

**ORIGINALES****CONSUMO DE FARMACOS PSICOTROPICOS EN LOS ANCIANOS**

Juan Jesús García Fernández (1), Carlos González Pérez (1), M.<sup>a</sup> Dolores Martín Sánchez (2), M.<sup>a</sup> Amor Sánchez Baraga o (1), Joaquín Bernardo Vega (1) y M.<sup>a</sup> Aurora Menéndez Rodríguez (3)

(1) Centro de Salud de Teatinos-La Corredoria. Oviedo.

(2) Gabinete Técnico del Area IV de Asturias. Oviedo.

(3) Centro de Salud de Trevias. Trevias (Luarca).

**RESUMEN**

**Fundamento:** El aumento del número de prescripciones de los fármacos psicotrópicos, particularmente en los ancianos que es el grupo de población que más consume, es el hecho que nos hace plantear los objetivos de este estudio: la evaluación de la prevalencia del consumo de fármacos psicotrópicos (CFP) en los ancianos y la identificación de los factores de riesgo que intervienen en el consumo de estas drogas.

**Métodos:** Estudio descriptivo y transversal, mediante cuestionario personal y específicamente diseñado en el Area Sanitaria IV de Asturias.

**Resultados:** La prevalencia del CFP en nuestra muestra fue del 24%, las mujeres representaron el 72,1%, la prescripción fue debida al médico de cabecera en el 53,3% de los casos. El 54,3% llevaba tomando estos fármacos más de tres años. Las benzodiazepinas de vida media larga fueron las más consumidas con un 62,3%.

**Conclusiones:** La alta prevalencia, el tiempo de consumo elevado, el uso de benzodiazepinas de vida media larga y el hecho de que sean los médicos de los Equipos de Atención Primaria los que realizan fundamentalmente la prescripción de estos fármacos, nos deben hacer reflexionar sobre la pertinencia y rigor de estas prescripciones.

**Palabras Clave:** Prevalencia. Utilización. Drogas psicotrópicas. Ancianos.

**ABSTRACT****The Psychotropic Drugs Consumption by the Elderly**

**Background:** The medical prescription increase for psychotropic drugs, and particularly by elderly, are the facts that have motivated this study: 1) elderly psychotropic consumption assesment, 2) identify risk factors consumption.

**Methods:** Descriptive and crosssectional survey from individual questionnaires.

**Results:** The prevalence for psychotropic drugs was 24% in our sample, (72.1% women). 53.3% prescription were realized by family practitioners. 54.3% patients used them for more than three years. The biggest group consumed are the long term benzodiazepines (62.3%).

**Conclusions:** The high prevalence, the long time of consumption, the use of long-term benzodiazepines, and the fact of that family practitioners are the main prescriptors, must make us think about the pertinence and accuracy of these medical prescriptions.

**Key Words:** Prevalence. Use. Psychotropic Drugs. Elderly.

**INTRODUCCION**

En la  ltima d cada, hemos asistido a un aumento en el número de las prescripciones

de los fármacos psicotrópicos, particularmente en los ancianos, que ya es en la actualidad el grupo de poblacion de mayor consumo<sup>1-6</sup>, llegando a multiplicar por tres el consumo respecto de la población general<sup>7</sup>.

Este hecho viene condicionado por una serie de circunstancias, como son las alteraciones fisiológicas de los patrones del sueño,

Correspondencia:

Juan Jesús García Fernández  
C/ Montes del Suevo, N.  8, 4.  H  
33012 OVIEDO

estados de soledad por pérdida de la pareja y fenómenos de ansiedad y tristeza, que convierten a los ancianos en un grupo de riesgo para el consumo de estos fármacos.

La mayoría de los efectos secundarios del consumo excesivo de las drogas psicotrópicas, están relacionados con la toma habitual y mantenida del fármaco, la pluripatología y la medicación crónica y múltiple que suele acompañar los últimos años de la vida<sup>8-10</sup>, y la mayor susceptibilidad a los problemas de tolerancia, dependencia y habituación<sup>1,3</sup>, estando descritos estados confusionales, incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria<sup>11</sup> y mayor riesgo de caídas<sup>9,12</sup>, con un aumento de la incidencia de fracturas de cadera<sup>13</sup>.

Por ello, nos planteamos como objetivo en este estudio el evaluar la prevalencia del consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos en el Área Sanitaria IV de la Comunidad Autónoma de Asturias y, además, tratar de identificar los posibles factores de riesgo que intervengan en el consumo de estas drogas.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en una población diana de 18.311 personas que cumplan los siguientes criterios de selección: población de 65 años cumplidos y más a 31 de marzo de 1992, a la que denominamos ancianos, de ambos sexos, y con historia individual en cualquiera de las zonas básicas de salud (ZBS) o zonas especiales de salud (ZES) del área sanitaria IV de Asturias que están funcionando con el nuevo modelo de Atención Primaria: ZBS.IV.2, ZBS.IV.4, ZBS.IV.5, ZBS.IV.6, ZBS.IV.7, ZBS.IV.9, ZBS.IV.16, ZES.IV.1.

Las unidades de muestreo de las ZBS números 4, 5, 6 y 7 fueron los individuos del listado que nos proporcionó el Servicio de Información de Atención Primaria, mientras que en las otras zonas de salud se utilizaron los registros individuales, donde constan los datos administrativos y clínicos de enfermedades crónicas (fichas epidemiológicas).

El tipo de muestreo que se realizó fue estratificado por sexo y centro de salud y dentro de cada grupo sistemático.

La muestra ajustada fue de 294 personas, estimada tras aplicar la fórmula para poblaciones finitas, con una "p" conocida por bibliografía del 16%<sup>11</sup>, un nivel de confianza del 95% y un error del 5%; posteriormente se ajustó, ya que preveíamos un número de "no respuestas" del 30%, englobando como tales el negarse a realizar la entrevista, el no hallar la unidad muestral por cambio de domicilio o por la muerte del individuo.

Mediante un cuestionario fueron estudiadas las siguientes variables: la edad, el sexo, el estado civil, lugar de residencia habitual (urbana y rural, entendiéndose como rural el núcleo que cuenta con menos de 5.000 habitantes), número de convivientes, nivel de estudios (sin estudios; estudios primarios: certificado escolar o equivalente; estudios medios: los que se obtuvieron sin acceder a la universidad; estudios universitarios: obtenidos en el ámbito universitario), nivel socio-económico (nivel alto: profesiones superiores como arquitectos, científicos, ingenieros superiores, grandes patronos, directores de empresa; nivel medio: profesiones de menos estatus como farmacéuticos, médicos, ATS, escritores, pequeños empresarios, gerentes, trabajadores cualificados, artesanos, oficinistas, capataces y supervisores; nivel bajo: obreros semi- y no cualificados, agricultores, ganaderos, jornaleros, trabajadores domésticos, trabajadores ocasionales y amas de casa), nivel de ingresos de la unidad familiar, enfermedades crónicas que consten en los antecedentes personales del historial clínico, consumo de fármacos psicotrópicos (definido como el consumo habitual de fármacos hipnóticos/sedantes y/o ansiolíticos, en la actualidad y con un periodo mínimo de un mes anterior a la fecha de realización de la encuesta, para inducir el sueño o para el tratamiento de problemas de ansiedad-depresión), indicación del consumo: responsable que indicó la prescripción del fármaco, motivo del

consumo (insomnio, ansiedad, depresión, otros), y tiempo de consumo.

El cuestionario inicial fue sometido a un pilotaje de treinta encuestas, que se realizó por personal sanitario en la ZBS.IV.7, previa

puesta en común de las normas metodológicas de recogida de datos, y tras el cual fue modificada la estructura de varias de las preguntas planteadas. En el anexo 1, se representa el cuestionario completo.

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO

1. NUMERO DE ORDEN
2. FECHA:
3. LUGAR DE LA ENTREVISTA: a) Domicilio                      b) Consultorio
4. ¿DONDE VIVE USTED?: \_\_\_\_\_
5. ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN CON USTED?:
  - a) Ninguna                      b) Una                      c) Dos o más
6. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD? DE:
  - a) De los pulmones o bronquios                      b) Del corazón o hipertensión
  - c) Del reuma                      d) Del bocio o de la diabetes                      e) Del riego
  - f) Otras: \_\_\_\_\_                      g) Varias de las anteriores asociadas
  - h) No tiene enfermedades.
7. ¿TOMA USTED PASTILLAS PARA DORMIR, PARA LOS NERVIOS O CUANDO ESTA TRISTE?:
  - a) No                      b) Sí.                      (Si la respuesta es negativa pasar a la pregunta número 12)
8. ¿PODRIA USTED MOSTRARME O DECIRME LAS PASTILLAS QUE TOMA?: \_\_\_\_\_
9. ¿QUE PERSONA LE DIJO QUE TOMASE LAS PASTILLAS?
  - a) Su médico                      b) Un especialista                      c) Otros                      d) NS/NC
10. ¿PORQUE MOTIVO EMPEZO A TOMAR LAS PASTILLAS?
  - a) Porque no duerme bien                      b) Porque tiene muchos nervios
  - c) Porque estoy triste                      d) Otros                      e) NS/NC
11. ¿CUANTO TIEMPO LLEVA TOMANDO PASTILLAS?
  - a) Menos de tres meses                      b) De 3 a 12 meses                      c) De 1 a 3 años
  - d) De 3 a 5 años                      e) Más de 5 años
12. FECHA DE NACIMIENTO:
13. SEXO: a) Varon                      b) Mujer
14. ¿EN ESTE MOMENTO ESTA USTED?
  - a) Soltero-a                      b) Casado-a                      c) Viudo-a                      d) Divorciado-a
  - e) Separado-a                      f) Otros
15. ¿SABE USTED LEER Y/O ESCRIBIR?: a) Si                      b) No
16. ¿HASTA QUE ESTUDIOS COMPLETO USTED?:
  - a) Sin estudios                      b) Estudios primarios                      c) Estudios medios
  - d) Estudios universitarios
17. ¿EN QUE TRABAJO USTED? \_\_\_\_\_
18. ¿CUANTO DINERO INGRESA VD. O SU FAMILIA AL MES, POR JUBILACION O POR OTROS MOTIVOS?
  - a) Menos de 25.000 ptas.                      b) De 25.000 a 49.999 ptas.
  - c) De 50.000 a 74.999 ptas.                      d) De 75.000 a 99.999 ptas.                      e) Más de 100.000 ptas.

El cuestionario final fue administrado por los encuestadores (residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria de Oviedo, médicos y ATS/DUE de los Equipos de Atención Primaria) a las unidades muestrales en los Centros de Salud de la ZBS o en los domicilios particulares cuando había imposibilidad por parte del encuestado de acudir al Centro. Se realizó también por parte de los encuestadores una puesta en común para la recogida de datos.

Todos los datos fueron procesados en un ordenador personal y para el análisis estadístico de los mismos se utilizó el programa estadístico SPSS/PC+. En el apartado de resultados, reseñamos la prevalencia hallada en nuestra muestra y además entre paréntesis el intervalo de confianza de la prevalencia esperada en nuestra población, con un alfa de 5%.

## • RESULTADOS

De la muestra ajustada contestó al cuestionario el 86'4%, y hubo un 13'6% de "no respuestas": 7'2% por éxitus no vaciados de la base de datos del Servicio de Información de Atención Primaria, 3'7% por desplazamiento de la ZBS y 2'7% debido a otras causas.

La población de mujeres en nuestra muestra, representa el 62'2% (56'2%-68'2%) versus 37'8% (31'8% - 43'8%) de los varones y la edad media es de 75 años con una desviación estándar de 7'35 (recorrido: 65-97 años). El lugar de la entrevista fue en el 78'7% de los casos en el consultorio versus 21'5% en el domicilio del paciente. El 63'4% (57'5%-69'3%) tenía su residencia habitual en la zona urbana versus 36'6% (30'7%-42'5%) en la zona rural. El 55'9% (142) vivía con dos o más personas, mientras el 11'0% (28) vivía solo. El 50'0% (127) tenía mas de una enfermedad crónica asociada frente a solo el 8'7% (22) que no tenían enfermedades. Estaban casados el 51'2% (128), viudos el 37'6% (94) y solteros el 10% (25). El 3'9% (10) de la muestra no sabía leer y/o escribir,

no teniendo el 37'4% (95) estudios realizados y el 49'2% (125) estudios primarios. El máximo nivel socio-económico alcanzado habla sido "bajo" en el 84'6% (215) y el 41'3% (105) tenía ingresos en la unidad familiar superior a las 100.000 pesetas mensuales.

La prevalencia del consumo de fármacos psicotrópicos en nuestra muestra fue del 24% (19%-29%) (figura 1), las mujeres representaron el 72'1% (60'8% - 83,'%), con una edad media de 75 años y una desviación estándar de 6'82 (recorrido: 65-91 años) y los hombres el 27'9% -16'7% - 39'2%) con una edad media de 74 años y una DS de 6'64 (recorrido: 68 - 88 años). El 65'6% (53'7% - 77'5%) tenían su residencia en la zona urbana y el 10'0% vivía solo. El 13'8% eran solteros-as, el 41'4% eran viudos-as y estaban casados el 44'8%.

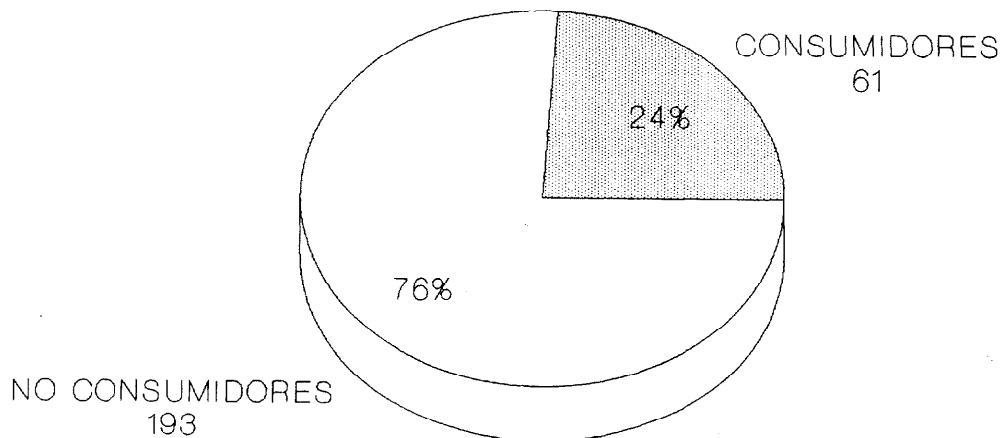
La prescripción inicial del fármaco había sido por parte del médico de cabecera en el 53'3% (32), mientras que el especialista lo había hecho en el 36'7% (22) de las veces (figura 2). La causa que había motivado el consumo eran "los nervios" en el 45'8%<sup>27</sup> porque "no dormían" en el 39% (23). El 23'7% (14) llevaba tomando estos fármacos entre uno y tres años y el 54'3% (32) más de tres años (figura 3).

El tipo de fármaco más consumido fueron las benzodiazepinas de vida media larga, con un 62'3% (38), siendo el bromazepan, con el 21'3% (13), y el diazepam, con el 19'7% (12) los mas usados. El clometiazol fue usado por el 3'3% (2) de nuestra muestra (figura 4).

## DISCUSION

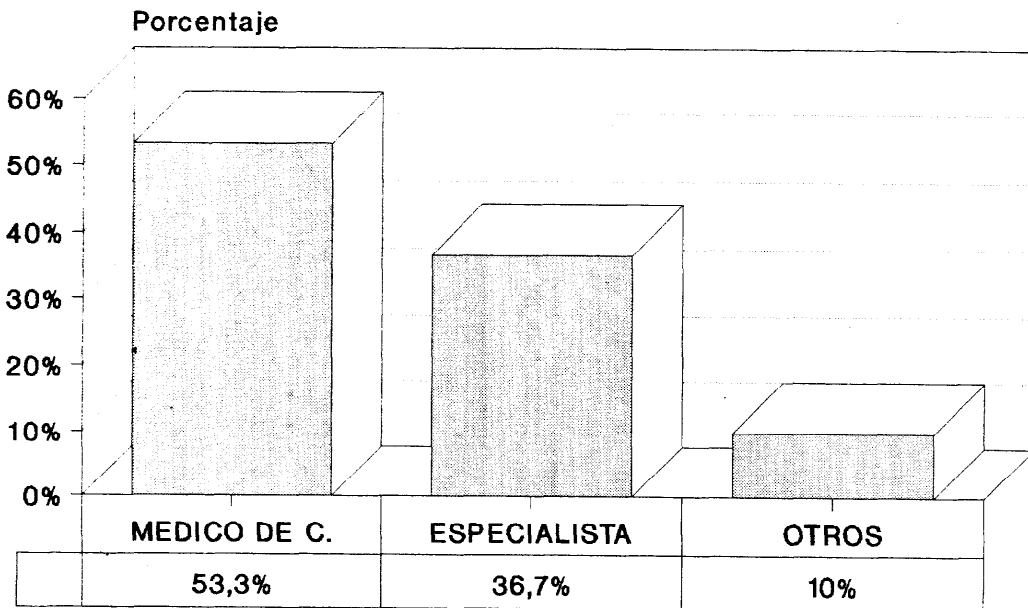
La prevalencia del 24% de consumo de psicotrópicos en ancianos, hallada en nuestro estudio, supera la de otros trabajos realizados en los últimos años en Canadá, con una prevalencia del 10% en varones y del 20% en mujeres<sup>2</sup>, y del 16% en Gran Bretaña<sup>11</sup>, si bien es inferior a la hallada por Cans y Rotily en Francia, donde estos autores, mediante una encuesta telefónica, obtienen una

**FIGURA 1**  
Consumo de psicótopos. Prevalencia



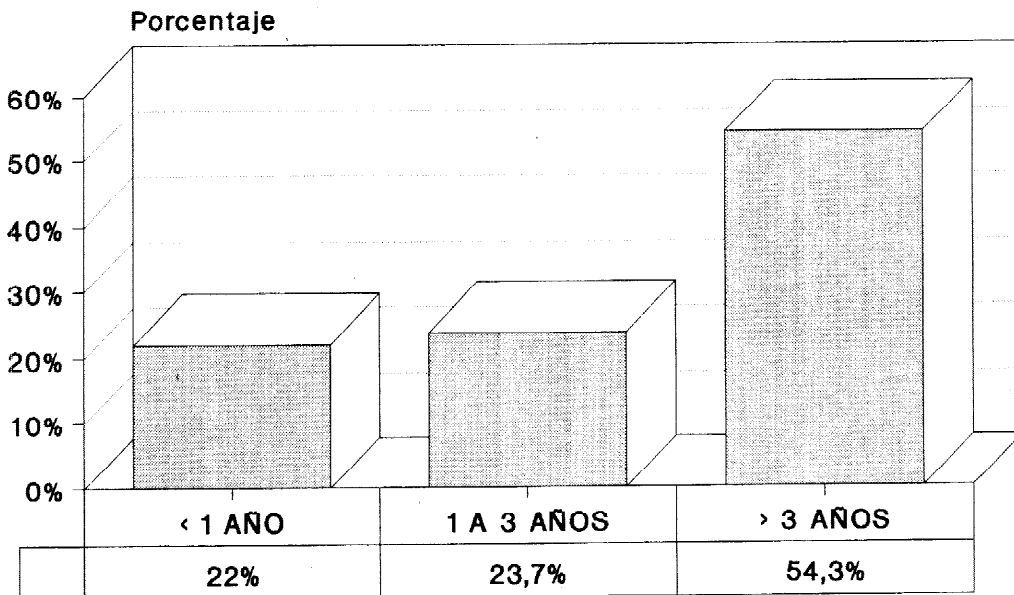
Fuente propia N = 254

**FIGURA 2**  
Consumo de psicótopos. Responsable del Tto.



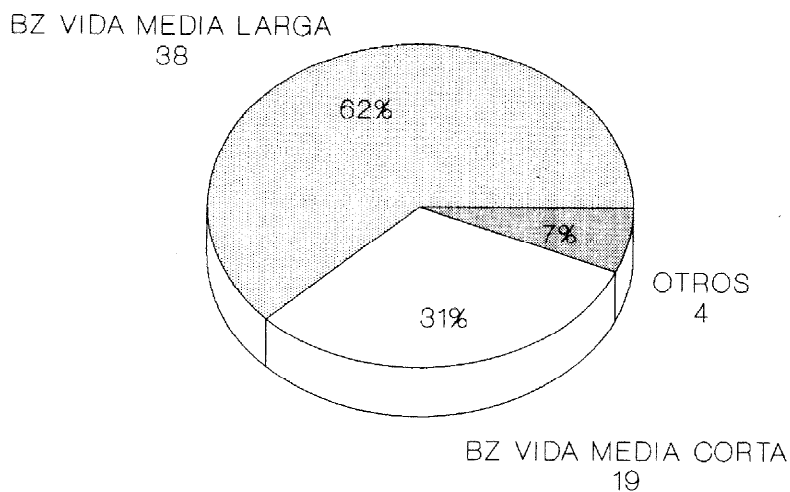
Fuente propia N = 61

**FIGURA 3**  
Consumo de psicótopos. Tiempo de consumo



Fuente propia N = 61

**FIGURA 4**  
Consumo de psicótopos. Tipo de fármacos



Fuente propia N = 61

prevalencia del consumo del 36'9% en los mayores de 65 años <sup>7</sup>.

Distintos trabajos han detectado posibles factores de riesgo en el consumo de estas drogas, como el sexo femenino <sup>2,5,9,14</sup>, el vivir solo o haber enjuiciado <sup>9</sup>, o la edad <sup>5,6</sup>. Si bien en nuestro estudio no hallamos datos estadísticamente significativos, aparecen porcentajes elevados, en las mujeres y en los residentes del medio urbano, no hallando grandes variaciones en el estado civil ni en el número de convivientes.

Los médicos de los Equipos de Atención Primaria son los que realizan fundamentalmente la prescripción del fármaco psicotrónico; cabría plantearse si esto es debido o no a una falta de comunicación con el paciente, cuando éste plantea problemas que pueden ser abordados desde una perspectiva no farmacológica <sup>10</sup>.

El tiempo de consumo elevado, más de tres años el 54'3%, puede entenderse como una cronificación de un problema al que no se le ha dado otra salida, situación que contrasta con la opinión de autores que aconsejan tratamientos cortos, para evitar la habituación <sup>15-17</sup>.

El uso de benzodicepinas de vida media corta, recomendado para evitar fenómenos de rebote, no se aprecia en nuestro estudio donde las benzodicepinas de vida media larga son las más usadas (62'3%) <sup>18</sup>. Así mismo el 39% de los encuestados que consumía drogas psicotrónicas, lo hacía porque tenía insomnio, destacándose que solo el 3'3% consumía Clometiazol, droga que, a nuestro entender, es de elección en el insomnio del anciano.

Como consecuencia de estos hechos tenemos que reflexionar sobre la pertinencia y rigor de estas prescripciones, y se debe hacer una cuidadosa evaluación de los pacientes a los que se pautan estas drogas <sup>19</sup>, dado que afectan a una población en la que se juntan otros factores, como son el nivel socio-económico y la problemática social concomitante <sup>20</sup>. Es por ello que estos fármacos deben

ser soluciones temporales y nunca ser usados como elementos paliativos de problemas sociales, económicos o familiares <sup>21</sup>, cuya solución pasa por otras medidas.

Sería conveniente, en vista de los datos obtenidos en este trabajo, que se realizase un estudio más profundo sobre los factores específicos que contribuyen al consumo y, del mismo modo, se determinasen las necesidades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras de la población afectada por este problema.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de todo el personal de las ZBS IV.2, IV.9, IV.16, y ZES IV.1, para el desarrollo de este estudio, y de forma especial, a todo el personal de la ZBS IV.7 y a todos los residentes del tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria de Oviedo (promoción 1990-92).

## BIBLIOGRAFIA

1. Morgan K. Hypnotics in the elderly. What cause for concern? *Drugs* 1990; 40: 688-96.
2. Smart RG, Adlaf EM. Alcohol and drugs use among the elderly: trends in use and characteristics of users. *Can J Public Health* 1988; 79: 121-5.
3. Williams RL, Karacan I. Recent developments in the diagnosis and treatment of the sleep disorders. *Hospital Community Psychiatry* 1985; 36: 69-73.
4. Skegg DCG, Doll R, Perry J. Use of medicines in general practice. *Br Med J* 1977; 1: 1561-3.
5. Nguyen JM, Allain H, Martinet JP, Beneton C, Reyman JM, Decombe R. Anxiolytic agents and hypnotic drugs in Bretagne. Pharmacological study. *Ann Med Interne* 1991; 142: 163-7.
6. Douglas RL, Christiensen DB, Stergachis A. Medical and psychosocial factors predictive of psychotropic drugs use in the elderly patients. *Am J Pharmacol* 1990; 80: 31-5.
7. Cans C, Rotily M. La consommation de psychotropes en population générale dans

- le département de l'Isère. Rev Epidém et Santé Publ 1991; 39: 515-22.
8. López ML, Cueto Espinar A. Problemas de salud pública en la vejez. Rev San Hig Púb 1990; 64: 505-15.
  9. Jones D. Characteristics of elderly people taking psychotropic medication. Drugs Aging 1992; 2: 389-94.
  10. Salgado Alba A. Estudio Sociológico-Libro Blanco. El Médico y la Tercera Edad. Madrid: 1986, 286 págs.
  11. Morgan K, Dalloso M, Ebrahim S, Arie T, Fentem P. Prevalence, frequency and duration of hypnotic drug use among the elderly living at home. Br. Med J 1988; 296: 151-5.
  12. Stevens A, Mulrow C. Drugs affecting postural stability and other risk factors in the hip fracture epidemic-case-control study. Community Med 1989; 11: 27-34.
  13. Blake AJ, Morgan K, Bendall MJ, Dalloso H. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. Age Ageing 1988; 17: 365-72.
  14. Lockwood A, Berbatis CG. Psychotropic drugs in Australia: consumption patterns MedJAust 1990; 153: 604-11.
  15. Oswald J, French C, Adam K, Gilham J. Benzodiazepine hypnotics remain effective for 24 weeks. Br Med J 1982; 284: 92-5.
  16. Allgulander C, Nasman P. Regular hypnotic drug treatment in a sample of 32,679 swedes: associations with somatic and mental health, in patient psychiatric diagnoses and suicide derived with automated record-linkage. Psychosom Med 1991; 53: 101-8.
  17. Wells F. The moral choice in prescribing barbituratic. J Med Ethics 1976; 2: 68-70.
  18. Morgan K, Oswald I. Anxiety caused by a short-life hypnotic. Br Med J 1982; 284: 302-5.
  19. Matalon A, Yinon AM, Hurwitz A. Chronic use of hypnotics in a family practice-patients reluctant to stop treatment. Fam Pract 1990; 7: 258-60.
  20. Asthon H, Golding JF. Tranquilisers: prevalence, predictors and possible consequences. Data from a large United Kingdom survey Br J Addict 1989; 84: 541-6.
  21. Williamson J. Prescribing problems in the elderly. The Practitioner 1978; 220: 749-55.