

## EVOLUCIÓN EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN EL ESTUDIO SENECA: 2003-2006

### MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra objeto de estudio fue la de 150 personas adultas con discapacidad intelectual, entre límite y moderada participantes en el estudio SENECA sobre el envejecimiento en la DI. Las edades, a 31-12-2003, estaban comprendidas entre 42,25 y 73,52 años ( $m=51,35$ ,  $SD=7,02$ ). La distribución por sexo era de 38,70% mujeres ( $m$  edad= 52,44,  $SD=06,98$ ) y 61,30% hombres ( $m$  edad= 50,66,  $SD=06,99$ ).

Para el estudio utilizamos los datos de prescripción de fármacos para los años 2003 a 2006.

Utilizamos la tabla nomenclator ( DI0041) de la BBDD Digitalis 2009 12 st.mdb para la asignación de los códigos ATC y las DDD<sup>19</sup>. Las rutinas de manipulación y conversión se realizaron por medio de algoritmos diseñados en Microsoft Excel 2007. La explotación estadística se realizó con el SPSS 17.0.

### RESULTADOS

Como puede observarse en las tablas 1, 2 y 3, los psicofármacos constituyen el grupo más prescrito. Los antiepilépticos, en su prescripción habitual así como eutimizantes y para el tratamiento de los problemas de conducta, constituyen el segundo grupo más prescrito. El tercer grupo lo constituyen psicoanalépticos. Los medicamentos contra el parkinson constituirían el

cuarto grupo de los psicofármacos más prescritos pudiéndose considerar el resto como marginales.

En primer lugar hemos procedido a valorar posibles implicaciones de las variables sexo y edad. Al comparar las medias de DDD entre hombre y mujeres para todos los años y total de fármacos del Grupo N, hemos observado que se puede aceptar la igualdad de varianza (prueba de Levene F: 2003=0,007 (sig=0,936); 2004=1,295(sig=0,257); 2005=1,379(sig=0,242); 2006=2,699(sig=0,103)) y de media (Prueba T: 2003=-0,302(sig=0,763); 2004=-0,891(sig=0,374); 2005=-1,183(sig=0,239); 2006=-1,100(sig=0,273)). Podemos concluir, por tanto, que no hay diferencias de consumo por sexo.

Al realizar la misma prueba para el subgrupo N05 (Psicolépticos), hemos observado que se puede aceptar la igualdad de varianza (prueba de Levene F: 2003=0,023 (sig=0,879); 2004=0,368 (sig=0,545); 2005=1,052 (sig=0,307); 2006=0,879 (sig=0,350)) y de media (Prueba T: 2003=-0,228 (sig=0,820); 2004=-0,435(sig=0,664); 2005=-0,883(sig=0,379); 2006=-0,831(sig=0,407)).

Para el subgrupo N03 (Antiepilépticos) se observa también la igualdad de varianza (prueba de Levene F: 2003=2,887 (sig=0,091); 2004=0,768 (sig=0,382); 2005=0,010 (sig=0,921); 2006=0,887 (sig=0,348)) y de media (Prueba T: 2003=0,724 (sig=0,470); 2004=0,175 (sig=0,861); 2005=-0,085(sig=0,932); 2006=0,275 (sig=0,784)).

Resultados distintos se observan para el subgrupo N06 (Psicoanalépticos). La prueba de Levene indica que debe rechazarse la igualdad de varianza (F:

2003=27,508 (sig=0,000); 2004=34,262 (sig=0,000); 2005=20,095 (sig=0,000); 2006=18,004 (sig=0,000)). Por su lado la prueba T no permite aceptar la igualdad de media mostrando un consumo medio superior en el grupo de mujeres, excepto para el año 2006 (Prueba T: 2003=-2,263 (sig=0,027); 2004=-2,502 (sig=0,015); 2005=-2,056 (sig=0,043); 2006=-1,888 (sig=0,063)). Los datos (tabla 4 y figura 1 y 2) ponen de manifiesto que esta diferencia se debe a la combinación de dos factores. Por un lado la mayor tendencia a prescribir fármacos de este grupo a las mujeres y, por otro, a hacerlo a dosis más altas. Debe observarse que las discrepancias entre la tabla y figuras se debe a que en los casos en que una persona tiene 2 ó más prescripciones se cuenta como un caso en la tabla pero las figuras cuentan todas las prescripciones y sumas de DDD.

Para el subgrupo N04 (Antiparkinsonianos) se observa también la igualdad de varianza (prueba de Levene F: 2003=0,011 (sig=0,917); 2004=0,137 (sig=0,712); 2005=0,238 (sig=0,626); 2006=3,491 (sig=0,064)) y de media (Prueba T: 2003=-0,049 (sig=0,961); 2004=-0,147 (sig=0,883); 2005=0,201 (sig=0,841); 2006=-0,879 (sig=0,381)).

En relación a la edad la Correlación de Pearson evidencia la ausencia de relación entre edad y DDD para el total de prescripciones N (tabla 5), los N05 (psicolépticos) (tabla 6), N06 (Psicoanalépticos) (Tabla 7) los N03 (Antiepilépticos) (Tabla 8) i N04 (Antiparkinsonianos) (Tabla 9).

En segundo lugar, hemos comparado el número de prescripciones y DDD en los sucesivos años por medio del procedimiento MLG - Medidas repetidas. Las

figuras 3 y 4 nos muestran la evolución de los diferentes grupos tanto por prescripciones (figura 3) como por DDD (figura 4):

Para el número de prescripciones se aceptó la hipótesis nula de igualdad de medias (w de Mauchly sig. 0,000; Greenhouse-Geisser sig. 0,119).

Para las comparaciones por dosificaciones puede rechazarse la igualdad de medias (w de Mauchly sig. 0,000; Greenhouse-Geisser sig. 0,008). Las comparaciones por pares muestran que las dosificaciones totales para los años 2003 y 2004 puede considerarse inferiores a las de 2006. Por su lado 2005 presenta unas dosificaciones intermedias entre 2003-2004 y 2006.

En tanto hemos observado diferencias globales en el tiempo utilizamos el mismo procedimiento para observar la evolución de cada grupo terapéutico principal. Para el grupo N05 (Psicolépticos), aun en el límite de la significación, nada se opone a aceptar la igualdad de medias (w de Mauchly sig. 0,000; Greenhouse-Geisser sig. 0,054). Para los grupos N04 (Medicamentos contra el parkinson) y N03 (Antiepilépticos) nada se opone a aceptar la igualdad de medias (w de Mauchly sig. 0,000/0,000; Greenhouse-Geisser sig. 0,744/0,590 respectivamente). El grupo N06 (Psicoanalépticos) se puede rechazar la igualdad de medias (w de Mauchly sig. 0,000; Greenhouse-Geisser sig. 0,013). La comparación por pares muestra que son las diferencias entre 2003 y 2005 las que alcanzan valor estadístico.

Por consiguiente, los cambios se deben fundamentalmente a los medicamentos psicoanalépticos sin desestimar la posible influencia de los psicolépticos.

En tercer lugar y con el objetivo de detectar grupos de usuarios con perfiles evolutivos de consumo, realizamos un análisis de clústeres por el método de conglomerados de k-medias, método iterar y clasificar, repitiendo la prueba para 2, 3, 4, 5 y 6 conglomerados para el total de DDD del grupo N. Observamos que la clasificación en tres conglomerados nos permitía diferenciar (figura 5):

Un grupo mayoritario (n=104) sin tratamiento (n=71), o con tratamiento puntual (n=18), entendido como aquel que no se da en al menos 1 de los controles. Si reciben tratamiento, puntual (n=18) o continuo (n=15), lo hacen preferentemente en monoterapia (2003=60,0%; 2004=66,7%; 2005=79,2%; 2006=73,1%) y con dosis inferiores a la DDD (2003=0,69; 2004=0,66; 2005=0,62; 2006=0,88). Tiende a ser estable en el tiempo tanto en el número de fármacos como en su dosificación. Tal estabilidad hace pensar que los tratamientos están dando resultado

Un segundo grupo (n=42) está formado por sujetos mayoritariamente con tratamiento continuo (n=41), con varios fármacos simultáneamente (promedio: 2003=2,88; 2004=3,19; 2005=3,05; 2006=3,17) y con dosis superiores a la DDD (2003=2,41; 2004=2,54; 2005=2,61; 2006=2,94). La relación DDD/principio activo es, en promedio, inferior a la DDD ((2003=0,84; 2004=0,82; 2005=0,91; 2006=0,97). Tiende a un ligero incremento en el tiempo tanto en el número de fármacos como en su dosificación total. Podría decirse que es un grupo en que se busca la estabilidad clínica por medio de la combinación de fármacos a dosis bajas. El que el incremento en el tiempo

sea ligero hace pensar que es una estrategia con la que se consiguen resultados parcialmente.

Un grupo minoritario (n=4; 2,7%) esta formado por sujetos con tratamiento continuo, con varios fármacos simultáneamente (promedio: 2003=4,75; 2004=5,00; 2005=6,50; 2006=5,25) y con dosis superiores a la DDD (2003=5,00; 2004=6,58; 2005=7,68; 2006=7,95). La relación DDD/principio activo es, en promedio, superior a la DDD ((2003=1,03; 2004=1,36; 2005=1,13; 2006=1,60). Tiende a incrementar en el tiempo tanto en el número de fármacos como en su dosificación total. Podría decirse que es un grupo en que se busca la estabilidad clínica por medio de la combinación de fármacos a dosis altas. El mencionado aumento hace pensar que tal estrategia no está dando resultados en tanto no se logra un mantenimiento en el tiempo de los tratamientos.

La prueba anova de un factor nos informa que se cumple la homogeneidad de variancia (Levene; sig=0,192). El valor F, con sig=0,145, nos informa que no hay diferencias en la edad media de los clusters. Por otro lado la prueba chi-cuadrado no informa de diferencias en la distribución por sexo de cada cluster y el global (chi cuadrado, sig=0,000 en los 3 agrupamiento).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos, en primer lugar, permiten constatar que las distintas observaciones sobre la mayor prevalencia, dosificación y politerápia

en la población de personas con discapacidad intelectual es una constante en distintos países, se mantiene a lo largo del tiempo y parece refractaria a los distintos dispositivos y servicios de atención a este colectivo.

En segundo lugar el análisis de clústeres, si se confirma en posteriores trabajos, permitiría identificar subgrupos de alto consumo/baja respuesta psicofarmacológico. Una vez identificados, la búsqueda de los rasgos, especialmente psicopatológicos o conductuales, específicos podría ayudar a predecir la mala respuesta a los tratamientos convencionales y señalar que ámbitos sintomáticos o conductuales deberían merecer mayor atención en el desarrollo de nuevos abordajes terapéuticos.

#### Bibliografía

1. Merrick J, Kandel I, Stawski M. Trends in Mental Health Services for People with Intellectual Disability in Residential Care in Israel 1998-2004. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2004; 4:281-284.
2. Ángel A, Rodríguez-Blázquez MC, Salvador L. Nuevos aspectos en la epidemiología psiquiátrica del retraso mental. II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad; 1997 Marzo 20-22:

Salamanca. [Citado 10 de enero de 2011].  
<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/simpos/s4.html>.

3. The ESEMeD /MHEDEA 2000 investigators. Psychotropic drug utilization in Europe:

results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004; 109 Supl 420:55-64

4. SINGH NN, ELLIS CR, WECHSLER H. Psychopharmacoepidemiology of Mental Retardation: 1966 to 1995. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 1997; 7(4): 255-266.

5. Spreat S, Conroy JW, Fullerton A. Statewide longitudinal survey of psychotropic medication use for persons with mental retardation: 1994 to 2000. Am J Ment Retard. 2004; 109(4):322-331.

6. Pol Yanguas, E: Utilización de psicofármacos por sujetos con retraso mental [Tesis doctoral]. Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología; 1999.

7. Novell Alsina R, Rueda Quillet R, Salvador Carulla L, coordinadores. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. 3ª ed. Madrid: FEAPS, 2004.

8. Stolker JJ, Heerdink ER, Leufkens HG, Clerkx MG, Nolen WA. Determinants of multiple psychotropic drug use in patients with mild intellectual disabilities

or borderline intellectual functioning and psychiatric or behavioural disorders. Gen Hosp Psychiatry 2001; 23:345-349.

9. Stolker JJ, Koedoot PJ, Heerdink ER, Leufkens HG, Nolen WA. Psychotropic drug use in intellectually disabled group home residents with behavioural problems. Pharmacopsychiatry 2002; 35:19-23

10. De-Anta, A, Martí, B, Mata, G, Pol, E, Quesada, J A; Van-Der-Hofstadt MD, Vegara M L. Uso de psicofármacos en sujetos adultos con retraso mental ingresados en dos centros distintos. Farm Hosp 1998; 22 (1):23-34.

11. Spreat S, Conroy J. Use of Psychotropic medications for persons with mental retardation who live in Oklahoma Nursing Homes. Psychiatr Serv 1998; 49:510-512.

12. Deb Sh, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla L, Bradley E, Torr J, Barnhill J. Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual World Psychiatry (Ed Esp) 2009; 7(3):181-186.

13. Aman MG, Collier-Crespin A, Lindsay RL. Pharmacotherapy of disorders in mental retardation. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2000; 9 Supl 1:198-1107

14. Antochi R, Stavrakaki C, Emery PC. Psychopharmacological treatments in persons with dual diagnosis of psychiatric disorders and developmental disabilities. Postgrad Med J 2003; 79:139-146.

15. Artigas-Pallarés J. Tratamiento farmacológico del retraso mental. Rev Neurol 2006; 42 Supl 1:S109-S115

16. Franco Martín MA, García Alvaro S, Goñi A, Geijo Uribe S, Orihuela Villameriel T, Gómez Nieto J, Conde López V. Papel de los psicofármacos en el abordaje de los trastornos psiquiátricos en el retraso mental. II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad; 1997 Marzo 20-22: Salamanca. [citado 26 de febrero 2009]. <http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/simpos/s3.html>
17. Hassiotis A, Sturmey P. Randomised Controlled Trials in Intellectual Disabilities and Challenging Behaviours - Current Practice and Future Challenges. *European Psychiatric Review* 2010; 3(2):39-42.
18. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2010. Oslo: The WHO; 2009.
19. Nomenclátor Digitalis (Base de datos). Versión 2009.12. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. [citado 8 de enero 2010] <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/nomenclatorDI.htm>.
20. Pfadt A, Wheeler DJ. Using statistical process control to make data-based clinical decisions. *J Appl Behav Anal* 1995; 28:349-370.
21. Kahng S, Iwata BA, Fischer SM, Page TJ, Treadwell KR, Williams DE, Smith RG. Temporal distributions of problem behavior based on scatter plot analysis. *J Appl Behav Anal* 1998; 31(4): 593-604.
22. Novell R, Nadal M, Smilges A, Pascual J; Pujol J. SENECA Envejecimiento y discapacidad intelectual en Cataluña INFORME EJECUTIVO. Apsps, Federación Catalana Pro-personas con Discapacidad Intelectual Diciembre 2008.

23. Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual.  
Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003. Quaderns de  
salut mental 5.

Tabla 1

Prescripciones en números absolutos y relativos por grupos terapéuticos principales

Grupo terapéutico principal	Prescripciones				% Prescripciones			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N01 Anestésicos	3	3	3	5	1,76%	1,64%	1,63%	2,63%
N02 Analgésicos	46	50	52	52	27,06%	27,32%	28,26%	27,37%
N03 Antiepilépticos	13	14	15	14	7,65%	7,65%	8,15%	7,37%
N04 Medicamentos contra el parkinson	87	93	88	92	51,18%	50,82%	47,83%	48,42%
N05 Psicolépticos	18	22	25	25	10,59%	12,05%	13,59%	13,16%
N06 Psicoanalépticos	3	1	1	2	1,76%	0,55%	0,54%	1,05%
N07 Otros del SN	170	183	184	190	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 2

DDD prescritas en números absolutos y relativos por grupos terapéuticos principales

Grupo terapéutico principal	DDD				% DDD			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
N01 Anestésicos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N02 Analgésicos	2,00	1,30	2,17	4,00	1,49%	0,89%	1,41%	2,25%
N03 Antiepilépticos	41,44	41,32	43,60	45,01	30,81%	28,38%	28,30%	25,35%
N04 Medicamentos contra el parkinson	6,60	6,40	7,99	6,80	4,91%	4,40%	5,19%	3,83%
N05 Psicolépticos	65,30	75,16	70,77	90,66	48,55%	51,62%	45,93%	51,06%
N06 Psicoanalépticos	15,29	19,29	27,41	28,29	11,37%	13,25%	17,79%	15,93%
N07 Otros del SN	3,88	2,14	2,14	2,81	2,88%	1,47%	1,39%	1,58%
	134,51	145,61	154,08	177,57	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 3

DDD media por prescripción y grupo terapéutico principal

Grupo terapéutico principal	Media DDD			
	2003	2004	2005	2006
N01 Anestésicos	0	0	0	0
N02 Analgésicos	0,67	0,43	0,72	0,80
N03 Antiepilépticos	0,90	0,83	0,84	0,87
Medicamentos contra el N04 parkinson	0,51	0,46	0,53	0,49
N05 Psicolépticos	0,75	0,81	0,80	0,99
N06 Psicoanalépticos	0,85	0,88	1,10	1,13
N07 Otros del SN	1,29	2,14	2,14	1,41

Tabla 4

2003	Prescripción			DDD Consumidores	
N06	No	Sí	Chi: 5,482	DDD>0	F=0,163
	Nº	Nº	Gl: 1	Media	Sig=0,692
Hombres	86	6	Sig: 0,019	0,5967	t =-1,620
Mujeres	47	11		1,0645	Sig=0,126

2004	Prescripción			DDD Consumidores	
N06	No	Sí	Chi:5,560	DDD>0	F=0,522
	Nº	Nº	Gl: 1	Media	Sig=0,479
Hombres	84	8	Sig: 0,018	0,6975	t =-1,684
Mujeres	45	13		1,0546	Sig=0,199

2005	Prescripción			DDD Consumidores	
N06	No	Sí	Chi: 3,652	DDD>0	F=3,464
	Nº	Nº	Gl: 1	Media	Sig=0,077
Hombres	82	10	Sig: 0,056	0,9700	t =-1,291
Mujeres	45	13		1,3623	Sig=0,211

2006	Prescripción			DDD Consumidores	
N06	No	Sí	Chi:2,090	DDD>0	F=3,204
	Nº	Nº	Gl: 1	Media	Sig=0,088
Hombres	81	11	Sig:0,148	0,9391	t =-1,703
Mujeres	46	12		1,4967	Sig=0,103

Figura 1. Evolución de prescripciones (general y por sexo)

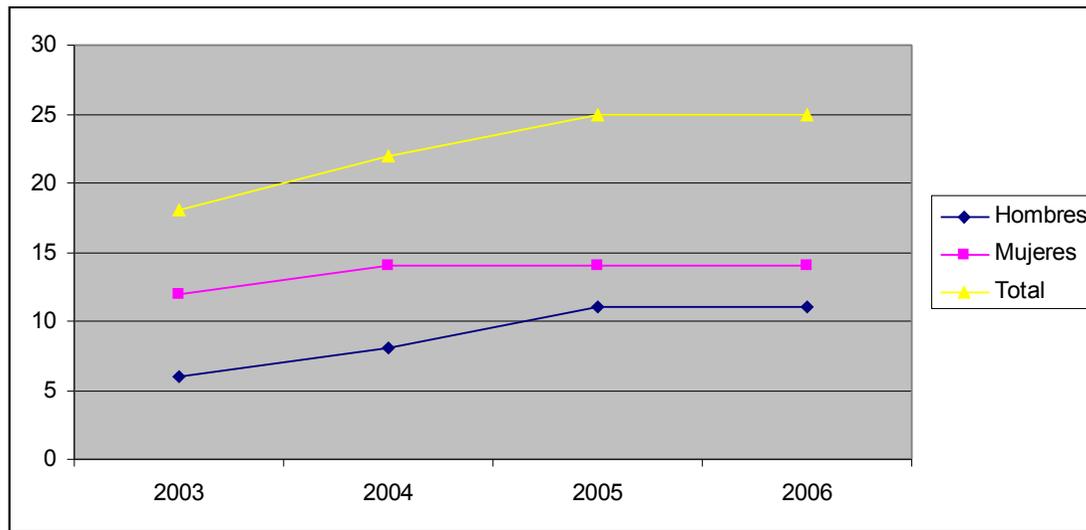


Figura 2. Evolución DDD (general y por sexo)

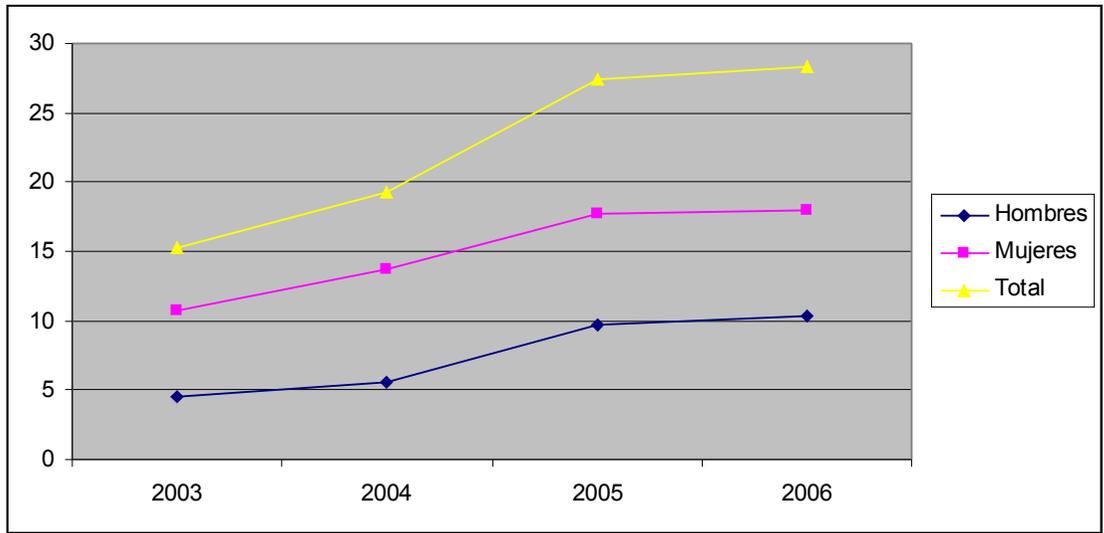


Tabla 5  
Índice de correlación entre edad y DDD del grupo N

**Correlaciones**

		DDD2	DDD3	DDD4	DDD5	Edad_31_12_2003
Edad_31_12_2003	Correlación de Pearson	,001	-,007	-,040	-,030	1
	Sig. (bilateral)	,990	,934	,626	,712	
	N	150	150	150	150	150

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

Tabla 6  
Índice de correlación entre edad y DDD del grupo terapéutico principal N05 (Psicolépticos)

**Correlaciones**

		Edad_31_12_2003	DDD_N05_2	DDD_N05_3	DDD_N05_4	DDD_N05_5
Edad_31_12_2003	Correlación de Pearson	1	,008	,000	-,049	-,086
	Sig. (bilateral)		,920	1,000	,552	,294
	N	150	150	150	150	150

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

Tabla 7  
Índice de correlación entre edad y DDD del grupo terapéutico principal N06 (Psicoanalépticos)

**Correlaciones**

		Edad_31_12_20 03	DDD_N06_2	DDD_N06_3	DDD_N06_4	DDD_N06_5
Edad_31_12_2003	Correlación de Pearson	1	,041	,006	,030	,131
	Sig. (bilateral)		,618	,941	,717	,110
	N	150	150	150	150	150

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

Tabla 8  
Índice de correlación entre edad y DDD del grupo terapéutico principal N03 (Antiepileptics)

**Correlaciones**

		Edad_31_12_20 03	DDD_N03_2	DDD_N03_3	DDD_N03_4	DDD_N03_5
Edad_31_12_2003	Correlación de Pearson	1	-,049	-,065	-,055	-,033
	Sig. (bilateral)		,553	,432	,501	,6903
	N	150	150	150	150	150

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

Tabla 9  
Índice de correlación entre edad y DDD del grupo terapéutico principal N04 (Antiparkinsonianos)

**Correlaciones**

		Edad_31_12_2003	DDD_N04_2	DDD_N04_3	DDD_N04_4	DDD_N04_5
Edad_31_12_2003	Correlación de Pearson	1	,139	,185*	-,057	,089
	Sig. (bilateral)		,089	,024	,488	,281
	N	150	150	150	150	150

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

Figura 3

Evolución del número de prescripciones para los grupos terapéuticos principales.

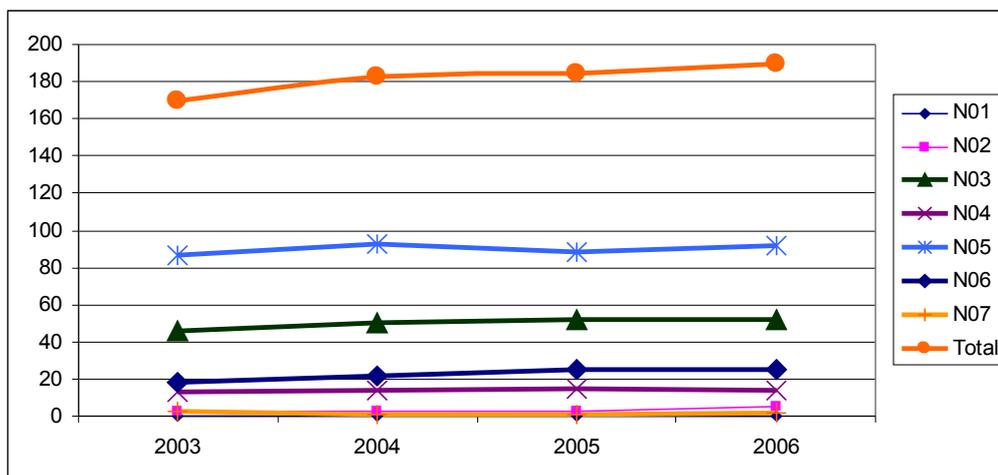


Figura 4

Evolución del número de DDD prescritas para los grupos terapéuticos principales.

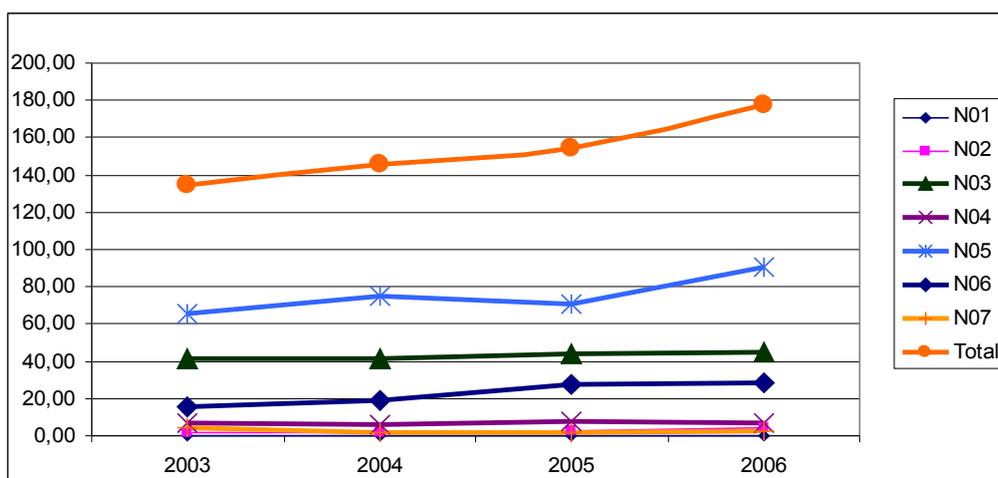


Figura 5

Evolución del número de DDD prescritas por clúster..

