



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Medicina**

GRADO EN MEDICINA

2020/2021

**“TRASTORNOS MENTALES,  
DEL COMPORTAMIENTO Y  
DEL DESARROLLO  
NEUROLÓGICO EN  
POBLACIÓN ANCIANA”**

AUTOR: GEMA PICÓ SUEIRO

TUTOR: DANIEL ARAÚZO PALACIOS

SERVICIO: MEDICINA DE FAMILIA EN C.S DELICIAS II

## ÍNDICE

0. RESUMEN Y ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 PSICOFÁRMACOS	5
1.1.1 BENZODIACEPINAS	5
1.1.2 ANTIDEPRESIVOS	5
1.1.3 ANTIPSICÓTICOS	6
1.1.4 OPIOIDES	6
1.2 ANCIANO FRÁGIL	7
1.2.1 ALTERACIONES FARMACOCINÉTICAS	7
1.2.2 ALTERACIONES FARMACODINÁMICAS	8
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
1.4 OBJETIVOS	8
2. MATERIAL Y METODOS	9
3. RESULTADOS	10
4. DISCUSIÓN	16
5. CONCLUSION	18
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	18
7. APLICACIONES PRÁCTICAS DEL ESTUDIO	19
8. BIBLIOGRAFÍA	19
9. ANEXOS	21

**RESUMEN:** Actualmente, los trastornos mentales, son una de las consultas más frecuentes en atención primaria, especialmente en pacientes de la tercera edad. Datos recientes han relacionado la ansiedad y sus trastornos en la vejez con un aumento de la morbilidad y mortalidad, en particular, a un mayor deterioro cardiovascular y cognitivo. Debido a los cambios fisiológicos de este grupo, también es importante conocer, de qué manera puede influir el abuso de psicofármacos. Este trabajo consiste en un estudio descriptivo transversal retrospectivo realizado en un grupo de pacientes mayores de 75 años todos ellos con patologías orgánicas y no orgánicas. Tiene como objetivo analizar los tipos de patología mental en el anciano, además de analizar el consumo de medicamentos con efectos sobre el sistema nervioso central. Se han tenido en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, grado de cronicidad, número y tipo de psicofármacos y, por último, cantidad y tipo de patologías mentales. Los resultados obtenidos demuestran que las mujeres son más propensas a consumir estos medicamentos. En general, se ha visto, que, a mayor edad y a mayor grado de cronicidad, mayor es el consumo de psicofármacos, siendo el más administrado: las benzodiacepinas.

**Palabras clave:** trastorno mental, psicofármacos, ancianos, pluripatológicos.

**ABSTRACT:** Nowadays, mental disorders are one of the most frequent consultations in primary care, especially in elderly patients. Recent data related anxiety and its disorders with increased morbidity and mortality in the elderly, especially in relation to greater cardiovascular and cognitive deterioration. Due to the physiological changes in this group, it is also important to know how the abuse of psychotropic drugs can influence. This study consists of a retrospective cross-sectional descriptive study carried out in a group of patients older than 75 years, all of them with organic and non-organic pathologies. Its objective is to analyse the types of mental pathology in the elderly, in addition to analysing the consumption of drugs with effects on the central nervous system. The following variables have been taken into account: sex, age, degree of chronicity, number and type of psychotropic drugs and, finally, quantity and type of mental pathologies. The results showed that women are more likely to use these drugs. In general, it has been seen that, the older the age, and the higher the degree of chronicity, the greater the consumption of psychotropic drugs, the most administered being: benzodiazepines.

**Keywords:** mental illness, psychotropic drugs, elderly, multipathological.

## 1. INTRODUCCIÓN

El problema de salud mental más frecuentemente registrado en las historias clínicas de atención primaria es el trastorno de ansiedad, que afecta al 6,7% de población con tarjeta sanitaria. Es un problema con frecuencia relativamente estable entre los 35 y 84 años. El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población y se va incrementando con la edad. El síntoma más frecuente es el trastorno del sueño, que afecta al 5,4% de la población (15,8% en mujeres, 5,1% en hombres), y crece con la edad. Las psicosis en conjunto afectan al 1,2% de la población siendo la más frecuente la psicosis afectiva, con una prevalencia de 7,2%. La demencia se registra en el 3,2% de la población de 60 y más años. En la infancia y adolescencia (< 25 años) los problemas más frecuentes son los trastornos hipercinéticos (1,8%) y los problemas específicos del aprendizaje (1,6%). (1)

Las patologías mentales tienen varias características comunes: son de predominio femenino en los adultos, fundamentalmente en el caso de la anorexia nerviosa (7 veces más) y el trastorno depresivo (3 veces más). En la infancia/adolescencia son más frecuentes en los varones, en especial los trastornos hipercinéticos (3 veces más). Es frecuente la existencia de gradiente social (el problema de salud es más prevalente a medida que disminuye el nivel de rentas) en especial en las psicosis (esquizofrenia, 12 veces más en el nivel de renta más bajo respecto al más alto), los trastornos de la personalidad (11 veces más) y los trastornos de somatización (7 veces más). (1)

El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años ha retirado al menos un envase de antidepressivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio, 2017. En términos cuantitativos, se dispensan 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día), cantidad que permite tratar al 20,4% de la población de 40 años y más con una dosis diaria estándar durante todo el año. Los más utilizados son: antidepressivos, 98,8 DHD (40,3 en mujeres y 52,8 en hombres), ansiolíticos (83,5 en mujeres y 43,4 en hombres) y los hipnóticos y sedantes (40,2 DHD, 52,2 en mujeres y 26,9 en hombres). El consumo tiene un patrón común: es mayor en mujeres, se incrementa con la edad, se observa gradiente social, y es mayor la dispensación conforme menor es el tamaño del municipio, con independencia de la edad. En patologías específicas: en las personas con psicosis (de cualquier edad) se dispensan 241,7 DHD de neurolépticos, más en hombres y en niveles de renta bajos. Se dispensan 109,5 DHD de litio en las personas con psicosis afectiva, sin grandes diferencias por sexo, edad o nivel de renta. En las personas con demencia se dispensan 376,2 DHD de

fármacos antidemencia, sin diferencias por sexo, edad, nivel de renta o tamaño de municipio. Se dispensan 214,0 DHD de psicoestimulantes en los trastornos hiperkinéticos en menores de 25 años, más en varones entre los 10 y 19 años y en los niveles de renta más altos.(1)

Los fármacos del sistema nervioso (grupo N de ATC) ocupan, en conjunto, el tercer lugar del consumo farmacéutico, después de los fármacos del aparato cardiovascular y de los fármacos del aparato digestivo, con 203,57 DHD. En las mujeres este grupo N se sitúa en el segundo lugar y en los hombres en el cuarto, tras los dermatológicos. Los psicofármacos constituyen el 70,0% de los fármacos del grupo N en términos de DHD.(1)

	Personas con al menos un envase (%)			DHD (Dosis diarias definidas por mil personas asignadas y día)		
	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer
<b>N05B - Ansiolíticos</b>	18,9	12,4	24,7	64,5	43,4	83,5
<b>N05C - Hipnóticos y sedantes</b>	5,4	3,8	6,9	40,2	26,9	52,2
<b>N06A - Antidepresivos</b>	12,8	7,3	17,8	98,8	52,8	140,3
<b>TOTAL</b>	26,4	17,7	34,3	203,6	123,1	276

Se pueden destacar cuatro rasgos comunes:

1. Existe un claro predominio femenino en el consumo de estos psicofármacos, que duplica y en ocasiones triplica el consumo de los hombres. La diferencia crece con la edad (hasta los 75/80 años).
2. El consumo crece con la edad hasta los 80-84 años, para luego descender.(1)

La progresiva senectud de la población junto al aumento del consumo de medicamentos ha dado lugar a que la polimedicación sea un problema de salud prioritario. Su importancia y frecuencia es de tal magnitud que la facturación de farmacia en el año 2016 era de más de 900 millones de recetas en el Sistema Nacional de Salud.(2) Sus consecuencias son varias, como, por ejemplo: el aumento de efectos adversos, debido a las posibles interacciones farmacológicas y el cambio metabólico que sufren los pacientes de la tercera edad. Además, favorece el deterioro funcional del paciente, que aumenta la probabilidad de caídas y fracturas de cadera. Disminuye la

adherencia al tratamiento, ya que, al tomar tantos medicamentos, obvian u olvidan tomarlos todos. La polifarmacia aumenta la posibilidad de "prescribir cascadas", es decir, se desarrolla una cascada de prescripción cuando se malinterpreta un efecto secundario con una nueva afección médica y luego se prescribe una terapia farmacológica adicional para tratar esta afección médica. Asimismo, a nivel nacional, esta acción contribuye a un aumento de los costes derivados de la salud.(3)

Los médicos implicados en la prescripción de medicamentos tienen como tarea, optimizar una atención farmacéutica eficaz y eficiente, así como promover acciones orientadas a difundir el uso racional de los medicamentos. Este aspecto puede verse influido por la elevada morbilidad, dependencia funcional y deterioro cognitivo de este colectivo de pacientes.(4)

Por esta razón, a pesar de que en la práctica clínica resulta un trabajo arduo tanto evitar su uso como delimitar el tiempo de utilización, siguiendo las recomendaciones de los expertos, es necesario realizar un esfuerzo para seleccionar aquellos psicofármacos que presenten un perfil de seguridad mayor. La utilización de psicofármacos inadecuados es un problema de importante magnitud y que previsiblemente podría ir en aumento, puesto que en la actualidad, España es un país, en el cual la población anciana institucionalizada es la principal consumidora de este tipo de fármacos.(4)

Los psicofármacos a día de hoy son numerosos, pero entre los que más se utilizan, destacan los benzodiazepinas, los antidepresivos, los antipsicóticos y los opioides.

## **1.1 PSICOFÁRMACOS**

### **1.1.1 BENZODIAZEPINAS**

Las benzodiazepinas constituyen uno de los grupos farmacológicos más comúnmente recetados y son preferentemente utilizados como manejo para la ansiedad y el insomnio, siendo estas dos patologías muy prevalentes en la tercera edad. A pesar de las repetitivas recomendaciones basadas en fuertes evidencias sobre sus efectos adversos, este grupo farmacológico se ha convertido en una moda crónica. La evidencia sugiere que el uso de benzodiazepinas puede estar asociado al deterioro cognitivo y demencia como, por ejemplo, la de tipo Alzheimer.(5)

### **1.1.2 ANTIDEPRESIVOS**

Los antidepresivos deben considerarse parte de un paquete de tratamiento para el paciente con depresión que también incluye tratamientos psicológicos e intervenciones sociales. Los principales grupos de antidepresivos son los inhibidores

selectivos de la captación de serotonina, los tricíclicos y los IMAOs. Por lo general, se deben recetar antidepresivos durante seis meses para tratar a un paciente con depresión. La eficacia de los antidepresivos es similar entre clases, a pesar de sus diferentes mecanismos de acción. Por tanto, la elección se basa en los efectos secundarios que deben evitarse. No existe un fármaco ideal capaz de ejercer sus efectos terapéuticos sin efectos adversos.(6)

Los síntomas de abstinencia por la interrupción del antidepresivo son frecuentes e incluyen insomnio, aumento de la ansiedad y síntomas similares a los de la gripe. Aunque los síntomas de abstinencia a menudo se resuelven en una o dos semanas, pueden persistir durante semanas o meses, y se debe tener cuidado para distinguir entre los síntomas de abstinencia y la recaída de la afección subyacente para la que se usaron los antidepresivos. La incidencia de los síntomas de abstinencia se puede reducir disminuyendo gradualmente las dosis durante un período de semanas.(7)

### **1.1.3 ANTIPSICÓTICOS**

Los medicamentos antipsicóticos, utilizados para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia u otras patologías mentales, se encuentran entre los fármacos asociados con mayor frecuencia con eventos adversos en los centros de atención a largo plazo. En particular, los medicamentos psicotrópicos están asociados con mayor riesgo de caídas. Los medicamentos antipsicóticos, utilizados para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, se encuentran entre los fármacos más frecuentemente asociados con eventos adversos en los centros de atención a largo plazo. Estos datos apuntan a la necesidad de repensar el papel de estas terapias en la práctica clínica.(3)

### **1.1.4 OPIOIDES**

El término opioide se refiere a sustancias naturales y sintéticas que actúan en uno de los tres principales sistemas receptores de opioides (mu, kappa, delta). Los opioides pueden tener efectos analgésicos y depresores del sistema nervioso central, potencialmente la capacidad de causar euforia. El trastorno por consumo de opioides (OUD) puede implicar el uso indebido de medicamentos opioides recetados, bien sea para el consumo propio o para su dispensación ilegal. El trastorno por consumo de opioides, es típicamente una enfermedad crónica, recurrente, asociada con tasas significativamente mayores de morbilidad y mortalidad.(8)

## **1.2 ANCIANO FRÁGIL**

### **1.2.1 Alteraciones farmacocinéticas**

Se define anciano como aquella persona mayor de 75 años y anciano frágil a la persona mayor de esa edad que padece determinadas condiciones que dificultan su vida diaria y su capacidad para realizar las actividades básicas y su funcionalidad en general, sea por razones de salud física o mental o por otros condicionantes de tipo social o familiar.

En general, el envejecimiento conlleva aumento de las patologías crónicas y del uso de medicación, así como de la vulnerabilidad y fragilidad. Además, en el anciano se producen determinados cambios en la metabolización de los medicamentos que pueden causar un aumento de los efectos adversos de los mismos.

En la senectud, se encuentran alteradas todas las etapas de la farmacocinética de los medicamentos: absorción, distribución, metabolización y excreción.

En primer lugar, se produce un aumento del pH gástrico, que conlleva a la disminución y ralentización de la absorción de los medicamentos por vía oral. Viéndose comprometida la fase de absorción. Sin embargo, no solo se ve comprometida esta vía, sino que la vía intramuscular también pierde eficacia, ya que el decremento del flujo sanguíneo muscular genera una disminución en su absorción. (9)

Además, se produce un descenso progresivo en la cantidad de albúmina y en su afinidad por los fármacos, lo que da lugar a que la fracción libre de algunos de ellos (sobre todo los de carácter ácido) sea mayor, y por tanto también sus efectos. Por otra parte, el aumento del cociente grasa/agua corporal, incrementa el volumen de distribución de los fármacos liposolubles, prolongando de esta manera su tiempo de acción; sin embargo, los hidrosolubles sufren el efecto contrario, con menor volumen de distribución y mayor riesgo de toxicidad. Por último, la distribución se ve comprometida también por la disminución del riego sanguíneo, ya que el reparto óptimo del medicamento en los distintos órganos es a su vez más complejo.(9)

En la tercera edad, el riego hepático es menor y por ello, el proceso de metabolismo oxidativo se enlentece. Da lugar a una mayor disponibilidad de los fármacos en sangre. El único proceso metabólico que no se ve alterado es el metabolismo por conjugación.(9)

El riñón también se ve afectado con la senilidad, se va atrofiando y la capacidad funcional de las nefronas se ve mermada, lo que origina una disminución del



aclaramiento renal de los medicamentos y un aumento de su vida media de eliminación. Por lo tanto, en esta etapa de la vida es necesario individualizar las dosis de los medicamentos, para lo que se emplean fórmulas de ajuste en función del filtrado glomerular.(9)

### **1.2.2 Alteraciones farmacodinámicas**

Con el paso de los años, no solo se afecta la farmacocinética, sino que también se ve perjudicada la acción y el efecto de los medicamentos en el organismo, a este estudio se le llama farmacodinamia. Debido a esto, se produce un deterioro en la respuesta a los fármacos, que ocasionan fallos en los tratamientos, aparición de reacciones adversas o toxicidad. Estos fenómenos fundamentalmente se deben a:(9)

- Alteraciones de los receptores, tanto en número como en sensibilidad.
- Modificaciones en la respuesta celular.
- Cambios en el sistema nervioso central y periférico, con un aumento de la sensibilidad a los fármacos que actúan a este nivel.
- Descenso del número de receptores beta-adrenérgicos, lo que perjudica al efecto de los fármacos tanto estimulantes como bloqueantes.
- Disminución de la respuesta homeostática y de los factores de coagulación, y fragilidad capilar, con el consecuente incremento del riesgo de hemorragia tras la toma de fármacos anticoagulantes.(9)

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Revisada la literatura, hemos encontrado escasa información específica sobre el consumo de psicofármacos en la población mayor de 75 años, especialmente la relacionada con los tipos de patología incluida en el grupo de Salud Mental de la CIE-10. Dadas las repercusiones sobre la salud de las personas mayores de 75 años, creemos conveniente hacer este tipo de estudios, al menos explorar la situación real de forma descriptiva.

### **1.4 OBJETIVOS**

El **objetivo principal** del estudio es analizar los trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico en el anciano (definido como aquella persona mayor de 75 años) en dos cupos médicos de una Zona Básica de Salud de Valladolid.

Como **objetivos secundarios** del estudio nos planteamos los siguientes:

1. Describir el tipo o categoría de psicofármaco más utilizado en los mayores de 75 años.
2. Analizar el tipo de problema de salud mental en los mayores de 75 años y el consumo de psicofármacos.

## **2 MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio se realizará en la totalidad de pacientes mayores de 75 años, adscritos a dos cupos médicos del Centro de Salud Delicias II, que constituyen la población total de esa edad en ambos cupos y que suponen una muestra por conglomerado y estratificado del total de la población de la Zona Básica de Salud.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, retrospectivo. Se recogerán variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el objetivo planteado: variables cuantitativas (edad y número de psicofármacos), dicotómicas (sexo) y cualitativas (grado de cronicidad y tipo de patología mental).

Los pacientes objeto del estudio serán seleccionados de la base de datos de Tarjeta Sanitaria, y de la historia clínica electrónica la información relativa a los procesos clínicos y las prescripciones actuales y/o recientes de los medicamentos con efecto sobre el sistema nervioso central.

Los procesos clínicos utilizados son los definidos en el grupo F00 a F99 de la CIE-10, que incluyen procesos mentales orgánicos y no orgánicos.

Los medicamentos analizados se han agrupado en 4 categorías o grupos: benzodiazepínicos, antidepresivos, antipsicóticos y otros (incluyen otros medicamentos con efecto depresor o activador sobre sistema nervioso central).

Análisis estadístico: El análisis estadístico se hace mediante descriptivos de frecuencias de uso de medicamentos con acción psicofarmacológica y de asociación-relación con el grado de cronicidad del paciente y con la patología mental codificada en el grupo F00 a F99 de la CIE-10. Para ello, se utilizará la herramienta IPSS-24.

Aspectos éticos-confidencialidad: Este trabajo se llevará a cabo de conformidad con todas las leyes y normativas aplicables, de acuerdo con los principios éticos internacionales, fundamentalmente la Declaración de Helsinki (versión Fortaleza, Brasil, 2013) y las Normas de Buena Práctica Clínica Epidemiológicas de la ICH (International Conference of Harmonization).

El estudio se realizará según lo establecido en este protocolo, una vez evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste.

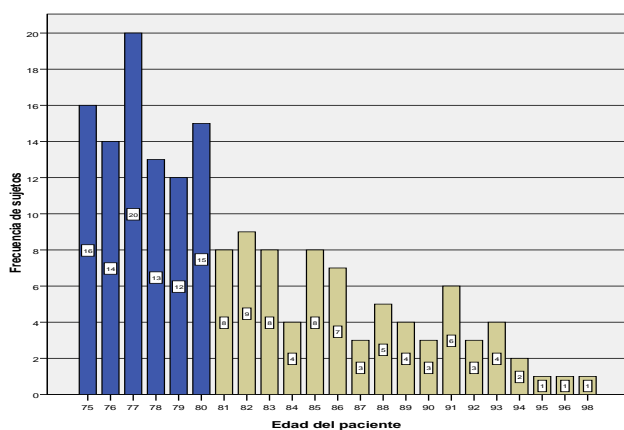
Se solicitará la exención de Consentimiento Informado al Comité, debido a la dificultad para la obtención del mismo de forma retrospectiva a todos los pacientes incluidos en el estudio, lo que impediría su realización.

Todos los pacientes del estudio serán identificados mediante un código. Los datos serán tratados con absoluta confidencialidad, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y cualesquiera otras disposiciones que las complementen o las sustituyan en el futuro.

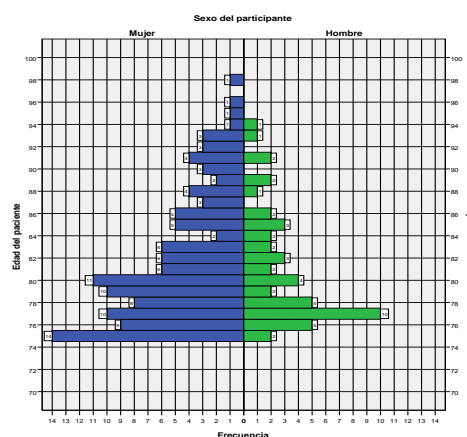
No existe conflicto de intereses ni se dispone de financiación por organismos públicos o privados.

### 3. **RESULTADOS** (ANEXO)

La muestra estuvo compuesta por un total de 167 sujetos; 118 mujeres de entre 75 y 98 años y 49 hombres de entre 75 y 94 años, siendo los 77 años la edad en la que más se consumían psicofármacos con un 12% (Figura 1). Sin embargo, las cifras fueron mayores para las mujeres en los 75, siendo los 77 el grupo de mayor consumición de psicofármacos en varones (Figura 2). De las 167 personas que tomaban psicofármacos, el 70,7% eran mujeres. Además, es más probable que las mujeres mayores de 95 consuman estos fármacos, al contrario de lo que pasa en los hombres.



**Figura 1. Relación entre la edad y el consumo de psicofármacos**



**Figura 2. Relación entre la edad y el consumo de psicofármacos diferenciando ambos sexos**

Una prueba ANOVA de un factor indicó que las diferencias en edad entre hombres y mujeres no eran significativas (Figura 3). Siendo a media de edad de los hombres 81,06 años y la de las mujeres fue 81,86.

ANOVA Edad del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	22,335	1	22,335	,715	,399
Intra-grupos	5156,647	165	31,252		
Total	5178,982	166			

Figura 3. Diferencias de edad entre hombres y mujeres

Se contó con una muestra de 140 sujetos con diagnóstico de enfermedad mental, 100 mujeres y 40 hombres. El consumo medio de fármacos fue 1,74 (casi dos fármacos). Adicionalmente, 10 sujetos presentaban un diagnóstico de patología orgánica, 5 de los 10 pacientes tomaban un solo fármaco.

Se relacionó el consumo por sexos, viendo que el consumo medio de fármacos en el grupo de hombres fue de en torno a un fármaco, mientras que en el caso de las mujeres fue de dos fármacos (Figura 4). Una prueba ANOVA de un factor indicó que las diferencias en consumo de fármacos entre hombres y mujeres fueron significativas a nivel estadístico (Figura 5).

Descriptivos Número de psicofármacos que toma el paciente

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Mujer	100	2,06	1,638	0	7
Hombre	40	,93	1,047	0	4
Total	140	1,74	1,576	0	7

Figura 4. Media de psicofármacos entre hombres y mujeres

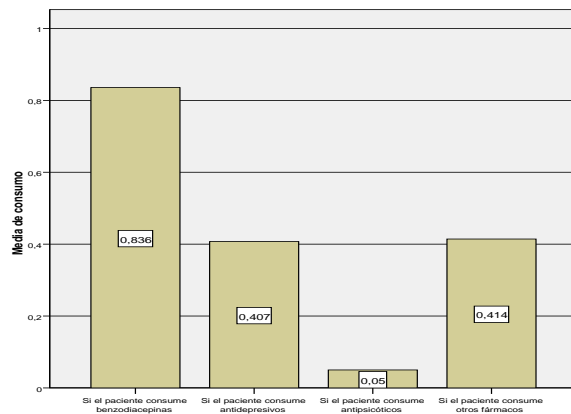
ANOVA Número de psicofármacos que toma el paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	36,806	1	36,806	16,469	,000
Intra-grupos	308,415	138	2,235		
Total	345,221	139			

Figura 5. Relación entre el sexo y el nº de psicofármacos

A la hora de relacionar a los pacientes por el tipo de fármaco que consumían (Figura 6), apreciamos que:

- Un total de 86 sujetos tomaban benzodiazepinas (Figura 7), constituyendo este el fármaco más utilizado. Por lo general los pacientes toman uno.
- Un total de 46 sujetos tomaban antidepresivos, consumiendo la mayoría solo uno.
- Los antipsicóticos se vieron hasta en 5 pacientes, y 37 sujetos tomaban otra medicación. Dentro de esta categoría “otros” la mayoría consumían solo uno.



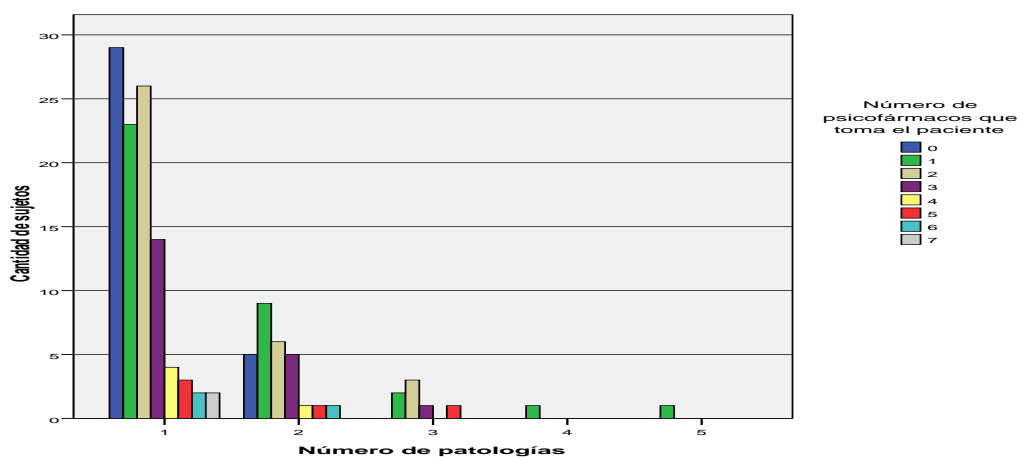
**Figura 6. Media de consumo de cada psicofármaco.**

**Benzodiacepinas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos 0	50	35,7	35,7
1	67	47,9	83,6
2	19	13,6	97,1
3	4	2,9	100,0
Total	140	100,0	

**Figura 7. Frecuencia de toma de las benzodiacepinas.**

El gráfico a continuación, muestra la relación entre la cantidad de psicofármacos consumidos y el número de patologías diagnosticadas (Figura 8). Como se puede apreciar la mayoría de los que tenían solamente un diagnóstico no consumían ningún psicofármaco. Esta tendencia parece cambiar ante la presencia de dos diagnósticos de patología mental, donde la mayoría de los sujetos consumían al menos un psicofármaco. Dentro del grupo de los que presentaron tres diagnósticos, la mayor frecuencia es la de quienes consumían al menos dos fármacos diferentes.

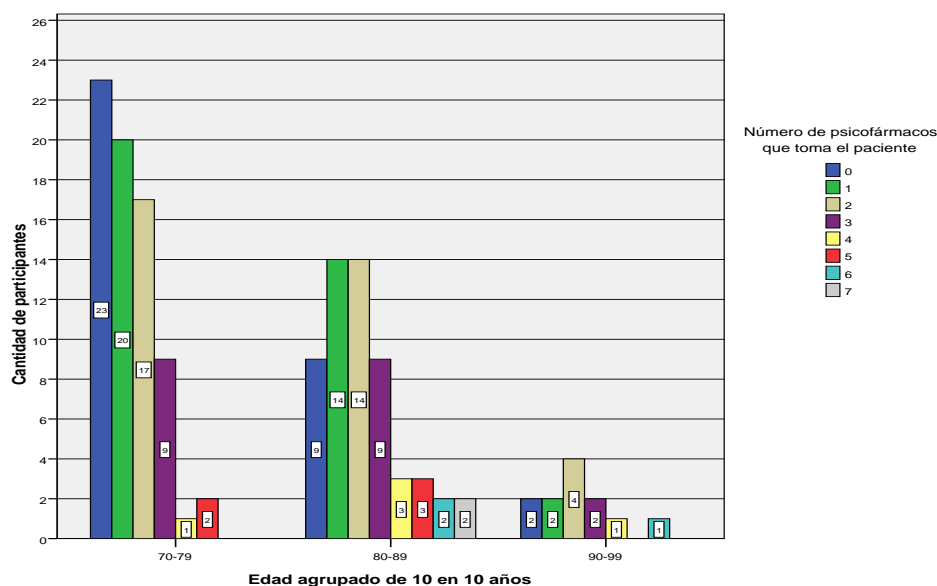


**Figura 8. Nº de psicofármacos en función al nº de patologías de cada paciente.**

Se observa una correlación positiva y significativa entre la edad y el uso de fármacos que parece indicar que una mayor edad se corresponde con un mayor consumo. Se muestra la relación entre la cantidad de psicofármacos consumidos y la edad de los sujetos participantes, agrupados por intervalos de edad de 10 en 10 años, desde los 70

a los 99 años (Figura 9). Como se puede apreciar, entre los sujetos del grupo 70-79: la mayoría no tomaban fármacos; en segundo lugar, se situaron los que tomaban un fármaco y después los que tomaban dos.

En el grupo (80-89 años) la tendencia de los datos fue diferente. En este caso, la mayor frecuencia se dio entre quienes tomaban uno o dos fármacos y se redujo la presencia de quienes no tomaban ninguno hasta igualarse con los que tomaban tres. El grupo (90-99 años) estaba representado por los que tomaban dos.



**Figura 9. Nº de psicofármacos en cada grupo de edad**

A nivel general, observamos que en los tres grupos de edad la mayoría de los participantes solamente tenían un diagnóstico patológico (enfermedad mental, orgánica o ambas) (Figura 10). Asimismo, valoramos que en los tres grupos se da una mayor frecuencia de participantes diagnosticados con enfermedad mental. Se aprecia no obstante un aumento de la presencia de patología de tipo orgánico en los grupos de mayor edad, bien con la presencia de doble patología o bien de forma única.

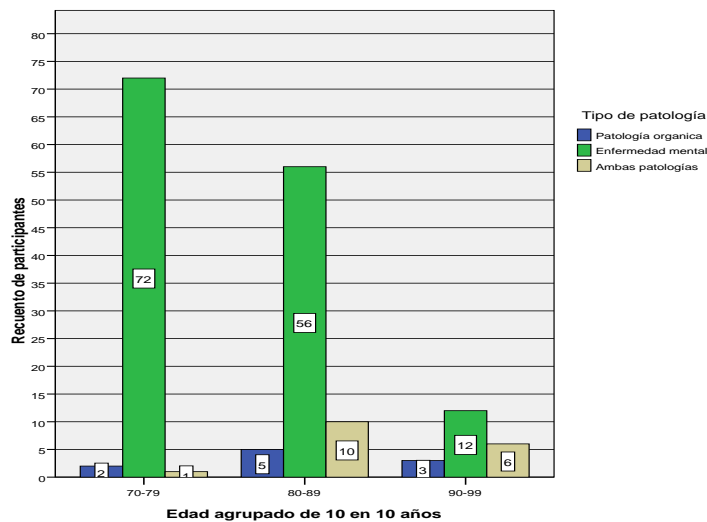


Figura 10. N° de enfermedades en cada grupo de edad.

Se realizó una prueba ANOVA de un factor para observar si había diferencias estadísticamente significativas en la media de edad para cada diagnóstico (Figura 11). Finalmente, se vio que las personas que presentaba enfermedad mental eran significativamente más jóvenes que las de los otros dos grupos, entre los que las diferencias no fueron significativas.

ANOVA Edad del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	693,925	2	346,963	12,687	<b>,000</b>
Intra-grupos	4485,057	164	27,348		
Total	5178,982	166			

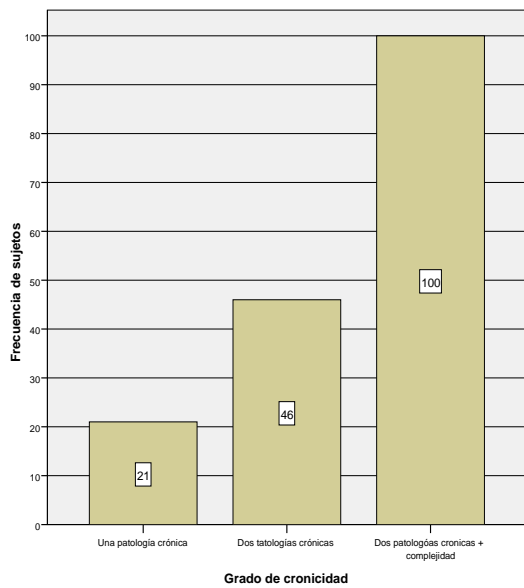
Comparaciones múltiples Variable dependiente: Edad del paciente DMS

(I) Tipo de patología	(J) Tipo de patología	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Patología orgánica	Enfermedad mental	5,064(*)	1,712	<b>,004</b>
	Ambas patologías	-,729	2,084	,727
Enfermedad mental	Patología orgánica	-5,064(*)	1,712	<b>,004</b>
	Ambas patologías	-5,794(*)	1,343	<b>,000</b>
Ambas patologías	Patología orgánica	,729	2,084	,727
	Enfermedad mental	5,794(*)	1,343	<b>,000</b>

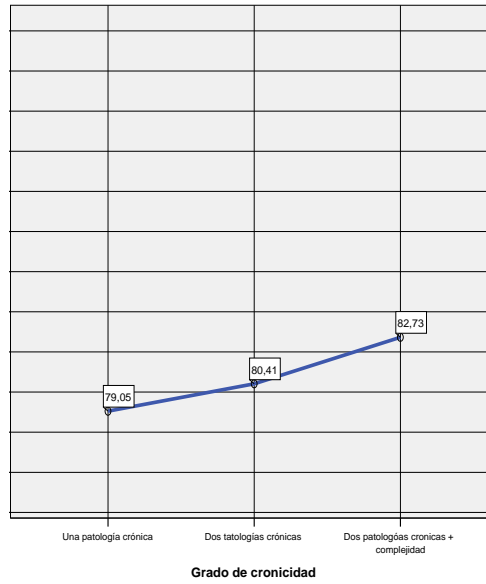
\* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Figura 11. Relación entre la edad y la enfermedad mental

La mayor parte de los participantes presentaron al menos dos patologías crónicas con algún grado de complejidad añadido (G3) (Figura 12). Se realizó una prueba ANOVA de un factor para comprobar si había diferencias significativas en la edad de los participantes que presentaban distintos tipos de cronicidad. En los resultados se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con “una patología crónica” y G3. En definitiva, aquellos sujetos G3 eran mayores que los de los otros dos grupos.

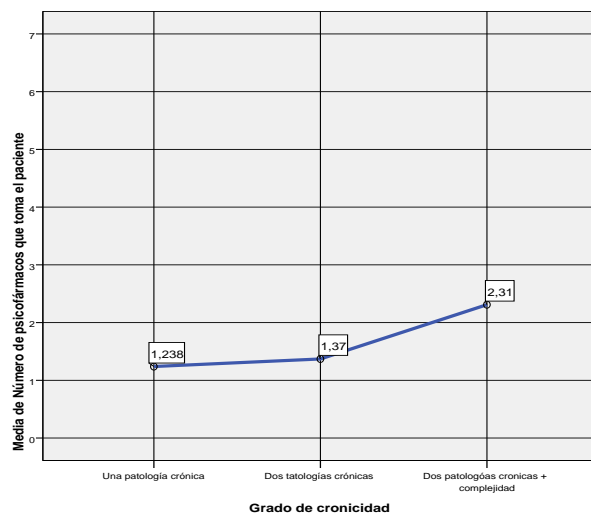


**Figura 12. N° de sujetos en cada grupo de cronicidad**



**Figura 13. Edad media en cada grupo de cronicidad**

Se realizó una prueba ANOVA para comprobar si había diferencias significativas en el grado de cronicidad entre hombres y mujeres. El grado de cronicidad fue similar entre hombre y mujeres por lo que las diferencias no fueron estadísticamente significativas. También se realizó para comprobar si había diferencias significativas en la cantidad de psicofármacos prescritos en función del grado de cronicidad. Podemos decir que hubo diferencias significativas en el consumo de fármacos entre los tres grupos de cronicidad, de forma que el grupo G3 consumía significativamente más fármacos que los sujetos de los otros dos grupos (entre los que las diferencias no fueron significativas a nivel estadístico).



**Figura 14. Consumo medio de psicofármacos en cada grupo de cronicidad**



#### 4. DISCUSIÓN

La salud mental es un pilar importante de la sanidad. Actualmente, las enfermedades mentales y psicológicas pueden ocupar el primer lugar en la carga mundial de enfermedad, al mismo nivel que las cardiovasculares y circulatorias. También se ha convertido en uno de los tres factores principales que afectan a los años de supervivencia de la discapacidad (AVD). Por lo tanto, la crisis psicológica, no debe ignorarse, y mucho menos en estos días de crisis mundial sanitaria, la cual, ha dejado muchas secuelas en la esfera psíquica. (10)

Coincidiendo con otros autores diferentes, se han descrito que, entre las mujeres, se encontró un aumento significativo en el uso de estos fármacos con el aumento de la edad y se encontraron mayores tasas de prevalencia entre aquellas con mayor número de enfermedades crónicas diagnosticadas y aquellas con trastorno mental crónico. (11)

Showalter describió cómo las actitudes predominantes hacia los enfermos mentales, y hacia las mujeres en particular, fueron influenciadas por los cambios sociales de cada fase histórica y cómo estas actitudes afectaron el pensamiento y el tratamiento utilizado por los psiquiatras. Hoy en día, se discuten los problemas que estas perspectivas históricas han causado a las mujeres, equiparando la depresión con la opresión. (12)

Distintos investigadores han atribuido un mayor consumo de psicofármacos entre las mujeres a quejas más frecuentes de trastornos mentales, como ansiedad y depresión, así como al hecho de que las mujeres suelen estar más atentas a los signos y síntomas y buscan atención médica con más frecuencia que los hombres, ya que, en estos, la queja y la expresión de sus emociones tiene una connotación negativa e implica un signo de fragilidad y debilidad.

Esta crítica hacia uno mismo no solo la vemos en los pacientes, sino que también la apreciamos en los médicos. Se cree que estos abordan los síntomas subjetivos de ansiedad y depresión de forma diferente en ambos sexos, debido a las creencias sobre la mayor fragilidad en el sexo femenino, siendo el resultado un sobrediagnóstico en el sexo femenino y un infradiagnóstico en el masculino. (11)

Asimismo, hemos observado en los resultados que, a mayor edad, mayor era el consumo de psicofármacos. La prevalencia de prescripción de psicofármacos a adultos mayores es alta. La prescripción inadecuada de estos medicamentos y polifarmacia están presentes en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se han relacionado con diversos eventos adversos, particularmente caídas y fracturas, además de un incremento en el riesgo de mortalidad y reducción significativa en la calidad de

vida de estos grupos vulnerables. (13)

Otros estudios, corroboran el hecho de que el aumento de edad se asocia con un aumento en el uso de psicofármacos, pero únicamente entre las mujeres, al igual que hemos podido ver en nuestro estudio, que demostraba que las mujeres mayores de 95 años consumían psicofármacos, mientras que los hombres no. La alta prevalencia de trastornos mentales entre las mujeres con el aumento de la edad puede ser el resultado de interacciones entre cambios biológicos y eventos en la propia vida psicosocial. Se cree que los cambios en los niveles de estrógenos durante la menopausia y los factores relacionados con la redefinición de roles, como la pérdida de fertilidad y el síndrome del "nido vacío", están asociados con la mayor prevalencia de trastornos mentales en esta etapa de la vida.

También se ha relacionado la aparición de comorbilidades por envejecimiento y la mayor frecuencia de viudez debido al hecho de que las mujeres viven más y por ello, puede contribuir a un aumento de los episodios depresivos y ansiosos, lo que podría conducir a una mayor frecuencia de búsqueda, atención médica y, en consecuencia, más oportunidades de diagnóstico y tratamiento. (11)

Además, la sociedad contemporánea cree que los medicamentos se han vuelto indispensables para la normalización de la vida de las personas, ya que estas sustancias permiten el regreso a las actividades cotidianas. El uso de medicamentos también puede legitimar una enfermedad y un individuo afectado. (11)

Es por ello, que es destacable la necesidad de educación entre los proveedores de atención primaria sobre el uso indebido de medicamentos recetados y las prácticas seguras de prescripción de medicamentos, entre ellos, lo más utilizados, las benzodiazepinas en la población de adultos mayores. Involucrar a las partes interesadas y los responsables políticos en los programas de seguimiento de prescripciones es una consideración importante para mejorar la seguridad del paciente. (14)

La situación se agrava cuando el paciente crónico también es pluripatológico, definido como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que duran un año o más, y que requieran atención médica continua y /o restringiendo sus actividades diarias y presentando una mayor tendencia a la discapacidad y la muerte, con el consiguiente mayor uso de recursos. (15)

Se caracterizan por su complejidad clínica, además de la morbilidad múltiple, en su abordaje deben tenerse en cuenta otros aspectos, como la presencia de discapacidades (funcionales, psicológicas, cognitivo), la existencia de síndromes geriátricos, su

situación social y sus valores o creencias, lo que lleva a el tratamiento farmacológico se vuelva un proceso muy complejo. (15)

## **5. CONCLUSIÓN**

De este estudio podemos concluir que:

- Las mujeres son más propensas a tomar psicofármacos, consumiendo de media un mayor número respecto a los hombres. Entre ambos sexos el mayor consumo se da a los 77 años.
- El tipo de fármaco más consumido por los pacientes fueron las benzodiazepinas.
- A medida que aumentaba la edad y el número de patologías diagnosticadas, aumentaba también el número de fármacos consumidos.
- La enfermedad más diagnosticada es la de tipo mental, que se da en el grupo de personas más jóvenes. No obstante, la orgánica va apareciendo con más frecuencia a medida que aumenta la edad.
- Los sujetos a mayor edad son más propensos a presentar dos patologías crónicas y algún tipo de complejidad (G3), consumiendo además un mayor número de fármacos.

## **6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

- a. El estudio se planteó de una forma más amplia, pero la necesidad de adaptarlo a las exigencias de un TFG, ha obligado a delimitar los objetivos del estudio, centrandolo en el consumo de psicofármacos en el anciano en relación al tipo de patología mental que los pacientes tenían.
- b. El estudio se ha hecho sobre una muestra estratificada y por conglomerados de una Zona Básica de salud, seleccionando la población total correspondiente de dos cupos médicos, lo que puede conllevar sesgos de selección.
- c. Por el tipo de selección, puede haber sesgos relacionados con el registro de información.
- d. La normativa actual, muy exigente con el estudio sobre medicamentos ha obligado a delimitar el estudio.

## **7. APLICACIONES PRÁCTICAS DEL ESTUDIO**

- a. Es necesario seguir investigando sobre el consumo de medicamentos por parte de la población mayor, especialmente de aquellos que pueden tener capacidad depresora sobre sus funciones mentales y neurológicas por las consecuencias sobre su calidad de vida y de riesgos de otros problemas de salud.
- b. España es uno de los países del mundo en el que nuestros mayores consumen más medicamentos de todo tipo, pero especialmente de aquellos con efecto sobre el sistema nervioso central. Hay poca bibliografía al respecto, por lo que nos parece importante ir aportando información real al respecto.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

1. Salud\_mental\_datos.pdf [Internet]. [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
2. Esteban Jiménez Ó, Arroyo Aniés MP, Vicens Caldentey C, González Rubio F, Hernández Rodríguez MÁ, Sempere Manuel M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. Aten Primaria. 1 de noviembre de 2018;50:70-9.
3. Drug prescribing for older adults - UpToDate [Internet]. [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?search=antidepressive%20elderly&source=search\\_result&selectedTitle=17~150&usage\\_type=default&display\\_rank=17](https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?search=antidepressive%20elderly&source=search_result&selectedTitle=17~150&usage_type=default&display_rank=17)
4. Sicras-Mainar A, Peláez de Loño J, Castellá-Rosales A, Rodríguez-Darriba M. Estudio comparativo del consumo de psicofármacos en residencias geriátricas. Aten Primaria. 1 de mayo de 2008;40(5):263-4.
5. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm. 1 de enero de 2018;75(1):e6-12.
6. Agius M, Bonnici H. Antidepressants in use in clinical practice. Psychiatr Danub. septiembre de 2017;29(Suppl 3):667-71.
7. Discontinuing antidepressant medications in adults - UpToDate [Internet]. [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/discontinuing->

antidepressant-medications-in-  
adults?search=antidepressivos%20en%20ancianos&topicRef=122694&source=see  
\_link

8. Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/opioid-use-disorder-epidemiology-pharmacology-clinical-manifestations-course-screening-assessment-and-diagnosis?search=opioid%20use%20disorder&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/opioid-use-disorder-epidemiology-pharmacology-clinical-manifestations-course-screening-assessment-and-diagnosis?search=opioid%20use%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
9. March J. Farmacoterapia en personas mayores [Internet]. [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/8937-farmacoterapia-en-personas-mayores>
10. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, China, Ren F-F, Guo R-J, Department of Neurology, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, China. PUBLIC MENTAL HEALTH IN POST-COVID-19 ERA. *Psychiatr Danub*. 12 de agosto de 2020;32(2):251-5.
11. Estancial Fernandes CS, de Azevedo RCS, Goldbaum M, Barros MB de A. Psychotropic use patterns: Are there differences between men and women? *PLoS ONE* [Internet]. 26 de noviembre de 2018 [citado 27 de mayo de 2021];13(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257918/>
12. Steen M. Historical Perspectives on Women and Mental Illness and Prevention of Depression in Women, Using a Feminist Framework. *Issues Ment Health Nurs*. 1 de enero de 1991;12(4):359-74.
13. dnb\_vol28\_no1\_13.pdf [Internet]. [citado 27 de mayo de 2021]. Disponible en: [http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb\\_vol28\\_no1/dnb\\_vol28\\_no1\\_13.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb_vol28_no1/dnb_vol28_no1_13.pdf)
14. Maree R, Marcum Z, Saghafi E, Weiner D, Karp J. A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. noviembre de 2016;24(11):949-63.
15. Delgado Silveira E. Impacto de la Intervención Farmacéutica en el tratamiento del paciente mayor pluripatológico. *Farm Hosp*. 15 de julio de 2015;(4):192-202.

9. **ANEXOS**

Fig.15. Porcentaje pacientes de cada edad

EDADES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos 75	16	9,6	9,6
76	14	8,4	18,0
77	20	12,0	29,9
78	13	7,8	37,7
79	12	7,2	44,9
80	15	9,0	53,9
81	8	4,8	58,7
82	9	5,4	64,1
83	8	4,8	68,9
84	4	2,4	71,3
85	8	4,8	76,0
86	7	4,2	80,2
87	3	1,8	82,0
88	5	3,0	85,0
89	4	2,4	87,4
90	3	1,8	89,2
91	6	3,6	92,8
92	3	1,8	94,6
93	4	2,4	97,0
94	2	1,2	98,2
95	1	,6	98,8
96	1	,6	99,4
98	1	,6	100,0
Total	167	100,0	

Fig.19. Correlación Pearson entre el número de psicofármacos que toman los pacientes

Correlación: edad y consumo de fármacos

		Edad del paciente
Número de psicofármacos que toma el paciente	Correlación de Pearson	,241(**)
	Sig. (bilateral)	<b>,004</b>
	N	140

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fig. 20. Tabla de contingencia: edad\*tipo de patología

Tabla de contingencia Edad agrupado de 10 en 10 años \* Tipo de patología

Edad agrupada		Tipo de patología			Total
		Patología orgánica	Enfermedad mental	Ambas patologías	
70-79 Años	Recuento	2	72	1	75
	% de Edad	2,7%	96,0%	1,3%	100,0%
80-89 Años	Recuento	5	56	10	71
	% de Edad	7,0%	78,9%	14,1%	100,0%
90-99 años	Recuento	3	12	6	21
	% de Edad	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
Total	Recuento	10	140	17	167
	% de Edad	6,0%	83,8%	10,2%	100,0%

Número de psicofármacos que toma el paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos 0	1	10,0	10,0
1	5	50,0	60,0
2	2	20,0	80,0
3	1	10,0	90,0
4	1	10,0	100,0
Total	10	100,0	

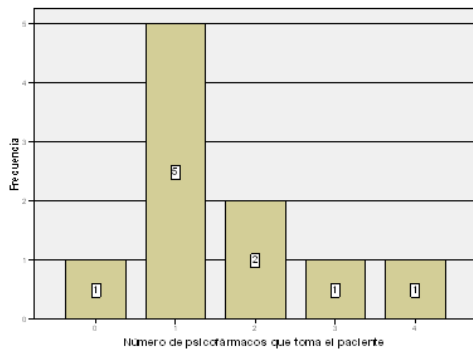


Fig. 16, 17. Porcentaje de pacientes por cantidad de fármaco

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.
Número de psicofármacos que toma el paciente	140	0	7	243	1,74	1,576
N válido (según lista)	140					

Fig. 18. Media de psicofármacos por cada paciente

Fig. 21. Media de pacientes por sexo

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Mujer	118	81,86	5,793	75	98
Hombre	49	81,06	5,064	75	94
Total	167	81,63	5,586	75	98

Fig. 22. Media de pacientes por cada tipo de patología mental

Descriptivos Edad del paciente

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Patología orgánica	10	85,80	6,630	75	98
Enfermedad mental	140	80,74	5,096	75	95
Ambas patologías	17	86,53	5,479	75	96
Total	167	81,63	5,586	75	98

Fig. 23. Media de pacientes que consumen cada tipo de psicofármaco

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
benzodicepinas	140	0	3	,84	,764
antidepresivos	140	0	2	,41	,634
antipsicóticos	140	0	3	,05	,302
otros fármacos	140	0	3	,41	,739
N válido (según lista)	140				

Fig. 24. Media de pacientes que consumen "otros" fármacos

Otros fármacos					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos 0	100	71,4	71,4	71,4	71,4
1	25	17,9	17,9	89,3	89,3
2	12	8,6	8,6	97,9	97,9
3	3	2,1	2,1	100,0	100,0
Total	140	100,0	100,0		

Fig. 25. Media de pacientes que consumen antidepresivos.

Antidepresivos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Válidos 0	94	67,1	67,1	67,1
1	35	25,0	92,1	92,1
2	11	7,9	100,0	100,0
Total	140	100,0		

Fig. 26. Media de pacientes que consumen antipsicóticos.

Antipsicóticos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Válidos 0	135	96,4	96,4	96,4
1	4	2,9	99,3	99,3
3	1	,7	100,0	100,0
Total	140	100,0		

Fig. 27: tipo de patología y media de edad

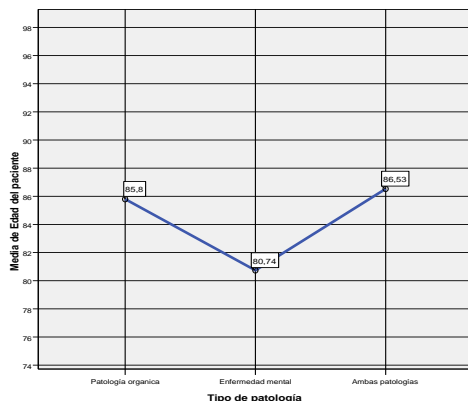


Fig. 28. ANOVA: edad paciente y tipos cronicidad

ANOVA Edad del paciente					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	329,167	2	164,584	5,566	,005
Intra-grupos	4849,815	164	29,572		
Total	5178,982	166			

Fig. 29. Frecuencia grados cronicidad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Una patología crónica	21	12,6	12,6
Dos patologías crónicas	46	27,5	40,1
Dos patologías crónicas + complejidad	100	59,9	100,0
Total	167	100,0	

Fig. 30. Media de edad en grados cronicidad

Descriptivos Edad del paciente						
	N	Media de edad	Desviación típica	Mínimo	Máximo	
Una patología crónica	21	79,05	3,309	75	86	86
Dos patologías crónicas	46	80,41	4,924	75	93	93
Dos patologías crónicas + complejidad	100	82,73	5,980	75	98	98
Total	167	81,63	5,586	75	98	

Fig. 31, 32. Medias grados cron. en sexo y ANOVA

Descriptivos Grado de cronicidad						
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	
Mujer	118	2,47	,712	1	3	3
Hombre	49	2,49	,711	1	3	3
Total	167	2,47	,710	1	3	

ANOVA Grado de cronicidad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,019	1	,019	,038	,845
Intra-grupos	83,609	165	,507		
Total	83,629	166			

Fig. 33. Nº psicofármacos consumidos por edad agrupada

Nº de psicofármacos	Edad agrupada de 10 en 10 años			Total
	70-79	80-89	90-99	
0	23 67,6%	9 26,5%	2 5,9%	34 100,0%
1	20 55,6%	14 38,9%	2 5,6%	36 100,0%
2	17 48,6%	14 40,0%	4 11,4%	35 100,0%
3	9 45,0%	9 45,0%	2 10,0%	20 100,0%
4	1 20,0%	3 60,0%	1 20,0%	5 100,0%
5	2 40,0%	3 60,0%	0 ,0%	5 100,0%
6	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
7	0 ,0%	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
total	72 51,4%	56 40,0%	12 8,6%	140 100,0%

Fig.34. Comparación múltiple entre patologías crónicas

Comparaciones múltiples Variable dependiente: Edad del paciente DMS

(I) Grado de cronicidad	(J) Grado de cronicidad	Sig.
Una patología crónica	Dos patologías crónicas	,342
	Dos patologías crónicas + complejidad	,005
Dos patologías crónicas	Una patología crónica	,342
	Dos patologías crónicas + complejidad	,018
Dos patologías crónicas + complejidad	Una patología crónica	,005
	Dos patologías crónicas	,018

\* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Fig.35, 36. Nº psicofármacos dependiendo de GC y ANOVA

Descriptivos Número de psicofármacos que toma el paciente

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Una patología crónica	21	1,24	1,091	0	3
Dos patologías crónicas	46	1,37	1,082	0	4
Dos patologías crónicas + complejidad	100	2,31	1,998	0	8
Total	167	1,92	1,754	0	8

ANOVA Número de psicofármacos que toma el paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	38,909	2	19,455	6,761	,002
Intra-grupos	471,917	164	2,878		
Total	510,826	166			

Fig. 37. Nº patologías \* Nº psicofármacos

Tabla de contingencia N\_patolog \* Número de psicofármacos que toma el paciente

Nº Patologías	Número de psicofármacos que toma el paciente										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
1	29 28,2%	23 22,3%	26 25,2%	14 13,6%	4 3,9%	3 2,9%	2 1,9%	2 1,9%	2 1,9%	2 1,9%	103 100,0%
2	5 17,9%	9 32,1%	6 21,4%	5 17,9%	1 3,6%	1 3,6%	1 3,6%	1 3,6%	0 0,0%	0 0,0%	28 100,0%
3	0 0,0%	2 28,6%	3 42,9%	1 14,3%	0 0,0%	1 14,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 100,0%
4	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
5	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Totales	34 24,3%	36 25,7%	35 25,0%	20 14,3%	5 3,6%	5 3,6%	3 2,1%	2 1,4%	2 1,4%	140 100,0%	

Fig. 38. Edad relacionada al sexo

Tabla de contingencia Edad del paciente \* Sexo del participante

		Sexo del participante		Total
		Mujer	Hombre	
75	Recuento	14	2	16
	% de Edad del paciente	87,5%	12,5%	100,0%
76	Recuento	9	5	14
	% de Edad del paciente	64,3%	35,7%	100,0%
77	Recuento	10	10	20
	% de Edad del paciente	50,0%	50,0%	100,0%
78	Recuento	8	5	13
	% de Edad del paciente	61,5%	38,5%	100,0%
79	Recuento	10	2	12
	% de Edad del paciente	83,3%	16,7%	100,0%
80	Recuento	11	4	15
	% de Edad del paciente	73,3%	26,7%	100,0%
81	Recuento	6	2	8
	% de Edad del paciente	75,0%	25,0%	100,0%
82	Recuento	6	3	9
	% de Edad del paciente	66,7%	33,3%	100,0%
83	Recuento	6	2	8
	% de Edad del paciente	75,0%	25,0%	100,0%
84	Recuento	2	2	4
	% de Edad del paciente	50,0%	50,0%	100,0%
85	Recuento	5	3	8
	% de Edad del paciente	62,5%	37,5%	100,0%
86	Recuento	5	2	7
	% de Edad del paciente	71,4%	28,6%	100,0%
87	Recuento	3	0	3
	% de Edad del paciente	100,0%	0,0%	100,0%
88	Recuento	4	1	5
	% de Edad del paciente	80,0%	20,0%	100,0%
89	Recuento	2	2	4
	% de Edad del paciente	50,0%	50,0%	100,0%
90	Recuento	3	0	3
	% de Edad del paciente	100,0%	0,0%	100,0%
91	Recuento	4	2	6
	% de Edad del paciente	66,7%	33,3%	100,0%
92	Recuento	3	0	3
	% de Edad del paciente	100,0%	0,0%	100,0%
93	Recuento	3	1	4
	% de Edad del paciente	75,0%	25,0%	100,0%
94	Recuento	1	1	2
	% de Edad del paciente	50,0%	50,0%	100,0%
95	Recuento	1	0	1
	% de Edad del paciente	100,0%	0,0%	100,0%
96	Recuento	1	0	1
	% de Edad del paciente	100,0%	0,0%	100,0%
98	Recuento	1	0	1
	% de Edad del paciente	100,0%	0,0%	100,0%
TOTAL	Recuento	118	49	167
	% de Edad del paciente	70,7%	29,3%	100,0%
	% del total	70,7%	29,3%	100,0%





# "TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO EN POBLACIÓN ANCIANA"



AUTOR: GEMA PICÓ SUEIRO // TUTOR: DANIEL ARAÚZO PALACIOS  
GRADO DE MEDICINA // MEDICINA DE FAMILIA - C.S DELICIAS II

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, los trastornos mentales, son una de las consultas más frecuentes en atención primaria, especialmente en pacientes de la tercera edad. En la vejez se han relacionado con un aumento de la morbilidad y mortalidad, en particular, a un mayor deterioro cardiovascular y cognitivo. Además, debido a los cambios fisiológicos de este grupo, también es importante conocer de qué manera puede influir el abuso de psicofármacos.

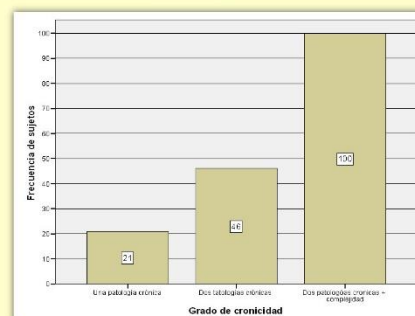
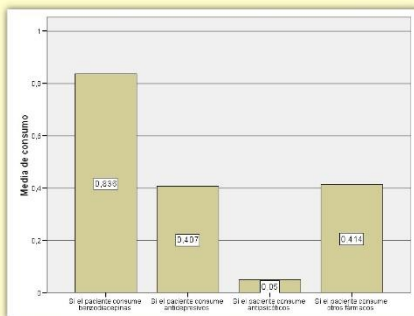
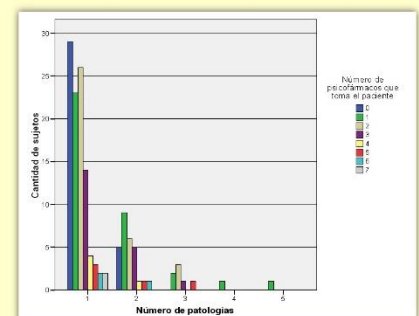
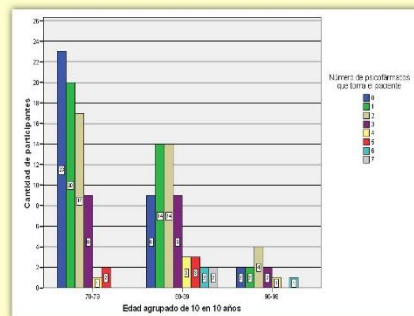
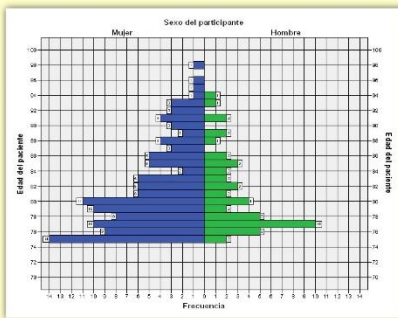
## OBJETIVOS

El **objetivo principal** del estudio es analizar los trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico en el anciano (definido como aquella persona mayor de 75 años) en dos cupos médicos de una Zona Básica de Salud de Valladolid.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la totalidad de pacientes mayores de 75 años, adscritos a dos cupos médicos del Centro de Salud Delicias II. Constituyen la población total de esa edad en ambos cupos y suponen una muestra por conglomerado y estratificado del total de la población de la Zona Básica de Salud. Se han recogido variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el objetivo planteado: variables cuantitativas (edad y número de psicofármacos), dicotómicas (sexo) y cualitativas (grado de cronicidad y tipo de patología mental). El análisis estadístico se hace mediante descriptivos de frecuencias de uso de medicamentos con acción psicofarmacológica y de asociación-relación con el grado de cronicidad del paciente y con la patología mental codificada.

## RESULTADOS



## CONCLUSIÓN

- Las mujeres son más propensas a tomar psicofármacos, consumiendo de media un mayor número respecto a los hombres. Entre ambos sexos el mayor consumo se da a los 77 años.
- El tipo de fármaco más consumido por los pacientes fueron las benzodiacepinas.
- A medida que aumentaba el número de patologías diagnosticadas, aumentaba también el número de fármacos consumidos.
- Existe relación entre la edad y el consumo, ya que, a mayor edad, mayor es el consumo de fármacos.
- La enfermedad más diagnosticada es la de tipo mental, que se da en el grupo de personas más jóvenes. No obstante, la orgánica va apareciendo con más frecuencia a medida que aumenta la edad.
- Los sujetos a mayor edad son más propensos a presentar dos patologías crónicas y algún tipo de complejidad (G3), consumiendo además un mayor número de fármacos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Esteban Jiménez Ó, Arroyo Aniés MP, Vicens Caldentey C, González Rubio F, Hernández Rodríguez MÁ, Sempere Manuel M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. Aten Primaria. 1 de noviembre de 2018;50:70-9.
2. Estancal Fernandes CS, de Azevedo RCS, Goldbaum M, Barros MB de A. Psychotropic use patterns: Are there differences between men and women? PLoS ONE [Internet]. 26 de noviembre de 2018 [citado 27 de mayo de 2021];13(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257918/>