol/día

- <b>Vino (vasos)</b>	Consumo actual (en el último año). DIARIO..... _ _  05102
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA ..... _ _  05103
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO..... _ _  05104
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA ..... _ _  05105
	Edad fin ..... _ _ _  05106
Nº años ..... _ _  05107	
- <b>Cerveza (botellines)</b>	Consumo actual (en el último año). DIARIO..... _ _  05108
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA ..... _ _  05109
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO..... _ _  05110
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA ..... _ _  05111
	Edad fin ..... _ _ _  05112
Nº años ..... _ _  05113	
- <b>Destilados (copas)</b>	Consumo actual (en el último año). DIARIO..... _ _  05114
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA ..... _ _  05115
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO..... _ _  05116
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA ..... _ _  05117
	Edad fin ..... _ _ _  05118
Nº años ..... _ _  05119	

(56) **¿HA PENSADO VD. ALGUNA VEZ QUE DEBERÍA BEBER MENOS? ¿ES EL ACOHOL DE ALGUNA FORMA UN PROBLEMA PARA VD./ÉL-ELLA?.**

Sólo si responde afirmativamente (o se sospecha objetivamente), preguntar **¿QUÉ TIPO DE PROBLEMA?.** Elaborar los siguientes **JUICIOS** en relación con la bebida

- 0.- No
- 1.- Ocasionalmente
- 2.- Frecuentemente o por largos períodos

a) Problemas de salud, caídas o accidentes..... _	05120
b) Ha descuidado las comidas, labores del hogar, higiene personal, autocuidado..... _	05121
c) Ha perdido alguna vez un trabajo o ha sido incapaz de trabajar ..... _	05122
d) Toma alcohol para dormir..... _	05123
e) Intoxicación/embriaguez en el último año ..... _	05124

**JUICIO: Los actuales síntomas ¿podrían deberse a intoxicación alcohólica?**.....|\_| 05125

- 0.- No
- 1.- Parcialmente
- 2.- Enteramente

(57) **¿HA RECIBIDO VD./ÉL-ELLA ALGUNA VEZ TRATAMIENTO O AYUDA PARA EL PROBLEMA DE LA BEBIDA, POR UN MÉDICO, POR ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS O ALGUNA OTRA INSTITUCIÓN.**

a) Ha recibido tratamiento o ayuda por la bebida..... _	05126
b) Ha sido ingresado alguna vez en un hospital a causa de la bebida ..... _	05127
c) Ha tenido alguna vez delirium tremens, ver visiones, temblores, fuertes sacudidas, etc..... _	05128
d) Ha perdido alguna vez la memoria a causa del alcohol..... _	05129

===== Si el sujeto es menor de 65 años, pasar a **JUICIOS**

(58) **Sólo par mayores de 65 años. DESPUÉS DE CUMPLIR LOS 65, ¿DIRÍA VD. QUE BEBE MÁS, MENOS O APROXIMADAMENTE LO MISMO QUE CUANDO ERA JOVEN?**.....|\_| 05130

- 0.- Sin cambios
- 1.- Se describe disminución a partir de los 65 años
- 2.- Se describe aumento a partir de los 65 años



**6.- ANTECEDENTES MEDICO/PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES**

(1) **AHORA QUERÍA PREGUNTARLE POR SU FAMILIA CERCANA, SI NO LE IMPORTA. APARTE DE SUS PADRES, ¿CUÁNTOS HERMANOS HA TENIDO?, ¿ALGUNO GEMELO?, (en caso afirmativo ¿ERAN GEMELOS IDÉNTICOS?), ¿Y CUÁNTOS HIJOS HA TENIDO?**

- a) N° hermanos nacidos vivos (incluido el entrevistado):..... |\_|\_| 06001
- b) N° hermanos gemelos del paciente: ..... |\_| 06002
- c) N° hermanos mellizos del paciente: ..... |\_| 06003
- d) N° hijos nacidos vivos: ..... |\_|\_| 06004
- e) N° total parientes 1° grado (padres + hermanos + hijos):..... |\_|\_| 06005

(2) **YO LE QUIERO PREGUNTAR, SOBRE TODO, POR SUS FAMILIARES MÁS DIRECTOS (PADRES, HERMANOS E HIJOS), ¿ALGUNO DE ELLOS HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS QUE HEMOS HABLADO ANTERIORMENTE?**

Cada columna corresponde a un pariente. Anotar el grado de parentesco según la siguiente codificación (Atención: siempre por línea directa, no valen conyuges):

- 1.- Padre
- 2.- Madre
- 3.- Hermano/a no gemelo
- 4.- Hermano/a gemelo/mellizo
- 5.- Hijo/a
- 6.- Nietos
- 7.- Otros (abuelos, tíos, primos, sobrinos) (Especificar grado de parentesco, si hay varios incluir orden de listado \_\_\_\_\_)
- 8.- Parentesco dudoso o desconocido
- 9.- No preguntado

Para cada patología:

- 1.- Dudoso
- 2.- Seguro.

GRADO DE PARENTESCO	_  06006	_  06015	_  06024	_  06033	_  06042	_  06051
<b>ACV: POR EJEMPLO, ¿ALGUNO DE ELLOS TUVO PROBLEMAS DE RIEGO/INFARTO/EMBOLIA A LA CABEZA?</b> (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	_  06007	_  06016	_  06025	_  06034	_  06043	_  06052
<b>Edad de comienzo</b> ..... (estimar el posible punto medio)	_ _ _  06008	_ _ _  06017	_ _ _  06026	_ _ _  06035	_ _ _  06044	_ _ _  06053
<b>EPILEPSIA: ¿Y CONVULSIONES/ATAQUES EPILÉPTICOS?</b> (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	_  06009	_  06018	_  06027	_  06036	_  06045	_  06054
<b>DOWN: ¿HA HABIDO ALGÚN CASO DE RETRASO MENTAL/ MONGOLISMO EN LA FAMILIA?</b>	_  06010	_  06019	_  06028	_  06037	_  06046	_  06055
<b>PARKINSON: ¿Y ENFERMEDAD DE PARKINSON?</b> (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	_  06011	_  06020	_  06029	_  06038	_  06047	_  06056
<b>DIABETES: ¿Y DIABETES/AZÚCAR A LA SANGRE?</b> (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	_  06012	_  06021	_  06030	_  06039	_  06048	_  06057
<b>DEMENCIA: AHORA ME GUSTARÍA SABER SI ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA LLEGÓ A IRSE DE CABEZA CUANDO FUE MAYOR?</b>	_  06013	_  06022	_  06031	_  06040	_  06049	_  06058
<b>Edad de comienzo</b> ..... (estimar el posible punto medio)	_ _ _  06014	_ _ _  06023	_ _ _  06032	_ _ _  06041	_ _ _  06050	_ _ _  06059

- (3) **¿HA HABIDO EN SUS FAMILIARES CERCANOS (PADRES, HERMANOS, HIJOS) ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DE NERVIOS O MENTAL, POR EJEMPLO: ¿HA TENIDO ALGUIEN ALGUNA DEPRESIÓN?** Si se sospecha que sí: **¿LLEGÓ A INTENTAR HACERSE DAÑO A SÍ MISMO?**, en caso afirmativo: **¿PUEDE DECIRME CÓMO ERA LA ENFERMEDAD?**, **¿FUE TRATADO POR ALGÚN MÉDICO POR ESE PROBLEMA?**, **¿CÓMO FUE TRATADO**, **¿LLEGÓ A SER HOSPITALIZADO?**  
Para las enfermedades mentales, codificar:

Diagnóstico:

- 1.- diagnóstico inseguro.
- 2.- diagnóstico bastante probable.
- 8.- no sabe/no contesta.
- 9.- no preguntado.

Tratamiento:

- 1.- enfermedad no tratada por médico.
- 2.- enfermedad tratada por médico.
- 3.- enfermedad tratada por consultas externas de psiquiatría.
- 4.- enfermedad tratada mediante ingreso psiquiátrico.
- 8.- no sabe/no contesta.
- 9.- no preguntado.

GRADO DE PARENTESCO	_  06060	_  06072	_  06084	_  06096	_  06108	_  06120
<b>DEPRESIÓN: Diagnóstico</b> .....	_  06061	_  06073	_  06085	_  06097	_  06109	_  06121
<b>Tratamiento</b> .....	_  06062	_  06074	_  06086	_  06098	_  06110	_  06122
<b>MANÍA: Diagnóstico</b> .....	_  06063	_  06075	_  06087	_  06099	_  06111	_  06123
<b>Tratamiento</b> .....	_  06064	_  06076	_  06088	_  06100	_  06112	_  06124
<b>ESQUIZOFRENIA: Diagnóstico</b> .....	_  06065	_  06077	_  06089	_  06101	_  06113	_  06125
<b>Tratamiento</b> .....	_  06066	_  06078	_  06090	_  06102	_  06114	_  06126
<b>ALCOHOLISMO: Diagnóstico</b> .....	_  06067	_  06079	_  06091	_  06103	_  06115	_  06127
<b>Tratamiento</b> .....	_  06068	_  06080	_  06092	_  06104	_  06116	_  06128
<b>OTROS (especificar):</b> _____:						
<b>Diagnóstico</b> .....	_  06069	_  06081	_  06093	_  06105	_  06117	_  06129
<b>Tratamiento</b> .....	_  06070	_  06082	_  06094	_  06106	_  06118	_  06130
<b>SUICIDIO: Diagnóstico</b> .....	_  06071	_  06083	_  06095	_  06107	_  06119	_  06131

- (4) **APARTE DE ESTOS PARIENTES MÁS CERCANOS, ¿ALGÚN OTRO FAMILIAR HA TENIDO PROBLEMAS DE ESE TIPO?, POR EJEMPLO ¿ALGÚN ABUELO, TÍO, PRIMO, ETC?** Si existe alguno, regresar a las tablas anteriores, especificar el parentesco según la codificación dada y completar los ítems que correspondan.

**7.- MEDICIONES**

**TENSION ARTERIAL**

(1) **Realizar dos tomas de tensión arterial, espaciadas por un intervalo de 2-3 minutos.**

- a) *Tensión arterial sistólica. Primera medición: (mmHg)* .....|\_|||\_|\_| 07001
- b) *Tensión arterial sistólica- Segunda medición: (mmHg)* .....|\_|||\_|\_| 07002
- c) *Tensión arterial diastólica. Primera medición: (mmHg)*.....|\_|||\_|\_| 07003
- d) *Tensión arterial diastólica. Segunda medición: (mmHg)* .....|\_|||\_|\_| 07004
- e) *Posición en que fue tomada la T.A.*.....|\_| 07005
  - 1.- sentado
  - 2.- tumbado

**ANTROPOMETRÍA**

(2) **Peso (Aproximarse hasta 1 decimal): (Kg)**.....|\_|||\_|\_|,|\_| 07006

**JUICIO: Fiabilidad en el dato** .....|\_| 07007

- 0.- Seguro (el sujeto se ha pesado recientemente)
- 1.- Dudoso (no lo recuerda con exactitud, da un valor aproximado)

(3) **Altura (Aproximarse hasta 1 decimal): (cm)**.....|\_|||\_|\_|,|\_| 07008

<b>8.- EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA (GMS-B, HAS)</b>
--

<b>PREOCUPACION</b>
---------------------

**AHORA, SI NO LE IMPORTA, ME GUSTARÍA PREGUNTARLE POR EL ÚLTIMO MES, ¿CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE EL ÚLTIMO MES?. POR EJEMPLO:**

(1). **¿LE PREOCUPA ALGUNA COSA?** ..... |\_| 08001

===== Si no menciona ninguna preocupación, pasar a la pregunta n° 6

(2). **¿DE QUÉ SE PREOCUPA VD.?** Tema o contenido de las preocupaciones, si lo hay.

a) *Su propia salud.* ..... |\_| 08002

b) *La salud de otros.* ..... |\_| 08003

c) *Sus negocios (incluyendo la pensión).* ..... |\_| 08004

d) *Problemas familiares (aparte de la salud).* ..... |\_| 08005

(3). Si tiene hijos: **¿Y, EN CONCRETO, HAY ALGO EN LA RELACIÓN CON SUS HIJOS QUE LE PREOCUPE O LE ALTERE? ¿QUÉ ES?**

*Alterado o preocupado por las relaciones con sus hijos.* ..... |\_| 08006

(4). **¿CUÁNTO SE PREOCUPA VD.?**

a) *Se preocupa mucho (p. ej. de una o dos cosas).* ..... |\_| 08007

b) *Es preocupadizo, se preocupa de casi todo ahora.* ..... |\_| 08008

(5). **¿ES DESAGRADABLE PREOCUPARSE TANTO?, (¿PUEDE VD. DEJAR DE PREOCUPARSE?, ¿LE VIENEN ESTOS PENSAMIENTOS CONSTANTEMENTE A LA CABEZA?)**

*Preocupación desagradable que le viene constantemente a la cabeza o que no puede detener.* ..... |\_| 08009

<b>ANSIEDAD GENERAL</b>
-------------------------

\* (6). **¿SE ASUSTA VD., SE PONE NERVIOSO? (¿LE OCURRE ESTO ÚLTIMAMENTE?) (¿QUÉ LE HACE SENTIRSE ASÍ?)**

*Hay ansiedad o miedo subjetivos, no proporcionales al suceso que los ocasiona.* ..... |\_| 08010

(7). **¿HA TENIDO VD. COMO CRISIS O ATAQUES DE MIEDO, (INCLUSO DE PÁNICO\_) EN LOS QUE SE HAYA VISTO OBLIGADO A HACER ALGO EN CONCRETO PARA DETENERLOS?**

*Episodio crítico de ansiedad que el sujeto intenta detener p. ej. pidiendo ayuda, acudiendo al médico/urgencias, saliendo corriendo de la habitación.* ..... |\_| 08011

===== Si no hay crisis de pánico, pasar a la pregunta n° 8

*Determinar el n° de crisis de pánico:*

a) *En la última semana:* ..... |\_|\_| 08012

b) *En el último mes:* ..... |\_|\_| 08013

c) *En el último año:* ..... |\_|\_|\_| 08014

**TENSION**

- \* (8). **¿ESTÁ CANSADO? (¿EXHAUSTO?)** Si responde: No **¿Y POR LA NOCHE?**  
*Está cansado o exhausto por el día o por la noche.* ..... |\_| 08015
- (9). **¿TIENE DIFICULTADES PARA RELAJARSE, PARA RELAJAR SU CUERPO?**  
*Dificultades para descansar (relajarse).* ..... |\_| 08016
- (10). **¿TIENE DOLOR DE CABEZA? ¿EN QUÉ PARTE? ¿CÓMO SON?** ..... |\_| 08017
  - 0.- No
  - 1.- Refiere dolores de cabeza.
  - 2.- Refiere cefaleas tensionales, por ej: "bandas alrededor de la cabeza", "presión", "tensión en la nuca", "pesadez".

Como dolores tensionales no anotar las migrañas, p. ej., dolor de cabeza unilateral, pulsátil, con distorsión visual y náusea.

**IRRITABILIDAD**

- (11). **¿ESTÁ VD. ÚLTIMAMENTE MÁS IRRITABLE (ENFADADO)?, ¿Y LE OCURRE A MENUDO?, (¿INCLUSO CADA DÍA?), (¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?)**
  - a) *Admite su irritabilidad (enfado).* ..... |\_| 08018
  - b) *Irritable casi todos los días durante al menos dos semanas en el último mes.* ..... |\_| 08019
- (12). **Y CON VD. MISMO, ¿SE ENFADA CON VD. MISMO?**  
*Se enfada consigo mismo.* ..... |\_| 08020

**SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS**

- (13). **¿HA NOTADO LOS LATIDOS DE SU CORAZÓN (PALPITACIONES) O SE HA ENCONTRADO TEMBLOROSO EN EL ÚLTIMO MES? (¿CUANDO ESTO NO ERA DEBIDO AL EJERCICIO?) ¿QUÉ SUCEDIÓ?\_, ¿HA TENIDO OTROS SÍNTOMAS COMO, POR EJEMPLO: SEQUEDAD DE BOCA, DIFICULTADES PARA RESPIRAR, SENSACIÓN DE AHOGO, MALESTAR, DOLOR EN EL PECHO, NÁUSEAS, PROBLEMAS EN LA TRIPA, MAREOS, ESCALOFRÍOS, ETC?**
  - a) *Palpitaciones (p. ej, el paciente es consciente de los latidos de su corazón, no debido al ejercicio pero a menudo acompañado de ansiedad.* ..... |\_| 08021
  - b) *Temblores ligeros o de grado medio debidos a la ansiedad.* ..... |\_| 08022
  - c) *Otros signos corporales de ansiedad (especificar \_\_\_\_\_).* ..... |\_| 08023

**TRASTORNOS SOMATICOS**

- (14). **¿QUÉ TAL APETITO TIENE? ¿COME BIEN? (¿HA COMIDO ÚLTIMAMENTE MÁS O MENOS DE LO NORMAL?)** ..... |\_| 08024
  - 0.- Apetito normal
  - 1.- Disminución de la apetencia por la comida.
  - 2.- Aumento de la apetencia por la comida.

===== Si come bien, pasar a la pregunta n° 16.

- (15). **¿A QUÉ SE DEBE? ¿LLEVA PASÁNDOLE ESTO CASI TODOS LOS DÍAS DE ESTE ÚLTIMO MES?**
  - Mal apetito sin alteración médica conocida y sin náuseas o dispepsia.* ..... |\_| 08025
  - Alteración del apetito presente casi todos días durante al menos 2 semanas en el último mes.* .. |\_| 08026
    - 1.- Disminución del apetito
    - 2.- Aumento del apetito

\* (16). **¿HA PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? (¿HA GANADO PESO?)¿CUÁNTO? ¿Y EN EL ÚLTIMO MES?**..... |\_| 08027

- 0.- No  
 1.- Ha perdido 4.5 Kg o más durante los últimos 3 meses.  
 2.- Ha perdido 4.5 Kg o más durante el último mes.  
 3.- Ha ganado 4.5 Kg o más durante el último mes.

(17). **¿HA TENIDO PROBLEMAS PARA DORMIR ÚLTIMAMENTE? (¿HA TOMADO ALGO PARA DORMIR?) ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO LLEVA OCURRIÉNDOLE? ¿QUÉ SUELE PASAR?**

*Problemas o cambio reciente en el patrón de sueño.* ..... |\_| 08028

===== Si no hay problemas, pasar a la pregunta n° 22.

*Tipo de alteración*..... |\_| 08029

- 1.- Padece insomnio la mayor parte de la noche y duerme principalmente durante el día.  
 2.- Marcado insomnio la mayor parte de las noches, durante al menos 2 semanas en el último mes.  
 3.- Marcado y excesivo sueño la mayor parte de las noches, durante al menos dos semanas en el último mes

(18). Sólo si no ha quedado claro, insistir: **PERDONE QUE INSISTA UN POCO. EN CONCRETO ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PARA QUEDARSE DORMIDO? ¿PERMANECE DESPIERTO MUCHO TIEMPO?**

*Dificultad para conciliar el sueño. Si toma hipnóticos, valorar lo que el entrevistado cree que ocurriría si no los tomara.* ..... |\_| 08030

(19). **¿SE DESPIERTA POR LA NOCHE?**

*Interrupción del sueño por la noche.(Se incluye cuando el entrevistado se despierta tras un sueño ligero y no puede dormirse de nuevo durante más tiempo). Si toma hipnóticos, valorar lo que el entrevistado cree que ocurriría si no los tomara*..... |\_| 08031

(20). **FINALMENTE, ¿SE DESPIERTA TEMPRANO POR LAS MAÑANAS, DEMASIADO TEMPRANO, SIN PODER VOLVERSE A DORMIR? ¿A QUÉ HORA OCURRE ESTO? ¿CUÁL ES SU HORA NORMAL DE LEVANTARSE? ¿CUÁNTAS VECES LE HA OCURRIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS?**

*Despierta sobre 2 horas o más antes de la hora normal de despertarse y no puede volver a dormirse casi todas las noches durante al menos 2 semanas en el último mes.* ..... |\_| 08032

(21). **¿POR QUÉ SE DESPIERTA? (¿CUÁL ES LA DIFICULTAD?) ¿ES UN PROBLEMA (FÍSICO), DEL TIPO DE TENER QUE IR AL BAÑO, O POR ALGÚN DOLOR? ¿LE MOLESTA EL RUIDO?** ..... |\_| 08033

- 0.- Principalmente se debe o procede de una causa física corporal, o ruidos, etc.  
 1.- La dificultad se debe a pensamientos o ánimos alterados, o a la tensión emocional (p. ej., permanece despierto con sentimientos o pensamientos depresivos-ansiosos).

### SOLEDAD

\* (22). **¿SE SIENTE VD. SÓLO, TIENE SOLEDAD?**

*Admite sentirse solo, en soledad (subjetivo).*..... |\_| 08034

===== Si no se siente solo, pasar a la pregunta n° 25

(23). **ESTA SOLEDAD, ¿LE PREOCUPA, LE AFECTA MUCHO? ¿LA PUEDE EVITAR?**

- a) *Se siente solo, en soledad (subjetivo) y no puede hacer nada por evitarlo.* ..... |\_| 08035  
 b) *Preocupado o deprimido por su actual soledad.* ..... |\_| 08036

(24). **Y PARA EL FUTURO, ¿LE PREOCUPA LA POSIBILIDAD (PERSPECTIVA) DE ESTAR (VIVIR) SOLO (SIN OTRAS PERSONAS) EN EL FUTURO?**

*Le preocupa estar solo, sin otras personas (objetivo), en el futuro.....* |\_\_| 08037

**DEPRESION**

\* (25). **¿QUÉ ME DICE DE SU ESTADO DE ÁNIMO?, (¿HA ESTADO VD. BAJO DE ÁNIMOS, INCLUSO TRISTE (DEPRIMIDO, INFELIZ) ÚLTIMAMENTE ?)**

*Estado de ánimo deprimido.....* |\_\_| 08038

(26). **¿HA LLEGADO A LLORAR ÚLTIMAMENTE? (¿CON QUÉ FRECUENCIA?)**

*Ha llorado.....* |\_\_| 08039

===== Si ha llorado, pasar a la pregunta n° 29

(27). **¿HA TENIDO GANAS DE LLORAR SIN LLEGAR A HACERLO? (¿CON QUÉ FRECUENCIA?)**

*Se ha sentido con ganas de llorar.....* |\_\_| 08040

(28). Si el entrevistado no admite estar deprimido, haber llorado o haber querido llorar, **INSISTIR: SE SUELE CONSIDERAR QUE LAS PERSONAS DE EDAD A MENUDO ESTÁN BAJOS DE ÁNIMO, CON TENDENCIA A ESTAR TRISTES PERO, A PESAR DE ELLO, VD. SE ENCUENTRA BIEN, ¿ES ASÍ?** .....

|\_\_| 08041

===== Si no existen indicios de depresión, pasar a pregunta n° 39.

\* (29). **¿ESTÁ VD. ASÍ TODO EL TIEMPO? ¿CUÁNTO LE HA DURADO ESE ESTADO DE ÁNIMO, ESA DEPRESIÓN? (¿SÓLO UNAS POCAS HORAS O MÁS?)** .....

|\_\_| 08042

- 1.- La depresión, llanto o ganas de llorar dura más de unas pocas horas ocasionales.
- 2.- La depresión, llanto o ganas de llorar está presente la mayor parte del tiempo.

**¿DURANTE CUANTO TIEMPO LA HA TENIDO?**

*Presente durante al menos dos semanas seguidas en el último mes.....* |\_\_| 08043

(30). **¿VARÍA SU ESTADO DE ÁNIMO MUCHO EN EL MISMO DÍA, ES CAMBIANTE, FLUCTÚA MUCHO?**

*Humor fluctuante.....* |\_\_| 08044

(31). **¿A QUÉ HORA DEL DÍA SE SIENTE PEOR?**

- Si en ninguno de los períodos siguientes, puntuar: 0.
- Si es severa durante todo el día, puntuar 1 en los 3 ítems.

a) *Sobre todo por la mañana.....* |\_\_| 08045

b) *Sobre todo por la tarde.....* |\_\_| 08046

c) *Sobre todo por la noche.....* |\_\_| 08047

(32). **¿HAY ALGO QUE ALIVIE SU DEPRESIÓN\_ LAS VISITAS, LAS NOTICIAS AGRADABLES, LAS DISTRACCIONES?\_ ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE ALIVIA?** .....

|\_\_| 08048

- 1.- Alguna experiencia placentera alivia la depresión, pero las visitas o actividades de entretenimiento no la alivian o sólo la alivian 1 ó 2 horas
- 2.- Anhedonia profunda: nada alivia la depresión.

**CULPABILIDAD**

(33). *¿TIENDE VD. A REPROCHARSE ALGO, A SENTIRSE POCO ÚTIL\_ O INCLUSO A SENTIRSE CULPABLE?* Sólo si sugiere que sí, continuar: *¿DE QUÉ? (¿QUIERE DECIR QUE DE HECHO SE SIENTE INÚTIL?) (¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA SINTIÉNDOSE ASÍ?) (¿CREE VD. QUE ES RAZONABLE SENTIRSE ASÍ?)*

- a) *Excesiva autculpa obvia por "pecadillos" pasados o del presente.  
(No se incluye una ligera o justificada autculpa).* .....|\_| 08049
- b) *Menciona arrepentimientos del pasado que pudieran o no ser justificables.*.....|\_| 08050
- c) *Se siente inútil o con una severa culpa casi todos los días durante al menos dos semanas.* ..|\_| 08051
- d) *Inutilidad o culpa de intensidad delirante la mayoría de los días.*.....|\_| 08052

**SUICIDIO**

(34). *VEO QUE HA ESTADO BAJO DE ÁNIMOS,\_ (resumir los síntomas observados), ¿CÓMO VE (O SIENTE) SU FUTURO? (¿CÓMO CREE QUE LE SALDRÁN LAS COSAS EN EL FUTURO?) (¿QUÉ ESPERA DEL FUTURO?)*

*No es pesimista, pero no tiene expectativas (vive día a día,"a mi edad no hay futuro") (profundizar en el tema).*.....|\_| 08053

*Si es pesimista: ¿POR QUÉ? ¿SE HA SENTIDO REALMENTE DESESPERADO (SIN ESPERANZAS)?*

*Si se evade: ¿HAY ALGO EN SU FUTURO EN LO QUE VD. NO QUIERA PENSAR?*

- a) *Es pesimista, el futuro le parece negro, no ve futuro o su futuro le es inaguantable.* .....|\_| 08054
- b) *Sensación general de desesperación.* .....|\_| 08055
- c) *Pesimismo obviamente justificado por las circunstancias.*.....|\_| 08056

(35). *¿HA LLEGADO A SENTIR QUE LA VIDA NO MERECE SER VIVIDA?*

*Lo ha sentido*.....|\_| 08057

===== Si no lo ha sentido, pasar a la pregunta n° 39

(36). *¿HA SENTIDO VD. ALGUNA VEZ QUE PREFERIRÍA ESTAR MUERTO? (PORQUE LA VIDA HA LLEGADO A SER UNA CARGA PARA VD.) ¿HA QUERIDO ALGUNA VEZ TERMINAR CON TODO? (¿HA PENSADO HACER ALGO AL RESPECTO VD. MISMO?) (¿SUICIDARSE?)*

*Ha tenido pensamientos suicidas o ha deseado estar muerto.*.....|\_| 08058

===== Si nunca lo ha sentido, pasar a la pregunta n° 39.

(37). *¿CUÁNDO OCURRIÓ ESTO? ¿ULTIMAMENTE? (¿EN EL ÚLTIMO MES?) (¿CUÁNTAS VECES?)* .....|\_| 08059

- 0.- Nunca  
1.- Alguna vez en el último mes.  
2.- En el último año.

*Los deseos de estar muerto han durado al menos dos semanas en el último mes.* .....|\_| 08060

===== Si no lo ha sentido en el último mes, pasar a la pregunta n° 39

(38). *¿LLEGÓ A INTENTAR ALGO AL RESPECTO, HACERSE DAÑO HACE POCO TIEMPO? ¿CUÁNDO? ¿QUÉ HIZO? (¿O QUÉ PLANEÓ HACER?) ¿POR QUÉ PIENSA QUE SE SINTIÓ ASÍ?*.....|\_| 08061

- 1.- Ha rechazado el suicidio, pero ha deseado estar muerto, porque la vida es una carga.  
2.- Ha hecho o planeado algo para suicidarse

\*\*\*\*(39). **OBSERVACION**

Parece (al verlo o escucharlo) tenso, preocupado, deprimido o miedoso.....|\_|\_| 08062

===== Si no presenta estos síntomas, pasar a la pregunta n° 40

a) Parece tenso o preocupado. ....|\_|\_| 08063

b) Se le escucha triste, apagado, pesimista o deprimido. ....|\_|\_| 08064

c) Parece aprensivo o miedoso.....|\_|\_| 08065

d) Ojos húmedos: llenos de lágrimas o llorando.....|\_|\_| 08066

### LENTITUD

\* (40). **¿SE VE VD. (ESTÁ) LENTO EN SUS MOVIMIENTOS (FÍSICOS)?**

Lentitud subjetiva de movimientos.....|\_|\_| 08067

(41). **¿SE VE VD. CON MUY Poca ENERGÍA (PARA HACER LAS COSAS QUE QUIERE HACER)?  
¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA OCURRIÉNDOLE? ¿ES VD. ASÍ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?**

a) Restricción subjetiva de energía.....|\_|\_| 08068

b) Presente casi todos los días durante al menos dos semanas.....|\_|\_| 08069

(42). **¿PUEDE HACER SUS TAREAS O SU ACTIVIDAD HABITUAL?** (Valorar sólo las restricciones no impuestas por el ambiente).

Hace menos de lo normal .....|\_|\_| 08070

===== Si no hay enlentecimiento, falta de energía o reducción de actividad, pasar a la pregunta de observación n° 48.

(43). **¿CUÁNDO COMENZÓ ESTE PROBLEMA (EL ENLENTECIMIENTO, LA PÉRDIDA DE ENERGÍA, LA REDUCCIÓN DE ACTIVIDAD)? ¿LE HA IDO A PEOR EN LOS ÚLTIMOS MESES?**

Comenzó o empeoró en los últimos 3 meses.....|\_|\_| 08071

(44). **¿SE SIENTE PEOR EN ALGÚN MOMENTO DEL DÍA?** .....|\_|\_| 08072

0.- No hay diferencias

1.- Lentitud o falta de energía peor por la mañana.

2.- La lentitud o falta de energía aumenta en las últimas horas de la tarde.

(45). **¿ESTÁ PRESENTE CASI TODOS LOS DÍAS?**

La lentitud ha estado presente casi todos los días durante al menos dos semanas.....|\_|\_| 08073

(46). **¿QUÉ PASA CUANDO ALGUIEN LE VISITA O VD. TIENE QUE SALIR? ¿SE CANSA DEMASIADO?**

No soporta incluso estas actividades normalmente placenteras. ....|\_|\_| 08074

(47). **¿PERMANECE VD. AHORA MUCHO TIEMPO SENTADO (O MÁS TIEMPO EN LA CAMA DE LO NORMAL) POR FALTA DE ENERGÍA?**

Está sentado o en la cama por falta de energía. ....|\_|\_| 08075

\* (48). **OBSERVACION**

Muy lento en todos sus movimientos. ....|\_|\_| 08076

### INTERÉS

(49). **¿SE INTERESA POR LAS COSAS? (¿MANTIENE SUS INTERESES?)**

*Tiene menos interés por las cosas de lo que es normal para él/ella.....|\_| 08077*

(50). **¿DISFRUTA VD. CON ALGO?, ¿QUÉ LE GUSTA HACER ÚLTIMAMENTE? (¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO?)**

*Prácticamente no disfruta con nada.....|\_| 08078*

===== Si no ha descendido su interés, pasar a la pregunta n° 54.

(51). **¿CUÁNDO NOTÓ VD. ESTA PÉRDIDA DE INTERÉS (o QUE NO DISFRUTA)? ¿CUÁNDO COMENZÓ? ¿HA APARECIDO RECIENTEMENTE? ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO? .....**|\_| 08079

- 1.- Pérdida de interés/disfrute gradual durante algunos años.
- 2.- La pérdida de interés/disfrute ha ocurrido sólo en los últimos 3 meses.

(52). **¿LE PASA CASI TODOS LOS DÍAS?**

*Sin interés/disfrute casi todos los días durante al menos 2 semanas el último mes.....|\_| 08080*

(53). **¿Y A QUÉ SE DEBE?, ¿LO SABE?, CONSIDERA QUE SE DEBE A ESTAR DEPRIMIDO O NERVIOSO?**

*Demasiado deprimido o nervioso.....|\_| 08081*

### CONCENTRACION

\* (54). **¿CÓMO ESTÁ DE CONCENTRACIÓN ?** Sólo sondear.

**¿PUEDE VD. CONCENTRARSE, POR EJEMPLO, EN UN PROGRAMA DE T.V. (RADIO, PELÍCULA)? (¿PUEDE VD. VERLO-ESCUCHARLO ENTERO?) (¿LE OCURRE A MENUDO?)**

*Dificultad de concentración para el entretenimiento.....|\_| 08082*

(55). **¿LEE VD.? ¿PUEDE CONCENTRARSE EN LO QUE LEE? (¿LE OCURRE A MENUDO?)**

*Dificultad de concentración en la lectura.....|\_| 08083*

===== Si no existen dificultades, pasar a la pregunta n° 57

(56). **¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA ESTO MOLESTÁNDOLE?**

*Dificultad de concentración en cualquiera de sus formas casi todos los días durante al menos dos semanas.....|\_| 08084*

\* (57). **OBSERVACION**

*Dificultad obvia de concentración en la entrevista.....|\_| 08085*

### DIFICULTADES DEL PENSAMIENTO

(58). **OBSERVACION**

a) *Parece confuso (se le mezclan los pensamientos, no puede pensar claramente).....|\_| 08086*

b) *Parece indeciso.....|\_| 08087*

**DUELO Y ACONTECIMIENTOS VITALES**

(59). **ME HA DICHO VD. QUE ESTÁ DEPRIMIDO/TIENE PROBLEMAS DE MEMORIA/ETC. ¿A QUÉ LO ATRIBUYE VD. Y, EN CONCRETO, ¿PUEDO PREGUNTARLE SI ALGUIEN CERCAÑO A VD. /ÉL-ELLA HA MUERTO RECIENTEMENTE? ¿DE QUIÉN SE TRATABA? ¿CUÁNDO SUCEDIÓ?**

- a) Padre, hermano o hijo fallecido ..... |\_\_| 08088
- b) Otra persona, muy próxima al paciente ha fallecido ..... |\_\_| 08089
- 0.- No ha fallecido nadie.
- 1.- En las últimas 6 semanas.
- 2.- Más de 6 semanas pero menos de 6 meses.
- 3.- Más de 6 meses pero menos de 3 años.
- 4.- Más de 3 años.

Especificar el tiempo transcurrido \_\_\_\_\_

(60). **¿HA SUCEDIDO ALGUNA OTRA COSA RECIENTEMENTE QUE LE HAYA CONTRARIADO / INQUIETADO SERIAMENTE? (¿QUÉ SUCEDIÓ? ¿ CUÁNDO SUCEDIÓ?), ¿LE HA IMPEDIDO SU PREOCUPACIÓN HACER ALGUNA DE LAS COSAS QUE HARÍA NORMALMENTE (ACTIVIDADES SOCIALES, ETC)?**

- a) El acontecimiento altera seriamente la rutina normal. .... |\_\_| 08090
- b) Anotar cuánto hace que ocurrió el acontecimiento (nº meses) ..... |\_\_||\_\_||\_\_| 08091
- c) Valorar si el acontecimiento principal precede al episodio actual de enfermedad..... |\_\_| 08092

Especificar el acontecimiento \_\_\_\_\_

**JUICIOS:**

Independientemente del tiempo que hace que ocurrió el acontecimiento, casi todos los actuales síntomas pueden ser atribuidos:

- a) a la pérdida de una persona cercana. .... |\_\_| 08093
- b) a la pérdida de un animal de compañía. .... |\_\_| 08094
- c) al serio / importante acontecimiento vital distinto del duelo (valorado más arriba). .... |\_\_| 08095

Teniendo en cuenta la severidad de la pérdida y el lapso de tiempo, esto no puede considerarse un duelo normal. (Ej: hay una enfermedad depresiva superpuesta, no consigue reconciliarse con la pérdida, etc.). .... |\_\_| 08096

- 0.- Normal
- 1.- Probablemente anormal
- 2.- Definitivamente anormal.

**PERSECUCION**

(61). **¿CÓMO SE LLEVA CON LA GENTE NORMALMENTE? ¿LE HACEN SENTIRSE MAL FÁCILMENTE?**

Se siente mal fácilmente. .... |\_\_| 08097

(62). **A VECES NOS DICEN LAS PERSONAS (DE EDAD) QUE ALGUNA VEZ SIENTEN QUE LA GENTE ESTÁ HABLANDO MAL DE ELLOS, ¿LE HA OCURRIDO A VD.? Si sugiere que sí, preguntar: ¿HA LLEGADO A PENSAR QUE SE RÍEN DE VD.?**

Ha tenido esa sensación. .... |\_\_| 08098

===== Si la anterior pregunta puntúa 0, pasar a pregunta n° 64

(63). **¿CREE QUE REALMENTE ES CIERTO O ES QUIZÁS UNA FORMA DE PENSAR SUYA? (¿ESTÁ VD. SEGURO?)** ..... |\_\_| 08099

- 1.- Probablemente no es verdad.
- 2.- Considera que es cierto.
- 3.- Está convencido de que es cierto.

- \* (64). **NO ESPERAMOS QUE SE TRATE CON TODO EL MUNDO PERO ¿HAY ALGUIEN ESPECIAL -NO NECESITA DECIRME QUIÉN- CON QUIEN TENGA PARTICULAR DIFICULTAD PARA RELACIONARSE?**

Hay alguna/varias personas. ....|\_| 08100

- (65). **OBSERVACION**

Parece indebidamente suspicaz. ....|\_| 08101

### DISTORSION DE LA PERCEPCION

- (66). **¿LE ESTÁ OCURRIENDO ÚLTIMAMENTE ALGUNA COSA RARA O EXTRAÑA, ALGO QUE NO PUEDE EXPLICAR? ¿ME PUEDE PONER ALGÚN EJEMPLO?. YO LE AYUDO, POR EJEMPLO, ¿ESTÁ SINTIENDO, VIENDO, OYENDO, ETC. ALGO RARO?**

Cree que le sucede algo extraño. ....|\_| 08102

Especificar tipo de alucinaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **JUICIO:**

- a) Tiene otros delirios. Especificar: \_\_\_\_\_|\_| 08103
- b) Tiene otras alucinaciones. Especificar: \_\_\_\_\_|\_| 08104
- c) Tiene otros síntomas psicóticos. Especificar: \_\_\_\_\_|\_| 08105

Cuando el entrevistado es valorado como "caso" psiquiátrico, es decir, cuando hay alguna psicopatología relevante como: deterioro cognoscitivo, depresión, ansiedad, psicosis (ideas delirantes, alucinaciones, etc), independientemente del diagnóstico, se continúa explorando la historia del trastorno actual (si se trata de un caso de deterioro cognoscitivo, recoger la información de un informador externo fiable).

Cuando el entrevistado no es caso, preguntar por posibles enfermedades psiquiátricas pasadas.

**9.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES**

Si la enfermedad documentada hasta ahora no parece ser un trastorno depresivo, preguntar: **Y, EN CONCRETO, ¿HA TENIDO VD. ALGUNA DEPRESIÓN?, ¿CÓMO FUE?**

Para explorar cualquier otra enfermedad psiquiátrica, utilizar la pregunta siguiente:

**¿APARTE DE LO QUE ME HA CONTADO, HA SUFRIDO EL/ELLA-VD., ALGUNA VEZ OTRA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE NERVIOS, EMOCIONAL O PSIQUIÁTRICO? (En caso afirmativo ¿CÓMO FUE?)**

Cada columna corresponde a una enfermedad psiquiátrica. En caso de "Otros" especificar diagnóstico: \_\_\_\_\_

	Demencia y déficit cognitivo	Depresión Actual	Antecedentes de Depresión	Otras
<b>DIAGNÓSTICO:</b> Sólo cuando éstos parezcan haber sido dados al informador/sujeto por un médico; en caso contrario puntuar 88) (ver glosario):	_ _ _  09001	_ _ _  09012	_ _ _  09024	_ _ _  09036
<b>COMIENZO:</b> <i>VD. ME HA DICHO QUE ESTÁ DEPRIMIDO/NERVIOSO, ETC., ¿CUÁNDO NOTÓ VD. QUE ALGUNA COSA IBA MAL?</i> Puntuar la duración en semanas	_ _ _ _  09002	_ _ _ _  09013		_ _ _ _  09037
<i>Edad al comienzo del primer episodio de enfermedad.</i>	_ _ _ _  09003		_ _ _ _  09025	_ _ _ _  09038
<i>Edad al comienzo del último episodio de enfermedad.</i>		_ _ _ _  09014	_ _ _ _  09026	_ _ _ _  09039
<b>Nº EPISODIOS PREVIOS:</b> <i>¿CUÁNTAS (ENFERMEDADES) (EPISODIOS) COMO LA ACTUAL HA TENIDO?</i> Puntuar el n.º de enfermedades con al menos 4 semanas de normalidad entre ellas. (no contar la enfermedad actual). 0.- 0; 1.- 1; 2.- 2; 3.- 3; 4.- 4 ó más			_  09027	_  09040
<b>FORMA DE COMIENZO:</b> <i>¿SUCEDIÓ DE REPENTE, O VINO LENTAMENTE?</i> Valorar el comienzo. 1.- sucedió en un máximo de 24 horas. 2.- más de un día, pero menos de una semana. 3.- una semana o más, pero menos de un mes. 4.- un mes o más.	_  09004	_  09015	_  09028	_  09041
<b>EVOLUCIÓN DESDE INICIO:</b> <i>¿HA EMPEORADO O HA MEJORADO, DESDE QUE COMENZÓ EL PROBLEMA?</i> 1.- Se describe un deterioro. 2.- Se describe una mejoría. 3.- No hay cambios o muy pequeños en la condición descrita.	_  09005	_  09016	_  09029	_  09042
<b>EMPEORAMIENTOS/EXACERBACIONES:</b> Si hubo empeoramiento: <i>¿CUÁNDO COMENZÓ ESE EMPEORAMIENTO?</i> 0.- sin exacerbaciones sintomáticas 1.- en los últimos 3 días 2.- 4-7 días 3.- 8-28 días 4.- Más de 28 días	_  09006	_  09017		_  09043

<p><b>PERÍODOS NORMALIDAD:</b>  <b>DURANTE EL/LOS PERÍODO/S DE MEJORÍA, ¿SE ENCONTRABA TOTALMENTE BIEN?</b> Si dice que sí, <b>¿CON QUÉ FRECUENCIA HA SUCEDIDO ESTO?</b>  0.- Nunca  1.- una vez  2.- dos veces  3.- tres veces  4.- cuatro o más</p>		_  09018	_  09030	_  09044
<p><b>CAMBIOS SINTOMÁTICOS:</b>  <b>LOS SÍNTOMAS QUE ME HA COMENTADO, ¿HAN SIDO/FUERON LOS MISMOS/IGUALES DESDE QUE COMENZÓ EL PROBLEMA?</b>  1.- Los síntomas han sido de un tipo particular (aunque pueden haber mejorado o empeorado, p. ej.: depresión, euforia o síntomas orgánicos).  2.- Los síntomas han sido de diferentes tipos, p. ej.: depresión seguida de confusión. Especificar: _____</p>	_  09007	_  09019	_  09031	_  09045
<p><b>TRATAMIENTO:</b>  <b>POR CIERTO, ¿QUIÉN LE ATIENDE/ATENDIÓ, QUIÉN LE TRATA/TRATÓ SU PROBLEMA?</b>  0.- No fue tratado.  1.- Tratado por médico de familia.  2.- Atendido en consulta, ambulatorio por psiquiatra.  3.- Ingresado en hospital. Especificar: _____</p>	_  09008	_  09020	_  09032	_  09046
<p><b>TTO. FARMACOLÓGICO:</b>  <b>¿LE HAN RECETADO ALGUNA MEDICACIÓN POR ESTE PROBLEMA?, ¿LE PRODUJO ALGUNA MEJORÍA?</b> Valorar la respuesta al tratamiento:  0.- Ninguno  1.- Respuesta pobre  2.- Buena  3.- Muy buena</p>	_  09009	_  09021	_  09033	_  09047
<p><b>TTO. ELECTROCONVULSIVO (TEC):</b>  <b>¿Y ALGÚN OTRO TIPO DE TRATAMIENTO, ELÉCTRICO, ETC?</b>  Valorar la respuesta al tratamiento TEC:  0.- Ninguno  1.- Respuesta pobre  2.- Buena  3.- Muy buena</p>	_  09010	_  09022	_  09034	_  09048
<p><i>La forma evolutiva que más se ajusta al paciente es (ver glosario):</i>  1. Deterioro lento progresivo.  2. Deterioro escaleriforme.  3. Fase única.  4. Episodios repetidos con períodos de normalidad.  5. Trastorno bipolar.  6. Fluctuaciones sin recuperación entre ellas  7. Brotes (esquizofrenia).  8. Desarrollo (paranoia, trast. personalidad).</p>	_ _  09011	_ _  09023	_ _  09035	_ _  09049

**10.- STATUS FUNCIONAL**

**INCAPACIDAD FISICA**

**JUICIOS:**

**El paciente ¿está enfermo físicamente en el momento actual (en contraste con estar ..... | | 10001 incapacitado por una antigua enfermedad)?.**

- 0.- No
- 1.- Leve
- 2.- Moderadamente grave
- 3.- Enfermedad grave

**¿Podría la enfermedad física (no intoxicación por alcohol o drogas) ser una explicación ..... | | 10002 suficiente para los síntomas mentales o psiquiátricos, por ejemplo, delirio debido a una infección aguda?.**

- 0.-No
- 1.- Probablemente no
- 2.- Bastante probable
- 3.- Casi seguro

**Si el paciente es sordo (puntuar mientras necesite ayuda en la audición ("hearing aid"). ..... | | 10003**

- 0.- Oye bien
- 1.- Oye la entrevista con dificultad
- 2.- Casi toda la conversación tiene que hacerse gritando o repitiendo varias veces
- 3.- Casi totalmente sordo
- 4.- Totalmente sordo

**(1) ¿CUÁNTAS VECES HA SALIDO VD./EL-ELLA FUERA DE CASA EN EL ULTIMO MES? ..... | | 10004 (En caso de ninguna, aclarar el motivo)**

- 0.- Alguna
- 1.- No puede valerse por sí mismo y nadie le ayuda.
- 2.- No podría valerse por sí mismo, incluso con ayuda.
- 3.- Puede valerse pero no sale de casa.
- 4.- Podría valerse con ayuda y teniéndola disponible no hace uso de ella.

**(2) Realizar las preguntas mínimas necesarias para rellenar las siguientes tablas:**

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Independiente
- 1.- Precisa ayuda
- 2.- Dependiente
- 3.- Nunca lo hace
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Uso de pequeñas cantidades de dinero (Lawton)	10005
Realizar llamadas telefónicas (Lawton)	10006
Uso del transporte público (Lawton)	10007
Responsabilizarse de la toma de medicación (Lawton)	10008
Orientarse en calles familiares (Lawton)	10009
Realizar tareas domésticas sencillas (hacer café, uso de electrodomésticos)(Lawton)	10010
Preparar las comidas (Lawton)	10011
Lavar la ropa (Lawton)	10012

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Independiente
- 1.- Precisa ayuda
- 2.- Dependiente
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Orientarse dentro de casa	_  10013
Incontinencia (Katz)	_  10014
Vestirse (Katz)	_  10015
Lavarse (Katz)	_  10016
Alimentarse (Katz)	_  10017
Ir al servicio (Katz)	_  10018
Trasladarse ( cama, silla, coche) (Katz)	_  10019

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Lo habitual
- 1.- Ha disminuido
- 2.- Ha cesado
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Participación en actos sociales o comunitarios	_  10020
Habilidades especiales, aficiones o hobbies	_  10021





**13.- ÍTEMS OBSERVACIÓN GMS**

**PUNTAJES CONDUCTUALES**

(Códigos: 0 1 2 8 9)

*Puntuar los ítems siguientes **sólo** si la entrevista no ha sido completada*

**DEPRESIÓN:** Parece triste o afligido o deprimido.....  13001

**DEPRESIÓN:** Ojos húmedos: lleno de lágrimas o llorando. ....  13002

**MUY LENTO EN TODOS SUS MOVIMIENTOS** .....  13003

**DIFICULTADES DE PENSAMIENTO:** Parece confuso.....  13004

**DIFICULTADES DE PENSAMIENTO:** Parece indeciso .....  13005

**INCOMODIDAD SOCIAL:** Parece indebidamente suspicaz .....  13006

**CONCENTRACIÓN:** Dificultad clara para concentrarse en la entrevista .....  13007

**EXPRESION EMOCIONAL DISMINUIDA:**

- a) Cara inexpresiva. No muestra expresión en la conversación.....  13008
- b) Voz monótona. No se muestra expresivo en la conversación.....  13009
- c) No hay gestos acompañantes al habla .....  13010
- d) No se muestra una emoción apropiada cuando se comentan ideas normales o delirantes las cuales normalmente producirían algún tipo de emoción.....  13011
- e) Estado de ánimo uniformemente aplanado, independientemente del tono de la conversación (indiferencia, aceptación apática).....  13012

**EXPRESIÓN EMOCIONAL EXCESIVA:**

- a) Pequeños accesos incontrolables de llanto. ....  13013
- b) Pequeños accesos incontrolables de risa. ....  13014

**RISA:**

- a) Exaltado, eufórico, aunque quizás esté cambiando hacia irritabilidad o depresión.....  13015
- b) Alegría contagiosa.....  13016

**DESCARADO:** bromas estúpidas, comentarios poco serios.....  13017

**POCO COOPERADOR etc.:** Intenta comenzar una riña o discusión.....  13018

**ABANDONO PERSONAL:**

- a) Las ropas están sucias, desarregladas o huelen mal.....  13019
- b) Pelo despeinado, enredado o enmarañado.....  13020
- c) Sin afeitarse, con mocos en la nariz, cara sucia, etc.....  13021

**CONDUCTA: Inquieto:**

- a) Se mantiene sin estar quieto o torciéndose en el asiento. ....  13022
- b) Se levanta y se mueve alrededor sin descanso. ....  13023

**MOVIMIENTOS ESPECIALES:**

- a) Movimientos coreiformes (movimientos involuntarios de la cabeza, cuerpo o miembros en reposo continuos, sin propósito, espasmódicos).....|\_| 13024
- b) Movimientos atetósicos (movimientos de la lengua, mandíbulas o miembros continuos, sin propósito, lentos, retorcidos).....|\_| 13025
- c) Movimientos parkinsonianos (temblor de las manos repetido y regular característico en reposo. Descrito como "contar monedas", como si el entrevistado estuviera contando monedas entre el pulgar y la punta de los dedos).....|\_| 13026

**BIZARRO, RARO:**

- a) Movimientos estilizados, algo más que balancearse en la silla o balancear los pies. ....|\_| 13027
- b) Movimientos repetitivos estereotipados, p. ej.: moverse en la silla, frotando cosas, etc. ....|\_| 13028
- c) Toma posturas extrañas sin ninguna razón aparente.....|\_| 13029

**PÉRDIDA DE LA NORMAL COMPOSTURA SOCIAL:**

- a) Deliberadamente rasga, arroja o rompe algo.....|\_| 13030
- b) Se toca los genitales, mete el dedo en la nariz, eructa, etc.....|\_| 13031
- c) Se desnuda o exhibe sus genitales. ....|\_| 13032
- d) Hace sugerencias sexuales o insinuaciones al entrevistador.....|\_| 13033
- e) Palabras o gestos obscenos. ....|\_| 13034

**HABLA: Restricción de la cantidad:**

- a) El paciente está totalmente mudo, pronuncia no más de media docena de palabras reconocibles en respuestas a las preguntas en el curso de la entrevista. No incluir los comentarios en alto que se hace a sí mismo. ....|\_| 13035
- b) El paciente frecuentemente deja de contestar. Hay que repetir las preguntas. No puntuarlo si las respuestas del enfermo son inaudibles o incomprensibles. ....|\_| 13036

**HABLA: Incoherencia:**

- a) Calidad vaga y amorfa del habla. No se completa con pensamientos o ideas - Las ideas parecen cambiar de un tema a otro o fundirse unos con otros. El paciente habla de manera bastante libre pero vaga ambiguamente, de tal modo que las ideas comunicadas no son claras -habla vaga, cambiante de una idea a otra o de un tema a otro.....|\_| 13037
- b) Irrelevante. El contenido de las respuestas a veces tiene poca relación, si tiene alguna, con lo que se le ha preguntado (No incluir el habla cambiante de un tema a otro o incoherente). .|\_| 13038
- c) Habla circunstancial: da muchos detalles innecesarios pero al final alcanza el objetivo que se propone en el habla. ....|\_| 13039
- d) Divagante: habla sin apuntar a un tema concreto, divagando, pero las ideas están razonablemente bien formadas.....|\_| 13040

**RITMO DEL HABLA:**

- a) Habla extremadamente rápida pero puede ser interrumpido.....|\_| 13041
- b) Presión del habla: demasiadas palabras, rápido y con pausas infrecuentes y un flujo incontrolado. Habla y habla y se resiste a ser interrumpido.....|\_| 13042
- c) "Fuga de Ideas": Una idea sugiere a otra en rápida sucesión, de tal modo que el paciente pronto ha perdido el hilo de la conversación. ....|\_| 13043
- d) Lentitud: Habla muy lenta. Pausas muy bien delimitadas entre palabras. ....|\_| 13044
- f) Largas pausas antes de contestar a un rasgo característico.....|\_| 13045

**HABLA: CONTENIDO: Bromas frecuentes, chistes.**.....  13046

**PERSEVERACIÓN: Repite las respuestas inapropiadamente.**.....  13047

**JUICIO: Los problemas de memoria son más prominentes que los problemas de pensamiento, p. ej. más dificultad para recordar cosas que para deducirlas.** .....  13048

**DIFICULTADES DE COMUNICACION**

(Códigos: 0 1 8 9)

**DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN NO PATOLÓGICAS:** .....  13049  
*Valorar solamente si contribuyen claramente a las dificultades de comunicación:  
 (Extranjero. Por ejemplo, español pobre y entrecortado, se precisa intérprete, marcado acento extranjero ó Español que habla aragonés, catalán, gallego... y mal castellano)*

**DEFECTOS FÍSICOS:** *No valorar aquí los defectos de memoria:*

- a) Disfasia (debida a la lesión cerebral, no usa/comprende bien las palabras). .....  13050
- b) Disartria. (No articula o pronuncia bien las palabras por lesión a nivel cerebral). .....  13051
- c) Disartria (lesión en los órganos fonadores). .....  13052
- d) Pérdida de dientes.....  13053
- g) Sordera grave. ....  13054
- h) Ceguera (casi total).....  13055
- i) Tartamudeo. ....  13056
- j) Mutismo debido a un defecto físico. ....  13057
- k) Debilidad, cansancio, flojera graves.....  13058
- l) Otros.....  13059
- m) Oligofrenia/baja inteligencia. ....  13060

**CONDUCTAS ESPECÍFICAS:**

- a) Por ejemplo, hostil, se niega a contestar, objeta las preguntas, reacio a ser entrevistado.....  13061
- b) Fatiga razonable. ....  13062
- c) Vago, evasivo, respuestas ambiguas. Se contradice él mismo, circunstancial (añade detalles innecesarios, pero alcanza el objetivo al final). .....  13063
- d) Confuso pero NO incoherente.....  13064
- f) Murmullos, susurros, voz débil.....  13065
- g) Farfulleo no debido a defecto físico o drogas.....  13066
- h) Otros. Especificar:\_\_\_\_\_ .....  13067
- i) Condiciones desfavorables durante entrevista (ruidos, etc), que pueden distraer. ....  13068
- j) El paciente se duerme repetidamente y hay que despertarle. ....  13069
- k) El paciente parece adormilado en general, pero no se llega a quedar dormido realmente. ....  13070

**DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN PATOLÓGICAS:**

- a) Defecto de memoria (Claro): Por ejemplo, desorientado, gran pérdida de memoria, clara amnesia temporal e incapaz de recordar sucesos relevantes. ....  13071
- b) Defecto de memoria (dudoso): P. ej., recuerdos vagos, se queja, no convincentemente, de no poder recordar algo, hace pequeños esfuerzos para recordar, memoria no disminuida para tópicos neutrales.....  13072
- c) Incoherente con conciencia clara: P. ej., irrelevante o bizarro o respuestas impensadas, ideas no asociadas, charla incoherente, neologismos, perseverancia, fuga de ideas.....  13073

**CONDUCTA VÍVIDAMENTE PATOLÓGICA:**

- a) P. ej., mantiene su postura ante delirios o alucinaciones.. |\_| 13074
- b) Incorpora al entrevistador en sus delirios.. |\_| 13075
- c) Posturismo (mantiene una postura de cualquier parte del cuerpo extraña o poco común repetidamente o durante varios minutos seguidos), conducta bizarra.. |\_| 13076
- d) Habla para él coherentemente, habla a voces.. |\_| 13077
- e) Lloro/grita de manera incontrolable.. |\_| 13078
- f) Habla a presión (no se le puede interrumpir, no deja intervenir al entrevistador)..... |\_| 13079
- g) Gran suspicacia..... |\_| 13080

**CONDUCTA AMBIGUAMENTE PATOLÓGICA:**

- a) Por ejemplo, mutismo no debido a defecto físico..... |\_| 13081
- b) Suspica, negativista (hace claramente lo contrario de lo que el entrevistador le pide o pregunta). ..... |\_| 13082
- c) Distanciamiento o apatía posiblemente debidos a indiferencia o a una profunda depresión.. |\_| 13083
- d) Muy hablador, pero no hay habla a presión..... |\_| 13084
- e) Falta de introspección (insight). Niega totalmente los síntomas o la enfermedad.. |\_| 13085
- f) Excitado, agitado, o claramente gozoso/ eufórico (no puede quedarse quieto en la silla, o interrumpe frecuentemente con bromas u observaciones).. |\_| 13086
- g) Preocupado por experiencias internas no declaradas u ocultas (preocupación inespecífica).. |\_| 13087
- h) Distraibilidad (la atención del entrevistado es atraída frecuentemente por eventos del entorno triviales e irrelevantes).. |\_| 13088

**INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA**

Los síntomas psicopatológicos del sujeto podrían ser debidos a intoxicación por fármacos: ..... |\_| 13089

- 0.- No
- 1.- Posiblemente
- 2.- Muy probablemente

**14.- FIABILIDAD**

**JUICIO:**

*Valorar si hay ERRORES o números 8 en las secciones de orientación o memoria, o si hay numerosos 8s en el resto de la entrevista.*

- *Errores cometidos con conciencia clara (no durmiéndose, o bajo la influencia del alcohol o drogas o delirio debido a enfermedad física aguda:*
  - a) *Debidos a agitación, depresión, euforia, etc.* .....  14001
  - b) *Debidos a un defecto de memoria.* .....  14002
- *Errores cometidos con obnubilación de la conciencia (por ej., el entrevistado se estaba durmiendo, bajo la influencia de alcohol, drogas o delirio debido a enfermedad física aguda....*  14003
- *La reacción del entrevistado hacia los errores fue poco intensa, indiferente o eufórica.....*  14004

**VALORACIÓN GLOBAL DE LA CONFIANZA EN LOS DATOS** .....  14005

- 0.- **razonable** (las respuestas dadas por el entrevistado pueden considerarse apropiadas para más o menos todas las preguntas).
- 1.- **pocas dudas.**
- 2.- **dudas moderadas.**
- 3.- **dudas graves.** (el entrevistador considera que el entrevistado fue incapaz o no quiso dar respuestas que pudieran considerarse apropiadas a la mayor parte de las preguntas)
- 4.- **sin valor.** (respuestas más o menos impensadas, dadas al azar).

**SI SE DUDA:**.....  14006

*Aparte de las dificultades de comunicación las dudas del entrevistador se deben relativamente a:*

- 0.- No hay dudas.
- 1.- Exageración o tendencia a decir "sí" indiscriminadamente.
- 2.- Minimización o tendencia a decir "no" indiscriminadamente.



**16.-DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**

**ESTE ENTREVISTADO ¿ES UN CASO DE DEMENCIA?**.....  16001

- 0.- no caso
- 1.- "border line" no caso
- 2.- caso leve
- 3.- caso moderado
- 4.- caso grave

**DIAGNOSTICOS GMS-HAS**

	Diagnóstico	Código	Certeza	Grado	Pronóstico
PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16002	<input type="checkbox"/> 16003	<input type="checkbox"/> 16004	<input type="checkbox"/> 16005
PRINCIPAL ALTERNATIVO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16006	<input type="checkbox"/> 16007	<input type="checkbox"/> 16008	<input type="checkbox"/> 16009
SECUNDARIO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16010	<input type="checkbox"/> 16011	<input type="checkbox"/> 16012	<input type="checkbox"/> 16013
TERCIARIO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16014	<input type="checkbox"/> 16015	<input type="checkbox"/> 16016	<input type="checkbox"/> 16017

**CODIGOS:**

**CERTEZA (seguridad) diagnóstica:**

- 1.- no hay dudas razonables
- 2.- probablemente correcto
- 3.- difícil de asegurar, pero en conjunto probable
- 4.- muy incierto, pero las alternativas pertenecen a la misma categoría

**GRADO DE LA ENFERMEDAD:**

- 1.- leve
- 2.- moderado
- 3.- grave

**PRONÓSTICO estimado:**

- 1.- debería recuperarse satisfactoriamente sin tratamiento o intervención específica.
- 2.- debería mejorar satisfactoriamente sin tratamiento o intervención específica.
- 3.- debería recuperarse completamente con tratamiento o intervención específica.
- 4.- debería mejorar con tratamiento o intervención específica.
- 5.- poco probable que se mejore o recupere con cualquier tipo de intervención.
- 6.- probablemente se deteriore a pesar de toda intervención.



# **X. ANEXO II**



**CLASIFICACIÓN “Anatomical Therapeutic Chemical Clasification Index” (ATC):**

Es recomendada por el Drug Utilization Research Group (DURG) de la Organización Mundial de la Salud para los estudios internacionales de utilización de medicamentos, que divide a todos los medicamentos en 14 grupos:

Los fármacos se codifican en 14 grupos:

A	Aparato digestivo y metabolismo
B	Sangre y órganos hematopoyéticos
C	Aparato cardiovascular
D	Terapia dermatológica
G	Terapia genito-urinaria incluidas hormonas sexuales
H	Terapia hormonal
J	Terapia infecciosa vía sistémica
L	Terapia antineoplásica
M	Aparato locomotor
<b>N</b>	<b>Sistema nervioso</b>
P	Antiparasitarios
R	Aparato respiratorio
S	Órgano de los sentidos
V	Varios

**GRUPO N (SISTEMA NERVIOSO):**

Dentro del grupo N del Sistema Nervioso, tenemos, a su vez, los siguiente grupos, que incluyen los siguientes principios activos:

**N01 ANESTÉSICOS.**

N01A Anestésicos generales.

N01A1A Anestésicos inhalados.

N01A2A Anestésicos inyectables.

N01B Anestésicos locales, excepto dermatológicos.

N01B1A Anestésicos locales.

**N02 ANALGÉSICOS.**

N02A Analgésicos narcóticos.

N02A1A Opiáceos: agonistas puros: morfina, heroína, codeína, meperidina, difenoxilato, loperamida, tilidina, metadona, dextropropoxifeno, dextromoramida, acetilmetadol, fentanilo.

N02A2A Opiáceos agonistas-antagonistas: pentazocina, ciclazocina, etilketazocina, butorfanol, nalorfina, nalbufina.

N02A3A Opiáceos agonistas parciales: profadol, propiram, buprenorfina, tramadol.

N02B Analgésicos no narcóticos.

N02B1A Salicilatos: AAS, diflunisal, sulfasalazina, fosfosal, salicilamida, berorilato.

N02B1B Paracetamol.

N02B1C Pirazolonas: propifenazona, metamizol.

N02B1D Otros analgésicos solos.

N02B2A Asociaciones de salicilatos y paracetamol.

N02B2B Asociaciones con codeína.

N02B2C Otras asociaciones de analgésicos.

**N02C Antimigrañosos.**

N02C1A Medicamentos para la fase aguda de la migraña: analgésicos, ergóticos, sumatriptan.

N02C2A Preventivos de la migraña: propanolol, calcio-antagonistas, amitriptilina, fluoxetina, metisergida, dihidroergotamina, ciproheptadina, pizotifeno.

**N03 ANTIEPILEPTICOS.****N03A Antiepilepticos.**

N03A1A Antiepilepticos de acción preferente contra gran mal: fenobarbital, fenitoína, carbamacepina, valproato.

N03A2A Antiepilepticos de acción preferente contra pequeño mal: etosuximida, clonacepan.

**N04 ANTIPARKINSONIANOS.****N04A Antiparkinsonianos.**

N04A1A Antiparkinsonianos anticolinérgicos: trihexifenidil, biperidén, cicrimina, prociclidina, benztrpina, difenhidramina, clorfenoxamina, orfenadrina, mometacina, etopraxina, oprofenamina, metixeno.

N04A2A Levodopa.

N04A2B Otros antiparkinsonianos (dopaminérgicos).

**N05 PSICOLÉPTICOS.****N05A Antipsicóticos.**

N05A1A Antipsicóticos solos.

N05A2A Asociaciones de antipsicóticos con ansiolíticos.

**N05B Ansiolíticos e hipnóticos.**

N05B1A Benzodiazepinas de acción intermedia-larga: clobazam, cloracepato, clordiazepóxido, demoxepam, diacepam, medacepam, nordiazepam, pracepam, bromacepam, bentazepam, estazolam, clotiazepam, nitrazepam, quazepam, ketazolam, lorazepam, clobazam, halazepam.

N05B1B Benzodiazepinas de acción corta: alprazolam, flurazepam, triazolam, midazolam, lopraxolam, lormetacepam, oxacepam, temacepam, brotizolam, botrizolam, flunitrazepam.

N05B1C Otros ansiolíticos o hipnóticos no barbitúricos solos: buspirona, zopiclona, zolpidem, meprobamato, carisoprodol, tibamato, mebutamato, fenaglicodol, emilcamato, hidroxicina, bemacticina, metacualona, clometiazol, tetrabamato, hidrato de cloral, tricloroetileno.

N05B2A Asociaciones ansiolíticas o hipnóticas.

N05B3A Barbitúricos de acción larga: fenobarbital.

N05B3B Barbitúricos de acción intermedia: butalbital, secobarbital.

N05B4A Asociaciones sedantes e hipnóticas con barbitúricos.

**N06 PSICOANALÉPTICOS INCLUYENDO PRODUCTOS ANTIPOBESIDAD****N06A Antidepresivos.**

N06A1A Antidepresivos tricíclicos: imipramina, opipramol, amitriptilina, doxepina, dibencepina, amineptina, maprotilina, mianserina.

N06A2A Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO): iproniazida, isocarboxazida, fenelzina, nialamida, pargilina, tranilcipromina, clorgilina, deprenilo.

N06A3A Otros antidepresivos solos: inhibidores selectivos de la serotonina, trazodona, L-triptófano, S-adenosil-metionina, litio.

N06B Psicoestimulantes.

N06B1A Psicoestimulantes: anfetamina, cafeína, metilfenidato.

N06C Combinaciones psicolépticas y psicoanalépticas.

N06C1A Asociaciones de antidepresivos con ansiolíticos y antipsicóticos.

N06D Nootropos.

N06D1A Nootropos: piracetam, pirisudanol dimaleato.

N06E Neurotónicos y otros productos psicoanalépticos.

N06E1A Tónicos del sistema nervioso central.

**N07 OTROS PRODUCTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL,  
INCLUYENDO PARASIMPATICOMIMÉTICOS.**

N07A Otros productos para el sistema nervioso central, incluyendo parasimpaticomiméticos.

N07A1A Deshabitantes del alcohol.

N07A2A Deshabitantes del tabaco.

N07A3A Antagonistas de opiáceos: naloxona, naltrexona.

N07A4A Asociaciones antineuríticas con analgésicos.

N07A4B Asociaciones antineuríticas sin analgésicos.

N07A5A Otros medicamentos para el sistema nervioso: tratamientos de la miastenia gravis, tratamiento de demencia.