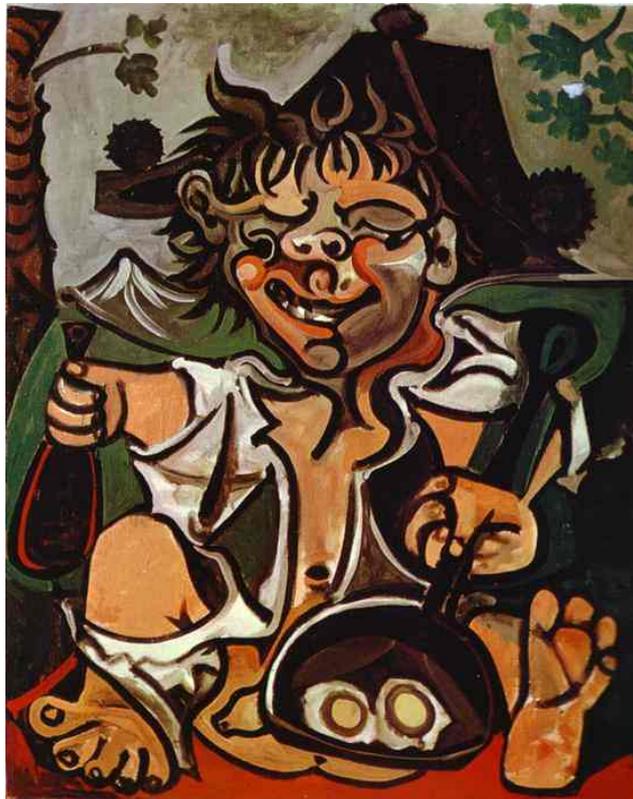




Utilización de psicofármacos por sujetos con retraso mental

Tesis Doctoral



Emilio Pol Yanguas – 1999

Universidad Miguel Hernández

Facultad de Medicina

Departamento de Farmacología



Utilización de psicofármacos por
sujetos con retraso mental

Tesis Doctoral

Emilio Pol Yanguas

1999

D. JOSE FRANCISCO HORGA DE LA PARTE, Dr. en Medicina, Catedrático de Farmacología Clínica.

CERTIFICA: Que el licenciado en Farmacia, EMILIO POL YANGUAS, ha realizado bajo mi dirección, en la Cátedra de Farmacología, el trabajo titulado: **“UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS POR SUJETOS CON RETRASO MENTAL”**, que presenta en esta Memoria para optar al grado de Doctor en Medicina.

Y para que conste firmo la presente en Alicante, a 25 de Octubre de 1999.

Fdo. Dr. José Francisco Horga De La Parte

D. JOSE FRANCISCO HORGA DE LA PARTE, Dr. en Medicina, Catedrático de Farmacología Clínica.

AUTORIZA: Al licenciado en Farmacia, EMILIO POL YANGUAS, que ha realizado bajo mi dirección, en la Cátedra de Farmacología, el trabajo titulado: **“UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS POR SUJETOS CON RETRASO MENTAL”**, que proceda a la lectura de esta Memoria para optar al grado de Doctor en Medicina.

Y para que conste firmo la presente en Alicante, a 25 de Octubre de 1999.

Fdo. Dr. José Francisco Horga De La Parte

a Victoria (mi gran amor)
y a nuestras preciosas hijas: Mar y Rorri,
y a mis padres y a mis hermanos.

Agradecimientos.

Al Prf. J.F. Horga, por su dirección, y estímulo en los momentos duros, durante la realización de este trabajo.

Al Prf. J. Flórez, a José Luís Montoya, y a Ana Carratalá, que han sido las personas que han puesto ante mí un campo de trabajo tan fascinante.

A C. Calzado, M. Vegara, G. Mata, N. Prieto, S. Sánchez, C. Martínez, I. López, D. García, N. Ocetta, E. García, L. Van-der-Hofstadt, P. Gomez-Osorio, María, Yudit, y a todos los profesionales de los centros participantes, por su paciencia conmigo durante la recogida de datos.

A los Drs. J.A. Viedma, J. Agulló, M. Girón, y T. Aznar; y a S. Velasco y P. Blasco por sus comentarios.

A Gloria, Loles, Moni, Chelo, Natalia y Luís, mis auxiliares en el Servicio de Farmacia del Hospital Psiquiátrico, que me han proporcionado seguridad con su buen hacer, en momentos en que mi energía estaba concentrada en este trabajo. A Paco Oltra, por su ayuda en la localización y fotocopiado de bibliografía.

A mis compañeros de trabajo, José Noé Navarro, Andrés Sandoval, Juan Ivorra, Antonio Fernández, Alfonso González, José Luis Vidal, Mavi Pacual, Carmen Jarabo, Mavi Tarazona, Elena Compañ, Arancha Ortega, Lola Camacho, Antonio Revert, Joaquín Ronda, Francisco Más, Jose Luís Villar, Lola Ortíz, Rafael Garberí, Soledad Picó, Carlos Puerta, Teresa Marín, Ángeles Durá, Adalberto Figuerez, Lorenzo Ferrándiz, por su ánimo constante.

A UPAPSA, y a los componentes de su comisión de control de calidad asistencial, sin cuya colaboración este trabajo habría sido imposible.

Fundamentalmente a los sujetos del estudio, con quienes trabajar me ha proporcionado muchísimos momentos de muy grata compañía, y de quienes he aprendido a ser un poco más humano.

"Yo visité una institución, donde unas docenas de hombres y mujeres semidesnudos se movían a lo largo de una habitación fría, iluminada por dos bombillas desnudas, y una televisión en blanco y negro que ofrecía pseudocomunicación para los que no se comunicaban. Otros estaban sentados en las esquinas, balanceándose sin parar, y ocasionalmente golpeándose la cabeza. Al fondo de la habitación, un aseo donde no había puertas en los retretes, ni asientos, ni dispensadores de papel higiénico (no se suministraba papel higiénico), y una enfermera estaba enjuagando en una palangana, que no lavando (no había jabón), unos pantalones llenos de heces."

Parker G.

"Developmentally disabled, doubly disadvantaged"
(The Medical Journal of Australia; 1991, 155: 68-71)

Índice

| | página |
|--|--------|
| 1. Introducción. | 1 |
| 1.1. Definición y clasificación de la Discapacidad Intelectual. | 2 |
| 1.1.1. Criterios diagnósticos en CIE-10. | 2 |
| 1.1.1.A. Retraso mental leve. | 3 |
| 1.1.1.B. Retraso mental moderado. | 4 |
| 1.1.1.C. Retraso mental grave. | 5 |
| 1.1.1.D. Retraso mental profundo. | 5 |
| 1.1.2. Criterios diagnósticos en DSM-IV. | 5 |
| 1.1.3. Criterios de la Asociación Americana de Retraso Mental. | 6 |
| 1.1.4. Retraso mental versus Deficiencia Mental. | 6 |
| 1.2. Recursos para personas con discapacidad intelectual. | 7 |
| 1.2.1. De carácter educativo, ocupacional o laboral. | 7 |
| 1.2.2. De carácter residencial. | 8 |
| 1.3. Epidemiología (incidencia, prevalencia) del Retraso Mental. | 9 |
| 1.4. Etiología del Retraso Mental. | 10 |
| 1.5. Comorbilidad psiquiátrica en el Retraso Mental. | 11 |
| 1.6. Evaluación conductual y psicopatológica en el retraso mental. | 13 |
| 1.6.1. ICAP (Inventory for client and agency planning). | 13 |
| 1.7. Farmacoterapia de los problemas de conducta en el Retraso Mental. | 14 |
| 2. Hipótesis de trabajo y objetivos. | 17 |
| 2.1. Hipótesis. | 18 |
| 2.2. Objetivos del estudio. | 18 |
| 3. Metodología. | 19 |
| 3.1. Tipo de estudio. | 20 |
| 3.2. Población observada. | 20 |
| 3.3. Variables a estudiar y recogida de datos. | 20 |
| 3.4. Control de la calidad de los datos. | 26 |
| 3.5. Análisis estadístico. | 26 |
| 4. Resultados. | 29 |
| 4.1. Descripción de la población estudiada. | 30 |
| 4.1.1. Procedencia de los sujetos de estudio. | 30 |
| 4.1.2. Características demográficas de la población. | 32 |

| | |
|--|----|
| 4.1.2.A. Sexo. | 32 |
| 4.1.2.B. Edad. | 32 |
| 4.1.2.C. Tipo de residencia. | 39 |
| 4.1.3. Características diagnósticas. | 39 |
| 4.1.3.A. Grado de retraso mental. | 39 |
| 4.1.3.B. Diagnóstico de epilepsia. | 40 |
| 4.1.3.C. Disfunción sensorial o motora. | 40 |
| 4.1.3.D. Diagnóstico psiquiátrico o conductual. | 43 |
| 4.1.4. Valoración ICAP. | 43 |
| 4.1.4.A. Modo principal de expresión. | 44 |
| 4.1.4.B. Gravedad de las dificultades visuales y auditivas. | 44 |
| 4.1.4.C. Frecuencia de crisis epilépticas. | 44 |
| 4.1.4.D. Limitaciones en la vida diaria por problemas de salud física. | 44 |
| 4.1.4.E. Necesidad de atención por enfermero/a o médico/a. | 45 |
| 4.1.4.F. Dificultades de la vida diaria relacionada con la movilidad brazo/mano. | 45 |
| 4.1.4.G. Movilidad y ayudas para la movilidad. | 45 |
| 4.1.4.H. Destrezas adaptativas e independencia general (puntuaciones W). Edad equivalente en meses. | 49 |
| 4.1.4.I. Frecuencia y gravedad de conductas desadaptativas. | 54 |
| 4.1.4.J. Índices conductuales derivados. | 57 |
| 4.1.4.K. Puntuación de Servicio. | 58 |
| 4.1.5. Características farmacoterapéuticas. | 67 |
| 4.1.5.A. Frecuencia de sujetos medicados. | 67 |
| 4.1.5.B. Fármacos y medicamentos utilizados. | 67 |
| 4.1.5.C. Grupos terapéuticos utilizados. | 68 |
| 4.1.5.D. Número de fármacos diferentes por sujeto. | 71 |
| 4.1.5.E. Dosis, Número de DDD por sujeto y día. | 72 |
| 4.2. Diferencias entre los sujetos que recibían y los que no recibían psicofármacos. | 87 |
| 4.2.1. Población total. | 87 |
| 4.2.1.A. Diferencias de carácter demográfico. | 87 |
| 4.2.1.B. Diferencias de carácter diagnóstico. | 88 |
| 4.2.1.C. Características farmacoterapéuticas. | 89 |
| 4.2.2. Sujetos internados en instituciones. | 89 |
| 4.2.2.A. Duración del internamiento. | 92 |
| 4.2.2.B. Características demográficas y diagnóstica. | 92 |

| | |
|---|-----|
| 4.2.2.C. Uso de medicación. | 92 |
| 4.2.3. Sujetos Valorados con ICAP. | 93 |
| 4.2.3.A. Variables demográficas, diagnósticas y farmacoterapéuticas. | 93 |
| 4.2.3.B. Modo principal de expresión. | 97 |
| 4.2.3.C. Gravedad de las dificultades visuales. | 97 |
| 4.2.3.D. Gravedad de las dificultades auditivas. | 98 |
| 4.2.3.F. Frecuencia de crisis epilépticas. | 98 |
| 4.2.3.E. Limitación de la vida diaria por problemas de salud física. | 98 |
| 4.2.3.G. Necesidad de atención médica y/o de enfermería. | 98 |
| 4.2.3.H. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano-brazo. | 99 |
| 4.2.3.I. Movilidad. | 99 |
| 4.2.3.J. Ayudas necesarias para la movilidad. | 99 |
| 4.2.3.K. Destrezas adaptativas, índices e independencia general, puntuaciones W. | 100 |
| 4.2.3.L. Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas. | 101 |
| 4.2.3.M. Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas. | 101 |
| 4.2.3.N. Índices conductuales derivados. | 105 |
| 4.2.3.O. Puntuación de servicio. | 106 |
| 4.3. Diferencias entre los sujetos que recibían y los que no recibían antipsicóticos. | 107 |
| 4.3.1. Población total. | 107 |
| 4.3.1.A. Diferencias de carácter demográfico. | 107 |
| 4.3.1.B. Diferencias de carácter diagnóstico. | 107 |
| 4.3.1.C. Características farmacoterapéuticas. | 110 |
| 4.3.2. Sujetos internados en instituciones. | 110 |
| 4.3.3. Sujetos Valorados con ICAP. | 112 |
| 4.3.3.A. Características demográficas, diagnóstica y farmacoterapéuticas | 116 |
| 4.3.3.B. Modo principal de expresión. | 117 |
| 4.3.3.C. Gravedad de las dificultades visuales. | 117 |
| 4.3.3.D. Gravedad de las dificultades auditivas. | 117 |
| 4.3.3.E. Frecuencia de crisis epilépticas. | 117 |
| 4.3.3.F. Limitación de la vida diaria por problemas de salud física. | 118 |
| 4.3.3.G. Necesidad de atención médica y/o de enfermería. | 118 |
| 4.3.3.H. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano-brazo. | 118 |
| 4.3.3.I. Movilidad. | 118 |

| | |
|---|-----|
| 4.3.3.J. Ayudas necesarias para la movilidad. | 119 |
| 4.3.3.K. Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W. | 119 |
| 4.3.3.L. Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas. | 120 |
| 4.3.3.M. Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas. | 120 |
| 4.3.3.N. Índices conductuales derivados. | 124 |
| 4.3.3.O. Puntuación y nivel de servicio. | 124 |
| 4.4. Diferencias entre los sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos. | 126 |
| 4.4.1. Población total. | 126 |
| 4.4.1.A. Diferencias de carácter demográfico. | 126 |
| 4.4.1.B. Diferencias de carácter diagnóstico. | 128 |
| 4.4.1.C. Características farmacoterapéuticas. | 129 |
| 4.4.2. Sujetos internados en instituciones. | 130 |
| 4.4.3. Sujetos Valorados con ICAP. | 132 |
| 4.4.3.A. Variables demográficas, diagnósticas, y farmacoterapéuticas. | 132 |
| 4.4.3.B. Modo principal de expresión. | 133 |
| 4.4.3.C. Gravedad de las dificultades visuales. | 133 |
| 4.4.3.D. Gravedad de las dificultades auditivas. | 133 |
| 4.4.3.E. Frecuencia de crisis epilépticas. | 133 |
| 4.4.3.F. Limitación de la vida diaria por problemas de salud física. | 134 |
| 4.4.3.G. Necesidad de atención médica y/o de enfermería. | 134 |
| 4.4.3.H. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano-brazo. | 134 |
| 4.4.3.I. Movilidad. | 134 |
| 4.4.3.J. Ayudas necesarias para la movilidad. | 138 |
| 4.4.3.K. Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W. | 138 |
| 4.4.3.L. Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas. | 139 |
| 4.4.3.M. Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas. | 139 |
| 4.4.3.N. Índices conductuales derivados. | 143 |
| 4.4.3.O. Puntuación de servicio. | 144 |
| 4.5. Regresión logística. | 145 |
| 4.5.1. Factores que determinan que un sujeto reciba psicofármacos. | 145 |
| 4.5.2. Factores que determinan que un sujeto reciba antipsicóticos. | 147 |
| 4.5.3. Factores que determinan que un sujeto reciba ansiolítico-hipnóticos. | 149 |
| 4.6. Factores que correlacionan con el número de DDD de psicofármacos/sujeto. | 151 |
| 4.6.1. Población Total. | 151 |
| 4.6.1.A. Asociación con variables de carácter demográfico. | 151 |

| | | |
|--|-----------|-----|
| 4.6.1.B. Características diagnósticas. | | 153 |
| 4.6.1.C. Características farmacoterapéuticas. | | 154 |
| 4.6.2. Sujetos internados en instituciones. | | 155 |
| 4.6.2.A. Diferencias de carácter demográfico. | | 155 |
| 4.6.2.B. Características diagnósticas. | | 155 |
| 4.6.2.C. Características farmacoterapéuticas. | | 156 |
| 4.6.3. Sujetos valorados con ICAP. | | 158 |
| 4.6.3.A. Diferencias de carácter demográfico. | | 158 |
| 4.6.3.B. Características diagnósticas. | | 159 |
| 4.6.3.C. Características farmacoterapéuticas. | | 159 |
| 4.6.3.D. Variables ICAP. | | 160 |
| 4.7. Factores que correlacionan con el número de DDD de antipsicóticos / sujeto. | | 171 |
| 4.7.1. Población Total. | | 171 |
| 4.7.1.A. Asociación con variables de carácter demográfico. | | 171 |
| 4.7.1.B. Características diagnósticas. | | 173 |
| 4.7.1.C. Características farmacoterapéuticas. | | 174 |
| 4.7.2. Sujetos internados en instituciones. | | 175 |
| 4.7.2.A. Diferencias de carácter demográfico. | | 175 |
| 4.7.2.B. Características diagnósticas. | | 177 |
| 4.7.2.C. Características farmacoterapéuticas. | | 177 |
| 4.7.3. Sujetos valorados con ICAP. | | 178 |
| 4.7.3.A. Diferencias de carácter demográfico. | | 182 |
| 4.7.3.B. Características diagnósticas. | | 182 |
| 4.7.3.C. Características farmacoterapéuticas. | | 183 |
| 4.7.3.D. Variables ICAP. | | 184 |
| 4.8. Factores que correlacionan con el n° de DDD de ansiolítico-hipnóticos/sujeto. | | 191 |
| 4.8.1. Población total.. | | 191 |
| 4.8.1.A. Asociación con variables de carácter demográfico. | | 191 |
| 4.8.1.B. Características diagnósticas. | | 193 |
| 4.8.1.C. Características farmacoterapéuticas. | | 194 |
| 4.8.2. Sujetos internados en instituciones. | | 195 |
| 4.8.2.A. Diferencias de carácter demográfico. | | 195 |
| 4.8.2.B. Características diagnósticas. | | 195 |
| 4.8.2.C. Características farmacoterapéuticas. | | 196 |
| 4.8.3. Sujetos valorados con ICAP. | | 198 |
| 4.8.3.A. Diferencias de carácter demográfico. | | 198 |

| | |
|---|-----|
| 4.8.3.B. Características diagnósticas. | 199 |
| 4.8.3.C. Características farmacoterapéuticas. | 199 |
| 4.8.3.D. Variables ICAP. | 200 |
| 4.9. Regresión lineal múltiple. | 210 |
| 4.9.1. Factores que determinan la dosis de psicofármacos.. | 210 |
| 4.9.2. Factores que determinan la dosis de antipsicóticos. | 212 |
| 4.9.3. Factores que determinan la dosis de ansiolítico-hipnóticos | 214 |
| 5. Discusión. | 217 |
| 5.1. ¿Qué aporta el presente estudio?. | 218 |
| 5.2. Prevalencia de utilización de fármacos.. | 219 |
| 5.2.1. Medicación en general. | 219 |
| 5.2.2. Medicación somática. | 220 |
| 5.2.3. Medicación antiepiléptica. | 224 |
| 5.2.4. Psicofármacos. | 227 |
| 5.2.5. Antipsicóticos. | 231 |
| 5.2.6. Ansiolítico-hipnóticos. | 327 |
| 5.2.7. Uso de otros psicofármacos. | 241 |
| 5.2.8. Otros fármacos para problemas conductuales. | 243 |
| 5.2.9. Antiparkinsonianos. | 246 |
| 5.3. Factores asociados con el uso y dosis de psicofármacos. | 247 |
| 5.3.1. Variables demográficas. | 247 |
| 5.3.1.A. Sexo. | 247 |
| 5.3.1.B. Edad. | 248 |
| 5.3.1.C. Internamiento. | 251 |
| 5.3.2. Variables diagnósticas. | 252 |
| 5.3.2.A. Grado de retraso mental y nivel funcional. | 252 |
| 5.3.2.B. Disfunción sensitivo-motora, y salud física. | 254 |
| 5.3.2.C. Epilepsia y frecuencia de crisis. | 255 |
| 5.3.2.D. Diagnóstico psiquiátrico y problemas conductuales. | 257 |
| 5.3.2.E. Uso de otros fármacos. | 260 |
| 5.3.2.F. Influencia del centro. | 262 |
| 5.4. Experiencias de optimización del uso psicofármacos. | 267 |
| 5.5. Resumen. | 272 |
| 5.6. Corolario. | 273 |

| | | |
|----|--|-----|
| 6. | Conclusiones. | 275 |
| 7. | Bibliografía. | 277 |
| 8. | Anexos. | 289 |
| | Anexo 1. Hoja de recogida de datos. | 290 |
| | Anexo 2-1 á 2-17. Tabas de características de los sujetos, por centro. | 291 |
| | Anexo 3. Listado de disfunciones sensitivo-motoras, por centros. | 329 |
| | Anexo 4. Listado de diagnósticos psiquiátricos o conductuales, por centro. | 330 |
| | Anexo 5. Listado alfabético de medicamentos con sus principios activos. | 331 |
| | Anexo 6. Listado alfabético de medicamentos y nº de consumidores/centro. | 336 |
| | Anexo 7. Listado de medicamentos por frecuencia de uso. | 340 |
| | Anexo 8. Listado alfabético de fármacos y frecuencia de uso, por centro. | 342 |
| | Anexo 9. Relación de fármacos, por frecuencia de uso. | 345 |
| | Anexo 10. Listado alfabético de fármacos y grupo ATC asignado. | 346 |
| | Anexo 11. Relación de fármacos, agrupados según el sistema ATC. | 347 |
| | Anexo 12. Frecuencia de uso de los grupos ATC de 1º nivel. | 349 |
| | Anexo 13. Frecuencia de uso de los grupos ATC de 2º nivel. | 349 |
| | Anexo 14. Frecuencia de uso de los subgrupos de 3º nivel de los grupos N05 y N06. | 350 |
| | Anexo 15. Listado de "otros fármacos para problemas de conducta". | 351 |
| | Anexo 16. Listado de medicamentos sin grupo ATC y/o DDD oficial. | 352 |

1. Introducción

1-1. Definición y Clasificación de la Discapacidad Intelectual.

Las personas con discapacidad intelectual son aquellas cuya función intelectual está por debajo de la población general, unido generalmente a un déficit en la conducta de adaptación al entorno. El desfase intelectual se mide mediante "exámenes normalizados de la inteligencia" que proporcionan un "Coeficiente de Inteligencia" (CI) que relaciona la edad mental con la cronológica. Se dice que existe un "déficit de adaptación" cuando los individuos no satisfacen la norma de independencia personal y responsabilidad social, esperada para su edad o grupo cultural. Es posible que un individuo sea considerado deficiente mental en una situación o un grupo de edad determinado, pero no en otro grupo o entorno, que fuera más relajado, menos competitivo, más permisivo y en el que sea mejor aceptado ¹.

Atendiendo al CI, los sujetos pueden clasificarse como: discapacitados ligeros, discapacitados moderados, discapacitados graves o discapacitados profundos. Esta es la clasificación más generalizada ^{1 y 2}.

Recientemente se están adoptando sistemas de clasificación que ponen el énfasis en la interacción entre individuo y ambiente. No se clasifican a los individuos en virtud de su CI, sino atendiendo al apoyo que necesita la persona para desenvolverse en un entorno dado: limitado, intermitente, extenso, o generalizado. Los términos discapacidad intelectual, deficiencia y retraso mental se pueden considerar sinónimos ³.

1-1-1. Criterios diagnósticos en CIE-10.

El "Retraso Mental" ¹ es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno protegido y con apoyo adecuado, puede minimizarse su efecto. Puede haber un deterioro de conducta, que no se deba a un trastorno concomitante, ello deberá especificarse. En el diagnóstico deberá incluirse la causa del retraso, cuando se conozca.

Pautas diagnósticas ¹: La inteligencia ha de ser evaluada a partir de un gran número de capacidades más o menos específicas. Las distintas capacidades suelen tener en cada individuo un nivel de desarrollo equiparable, pero pueden darse discrepancias profundas, especialmente cuando existe retraso mental. Algunas personas pueden presentar déficits graves en un área (por ejemplo, el lenguaje) o/y una capacidad mayor en otra (por ejemplo tareas viso-espaciales simples), a pesar de un retraso mental profundo. Al determinar el grado de desarrollo intelectual, se debe conjugar información que incluya las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo, y los hallazgos psicométricos.

Para un diagnóstico definitivo ¹ debe estar presente un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe basarse en la evaluación global. Las categorías o grados de retraso mental se establecen en función del cociente intelectual (CI), que debe ser aplicado de manera flexible, considerando los problemas de validez transcultural. El CI debe determinarse mediante la aplicación individual de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del enfermo, seleccionados de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y los tipos de invalidez adicionales que este padezca, como problemas de expresión del lenguaje, sordera, y otros defectos físicos. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan información suplementaria, que puede complementarse con entrevistas a los padres y a las personas que se relacionan y cuidan a estos sujetos y conocen su capacidad para la actividad cotidiana.

1-1-1-A. Retraso mental leve ¹.

La mayoría de los individuos con retraso mental leve alcanzan la capacidad de expresarse, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica, llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo sea de modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares. Las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación individualmente diseñada para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y la compensación de sus

déficits. Pueden desempeñar trabajos que requieren actitudes de tipo práctico, más que académicas, como trabajos manuales. Cierta grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo, pero si existe también una falta de madurez emocional o social notables, puede evidenciarse el déficit, por ejemplo para hacer frente a exigencias cotidianas.

En general, las dificultades de las personas con retraso mental leve y las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas propios de los sujetos con retraso moderado o grave. Utilizando adecuadamente los tests de CI estandarizados, el rango 50 a 69 corresponde a un retraso mental leve. Solo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica.

1-1-1-B. Retraso mental moderado¹.

Los individuos incluidos con retraso mental moderado desarrollan muy lenta y limitadamente las capacidades de comprensión y del uso del lenguaje, de cuidado personal y de las funciones motrices. Algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Los progresos escolares son limitados, pero algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden desarrollar algunas de las funciones deficitarias. Las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y supervisadas. Raramente pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta, pero son físicamente activos, tienen capacidad de movimiento, de relacionarse con los demás y de participar en actividades sociales simples.

El CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo son muy frecuentes las discrepancias en los perfiles de rendimiento, hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, otros son marcadamente torpes, pero capaces de mantener una conversación simple. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje pero responden a instrucciones simples, otros aprenden a gesticular para compensar los problemas del habla. En la mayoría puede reconocerse una etiología orgánica. Son frecuentes la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas, pero la mayoría son capaces de caminar sin ayuda. El escaso

nivel de desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico psiquiátrico, que puede tener que basarse en la información obtenida de terceros.

1-1-1-C. Retraso mental grave ¹.

El cuadro clínico, la etiología y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado. Pero en esta categoría el desarrollo alcanza aún niveles más bajos que los mencionados en el retraso moderado. Es muy frecuente dentro de esta categoría la presencia de marcado déficit motor, o de daño o anomalías del desarrollo del sistema nervioso central, con significación clínica. El CI está comprendido entre 20 y 34.

1-1-1-D. Retraso mental profundo ¹.

El cociente intelectual es inferior a 20. Los afectados son incapaces de comprender instrucciones o requerimientos y para actuar de acuerdo con ellas, como mucho comprenden órdenes básicas y efectúan peticiones simples. Pueden adquirir funciones viso-espaciales simples como comparar y ordenar tamaños y colores. La movilidad suele estar muy restringida o inexistente, no hay control de esfínteres y como mucho solo utilizan formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Los déficit sensoriales suelen ser frecuentes. Requieren ayuda y supervisión constantes, incluso para las necesidades básicas, pero en ocasiones pueden aportar una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos se evidencia una causa orgánica.

1-1-2. Criterios diagnósticos en DSM-IV.

La "American Psychiatric Association", define el retraso mental mediante tres criterios ².

- A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente. En caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio.
- B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su

grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades académicas, funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

Las personas con retraso mental pueden subclasificarse mediante un criterio basado en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual: leve (CI entre 50-55 y aproximadamente 70), moderado (CI entre 35-40 y 50-55), grave (CI entre 20-25 y 35-40), profundo (CI inferior a 20-25). Cuando existe una clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del individuo no puede ser evaluada mediante los tests usuales, se clasifica como "retraso mental de gravedad no especificada".

A diferencia del ICD-10, el DSM-IV exige para el diagnóstico, el "déficit adaptativo", y también la "edad de inicio inferior a los 18 años". Los intervalos de CI para establecer el nivel de gravedad del retraso mental son rígidos en el ICD-10 y flexibles en el DSM-IV.

1-1-3. Criterios de la Asociación Americana de Retraso Mental - 1992.

La Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) considera que el retraso mental abarca más que la poca inteligencia, e incluye también deterioro de la conducta adaptativa³. El concepto diagnóstico del retraso mental constituido por un bajo CI más los déficits adaptativos enfatiza la idea de que el retraso mental no es una característica innata de un individuo, sino el resultado variable de la interacción entre las capacidades intelectuales de la persona y el ambiente. Este sistema subclasifica a los sujetos basándose en la intensidad y estructura de los sistemas de supervisión y apoyo necesarios (por ejemplo intermitente, limitada, extensiva y generalizada).

Define retraso mental como "un estado de reducción notable del funcionamiento actual del individuo". Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media.

1-1-4. Retraso mental versus Deficiencia Mental.

Una forma más simple de clasificación, que utiliza criterios clínicos, considera dos grupos básicos de discapacidades mentales: retraso mental y deficiencia mental⁴.

- Retraso mental; deficiencia intelectual que conduce a empobrecimiento social, cultural y educativo, sin evidencia de lesión en el SNC (subnormalidad fisiológica).
- Deficiencia mental: Deficiencia intelectual con anormalidades estructurales o fisiológicas del SNC (patologías), debidas a causas genéticas, bioquímicas, infecciosas, tóxicas, nutricionales, perinatales o traumáticas (subnormalidad patológica).

1-2. Recursos para personas con Discapacidad Intelectual.

Los recursos puestos a disposición de los sujetos con retraso mental tratan de facilitar que puedan desarrollarse de la mejor manera posible, mediante una enseñanza y atención acorde a su diferencia, y garantizarles el mayor bienestar posible, mediante la mejor adaptabilidad al entorno. Para cada etapa de su vida, existen instalaciones, programas y personal específicamente adaptados, diseñados y formados. Los recursos suelen clasificarse en función de la etapa evolutiva del sujeto a la que están adaptados y durante la cual pretenden apoyar al sujeto con discapacidad intelectual. Básicamente ⁵ son:

1-2-1. De carácter educativo, ocupacional o laboral.

Centros de atención temprana: dirigidos a población en la primera infancia (0-6 años) que padece o está en riesgo de padecer discapacidades, disminuciones, trastornos o desarmonías en el desarrollo. Los tratamientos se aplican a lactantes y niños con minusvalías establecidas (Síndrome de Down, parálisis cerebral infantil, y otros), o que pertenecen a grupos de riesgo ambiental (abandono, abusos paternos,...) o biomédicos (prematuros, bajo peso, retraso ponderal). Incluyen intervenciones que inciden sobre los ámbitos sanitario, social y educativo, y va dirigido a los niños y a su entorno familiar y social, incluyendo técnicas y terapias adecuadas a cada situación particular.

Centros de educación especial: Proporcionan formación individualizada adaptada a las necesidades educativas especiales que presenta cada alumno en edad escolar (6-16 años). En estos centros se realizan los programas educativos y los tratamientos específicos (logopedia, fisioterapia, psicopedagogía) por profesionales especializados atendiendo a los criterios de individualización, globalización, interdisciplinariedad e integración.

Centros ordinarios para integración: Para los casos que lo permitan, existen plazas en "centros ordinarios" para facilitar la integración del sujeto con necesidades de educación especial en un "ambiente ordinario".

Centros especiales de empleo: Tiene como finalidad brindar a los sujetos con discapacidad la posibilidad de realizar un trabajo productivo, se constituyen con estructura y organización de empresa, y otras modalidades de realización empresarial, asumidas en el sistema social de mercado. La única diferencia con otras empresas es el carácter diferenciado de sus trabajadores, que tienen algún tipo de minusvalía.

Centros ocupacionales: Se constituyen como un recurso para aquellos minusválidos cuya discapacidad les impide su acceso a una empresa ordinaria o a Centros Especiales de Empleo. Su finalidad es asegurar los servicios de terapia ocupacional, ajuste personal y social, a las personas minusválidas que atienden, y superar los obstáculos existentes en el proceso de integración laboral.

Centros de atención especializada: Están concebidos para las personas con un grave déficit motor o sensorial que necesiten de una atención educativa y rehabilitadora con técnicas, recursos y personal muy especializado. Existen centros especiales para "paralíticos cerebrales", "autistas", plurideficientes", etc.

Centros de día: Su finalidad es ofrecer actividades de mantenimiento y rehabilitación, proporcionar atención asistencial y tratamiento integral que evite o retarde el internamiento, y ofrecer apoyo, diagnóstico y seguimiento a personas discapacitadas con problemática social. Las prestaciones que ofrece son asistencia integral, tratamiento especializado y promoción de la salud, actividades ocupacionales y rehabilitadoras, actividades culturales y recreativas, actividades de convivencia, cooperación y autoayuda, apoyo psico-social y orientación familiar.

Clubes de ocio: Están dirigidos a personas mayores de 16 años, desarrollando sus actividades recreativas en fines de semana y periodos vacacionales. Pretenden la integración y normalización de la persona mediante actividades lúdicas y recreativas, así como favorecer su propio desarrollo personal y social, fomentar una mayor autonomía e independencia, estableciendo un marco de libertad en la elección de actividades.

1-2-2. De carácter residencial.

Pisos tutelados: Son hogares funcionales de dimensiones reducidas, donde conviven personas autosuficientes en régimen parcialmente gestionado. La finalidad de este dispositivo, incluyendo alojamiento y manutención, es dar asistencia orientada a la desenvoltura de la autonomía personal e integración social. Las viviendas suelen estar ubicadas en zonas céntricas, en un piso convencional que reúna las condiciones de habitabilidad, donde se pueda desarrollar una vida de convivencia normalizada con autonomía e intimidad.

Residencias de autónomos: Son centros de convivencia, destinados a servir de vivienda, a disminuidos autónomos mayores de 16 años. El objetivo de la residencia es, ser un paso intermedio a una vivienda mas normalizada, por ello se trabaja en las áreas de asistencial, formativa y lúdica, para otorgar a los usuarios los hábitos y habilidades necesarios para lograr una plena integración, tanto dentro del centro como hacia la sociedad, considerando a cada persona como un ser individualizado capaz de asumir responsabilidades.

Residencias de grandes afectados: Son centros de convivencia destinados a servir de vivienda estable y común a personas discapacitadas, cuya problemática socio-familiar dificulte su integración y permanencia en el entorno de origen. En cuanto a las prestaciones que ofrecen, cabe destacar: alojamiento y manutención, atención de enfermería y vigilancia médica, tratamientos especializados y actividades de movilización, promoción de actividades culturales, recreativas y deportivas, soporte psico-social y de orientación familiar.

1-3. Epidemiología (prevalencia) del Retraso Mental.

La frecuencia del retraso mental en cualquier población es difícil de establecer con exactitud. Muchos de los casos leves no precisan utilizar servicios especiales para retrasados mentales. En otros muchos casos, tales servicios pueden ser necesarios, pero los individuos o las familias carecen de motivación para utilizarlos. En consecuencia, no todos los sujetos con retraso mental se encuentran censados como tales, y, por tanto, no hay ningún registro disponible que incluya a todas las personas con retraso mental. El término "prevalencia de casos comprobados", es empleado para referirse a los casos conocidos por una organización, y no debe confundirse con la "prevalencia real" ⁶.

La tasa de prevalencia de retraso mental se ha establecido en aproximadamente 1-3%. Sin embargo, diferentes estudios han hallado tasas distintas en función de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación empleados y la población estudiada ⁶. Aproximadamente el 85% de los casos son de gravedad leve, el 10% moderada, 3,5% severa y 1,5% se clasificarían como profundos. Existe un predominio masculino, entre 1,5:1 y 6:1, en todos los niveles de retraso mental, posiblemente debido a estados genéticos ligados al cromosoma X.

En España se estima que hay aproximadamente 500.000 personas afectadas de retraso mental, y que la tasa de crecimiento de la prevalencia es 10.000 individuos/año. Los datos disponibles indican que el 1% de la población española es mentalmente discapacitada, lo cual implica que aproximadamente el 4% de los hogares de nuestro país están afectados por este serio problema médico-social ⁴.

En nuestra área geográfica inmediata, un estudio epidemiológico ⁷ realizado en la comarca de La Safor de septiembre de 1987 a junio de 1988, ha establecido que la prevalencia de la deficiencia mental (CI < 70), para la edad de 0 a 14 años es del 1,41% (casos ligeros 1,04%, moderados 2,17% y graves y profundos 1,00%). La relación varón /mujer fue 1,50.

En la Provincia de Alicante se censaron 8.171 sujetos afectados de discapacidades psíquicas-mentales, dentro de una población total de 1.251.580 habitantes, lo que supone una prevalencia del 0,6-0,7 % en nuestra provincia. En el total de la Comunidad Valenciana se censaron 17.060 sujetos con discapacidades psíquicas-mentales, una población total de 3.803.131 habitantes, lo que supone una prevalencia del 0,5%. En este censo ⁸ se consideraron como discapacidades psíquicas-mentales los siguientes: retraso madurativo, trastorno del desarrollo, trastorno cognitivo, trastorno de la afectividad, trastorno de la conducta, retraso mental profundo, retraso mental severo, retraso mental moderado, retraso mental ligero, inteligencia límite y trastorno mental.

1-4. Etiología del Retraso Mental.

Se han identificado aproximadamente 250 causas biológicas de retraso mental. A pesar de lo cual, en solo aproximadamente el 25% de las personas con retraso mental se ha identificado una causa biomédica. En el 75% restante, se desconoce la causa, o se deben a causas no biológicas, como factores psico-sociales ^{9, 10}.

El retraso mental leve es generalmente idiopático o familiar, pero los retrasos graves y profundos son normalmente genéticos o relacionados con una lesión cerebral^{6, 9 y 10}. Tanto los factores hereditarios (presumiblemente poligénicos), como los mecanismos ambientales, pueden contribuir a la transmisión familiar del retraso mental leve a lo largo de generaciones. Es menos probable que las formas grave y profunda del retraso mental sean idiopáticas, así en el 60-80% de casos de retraso mental profundo se llega a establecer una causa biomédica. El 90% de las causas identificadas son prenatales, genéticas y neuroevolutivas. Las alteraciones neuroevolutivas pueden producirse por diversos mecanismos; infecciones de la madre (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes virus, espiroquetas, SIDA congénito); exposición intrauterina a toxinas (alcohol, cocaína, plomo, algunos medicamentos y radiaciones), determinadas afecciones (toxemia, diabetes); trauma obstétrico y la isoimmunización Rh; infecciones neurológicas postnatales (encefalitis, meningitis); enfermedades neurológicas y psiquiátricas, traumatismos craneales, crisis hipertérmicas; malos tratos y desnutrición grave.

Entre los sujetos internados con retraso mental, pueden identificarse factores cromosómicos en un 10%. La trisomía del par 21 (síndrome de Down) es la más común y afecta a 0,1- 0,15% recién nacidos. El síndrome de X frágil es la segunda causa genética más común de retraso mental, afecta la 0,1% varones¹¹.

1-5. Comorbilidad psiquiátrica y conductual en el Retraso Mental.

Las estimaciones sobre la frecuencia de problemas psiquiátricos, entre sujetos con retraso mental, varían considerablemente según autores. Las estimaciones de comorbilidad de trastornos psiquiátricos y retraso mental oscilan entre el 14% y el 67%, se ha informado de una amplia variedad de trastornos en esta población, incluyendo esquizofrenia, depresión y, principalmente, trastornos de conducta^{12,13}.

A pesar de ello, existe un acuerdo generalizado de que el 20-35% de las personas afectadas de retraso mental tienen un trastorno psiquiátrico. La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en la última década ponen de manifiesto una tasa de morbilidad psiquiátrica, en la población con retraso mental, que oscila entre el 8% y el 15%; y que cuando se incluyen los trastornos emocionales menores, alcanza el 50%. El

diagnóstico psiquiátrico se basa fundamentalmente en la evaluación de procesos psicológicos, las emociones y la afectividad. Esta evaluación se realiza la mayoría de las veces a través de la comunicación directa con los pacientes, quienes precisan tener una capacidad verbal adecuada, así como capacidad cognitiva suficiente para permitir cierto grado de pensamiento conceptual. Los déficits comunicativos y cognitivos presentes en muchos sujetos con retraso mental son de tal magnitud que dificultan enormemente el diagnóstico psiquiátrico, que ha de basarse únicamente en correlatos biológicos y conductuales ¹⁴⁻¹⁶. Además, no existe una definición ampliamente aceptada de lo que constituye psicopatología en el retraso mental, hay desacuerdos en la naturaleza de la relación entre psicopatología y retraso mental, y hay una insuficiente evidencia de la fiabilidad y la validez de los actuales sistemas de clasificación de la patología psiquiátrica (DSM y CIE) en este grupo de población ¹⁷.

Un estudio sueco para la determinación de la prevalencia de enfermedad mental entre sujetos con retraso mental de edades comprendidas entre los 20 y 60 años, encontró que, el 71% de los sujetos con retraso mental de moderado a profundo (CI < 53), y 33% de los sujetos con retraso mental leve (CI 74-53), y 23 % de la población control, habían recibido uno o más diagnósticos psiquiátricos. El incremento de morbilidad entre los sujetos con retraso mental moderado o más profundo, consistió principalmente en manifestaciones etiológicamente relacionadas con daño cerebral o disfunción cerebral, presentando una muy alta frecuencia (53%) de "síndrome psico-orgánico crónico". Los sujetos con retraso mental leve mostraron un mayor grado de "neuroticismo", con mayor tendencia hacia la enfermedad mental que la población normal ¹⁸.

Lund ¹⁹ examinó las conductas anormales en un colectivo de adultos con retraso mental, encontrando que estos problemas estaban presentes en el 41% de los sujetos. Su presencia correlacionaba con la gravedad y origen del retraso mental, con la presencia de epilepsia, y con el lugar de residencia. Los síntomas conductuales pudieron agruparse en tres categorías: a) defectos de interacción (27%), b) movimientos anormales y autoestimulación (22%), y c) externalización (17%). La frecuencia de diagnósticos psiquiátricos ²⁰ fue del 27%; la patología más frecuente fueron los trastornos de conducta (11%), psicosis de tipo incierto (5%), demencia (4%), autismo (4%), neurosis (2%), trastorno afectivo (2%) y esquizofrenia (1%).

Linaker y Nitter ²¹ encontraron patología psiquiátrica en el 87% de colectivo de sujetos con retraso mental institucionalizados, y los diagnósticos múltiples fueron muy

frecuentes. No encontró asociación entre la patología psiquiátrica y la presencia de daño cerebral, pero sí con los recursos puestos a disposición del cliente y de las actividades ofrecidas.

1-6. Evaluación conductual y psicopatológica en el Retraso Mental.

La evaluación neuropsicológica^{22, 23} trata de valorar la actuación de las personas mediante pruebas sensibles a la función cerebral, haciendo hincapié en la identificación y medida de los déficits psicológicos, primordialmente intelectuales (manejo y procesamiento de la información), emocionales (sentimientos y motivación) y de ejecución (control y autodeterminación), que se manifiestan comportamentalmente. Las escalas de evaluación operativizan los trastornos, definiendo los términos y delimitando el juicio de severidad que definen la condición. Existen diversos instrumentos para la evaluación epidemiológica y asistencial de estos individuos, que pueden agruparse en tres categorías:

1. Instrumentos de evaluación de habilidades y aptitudes (comportamientos adaptativos). Constituyen una serie heterogénea de instrumentos que contienen, dentro de las dimensiones evaluadas, diversos aspectos de las habilidades sociales, cognitivas, de la conducta y de la capacidad adaptativa del sujeto.
2. Instrumentos de evaluación psicopatológica (inventarios, escalas y entrevistas). Evalúan tanto comportamientos adaptativos como patológicos (desadaptativos), así como aquellas escalas psicopatológicas que no se basan en el comportamiento evidente sino en los síntomas psiquiátricos del sujeto.
3. Sistemas clínicos de información para el "retraso mental". Se han diseñado con un doble objetivo. A) Superar un problema conceptual y terminológico, ya que algunos comportamientos "anormales" no son sino respuestas adaptativas a un cambio ambiental, prefiriéndose el término "habilidades adaptativas" al de "comportamiento adaptativo". B) Servir de soporte para el almacenamiento de información útil en la gestión clínica y administrativa de los sujetos.

1-6-1. ICAP.

El ICAP (Inventory for client and agency planning) es un instrumento estructurado y diseñado para valorar y/o monitorizar a usuarios con retraso mental en su estado presente, funcionamiento adaptativo, y necesidades de servicios. Recoge de cada sujeto información descriptiva, situación diagnóstica, limitaciones funcionales, conducta adaptativa, conductas problemas, emplazamiento residencial, servicios de día, servicios de habilitación y apoyo, servicios de ocio y tiempo libre, información general y recomendaciones. Su principal propósito es ayudar en la detección, valoración, manejo, planificación y evaluación de servicios para personas con deficiencia mental, discapacidad o minusvalía psíquica en general. Es útil para determinar las necesidades de servicios de un usuario y su evolución comportamental. Sus características técnicas y facilidad de aplicación lo hacen útil tanto para pequeñas instituciones como para grandes poblaciones, es valioso como un sistema conciso de recogida de información con propósitos más amplios. Ha sido diseñado para organizaciones que trabajan con sujetos de todas las edades y con una gran variedad de grados de habilidad.

Este instrumento es recomendado por la AAMR para la evaluación clínica y psicosocial de esta población. Existe una versión castellana que ha sido estandarizada por Montero ²⁴.

1-7. Farmacoterapia de los problemas de conducta en el Retraso Mental.

Las personas con deficiencia mental constituyen una de las poblaciones más medicadas con psicofármacos, siendo los neurolépticos los fármacos más utilizados. Se argumenta como razón para ello la alta frecuencia y gravedad de los trastornos de conducta presentes en esta población ²⁵.

Durante el periodo de 1966 a 1985, las tasas típicas de prevalencia de uso de medicamentos en instituciones para personas con retraso mental, considerando conjuntamente niños y adultos, eran del orden del 30-40% para psicofármacos, 25-45% para anticonvulsivantes, y 50-70% para "psicofármacos y/o anticonvulsivantes". En este mismo periodo, entre niños con retraso mental no institucionalizados, la prevalencia de uso de psicofármacos fue 2-7%, 12-13% para anticonvulsivantes, y 18-33% para "psicofármacos y/o anticonvulsivantes". Para adultos con retraso mental no

institucionalizados, las tasas de prevalencia variaron entre 26-36% para los psicofármacos, 18-24% para los anticonvulsivantes, y 36-48% para "psicofármacos y anticonvulsivantes" ²⁶. Durante el periodo 1986 a 1995, las tasas típicas de prevalencia de uso de fármacos entre sujetos con retraso mental institucionalizados, variaron del 12 al 40% para los psicofármacos, 24-41% para los anticonvulsivantes, 44-60% para "psicofármacos y/o anticonvulsivantes". Mientras que en el medio comunitario estas tasas, considerando niños y adultos conjuntamente, fueron 19-29% para los psicofármacos, 18-23% para los anticonvulsivantes y 35-45% para "psicofármacos y/o anticonvulsivantes) ²⁶.

La preocupación por la elevada prescripción de psicofármacos a las personas con retraso mental se basa en varias razones ²⁷:

1º) Las enfermedades psiquiátricas mayores, como psicosis y trastornos afectivos, no parecen ser la principal razón para la utilización de psicofármacos; que básicamente parecen ser utilizados para el control de comportamientos disruptivos, indicación para la que se carece de soporte empírico.

2º) Las prácticas de prescripción en las instituciones para retrasados mentales están fuertemente influidas por factores no médicos, como calidad y cantidad del equipo asistencial y la existencia de programas de entrenamiento vocacional y de recreo; así parece que la medicación reemplaza el empleo de estrategias más adecuadas pero difíciles de ejecutar.

3º) Existe una evidencia considerable de que el uso crónico de psicofármacos puede originar graves problemas iatrogénicos, como sedación, efectos extrapiramidales, interferencia con el aprendizaje e incluso conductas anómalas.

4º) Existe una preocupación cada vez mayor sobre los derechos y necesidades de los discapacitados intelectuales, no solo por parte de sus familiares sino también por la población en general.

La mayoría de los estudios de utilización de psicofármacos en sujetos con retraso mental están efectuados fuera del ámbito geográfico español ^{26,28}.

Se han publicado cinco estudios españoles, de utilización de psicofármacos en el retraso mental ²⁹⁻³³. Tres de ellos ²⁹⁻³¹ se limitan a efectuar un recuento de sujetos tratados y fármacos utilizados, el sistema de clasificación de los fármacos que utilizan

no sigue un criterio internacionalmente aceptado, y tampoco abordan aspectos como las características demográficas y/o diagnósticas de los pacientes asociadas al uso y/o dosis empleada de psicofármacos. Otros dos estudios efectuados en nuestro medio^{32, 33}, pusieron de manifiesto que el uso y dosis de psicofármacos se hallaba fuertemente asociado a lo que se podrían llamar "factores externos" al individuo, o también "factor de la institución" o "cultura asistencial". Estos dos estudios se referían exclusivamente a instituciones cerradas, y reunían un número relativamente pequeño de sujetos, dentro de una misma comarca. La prevalencia del uso de fármacos destinados al tratamiento de patologías somáticas, entre sujetos con retraso mental, tampoco ha sido estudiada en nuestro medio.

Los estudios de utilización de medicamentos permiten conocer, de forma indirecta, los problemas de salud de un colectivo. Al ser relativamente fáciles de realizar, pueden emplearse como estudios exploratorios para la planificación de programas educativos, asistenciales y presupuestarios. También pueden constituir una herramienta sencilla para la evaluación preliminar de la calidad asistencial; y permiten la comparación de las prácticas terapéuticas de diferentes lugares entre sí, o con un patrón preestablecido de uso razonable de una categoría dada de fármacos. Si se analizan los factores asociados al uso de determinados fármacos, puede hallarse explicación a conductas prescriptoras aparentemente dispares, así se podría explicar la variabilidad terapéutica³⁴.

En nuestro medio geográfico existe una carencia de estudios sobre el uso de fármacos entre sujetos con retraso mental. En general, los estudios efectuados suelen restringirse a la prevalencia de uso de psicofármacos y/o anticonvulsivantes, pero no suelen atender a aspectos como las dosis empleadas de los mismos, ni al uso y dosis de otros tipos de fármacos. Por tanto, se precisan estudios que aborden estos aspectos, así como la variabilidad en el uso de psicofármacos, e identifiquen factores asociados al uso de los mismos.

La presente investigación pretende efectuar una contribución, que ayude a superar dicha carencia.

2. Hipótesis de trabajo y objetivos.

2-1. Hipótesis.

Existe una alta prevalencia de uso de psicofármacos entre los sujetos afectados de retraso mental. La prescripción de psicofármacos a estos sujetos se relaciona con factores demográficos (edad, sexo, lugar de residencia, duración de la institucionalización), patológicos (disfunción sensorial o motora, padecimiento de epilepsia, de enfermedades mentales o problemas conductuales añadidos), adaptativos (destrezas motoras, comunicativas, para la vida personal, para la vida en sociedad), y culturales (intangibles responsables de la variabilidad terapéutica, que están relacionados actitudes y factores ambientales, arquitectónicos y disponibilidad de recursos alternativos a la farmacoterapia).

2-2. Objetivos del estudio.

1º) Determinar la prevalencia de utilización de psicofármacos y las dosis empleadas entre los sujetos afectados de retraso mental.

2º) Identificar y ponderar factores (diagnósticos, demográficos y farmacoterapéuticos) asociados al uso y dosis de psicofármacos, en este grupo poblacional.

3. Material y método.

3-1. Tipo de estudio

Se ha efectuado un estudio observacional, transversal, pretendiendo recoger una instantánea de la población a estudio.

3-2. Población observada

La "Unión Provincial de Asociaciones Pro-Minusválidos Psíquicos de Alicante (UPAPSA) ha elaborado una Guía, no exhaustiva, de Recursos, centros e instituciones dedicadas, en la Provincia de Alicante, a la asistencia y promoción de los sujetos con discapacidad psíquica ⁵, que incluye un total de 40 dispositivos asistenciales. Mediante la intervención de la Comisión de Calidad Asistencial de la Unión Provincial de Asociaciones Pro-Minusválidos Psíquicos de Alicante (UPAPSA), a cada centro censado se solicitó la participación en el estudio. Se designó un profesional de grado superior o medio de la plantilla del propio centro, que coordinó la recogida de datos y sirvió de interlocutor con el investigador. Cada centro participante debería aportar los datos de todos los sujetos con retraso mental que asistía. La observación se efectuó durante el curso escolar 97/98. Se garantizó la confidencialidad de la identidad de los sujetos estudiados.

3-3. Variables a estudiar y recogida de datos.

De cada sujeto se recabó información demográfica, diagnóstica y farmacoterapéutica, para cuya recogida se diseñó un impreso específico (Anexo 1). Con anterioridad a la recogida de datos, se efectuaron varias reuniones del grupo de los coordinadores de cada centro con el investigador, con el fin de profundizar en el propósito del estudio, familiarizarse con la metodología a seguir y sobre todo para recibir entrenamiento para la recogida de los datos.

La información sobre el tratamiento farmacológico y los datos clínicos considerados de interés, se obtuvieron mediante revisión de las historias clínicas y/o expedientes administrativos-asistenciales, y fichas de seguimiento y cuidados de todos

los sujetos diagnosticados de deficiencia mental en cada institución. El tratamiento farmacológico consignado fue el vigente en el momento de la toma de datos.

El "grado de deficiencia mental", fue el que constaba en el informe psicológico/psiquiátrico de la historia clínica de cada sujeto, establecido a partir del "valor del coeficiente intelectual" ¹. Se consideraron 4 grados de retraso mental (leve, moderado, grave o severo y profundo); pero cuando fue preciso, a efecto de obtener suficientes casos en cada grupo para efectuar análisis estadísticos, se agruparon los casos leves y moderados, y los casos graves y profundos.

La variable "diagnóstico dual" consideró aquellos casos en cuya historia constaba la existencia de algún problema, actual o pasado, del comportamiento o diagnóstico psiquiátrico añadido al diagnóstico de oligofrenia. La variable "padecimiento de disfunción sensitivo-motora", trató de incluir dificultades groseras para la autonomía del sujeto, de origen físico. Se efectuó una compilación literal de los diagnósticos psiquiátricos y/o problemas conductuales, y las discapacidades sensitivo-motoras, tal y como se expresaban en las informes-historias clínicas de los sujetos.

Las variables "padecimiento de epilepsia" y "uso de fármacos anticonvulsivantes" se incluyeron con la pretensión de valorar indirectamente la intensidad de la asistencia neuropsiquiátrica, y también, debido a que en ocasiones los anticonvulsivantes son empleados con función de psicofármacos (antiagresivos, normotímicos, sedantes). Se consideró que un sujeto era epiléptico cuando así constaba en su informe-historia clínica y, además, estaba recibiendo tratamiento anticonvulsivante. En los casos en que faltó uno de ambos criterios el sujeto no fue considerado como epiléptico.

La variable "centro de procedencia" trató de incorporar, de una manera global, aquellas características peculiares de medio en que el sujeto era tratado y que son difíciles de objetivar y cuantificar. Entre ellas se incluirían, la concepción arquitectónica, los recursos materiales y personales disponibles, la estructura de relación entre el personal asistencial y los sujetos asistidos, la sensibilidad y tolerancia del personal asistencial a los problemas y peculiaridades de las personas con retraso mental, formación e ideología del personal asistencial, sentido de la asistencia y expectativas sobre las posibilidades de progreso de los afectados entre el personal asistencial, objetivo asistencial, disponibilidad y utilización de sistemas terapéuticos alternativos a la farmacoterapia. Este conjunto de características es intrínseco de la institución y no del

sujeto que es asistido en ella, en definitiva definirían la "cultura asistencial del centro"
32, 33 .

Otras variables que se consideraron, fueron: sexo y edad de cada sujeto y (en los casos que procedía) tiempo conocido de institucionalización.

Los medicamentos se clasificaron según el 1º y 2º nivel de la "Clasificación Anatómico-Terapéutica de la OMS" (ATC) ³⁵. Los fármacos de los grupos N05 y N06 se clasificaron hasta el 3º nivel, pero los fármacos de los grupos N05B y N05C fueron considerados conjuntamente, bajo la denominación de "ansiolítico-hipnóticos". Los fármacos de los grupos N05 y N06 fueron denominados conjuntamente "psicofármacos". El litio fue considerado separadamente del resto del grupo N05A, que fue denominado "antipsicóticos".

La variable "otros fármacos para problemas de conducta" trató de incorporar el uso de medicamentos diferentes de los psicofármacos clásicos y que, con independencia de su indicación principal, se empleasen para tratamiento de problemas de conducta como naltrexona, propranolol, clonidina, piracetam, piridoxina y otros ³⁶.

El resto de los medicamentos, así como los medicamentos incluibles en el grupo "otros fármacos para la conducta" cuando no se empleaban con finalidad conductual, se agruparon conjuntamente bajo la denominación de "medicación somática". Con la incorporación de esta variable se pretendió reflejar indirectamente el estado de salud "física" y la intensidad de la asistencia médica de una forma global.

Para poder comparar las dosis de fármacos se ha empleado como unidad de medida la "dosis diaria definida" (DDD) ³⁷. Para los fármacos que no disponían de DDD, se ha utilizado como unidad de medida la que hemos llamado "dosis diaria recomendada en el prospecto" (DDRP) ³⁸.

Se consideró, solo a efectos descriptivos, el número de fármacos diferentes de un mismo grupo, empleados simultáneamente por un mismo sujeto. También se informó sobre el cociente "nº DDD / nº de fármacos" por sujeto, para cada grupo farmacoterapéutico estudiado.

Los medicamentos homeopáticos fueron contabilizados como medicamentos somáticos, para calcular la fracción de sujetos que reciben medicación, y también para el cálculo del número de fármacos diferentes por sujeto (cada producto homeopático se

contabilizó como un fármaco), pero se consideró que la cantidad de "dosis diarias definidas" aportadas por cada uno de estos preparados homeopáticos era nula.

Las prescripciones "condicionadas al estado clínico" (PRN) se tuvieron en cuenta al considerar la frecuencia de uso de los diferentes tipos de medicación y el número de medicamentos diferentes por sujeto, pero no se consideraron al calcular el n° de DDD.

Los sujetos que tomaban piridoxina junto con isoniazida (Cemidon B6[®]), clorazepato (Dorken[®]), piracetam (Memorino[®]) o con otras vitaminas, no fueron considerados al contar la frecuencia de uso de esta vitamina. En la composición de algunos medicamentos se incluye GABOB, GABA y "glutamato magnesio bromhidrato" (Gamalate B6[®], Redutona[®]), junto con otras sustancias, pero no fueron considerado como principios activos independiente. Por tanto, este aporte de pirdoxina, GABOB, GABA y "glutamato magnesio bromhidrato" no fue tenido en cuenta al contabilizar el número de principios activos diferentes por sujetos, y tampoco al calcular la cantidad de DDD por sujeto.

Cuando fue posible, se efectuó una valoración de cada sujeto, mediante el empleo del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP), adaptado y validado a nuestro medio ²⁴. La información necesaria para la cumplimentación del inventario ICAP se obtuvo con el concurso del personal de enfermería y psicólogos de las correspondientes instituciones. ICAP es un instrumento desarrollado para valoración de las habilidades adaptativas, problemas conductuales y necesidad de servicios de los sujetos con discapacidad.

Todas las variables cualitativas procedentes de la valoración ICAP, han sido consideradas como dicotómicas para el análisis estadístico, si bien a efectos descriptivos hemos conservado la agrupación contemplada en el documento original. Hemos considerado las siguientes variables de la evaluación ICAP:

1. Modo principal de expresión, "el sujeto puede hablar o comunicarse mediante un lenguaje de signos o mediante símbolos", o bien, "el sujeto carece de modo de expresión o esta es a lo sumo gestual".
2. Dificultades visuales, "visión buena con o sin gafas", o "problemas de visión con o sin gafas que limita la vida del sujeto o visión pobre o nula".

3. Dificultades auditivas; "el sujeto puede oír voces normales con o sin audífono", y "el sujeto solo puede oír voces altas o no oye, con o sin audífono".
4. Frecuencia de crisis epilépticas, "sin crisis o controladas", o "el sujeto ha padecido al menos una crisis en los últimos 12 meses".
5. Limitación de la vida diaria por problemas de salud, "el sujeto no tiene problemas de salud, o si los padece no limitan sus actividades cotidianas", o "los problemas de salud afectan en algunas o en la mayoría de las actividades cotidianas".
6. Necesidad de atención por enfermero/a o médico/a, "el sujeto precisa atención sanitaria una o más veces al mes", o "el sujeto precisa atención sanitaria menos de una vez al mes".
7. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad de brazo/mano, "el sujeto no presenta dificultades en la movilidad mano/brazo o esta no ocasiona limitaciones en la vida diaria", o "el sujeto padece algún tipo de limitaciones relacionada con dificultades en la movilidad brazo/mano".
8. Movilidad, "el sujeto puede caminar y desplazarse", o "el sujeto está confinado en silla de ruedas o en la cama".
9. Ayudas para la movilidad, "el sujeto se desplaza por si mismo con o sin la ayuda de aparatos", o "el sujeto necesita ayuda ocasional o permanente de otra persona para desplazarse".
10. Destrezas adaptativas: destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal, destrezas de la vida en comunidad, e independencia general. Se expresaron en puntuaciones W, y se consideraron variables continuas, por convención se escogió el valor de 500 para representar la capacidad, en cada una de las escalas, de un niño sin discapacidad de aproximadamente 10 años y 6 meses.
11. Edad equivalente en meses, indica el rendimiento de una persona, expresada en edad cronológica.
12. Frecuencia y gravedad de conductas autolesivas, heteroagresivas, destructivas, disruptivas, atípicas y repetitivas (estereotipias), socialmente ofensivas, retraimiento o falta de atención y no colaboradoras. Para la frecuencia se consideró que el sujeto exhibía la conducta en cuestión "nunca

o una o menos veces al mes" o "más de una vez al mes". Para la gravedad de la conducta en cuestión se consideró que "no la presentaba o si la presentaba no llegaba a constituir un problema o, en todo caso solo constituía un problema leve" o "la conducta constituía un problema de gravedad moderada a crítico".

13. Los índices conductuales derivados: interno, asocial, externo y general. Consideran de forma combinada la frecuencia y gravedad de los problemas de conducta, conjugando la edad del sujeto. Cuanto más negativo sea el valor de estos índices, más problemática será la conducta del sujeto. El valor de los índices puede oscilar desde (+10) hasta (-70). La desviación típica en poblaciones de sujetos con discapacidad intelectual es aproximadamente de 10 puntos, frente a una desviación típica de 8 puntos en colectivos sin este tipo de discapacidad. Se consideran valores dentro de la normalidad a las puntuaciones iguales o superiores a -10; de -11 a -20 se considera que la conducta es levemente problemática, de -21 a -30 se considera moderada, -31 a -40 grave y las puntuaciones inferiores a -40 reflejan problemas de conducta muy graves o críticos. El índice interno agrupa las conductas autolesivas, atípicas y repetitivas y retraimiento o falta de atención. El índice externo agrupa heteroagresividad, destructividad y conducta disruptiva. El índice asocial considera las conductas socialmente ofensivas y las no colaboradoras. El índice general engloba las tres áreas anteriores interna, externa y asocial.
14. Puntuación de servicio. Procede en un 70% de las destrezas adaptativas, 30% de los problemas de conducta. Cuanto mayor sea la puntuación de servicio, mayor será la independencia y autonomía del sujeto y, por tanto, tendrá menor necesidad de cuidados directos, apoyo y/o supervisión. Una puntuación inferior a 20 indica que el sujeto necesita total atención y/o supervisión completa; y una puntuación superior a 89 indica que el sujeto no necesita ayuda en la vida diaria o muy poco frecuentemente.

La puntuación de las destrezas adaptativas en unidades W y el cálculo de índices derivados de los problemas conductuales, índice de independencia general, índice general de problemas, edad equivalente y puntuación de servicio, se efectuaron con el

concurso del programa informático específicamente desarrollado para ello que acompaña al test ³⁹.

2-3-4. Control de la calidad de los datos.

En cada centro participante se estableció un coordinador para la recogida de datos (psicólogo, pedagogo o médico). Para facilitar la recogida de datos se diseñó un formulario normalizado y se efectuaron varias sesiones practicas para explicar como cumplimentarlo. Los datos procedentes de cada centro fueron recopilados, revisados, codificados, y en su caso transformados, y tabulados por el autor. Cualquier imprecisión o duda en los formularios fue consultada con el coordinador de la recogida de datos de cada centro, revisándose los datos en la fuente original.

Los datos fueron tabulados por duplicado y revisados hasta que hubo coincidencia en la ocurrencia de casos y en los valores media, por columna. La identificación de datos erróneamente introducidos se facilitó mediante la aplicación de funciones lógicas que detectaban situaciones contradictorias. La bondad de la tabulación se confirmo auditando los registros de 200 casos seleccionados aleatoriamente.

2-3-5. Análisis estadístico.

1º) Estudio descriptivo (estadígrafos de posición y dispersión) de las características (variables dependientes e independientes) de la población total y de cada centro por separado. Los estadígrafos descriptivos de la magnitud de las dosis se referirán solo a aquellos sujetos que reciban el tipo de fármaco en cuestión.

2º) Frecuencia de las alternativas de las variables dependientes dicotómicas para las diferentes alternativas de las variables independientes cualitativas (tablas de contingencia).

3º) Estadígrafos descriptivos de las variables independientes cuantitativas, para las diferentes alternativas de las variables dependientes cualitativas.

4º) Estadígrafos descriptivos de las variables dependientes cuantitativas, para las diferentes alternativas de las variables independientes cualitativas.

5º) Correlación entre las variables cuantitativas dependiente e independiente.

6º) Contraste de la asociación entre variables dependientes e independientes

7º) Análisis de regresión logística, para identificar y ponderar las variables significativas que determinan las variables dependientes dicotómicas

8º) Análisis de regresión lineal, para identificar y ponderar las variables significativas que determinan las variables dependientes continuas.

Se consideraron como variables dependientes de carácter dicotómico, los sucesos "recibir psicofármacos", "recibir antipsicóticos", y recibir "ansiolítico-hipnóticos". Como variables dependientes de carácter cuantitativo a "dosis de psicofármacos", "dosis de antipsicóticos", y "dosis de ansiolítico-hipnóticos". El resto de variables fueron siempre consideradas variables independientes.

Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y como porcentajes. Las variables cuantitativas se describen mediante estadígrafos de posición y dispersión, salvo que se indique otra cosa, media \pm desviación típica.

Las diferencias entre grupos, para las variables cualitativas se examinaron mediante el empleo de la prueba Ji-Cuadrado para las tablas de contingencia, cuando procedía se efectuó la corrección de continuidad de Yates (tablas de 2 x 2), o se empleo la Prueba exacta de Fisher (alguna casilla con frecuencia de casos esperados inferior a 5). La identificación de los grupos significativamente diferentes del resto se efectuó considerando los valores de los residuos tipificados.

Las diferencias entre grupos, de las variables cualitativas, se analizaron mediante el empleo de la prueba de Mann-Whitney (para dos muestras independientes) o la prueba de Kruskal-Wallis (para más de dos muestras independientes). Cuando se consideró más de dos grupos entre los que existían diferencias estadísticamente significativas, la identificación de los grupos en los que residía la diferencia se hizo mediante el análisis de la varianza, (ANOVA para un factor), efectuando comparaciones "ad hoc" mediante el contraste de Dunnett, previa "transformación rango" de la variable.

Cuando tanto variable dependiente como independiente fueron de carácter cuantitativo, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

En todos los casos se consideró que el resultado de una prueba estadística era estadísticamente significativo cuando el p-valor asociado era $< 0,05$.

El análisis de regresión logística, empleará el método adelante-Wald (forward-Wald), se efectuó para cada una de los tres grupos poblacionales definidos. El valor crítico prefijado para el estadígrafo Wald para exclusión de variables fue $p > 0,1$. El

valor crítico prefijado para el estadígrafo Puntuación eficiente de Rao para selección de variables fue $p < 0,05$.

El análisis de regresión lineal múltiple, empleó el método de "pasos sucesivos" (stepwise) para la selección de las variables independientes. El valor crítico de la probabilidad de F para entrar fue igual o menor de 0,05; mientras que el de la probabilidad de salida fue igual o mayor de 0,10. El número máximo de iteraciones se fijó en el doble del número de variables independientes. El procedimiento de regresión se aplicó sobre los datos de sujetos seleccionados por cumplir el criterio de recibir fármacos del grupo en cuestión: psicofármacos o antipsicóticos o ansiolítico-hipnóticos, según proceda. En los casos utilizados, los valores perdidos se reemplazaron por la media de la variable.

En ambos tipos de regresión, en los modelos iniciales se introdujeron todas las variables independientes disponibles. En el subgrupo de sujetos ingresados el grado de retraso mental se analizó como una variable dicotómica (leve-moderado o grave-profundo). El "uso de ansiolítico-hipnóticos" se consideró como variable independiente en los modelos de regresión en los que la variable dependiente fue "recibir antipsicóticos" o "dosis de antipsicótico recibida". Análogamente, el "uso de antipsicóticos" fue considerado como variable independiente, cuando la variable dependiente era "uso de ansiolítico-hipnóticos" o "dosis de ansiolítico-hipnótico recibida".

Para los cálculos estadísticos se empleó el programa SPSS para Windows, versión 7,5-2S(6/6/97) SPSS Inc.⁴⁰⁻⁴¹.

4. Resultados

4-1. Descripción de la población estudiada.

4-1-1. Procedencia de los sujetos de estudio.

De los 40 centros invitados, aceptaron participar 21, que fueron reagrupados en 17, ya que varios de ellos eran realmente secciones de un mismo centro. En el conjunto de los centros participantes era asistido un total de 862 sujetos. Solo 4 centros aceptaron colaborar en la cumplimentación del ICAP, abarcando un total de 172 sujetos. La tabla 1 informa de los centros invitados y los centros que aceptaron colaborar.

Cada institución que aceptó participar aportó información sobre todos los sujetos asistidos en ellas. La única excepción fue el Hospital Psiquiátrico.

El Hospital Psiquiátrico consta de 210 camas, de las cuales 60 están destinadas a corta estancia y 150 a pacientes crónicos; también dispone de un "centro de día" con 15 plazas. La población de estudio se seleccionó exclusivamente entre los 150 sujetos enfermos crónicos, eligiendo a aquellos en cuya historia clínica figuraba el diagnóstico de "retraso mental" solo o asociado a otras condiciones morbosas. En el centro de día había dos sujetos con rendimientos de CI en la zona límite-leve y afectados de trastorno esquizofrénico, siendo este último el trastorno responsable de la discapacidad, por lo que no se incluyeron. Los sujetos de las unidades de enfermos agudos y de alcoholismo no se incluyeron por el carácter transitorio de su situación.

Los 17 centros participantes están repartidos en 12 municipios de la provincia de Alicante. En el municipio de Alcoy se encuentra localizado el centro Gormaget (G), que contribuyó con 39 sujetos. En el término municipal de la ciudad de Alicante se encuentran los centros San Rafael (SR), Santa Faz (SF), Victoria (V), Angel de la Guarda (AG), Terramar (T) y Santo Domingo (SD); que respectivamente contribuyeron con 64, 90, 39, 60, 107 y 10 sujetos. El centro Doble Amor (DA) se encuentra ubicado en el municipio de Benidorm y aportó 55 sujetos. En el municipio de Elche se encuentra el centro Jubalcoy (J), que aportó 41 sujetos. Del municipio de Crevillente es el centro Desamparados (D), con 38 sujetos). El centro Torreta (T) está ubicado en Elda, aportó 40 sujetos. De la localidad de Ibi es el centro San Pascual (SP), que aportó 38 sujetos. En el municipio de Orihuela se encuentra el centro Oriol (O) que aportó 47 sujetos. El Hospital Psiquiátrico (HP), ubicado en el municipio de San Juan

Tabla 1. Instituciones censadas

| Centro | Centro N° | Localidad | Colabora | ICAP |
|---|-----------|-------------|----------|------|
| 1) Centro ocupacional | 5 | Alcoy | Si | |
| 2) Centro de día Gormaget | 5 | | Si | |
| 3) Centro ocupacional Terramar | 14 | Alicante | Si | |
| 4) Centro especial de empleo Terramar | 14 | | Si | |
| 5) Granja Avícola Agua-amarga | 14 | | Si | |
| 6) Centro Residencial San Rafael | 2 | | Si | Si |
| 7) Residencia "CAMP" Santa Faz | 3 | | Si | |
| 8) Centro de día "CAMP" Santa Faz | - | | No | |
| 9) Aula de educación especial Santo Domingo | 15 | | Si | |
| 10) Aula de educación especial La Victoria | 10 | | Si | |
| 11) Centro de educación especial "Angel de la Guarda" | 11 | | Si | |
| 12) Centro ocupacional ADA | - | Almoradí | No | |
| 13) Centro ocupacional Doble-Amor | 4 | Benidorm | Si | |
| 14) Centro de educación concertada | 4 | | Si | |
| 15) Lavandería Industrial y Granja Avícola | - | | No | |
| 16) Centro ocupacional Virgen de los Desamparados | 6 | Crevillente | Si | |
| 17) Centro ocupacional "La Jara" | - | Denia | No | |
| 18) Centro de estimulación precoz | - | Elche | No | |
| 19) Centro residencia "Jubalcoy" | 13 | | Si | |
| 20) Centro de día "Jubalcoy" | - | | No | |
| 21) Centro ocupacional "Virgen de la Luz" | - | | No | |
| 22) Centro ocupacional "La Tramoia" | - | | No | |
| 23) Centro de estimulación precoz | - | Elda | No | |
| 24) Cento ocupacional "La Torreta" | 9 | | Si | |
| 25) Centro ocupacional "San Pascual" | 8 | Ibi | Si | |
| 26) Taller de cerámica | - | | No | |
| 27) Centro Ocupacional | - | Jijona | No | |
| 28) Centro ocupacional "El Molinet" | - | Monóvar | No | |
| 29) Centro ocupacional Oriol | 16 | Orihuela | Si | Si |
| 30) Centro de día "Infanta Elena" | - | San Juan | No | |
| 31) Centro de educación especial "Infanta Elena" | - | | No | |
| 32) Hospital Psiquiátrico Provincial | 1 | | Si | Si |
| 33) Centro ocupacional "Maigmó" | 12 | San Vicente | Si | |
| 34) Centro ocupacional ALPE | - | Torreveja | No | |
| 35) Centro de educación concertada | - | | No | |
| 36) Centro ocupacional "Hacienda del Sol" | 17 | Villajoyosa | Si | Si |
| 37) Centro de estimulación precoz | - | Villena | No | |
| 38) Centro ocupacional San Francisco de Asis, APADIS | 7 | | Si | |
| 39) Residencia San Francisco de Asis | - | | No | |
| 40) Residencia Peña Rubia | - | | No | |

contribuyó con 47 sujetos. En el municipio de San Vicente se encuentra el centro Maimó, (M) con 59 sujetos. En el municipio de Villajoyosa se encuentra el centro Hacienda del Sol (HS) con 14 sujetos. En el municipio de Villena se encuentra el centro Apadis (A), con 74 sujetos. Gráfico 1.

4-1-2. Características demográficas de la población.

Las tablas 2a, 2b y 2c indican las características de la población global. En el Anexo 2 (2-1 a 2-17) se presenta las características de los sujetos de cada uno de los 17 centros.

4-1-2-A. Sexo.

En un caso, procedente de V, no se proporcionó la información sobre el sexo del sujeto, estando este dato disponible para 861 sujetos (99,9% de la población). Hubo un claro predominio del sexo masculino, 63% varones y 37% mujeres. Este predominio se produjo en todos los centros, excepto en G donde proporción de mujeres fue mayor que la de varones. En SD, dedicado a niños autistas, todos los sujetos eran varones. A pesar de estas matizaciones, los centros no se diferenciaron de forma estadísticamente significativas en la distribución de sexos; ($p = 0,247$), Gráfico 2.

4-1-2-B. Edad.

Se informó sobre la edad de 847 de los casos. La edad varió entre 4 y 81 años. La media y la mediana fueron 30,3 ($\pm 12,6$) años y 29,0 años respectivamente. Los percentiles 10 y 90 se situaron en 16,0 años y 49,0 años, respectivamente. No constaba este dato en 15 sujetos; de los cuales 2 procedían de A, 1 de V, otro de J y 11 de TM. Gráfico 3.

En algunos centros la población residente era más envejecida que en el resto, así en HP la media de edad fue de 49,4 ($\pm 10,3$) años y en SR de 40,4 ($\pm 12,4$) años, pero en otros centros los sujetos eran mucho más jóvenes, como en SD cuya media de edad fue 9,0 ($\pm 3,6$) años, AG y V con 12,5 ($\pm 4,1$) y 12,8 ($\pm 3,9$) años respectivamente. Las diferencias entre centros, en la edad de los sujetos, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Gráfico 4.

La edad de los sujetos de HP se mostró significativamente ($p < 0,05$) mayor que la del resto. En SR fueron significativamente ($p < 0,05$) mayores que las del resto de los

Tabla 2a; Características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje), población total

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| N° de sujetos | 862 |
| Sexo varón | 544 / 861; (63,2%) |
| Viven en régimen de internado | 242 / 862; (28,1%) |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 97 / 852; (11,4%) |
| Moderado | 353 / 852; (41,4%) |
| Grave | 250 / 852; (29,3%) |
| Profundo | 152 / 852; (17,9%) |
| Diagnóstico dual presente | 262 / 861; (30,4%) |
| Epilepsia | 154 / 861; (17,4%) |
| Disfunción sensitivo-motora | 197 / 860; (22,9%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 453 / 861; (52,6%) |
| Psicofármaco | 258 / 858; (30,1%) |
| Antipsicótico | 198 / 858; (23,1%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 101 / 858; (11,8%) |
| Antidepresivo | 11 / 858; (1,3%) |
| Litio | 3 / 858; (0,3%) |
| Psicoestimulante | 2 / 858; (0,2%) |
| Otros fármacos para la conducta | 21 / 858 (2,4%) |
| Antiparkinsoniano | 71 / 858; (8,3%) |
| Antiepiléptico | 200 / 860; (23,3%) |
| Fármacos para problemas somáticos | 171 / 858; (19,9%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 293 / 450; (65,1%) |
| Psicofármaco | 105 / 258; (40,7%) |
| Antipsicótico | 66 / 197; (33,5%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 13 / 101; (12,9%) |
| Antidepresivo | 0 / 11; (0,0%) |
| Litio | 0 / 3; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 2; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 21; (4,8%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 71; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 98 / 198; (49,5%) |
| Fármacos para problemas somáticos | 48 / 171; (28,4%) |

APPROVED

Tabla 2b; Características cuantitativas de los sujetos estudiados, población total

| | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | N° (válidos / total) |
|--|-------|-------|--------|---------|--------|----------------------|
| Edad (años) | 30,32 | 12,59 | 4,00 | 29,00 | 81,00 | 847 / 862 |
| Duración del ingreso (años) | 12,95 | 10,74 | 1,00 | 12,00 | 57,00 | 242 / 242 |
| <u>N° ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 2,34 | 2,16 | 0,08 | 1,80 | 13,85 | 443 / 453 |
| Psicofármacos | 1,40 | 1,68 | 0,05 | 0,68 | 9,92 | 253 / 258 |
| Antipsicóticos | 1,02 | 1,23 | 0,03 | 0,57 | 7,42 | 194 / 198 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,45 | 1,40 | 0,13 | 1,00 | 8,25 | 100 / 101 |
| Antidepresivos | 0,53 | 0,56 | 0,13 | 0,33 | 2,00 | 11 / 11 |
| Litio | 1,35 | 0,00 | 1,35 | 1,35 | 1,35 | 3 / 3 |
| Psicoestimulantes | 0,75 | 0,12 | 0,66 | 0,75 | 0,83 | 2 / 2 |
| Otros fármacos para conducta | 1,22 | 0,83 | 0,13 | 1,00 | 3,30 | 21 / 21 |
| Antiparkinsonianos | 0,47 | 0,22 | 0,10 | 0,40 | 1,50 | 70 / 71 |
| Antiepilépticos | 1,45 | 1,02 | 0,13 | 1,05 | 5,00 | 197 / 200 |
| Para otros problemas somáticos | 2,05 | 1,65 | 0,08 | 1,50 | 9,61 | 165 / 171 |
| <u>N° ddd/ n° de fármacos / sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,94 | 0,65 | 0,08 | 0,80 | 3,30 | 443 / 453 |
| Psicofármacos | 0,79 | 0,70 | 0,05 | 0,59 | 3,75 | 253 / 258 |
| Antipsicóticos | 0,66 | 0,64 | 0,03 | 0,47 | 3,75 | 194 / 198 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,24 | 1,05 | 0,13 | 1,00 | 6,25 | 100 / 101 |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio (1) | | | | | | |
| Psicoestimulantes (1) | | | | | | |
| Otros fármacos para conducta (2) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,85 | 0,42 | 0,13 | 0,80 | 3,00 | 197 / 200 |
| Para otros problemas somáticos | 1,53 | 1,18 | 0,08 | 1,00 | 8,87 | 165 / 171 |

(1) ningún sujeto toma más de un fármaco del grupo indicado.

(2) solo 1 sujeto de 21 toma más de un fármaco del grupo.

En ambos casos los valores son los mismos que en la fila correspondiente a n° ddd/individuo.

Tabla 2c; de variables ICAP, población total

| Variables ICAP | Cualitativas Casos / Total (%) | Cuantitativas | | |
|---|-----------------------------------|---------------|-------|---------|
| | | Media | d.s. | Mediana |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | 110 / 172; (64,0%) | | | |
| Visión buena con o sin gafas | 140 / 172; (81,4%) | | | |
| Audición buena con o sin audífono | 158 / 172; (91,9%) | | | |
| Sin crisis en el último año | 158 / 172; (91,9%) | | | |
| Sin problemas de salud que limiten la vida diaria | 145 / 172; (84,3%) | | | |
| Necesitan atención sanitaria < 1 vez al mes | 153 / 172; (89,0%) | | | |
| Sin limitaciones en la movilidad mano-brazo | 151 / 172; (87,8%) | | | |
| No está confinado en silla de ruedas o en cama | 150 / 172; (87,2%) | | | |
| No necesita ayuda de otra persona para moverse | 149 / 172; (86,6%) | | | |
| Destrezas motoras, puntuación W | | 461,33 | 22,42 | 466,00 |
| Destrezas sociales-comunicativas, puntuación W | | 469,59 | 22,12 | 477,00 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | 469,06 | 29,24 | 477,00 |
| Destrezas para vida en comunidad, puntuación W | | 461,33 | 26,90 | 463,00 |
| Independencia general, puntuación W | | 465,39 | 23,51 | 470,00 |
| Edad equivalente, meses | | 53,48 | 35,48 | 47,00 |
| Problemas de conducta, frecuencia < 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | 133 / 172; (77,4%) | | | |
| Heteroagresiva | 138 / 172; (80,2%) | | | |
| Destructiva | 143 / 172; (83,2%) | | | |
| Disruptiva | 96 / 172; (55,8%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 68 / 172; (39,5%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 93 / 172; (54,0%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 95 / 172; (55,2%) | | | |
| No colaboradoras | 120 / 172; (69,8%) | | | |
| Problemas de conducta, de gravedad nula o leve | | | | |
| Autolesiva | 152 / 172; (88,3%) | | | |
| Heteroagresiva | 146 / 172; (84,9%) | | | |
| Destructiva | 152 / 172; (88,3%) | | | |
| Disruptiva | 140 / 172; (81,4%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 134 / 172; (77,9%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 127 / 172; (73,8%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 121 / 172; (70,3%) | | | |
| No colaboradoras | 138 / 172; (80,2%) | | | |
| Índice interno | | -11,84 | 12,11 | -10,00 |
| Índice externo | | -8,55 | 11,28 | -5,00 |
| Índice asocial | | -10,50 | 11,90 | -8,50 |
| Índice general | | -11,51 | 11,27 | -9,00 |
| Puntuación de servicio | | 50,53 | 21,24 | 49,50 |

Gráfico 1. Número de casos aportados por cada centro participante

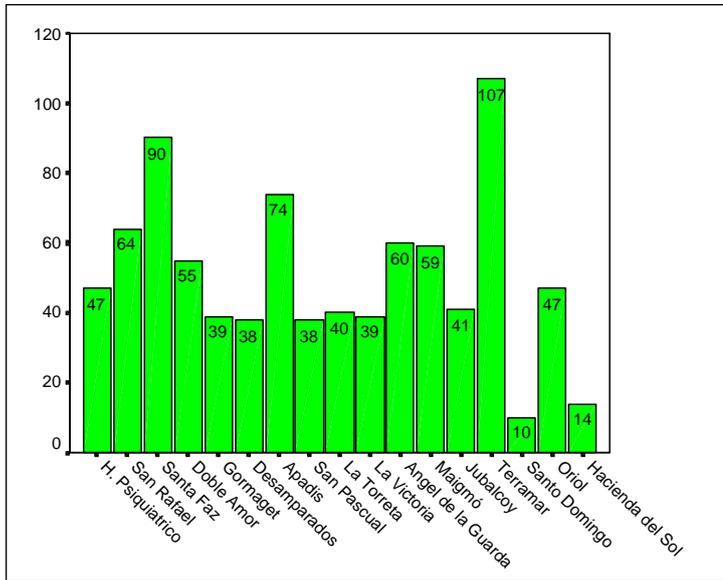


Gráfico 2. Número de sujetos por sexo y centro

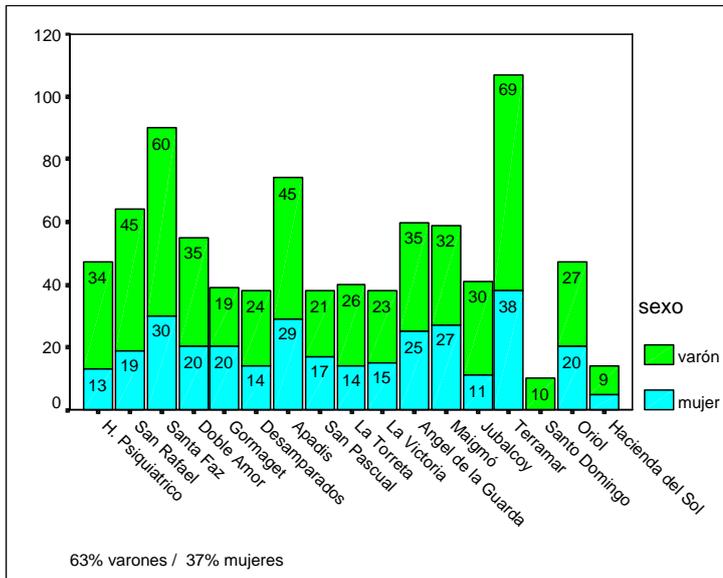


Gráfico 3. Histograma de edad, población total

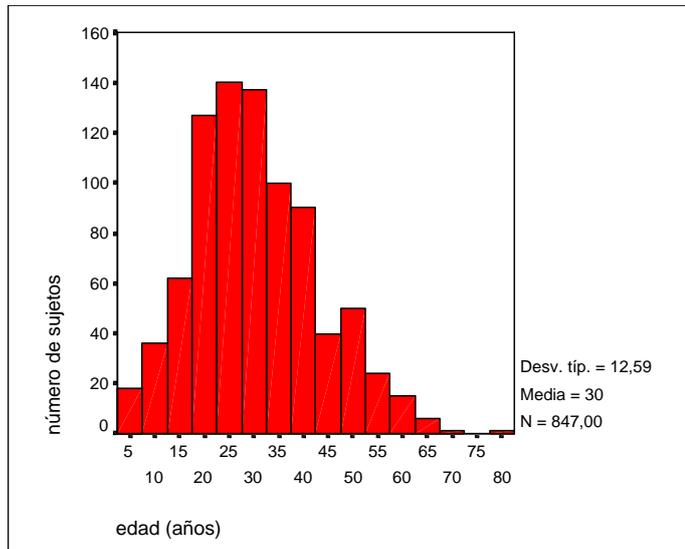
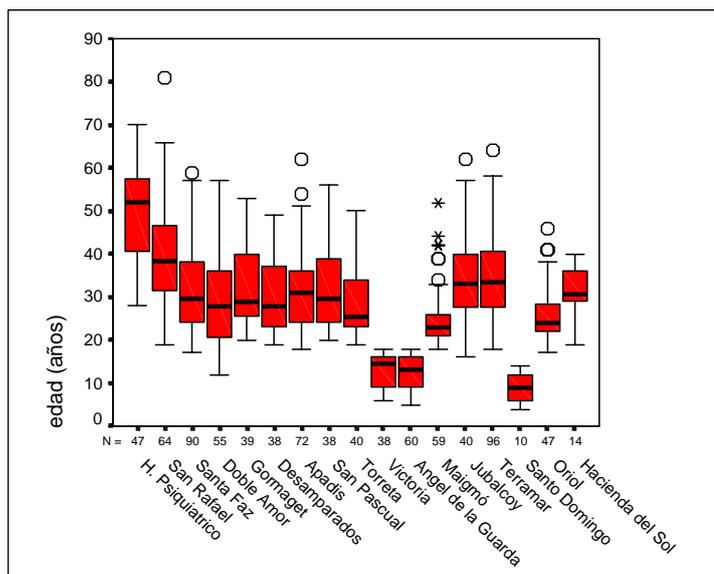


Gráfico 4. Distribución de edad por centros



La edad de los sujetos del centro HP se mostró significativamente mayor que la del resto. En el centro SR, la edad de los sujetos se mostró significativamente superior a la de los sujetos del resto de centros excepto HP. Las edades de los sujetos de SF (media 32,03; ds 10,40), G (media 32,64; ds 9,59), A (media 31,46; ds 9,00), SP (media 32,63; ds 9,42), J (media 35,08; ds 10,79) y TM (media 34,51; ds 10,09) y HS (media 31,14; ds 5,96) fueron significativamente mayores que las de los sujetos asistidos en M (media 25,47; ds 7,39) y O (media 25,89; ds 6,90). Los centros DA (media 29,20; ds 9,84), D (30,29; ds 9,14) y T (29,03; ds 8,30), ocupaban una posición intermedia entre los dos conjuntos de centros indicados anteriormente. Los centros V, AG y SD tenían edades significativamente menores que en el resto de centros, pero no se diferenciaron entre sí.

Gráfico 5. Duración del ingreso (años)

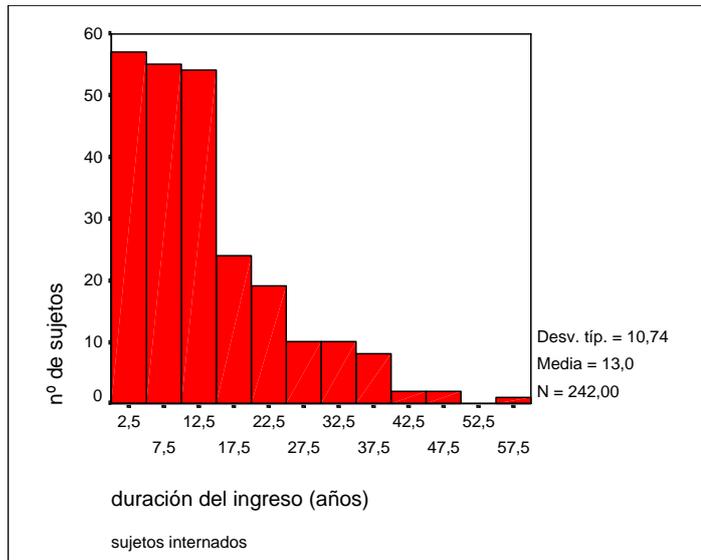
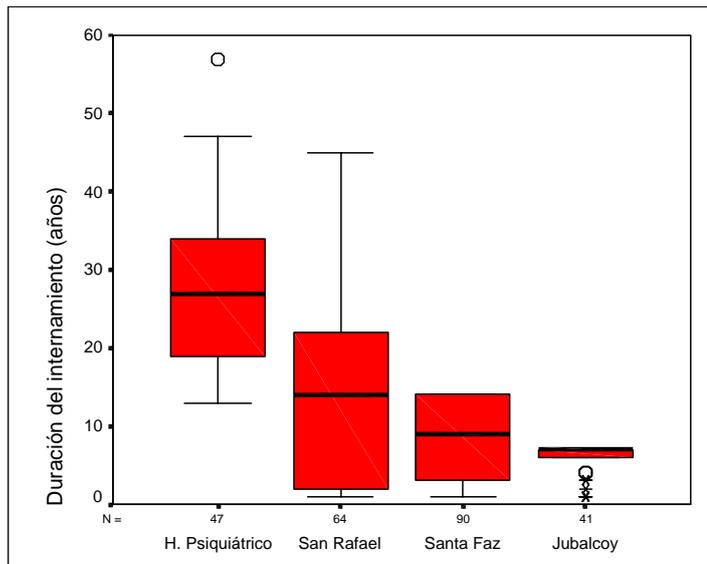


Gráfico 6. Duración del internamiento, por centros



La duración de internamiento en HP fue significativamente mayor que en el resto ($p < 0,05$). En SR la duración de internamiento fue significativamente mayor que en SF y J ($p < 0,05$). A su vez la duración de internamiento en SF fue significativamente mayor que en J ($p < 0,05$)

centros, excepto HP. La media de edad en años de los sujetos, en los centros SF (32,0 \pm 10,4), G (32,6 \pm 9,6), A (31,5 \pm 9), SP (32,6 \pm 9,4), J (35,1 \pm 10,8), TM (34,5 \pm 10,1), y HS (31,1 \pm 6,0), fue significativamente mayor que la de los asistidos en M (25,5 \pm 7,4), y O (25,9 \pm 6,9). Las medias de los centros DA (29,2 \pm 9,8), D (30,3 \pm 9,1), y T (29,0 \pm 8,3), ocuparon una posición intermedia entre los dos últimos conjuntos de centros mencionados. Las edades de los sujetos de los centros V, AG y SD fueron significativamente ($p < 0,05$) menores que en el resto de centros, pero no se diferenciaron entre sí.

4-1-2-C. Tipo de residencia.

Cuatro de los 17 centros participantes ofrecían servicios residenciales (de internamiento), fueron: HP, SR, SF y J; en ellos residían 242 sujetos. Entre estos, la *duración media del internamiento* fue de 13 años, mediana 12 años, los percentiles 25 y 75 corresponden respectivamente a 5 y 18 años de internamiento. La duración del internamiento varió entre 1 y 57 años. Gráfico 5.

La duración media del internamiento en el HP fue de 27,5 (\pm 9,9) años, muy superior a la de los sujetos de las otras 3 instituciones: 13,4 (\pm 10,6) años en SR, 8,3 (\pm 4,9) años en SF y 5,8 (\pm 2,0) años en J. La duración mínima de internamiento entre los 4 centros es notablemente diferente, en HP no había ingresado ningún sujeto desde hacía 13 años, mientras que en el resto se habían ido produciendo ingresos, de forma más o menos continua, durante los últimos años. Los 4 centros mostraron diferencias significativas con relación a la duración del internamiento de los sujetos que acogían ($p < 0,001$); Gráfica 6.

La duración de internamiento en HP fue mayor que la del resto ($p < 0,05$). En SR la duración del internamiento fue mayor que en SF y J, ($p < 0,05$). A su vez, la duración del internamiento en SF fue mayor que en J, ($p < 0,05$).

4-1-3. Características diagnósticas.

4-1-3-A. Grado de retraso mental.

Este dato se desconocía en 10 sujetos, cuya procedencia por centro es 5 de DA, 2 de A, 1 de T, 1 de J y otro de TM.

La frecuencia de cada categoría de retraso mental fue 11% leves, 42% moderados; 29% graves, y 18% profundos. Hubo un ligero predominio de sujetos con

retraso leve-moderado sobre los que padecían retraso grave-profundo. La frecuencia de los 4 grados de retraso mental en cada centro se indica en la Tabla 3. Las diferencias entre centros en la proporción de sujetos de las dos categorías de retraso mental (leves-moderados y graves-profundos) fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

En los centros HP, SR, SF, AG, y J, la proporción de sujetos con retraso mental grave-profundo fue mayor que la esperada; mientras que en A, SP, T, V, M, TM y SD, fueron menores que las esperadas; ($p < 0,05$).

4-1-3-B. Diagnóstico de epilepsia.

En un sujeto, procedente de A, se omitió la información sobre el padecimiento de epilepsia. Del resto de sujetos, el 18% mantuvo el diagnóstico de epilepsia, en el momento de la toma de datos, apoyado en información de la historia clínica. En SD no hubo ningún sujeto epiléptico. Las diferencias entre centros, en la frecuencia de sujetos epilépticos, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Gráfico 7.

Los centros SR, SF, G, y J, la proporción de sujetos epilépticos fue ($p < 0,05$) mayor que la esperada. En D, A, SP, M, TM, y O, la proporción de sujetos epilépticos fue menor ($p < 0,05$) que la esperada.

4-1-3-C. Disfunción sensorial o motora.

En dos casos, uno procedente de A y otro de TM, se omitió la información sobre padecimiento de disfunción sensorial o motora. De los 860 casos sobre los que se proporcionó información, 22% tenían constancia, en las respectivas historias clínicas, de discapacidades físicas en forma de dificultades clínicamente relevantes o imposibilidad para ver, oír, o moverse con normalidad, añadidas al retraso mental. Ningún sujeto del centro SP padecía este tipo de disfunción. El comportamiento de los centros en relación con esta variable fue diferente, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Gráfico 8.

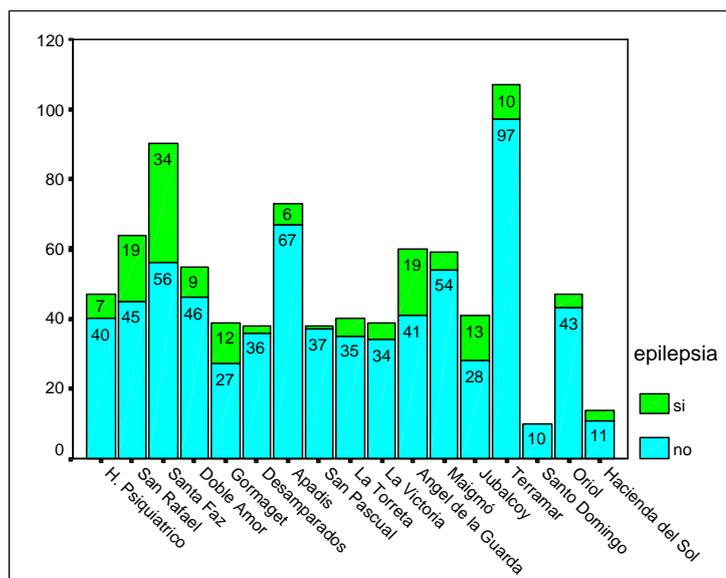
Los centros HP, SR, SF, AG, y SD, presentaron proporciones de sujetos con disfunciones sensitivo-motoras mayores que las esperadas; mientras que los centros A, SP y TM presentaron proporciones menores que las esperadas, ($p < 0,05$).

Las deficiencias motoras, 15% de la población estudiada, fueron más frecuentes que la suma de deficiencias auditivas (4%) y visuales (5%). La deficiencia más

| | grado de retraso mental | | | | Total |
|------------------------|-------------------------|----------|-------|----------|-------|
| | leve | moderado | grave | profundo | |
| H. Psiquiátrico (+) | 1 | 13 | 11 | 22 | 47 |
| San Rafael (+) | 3 | 11 | 19 | 31 | 64 |
| Santa Faz (+) | 1 | 11 | 33 | 45 | 90 |
| Doble Amor | 7 | 23 | 17 | 3 | 50 |
| Gormaget | 1 | 21 | 14 | 3 | 39 |
| Desamparados | 2 | 18 | 7 | 11 | 38 |
| Apadis (-) | 10 | 53 | 9 | 0 | 72 |
| San Pascual (-) | 8 | 24 | 4 | 2 | 38 |
| Torreña (-) | 9 | 21 | 9 | 0 | 39 |
| Victoria (-) | 2 | 29 | 8 | 0 | 39 |
| Angel de la Guarda (+) | 1 | 18 | 33 | 8 | 60 |
| Maigmo (-) | 13 | 34 | 12 | 0 | 59 |
| Jubalcay (+) | 0 | 1 | 23 | 16 | 40 |
| Terramar (-) | 26 | 46 | 33 | 1 | 106 |
| Santo Domingo (-) | 2 | 7 | 0 | 1 | 10 |
| Oriol | 7 | 19 | 13 | 8 | 47 |
| Hacienda del Sol | 4 | 4 | 5 | 1 | 14 |
| Total | 97 | 353 | 250 | 152 | 852 |

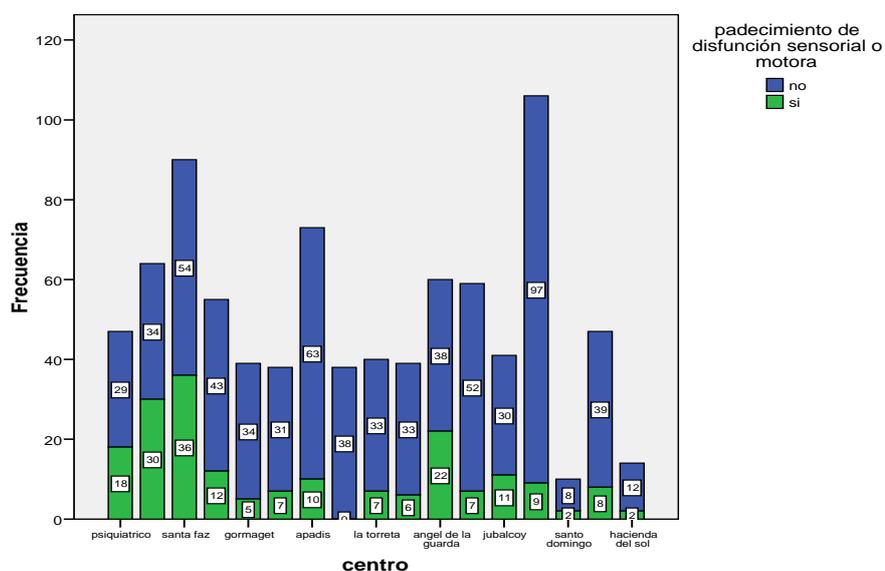
Tabla 3. Grados de retraso mental, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0,001$). Aplicada tras reagrupar los casos leves con los moderados y los casos graves con los profundos. El signo (+) indica que la frecuencia de casos con retraso grave-profundo fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que la esperada; el signo (-) que fue menor.

Gráfico 7. Epilepsia por centro



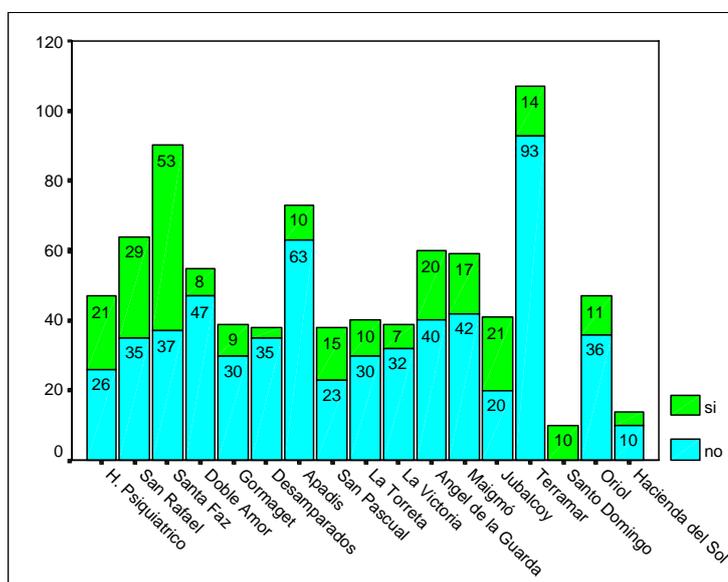
Los centros SR, SF, G, AG y J presentaron proporciones de sujetos epilépticos significativamente superiores ($p < 0,05$) a las esperadas, mientras que los centros D, A, SP, M, TM y O presentaron proporciones de sujetos epilépticos significativamente ($p < 0,05$) menores de las esperadas.

Gráfico 8. Disfunción sensitivo-motora por centro



Los centros HP, SR, SF, AG y SD presentan proporciones de sujetos con disfunciones sensitivo-motoras significativamente ($p < 0,05$) mayores que las esperadas; mientras esta proporción es significativamente menor que la esperada en A, SP y T.

Gráfico 9. Diagnóstico dual por centro



En los centros SD, SF, J mostraron una fracción de sujetos con diagnóstico dual significativamente superior a la esperada ($p < 0,05$). En los centros DA, D, A y TM la frecuencia de diagnóstico dual fue significativamente inferior a la esperada ($p < 0,05$)

frecuentemente informada fue "parálisis cerebral infantil" (46 casos). En el Anexo 3 se presenta una compilación de los tipos de disfunciones sensorio-motoras y número de individuos afectados por centro.

4-1-3-D. Diagnóstico psiquiátrico o conductual.

La información relativa a este epígrafe se proporcionó en 861 casos, faltando en 1 caso procedente de A. Aproximadamente el 30% de los sujetos presentaron en sus historias clínicas un diagnóstico psiquiátrico o un problema conductual, vigente en el momento de recogida de los datos. Todos los sujetos de SD presentaron diagnóstico dual, ya que es un centro específico para niños autistas. Las diferencias entre centros, en la proporción de sujetos con diagnóstico dual, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Gráfico 9.

En los centros SD, SF, y J, la fracción de sujetos con diagnóstico dual fue superior a la esperada; en los centros DA, D, A, y TM, fue inferior a la esperada; ($p < 0,05$).

El diagnóstico psiquiátrico o conductual (sindrómico o sintomático) más frecuentemente reflejado fue la agitación psicomotriz, que afectaba casi al 8% de la población, le siguieron la heteroagresividad que afectaba al 5%, los trastornos de conducta (42 sujetos), ansiedad (35 sujetos) y autoagresividad (29 sujetos). Anexo 4.

4-1-4. Valoración ICAP.

Los cuatro centros que proporcionaron la información ICAP solicitada, HP; SR, O y HS atendían a un total de 172 sujetos.

4-1-4-A. Modo principal de expresión.

El treinta y ocho por ciento de los sujetos evaluados mediante ICAP carecían de lenguaje hablado, si bien un 2% (pertenecientes a SR) empleaban un lenguaje sistematizado (signos o símbolos), y del 23% puede decirse que eran capaces de transmitir sus necesidades más básicas mediante gestos intencionados, quedando el 13% que a juicio de sus cuidadores eran incapaces de una expresión gestual intencionada. El resto, 62%, de los sujetos eran capaces de expresar sus necesidades básicas mediante lenguaje hablado. Reagrupados los sujetos en 2 categorías ("ningún modo de expresión

o hace gestos", y "habla o lenguaje de signos o de símbolos"), las diferencias entre centros fueron estadísticamente significativas ($p = 0,027$). Tabla 4.

En el centro O la frecuencia de sujetos que no son capaces de comunicarse, o lo hacen solo mediante gestos, fue mayor que la esperada ($p < 0,05$).

4-1-4-B. Gravedad de las dificultades visuales y auditivas.

Visión: Tenían dificultades visuales que limitaban su actividad diaria el 12% de los sujetos, y un 7% adicional tenían poca o nula visión aún con gafas especiales. El resto de los sujetos, 81%, tuvieron buena visión, con o sin gafas. Agrupando a los sujetos en 2 categorías ("visión buena con o sin gafas" y "con problemas o nula con o sin gafas"), las diferencias entre centros no alcanzaron el nivel de significación prefijado ($p = 0,064$). Tabla 5.

Audición: Siete sujetos solo podían oír voces altas "con o sin audífono", otros 7, presentaban "audición nula o muy pobre incluso con o sin audífono". El resto, 92% de los sujetos oían voces normales, "con o sin audífono". Agrupando a los sujetos en 2 categorías de capacidad auditiva ("solo pueden oír voces altas y audición nula o muy pobre con o sin audífono" por una parte, y, "pueden oír voces normales, con o sin audífono" por otra), no hubo diferencias entre los centros ($p = 0,950$). Tabla 6.

4-1-4-C. Frecuencia de crisis epilépticas.

Solo 14 sujetos habían sufrido crisis epilépticas en el plazo de un año previo a la recogida de datos; 2 sujetos padecían una o más crisis a la semana, 2 sujetos padecían de 1 a 3 crisis al mes; otros 10 sujetos sufrían crisis epilépticas cada 2 ó más meses. El resto de sujetos, 92%, "no padecían crisis epilépticas o estaban controladas", 19 de los cuales poseían diagnóstico de epilepsia. Agrupados los sujetos en 2 categorías ("sin crisis o controladas" y "con crisis más o menos frecuentes"), las diferencias entre los centros carecieron de significación estadística ($p = 0,269$). Tabla 7.

4-1-4-D. Limitaciones en la vida diaria por problemas de salud física.

Solo 12 sujetos sufrían limitaciones significativas en las actividades cotidianas debido a problemas de salud física. Quince sujetos padecían problemas de salud física que limitaban "algo" las actividades diarias. El resto, 84%, no padecían limitaciones en las actividades cotidianas, que se derivasen de problemas de salud física. Agrupados los sujetos en 2 categorías ("con problemas de salud que limitan su vida diaria" y "sin

problemas de salud que limiten su vida diaria"), no se hallaron diferencias entre los centros ($p = 0,849$). Tabla 8.

En SR hubo una frecuencia de sujetos que "precisaban atención sanitaria 1 ó más veces al mes", mayor que la esperada ($p < 0,05$).

4-1-4-E. Necesidad de atención médica y/o de enfermería.

Solo un sujeto necesitaba cuidados continuos de enfermería y/o médicos; en otro caso estos cuidados se necesitaban diariamente. Aproximadamente un 10% de los sujetos necesitaban asistencia "sanitaria" semanal o mensualmente. El resto, 89%, necesitaba atención sanitaria menos de una vez al mes. Reagrupando los sujetos en 2 categorías ("precisan atención sanitaria menos de 1 vez al mes" y "precisan este tipo de atención 1 ó más veces al mes"), las diferencias entre las 4 instituciones fueron estadísticamente significativas ($p = 0,020$). Tabla 9.

4-1-4-F. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad brazo/mano.

Veintiún sujetos (12%) presentaban limitaciones en la movilidad del brazo y/o mano de forma que sus actividades se veían dificultadas. Solo en 6 casos esta limitación afectaba a la mayoría de las actividades cotidianas. En los otros 15 estaban afectadas "solo algo" las actividades diarias. El resto de los sujetos (88%) no tenían problemas de movilidad del brazo o la mano. Reagrupando los casos en los que se producía "alguna limitación" junto con los que padecían "limitación importante", los centros tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,385$). Tabla 10.

4-1-4-G. Movilidad y ayudas para la movilidad.

Dos sujetos se encontraban confinados en cama la mayor parte de día, 20 pasaban la mayor parte del tiempo en sillas de ruedas o no caminaban por sí mismos. El resto de sujetos (87%) se desplazaba sin problemas ni ayudas. Agrupando los sujetos en dos categorías: "sin problemas de movilidad" y "generalmente en silla de ruedas o no camina o limitado en cama la mayor parte del día", las diferencias entre centros fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Tabla 11.

En SR la frecuencia de sujetos que "generalmente estaban en silla de ruedas, o no caminaban, o estaban limitados en la cama durante la mayor parte del día", fue mayor que la esperada ($p < 0,05$).

| | modo de expresión | | | | | Total |
|------------------|-------------------|-------------|--------------|--------------------|---------------------|-------|
| | ninguno | gestos | habla | lenguaje de signos | tablero de símbolos | |
| H. Psiquiátrico | 8 | 14 | 25 | 0 | 0 | 47 |
| San Rafael | 12 | 15 | 34 | 2 | 1 | 64 |
| Oriol (+) | 1 | 9 | 37 | 0 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 1 | 2 | 11 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 22 12,8% | 40 23,3% | 107 62,2% | 2 1,2% | 1 ,6% | 172 |

Tabla 4. Modo de expresión de los sujetos valorados con ICAP por centros. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, para la tabla reagrupada en 2 categorías de modos de expresión ("ningún modo de expresión o expresión mediante gestos" y "habla o emplea lenguaje de signos o tablero de símbolos"), ($p=0,027$). El signo (+) significa que la frecuencia de sujetos que no son capaces de comunicarse o solo lo pueden hacer mediante gestos, fue significativamente menor que la esperada ($p<0,05$).

| | visión | | | Total |
|------------------|-----------------------|--|---|-------|
| | buena con o sin gafas | con problemas que limitan su vida, con o sin gafas | poca o nula visión aún con gafas especiales | |
| H. Psiquiátrico | 37 | 6 | 4 | 47 |
| San Rafael | 47 | 10 | 7 | 64 |
| Oriol | 43 | 3 | 1 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 1 | 0 | 14 |
| Total | 140 81,4% | 20 11,6% | 12 7,0% | 172 |

Tabla 5. Capacidad visual de los sujetos valorados con ICAP, por centros. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, variable capacidad visual reagrupada en 2 categorías: "buena con o sin gafas" y "con problemas o nula con o sin gafas", ($p= 0,064$).

| | audición | | | Total |
|------------------|--|--|--------------------------------------|-------|
| | puede oír voces normales, con o sin audífono | puede oír solo voces altas, con o sin audífono | audición pobre, incluso con audífono | |
| H. Psiquiátrico | 43 | 3 | 1 | 47 |
| San Rafael | 58 | 1 | 5 | 64 |
| Oriol | 44 | 3 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 0 | 1 | 14 |
| Total | 158 91,9% | 7 4,1% | 7 4,1% | 172 |

Tabla 6. Capacidad auditiva de los sujetos valorados con ICAP, por centro. Prueba Chi-cuadrada de Pearson, capacidad auditiva reagrupada en 2 categorías: "puede oír voces normales con o sin audífono" y "solo puede oír voces altas o audición pobre o nula", ($p = 0,950$).

| | frecuencia de crisis epilépticas | | | | Total |
|------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------|-------|
| | ningunas o controladas | una cada dos o más meses | crisis mensuales | una o más crisis por semana | |
| H. Psiquiátrico | 43 | 4 | 0 | 0 | 47 |
| San Rafael | 56 | 5 | 1 | 2 | 64 |
| Oriol | 46 | 0 | 1 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 158 91,9% | 10 5,8% | 2 1,2% | 2 1,2% | 172 |

Tabla 7. Frecuencia de crisis epilépticas de los sujetos valorados con ICAP, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, agrupados los sujetos en dos categorías, "sin crisis epilépticas o controladas" y "con crisis más o menos frecuentes", las diferencias entre centros carecen de significación estadística ($p=0,269$).

| | salud | | | Total |
|------------------|--------------------------|-------------------------------|--|-------|
| | no limita su vida diaria | limita un poco su vida diaria | limitación muy significativa de la vida diaria | |
| H. Psiquiátrico | 40 | 6 | 1 | 47 |
| San Rafael | 52 | 3 | 9 | 64 |
| Oriol | 41 | 5 | 1 | 47 |
| Hacienda del Sol | 12 | 1 | 1 | 14 |
| Total | 145 84,3% | 15 8,7% | 12 7,0% | 172 |

Tabla 8. Estado de salud y limitación de las actividades de la vida diaria, para los sujetos valorados con ICAP, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, variable reagrupada en 2 categorías: "no limita su vida diaria" y "con alguna limitación o limitación muy significativa de la vida diaria", ($p = 0,849$).

| | necesidad de atención sanitaria | | | | | Total |
|-----------------|---------------------------------|---------------|---------------|--------------|-------------------------------------|-------|
| | menos de una vez al mes | mensual mente | semanal mente | diaria mente | continua, en cualquier momento, 24h | |
| H. Psiquiátrico | 43 | 1 | 2 | 1 | 0 | 47 |
| San Rafael (+) | 51 | 10 | 2 | 0 | 1 | 64 |
| Oriol | 45 | 2 | 0 | 0 | 0 | 47 |
| Hacienda del | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 153 89,0% | 13 7,6% | 4 2,3% | 1 ,6% | 1 ,6% | 172 |

Tabla 9. Necesidad de atención sanitaria (médica o de enfermería) de los sujetos evaluados con ICAP, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, variable recodificada en 2 columnas: "necesita atención más de una vez al mes" y "necesita atención más de una vez al mes", ($p=0,020$). El signo (+) indica que hay una frecuencia mayor que la esperada ($p < 0,05$) de sujetos que "precisan atención sanitaria 1 o más veces al mes".

| | movilidad en brazo / mano | | | Total |
|------------------|---------------------------|--------------------------|---|-------|
| | sin limitaciones | con algunas limitaciones | limitaciones en la mayoría de actividades diarias | |
| H. Psiquiátrico | 41,3 | 5 | 3 | 47 |
| San Rafael | 55 | 6 | 3 | 64 |
| Oriol | 44 | 3 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 1 | 0 | 14 |
| Total | 151 87,8% | 15 8,7% | 6 3,5% | 172 |

Tabla 10. Limitación de actividades de la vida diaria por problemas de movilidad en la mano o el brazo, por centro. Prueba Chi-cuadrada de Pearson, casos reagrupados en 2 categorías de movilidad brazo/mano ("sin limitaciones" y "algunas limitaciones o para la mayoría de actividades", ($p = 0,385$).

| | movilidad | | | Total |
|------------------|-------------------------|---|---|-------|
| | sin problemas ni ayudas | generalmente en silla de ruedas o no camina | limitado en cama la mayor parte del día | |
| H. Psiquiátrico | 44 | 1 | 2 | 47 |
| San Rafael (+) | 47 | 17 | 0 | 64 |
| Oriol | 45 | 2 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 14 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 150 87,2% | 20 11,6% | 2 1,2% | 172 |

Tabla 11. Movilidad de los sujetos valorados con ICAP, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos reagrupados en 2 categorías "sin problemas de movilidad" y "en silla de ruedas o en cama", ($p < 0,001$). El signo (+) indica que hay un número mayor que el esperado ($p < 0,05$) de sujetos que están "generalmente en silla de ruedas o no camina o limitado en cama la mayor parte del día".

| | ayudas para la movilidad | | | | Total |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|---|-------|
| | ninguna | necesita aparatos, pero se basta solo | necesita ayuda de otra persona en ocasiones | necesita ayuda permanente de otra persona | |
| H. Psiquiátrico (-) | 44 | 0 | 1 | 2 | 47 |
| San Rafael (+) | 38 | 10 | 12 | 4 | 64 |
| Oriol (-) | 44 | 0 | 2 | 1 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 0 | 1 | 0 | 14 |
| Total | 139 80,8% | 10 5,8% | 16 9,3% | 7 4,1% | 172 |

Tabla 12. Necesidad de ayudas para la movilidad, sujetos valorados con ICAP, por centros. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, para la tabla reagrupada en dos columnas "no precisa ayuda" y "precisa ayuda", ($p < 0,001$). El signo (+) indica frecuencia mayor que la esperada de sujetos que "precisan ayuda de otra persona" ($p < 0,05$), (-) que es menor que la esperada.

Diez sujetos necesitaban aparatos, como bastones o sillas de ruedas, pero se bastaban a sí mismos para desplazarse. Dieciséis sujetos necesitaban ayuda ocasional de otra persona. Siete sujetos necesitaban ayuda permanente de otra persona en sus desplazamientos. El resto, 81%, de sujetos no precisaba ninguna ayuda para su movilidad. Considerando tan solo 2 categorías, "no precisa ayuda de otra persona para su movilidad" y "precisa ayuda de otra persona para la movilidad, ocasional o permanentemente", las diferencias entre los centros fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Tabla 12.

La frecuencia de sujetos que "precisaban ayuda de otra persona" (ocasional o permanentemente) fue mayor que la esperada; mientras que fue menor que la esperada en HP y O; ($p < 0,05$).

4-1-4-H. Destrezas adaptativas e independencia general (puntuaciones W). Edad equivalente en meses.

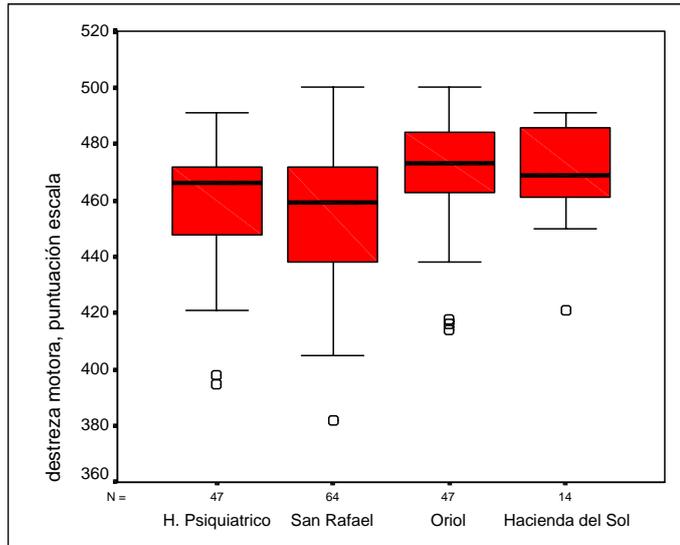
La puntuación media de las *destrezas motoras* fue de 461,33 ($\pm 22,42$), equivalente a una edad de aproximadamente 2 años y 10 meses; puntuación mínima 382 (equivalente a 3 meses de edad) y máxima de 500 (equivalente a 12 o más años de edad), abarcando los valores de la población todo el rango de variación posible.

Las puntuaciones de las *destrezas sociales y comunicativas* variaron de 419 (corresponde a 2 meses de edad) hasta 512 (corresponde a 18 años de edad); el valor medio fue 469,50 ($\pm 22,12$), corresponde a 2 años y 6 meses. El abanico máximo posible es desde 411, que corresponde a menos de 2 meses de edad, hasta 516, que corresponde a 29 años de edad.

Las puntuaciones en *destrezas para la vida personal* variaron de 374 (corresponde a 4 meses de edad) hasta 519 (corresponde a 17-18 años de edad). El valor medio fue 469,06 ($\pm 29,24$), corresponde a 4 años y 5 meses de edad). Rango máximo posible entre 353, que corresponde a menos de 4 meses de edad, y 529, que corresponde a 40 ó más años de edad.

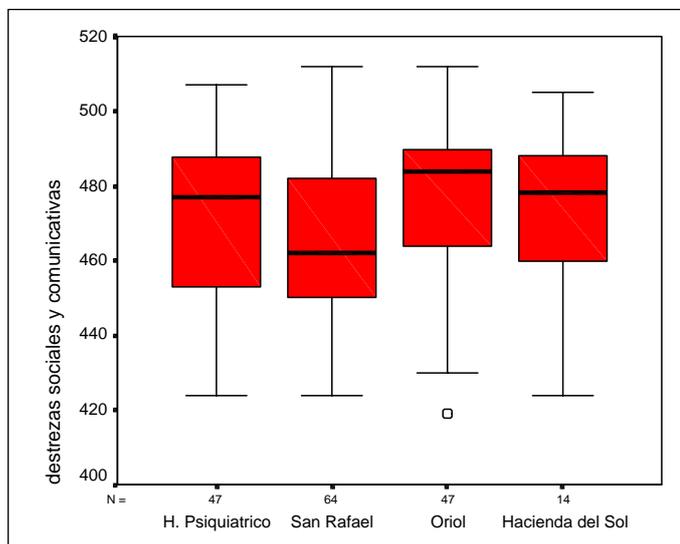
Las puntuaciones de las *destrezas para la vida en comunidad* variaron entre 408 (corresponde a menos de 11 meses de edad) y 517 (corresponde a 17-18 años de edad). El valor medio fue 461,33 ($\pm 26,90$), corresponde a 3 años y 10 meses de edad. El abanico de variabilidad máxima es de 408 a 534, que corresponden a 11 meses y 33 ó más años de edad, respectivamente.

Gráfico 10. Destrezas motoras (ICAP), por centro



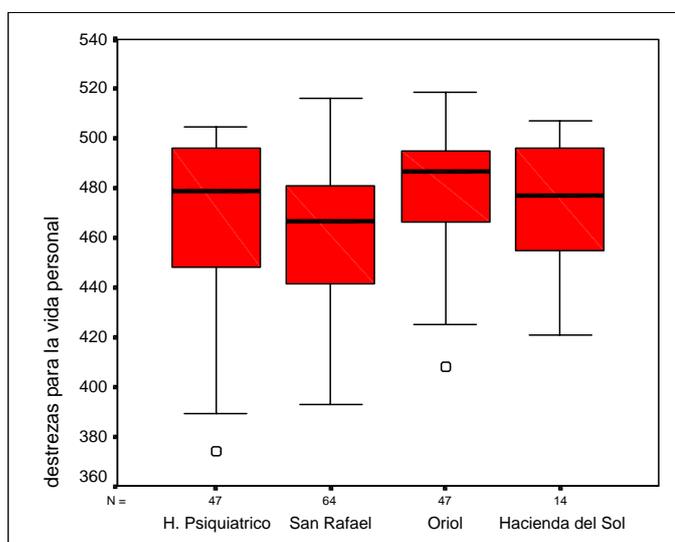
Las "destrezas motoras" de los sujetos de HP (media 458,66; ds 21,21) y SR (media 454,92; ds 22,99) no se diferenciaron entre sí, pero fueron significativamente inferiores a las que exhibían los sujetos de O (media 470,43; ds 20,44). Las destrezas motoras de los sujetos de HS (media 469,07; ds 19,80) no se diferenciaron de las destrezas de los sujetos de los otros tres centros

Gráfico 11. Destrezas sociales y comunicativas (ICAP), por centro



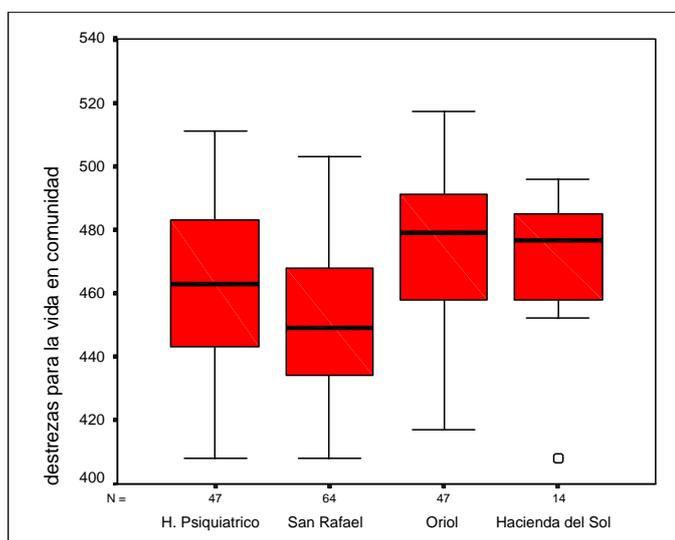
Las "destrezas sociales y comunicativas" de los sujetos de SR (media 463,55; ds 21,17) fueron significativamente inferiores a las de los sujetos de O (476,91; ds 22,12). Pero no se hallaron otras diferencias significativas entre los centros; en HP la media fue 468,83 (ds 21,80) y en HS fue 474,07 (ds 21,34).

Gráfica 12. Destrezas para la vida personal (ICAP), por centro



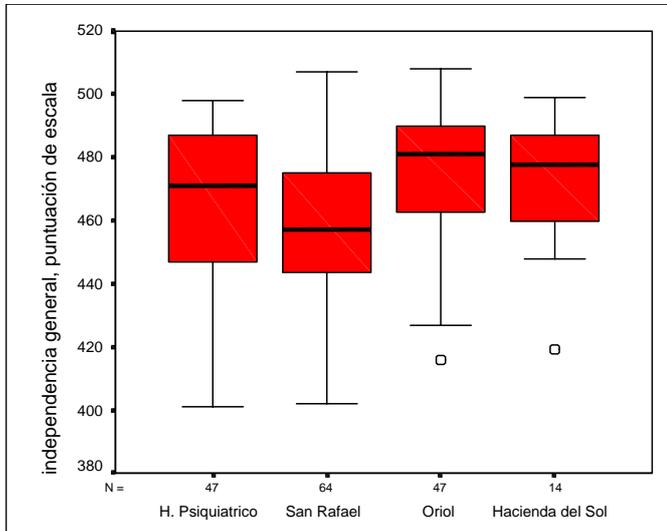
Los valores media de "destrezas para la vida personal" fueron en el centro HP 468,19 (ds 35,40); en SR 461,44 (ds 26,79); en O fue 479,13 (ds 23,62); y en HS 473,07 (ds 26,23). Las "destrezas" de los sujetos de SR fueron significativamente inferiores a las de los sujetos de O. Pero no se hallaron otras diferencias significativas entre los centros.

Gráfico 13. Destrezas para la vida en comunidad (ICAP), por centro



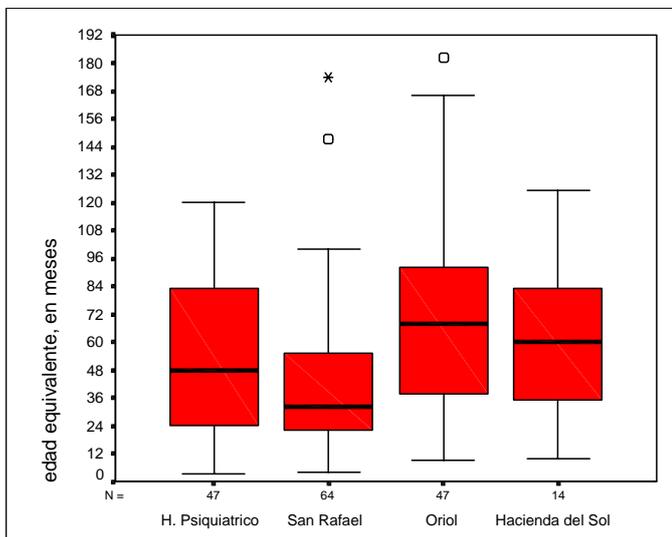
Los valores media de "destrezas para la vida en comunidad" fueron en el centro HP 462,34 (ds 28,34); en SR 451,00 (ds 23,84); en O fue 471,77 (ds 25,95); y en HS 470,14 (ds 23,05). Las "destrezas" de los sujetos de SR fueron significativamente ($p < 0,05$) inferiores a las de los sujetos de O. Pero no se hallaron otras diferencias significativas entre los centros.

Gráfico 14. Independencia general (ICAP), por centro



Los valores media de independencia general fueron en el centro HP 464,47 (ds 25,32); en SR 457,86 (ds 21,56); en O fue 474,70 (ds 21,56); y en HS 471,64 (ds 21,70). La "independencia" de los sujetos de SR fueron significativamente ($p < 0,05$) inferiores a las de los sujetos de O. No se hallaron otras diferencias significativas entre los centros.

Gráfico 15. Edad equivalente en meses (ICAP), por centro



La edad equivalente media de los sujetos de HP fue 52,77 meses (ds 34,10); en SR fue 41,41 meses (ds 30,00); en O 68,32 meses (ds 38,47) y en HS 61,21 (ds 34,35). Las "edades equivalentes" de los sujetos de SR son significativamente ($p < 0,05$) inferiores a las de los sujetos de O. Pero no se hallaron otras diferencias significativas entre los centros

Las puntuaciones de *independencia general* variaron entre 401 (corresponde a 3 meses de edad) y 508 (corresponde a 15 años y 2 meses de edad). Valor medio 465,39 ($\pm 23,51$) corresponde a 3 años y 4 meses de edad. Abanico de variabilidad máxima desde 388, menos de 3 meses de edad, hasta 520, corresponde a más de 40 años de edad.

La *edad (en meses) equivalente a las destrezas adaptativas*, varió entre 3 y 182 meses, valor medio 53,48 meses ($\pm 35,48$); mediana 47 meses y los cuartiles 1º y 3º a 25 meses y 75 meses respectivamente; solo el 5% de los sujetos mostró destrezas y conductas adaptativas equivalentes 120 meses o superiores.

El centro SR mostró valores media y mediana más bajos que los otros 3 centros en los 4 tipos de destrezas puntuadas, en la independencia general y en la edad equivalente (en meses) a las funciones adaptativas. Por el contrario O presentó siempre valores medios y mediana más altos. Las diferencias entre los centros fueron estadísticamente significativas en las 6 variables; destrezas motoras ($p < 0,001$), destrezas sociales y comunicativas ($p < 0,004$), destrezas para la vida personal ($p < 0,003$), destrezas para la vida en comunidad ($p < 0,001$), independencia general ($p < 0,001$), y edad equivalente en meses ($p < 0,001$). Gráficos 10 á 15.

Las "destrezas motoras" de los sujetos de HP (458,66 $\pm 21,21$) y SR (454,92 $\pm 22,99$), no se diferenciaron entre sí, pero fueron significativamente inferiores ($p < 0,05$) a las que exhibían los sujetos de O (470,43 $\pm 20,44$). Los sujetos de HS (469,07 $\pm 19,80$) no se diferenciaron de los otros.

Las "destrezas sociales y comunicativas" de los sujetos de SR (463,55 $\pm 21,17$) fueron inferiores ($p < 0,05$) a las de los sujetos de O (476,91 $\pm 22,12$). No se hallaron otras diferencias significativas entre los centros. Las destrezas "sociales y comunicativas" en HP puntuaron 468,83 ($\pm 21,80$) y en HS 474,07 ($\pm 21,34$).

Las puntuaciones de las "destrezas para la vida personal" fueron en HP 468,19 ($\pm 35,40$), en SR 461,44 ($\pm 26,79$), en O 479,13 ($\pm 23,62$), y en HS 473,07 ($\pm 26,23$). Las destrezas de los sujetos de SR fueron inferiores ($p < 0,05$) a las de los sujetos de O. No se hallaron otras diferencias significativas entre los centros.

Las destrezas "para la vida en comunidad" puntuaron en HP 426,32 ($\pm 28,34$), en SR 451,00 ($\pm 23,84$), en O 471,77 ($\pm 25,95$), y en HS 470,14 ($\pm 23,05$). Las destrezas de los sujetos de SR fueron inferiores ($p < 0,05$) a las de los sujetos de O; pero no se hallaron otras diferencias significativas entre los centros.

Los valores de "independencia general" fueron en HP 464,47 ($\pm 25,32$), en SR 457,86 ($\pm 21,56$), en O 474,70 ($\pm 21,56$), y en HS 471,64 ($\pm 21,70$). La "independencia" de los sujetos de SR fue inferior a la de los sujetos de O ($p < 0,05$). No hubo otras diferencias significativas entre los centros.

La "edad equivalente, en meses" a las conductas adaptativas, fueron, en HP 52,77 ($\pm 34,10$), en SR 41,41 ($\pm 30,00$), en O 68,32 ($\pm 38,47$), y en HS 61,21 ($\pm 34,35$). La "edad equivalente" de los sujetos de SR fue inferior a las de los sujetos de O ($p < 0,05$). No se hallaron otras diferencias significativas entre los centros.

4-1-4-I. Frecuencia y gravedad de conductas desadaptativas.

Cincuenta y dos sujetos presentaban conductas autolesivas. Veinte de ellos diariamente; de forma continua 5, y entre 1 y 10 veces/día otros 15. Nueve sujetos sufrían de 3 a 1 episodios autolesivos al mes. Trece sujetos padecían episodios autolesivos con frecuencia < 1 vez /mes. En siete de los sujetos se consideró que aún estando presente esta conducta, ello no constituía un problema. Las autolesiones fueron vistas por los cuidadores como un problema crítico en solo 1 caso, en otros 10 casos se consideró que el problema era grave; en 9 casos se consideró que constituía un problema moderado. Veinticinco casos fueron considerados leves. Los centros se mostraron significativamente diferentes en frecuencia ($p < 0,001$); pero no en la gravedad ($p = 0,205$) de las conductas autolesivas. La proporción de sujetos procedentes de SR que exhibían conductas autolesivas con frecuencia de "1 ó más veces al mes" fue mayor que la esperada, y en O esta proporción fue menor que la esperada ($p < 0,05$). Tablas 13 y 14.

Sesenta y cuatro sujetos presentaban conductas heteroagresivas. Nueve de ellos de 1 a 10 veces al día. En 13 sujetos con frecuencia de 1 a 6 veces por semana. Doce sujetos agredían de 1 a 3 veces al mes. En 30 casos esta conducta estaba presente con frecuencia < 1 vez/mes. En siete de los sujetos se consideró que aún estando presente esta conducta, ella no constituía problema alguno. La heteroagresividad fue vista por los cuidadores como un problema crítico en 3 casos. En 8 casos como grave. Se consideró moderada en 15 casos. En 31 sujetos se consideró leve. Las diferencias entre centros no alcanzaron significación estadística para la frecuencia de conductas heteroagresivas ($p = 0,070$), sí las diferencias en gravedad ($p = 0,048$). La proporción de sujetos que exhibían

conductas heteroagresivas de gravedad "moderada a crítica" en el centro O, fue menor que la esperada ($p < 0,05$). Tablas 15 y 16.

Las conductas destructivas fueron exhibidas por 41 sujetos. Diez la mostraban de 1 a 10 veces /día. Siete sujetos se mostraban destructivos entre 1 y 6 veces /semana. Doce sujetos las presentaban de 1 a 3 veces /mes. Otros 12 sujetos mostraban este tipo de conductas, con frecuencia < 1 vez /mes. En un caso se consideró esta conducta como un problema crítico. En 7 se consideró grave. En 12 casos como moderado. Constituía un problema leve en 14 sujetos. Las diferencias entre centros no fueron estadísticamente significativas ni en frecuencia ($p = 0,115$), ni en gravedad ($p = 0,070$) de las conductas destructivas. Tablas 17 y 18.

Se notificaron comportamientos disruptivos para 93 sujetos. En 4 casos con una frecuencia de 1 ó más veces /hora. En 27 casos de 1 a 10 veces /día. En 23 casos con frecuencia de 1 a 6 veces /semana. Estas conductas se presentaban con una frecuencia de 1 a 3 veces /mes en 22 casos. En otros 17 casos la frecuencia de presentación fue < 1 vez /mes. En 3 casos esta conducta constituía un problema crítico. En 5 casos era un problema grave. En 24 casos moderado. Se consideró un problema leve en 47 casos. En 14 sujetos que exhibían conductas disruptivas se consideró que estas no constituían un problema. Hubo diferencias significativas entre los centros tanto en la frecuencia ($p = 0,029$) con que los sujetos exhibían conductas disruptivas, como en la gravedad ($p = 0,048$) de tales conductas. La proporción de sujetos que exhibían conductas disruptivas con frecuencia "mensual o superior" fue mayor que la esperada en SR, y menor en O, ($p < 0,005$). La proporción de sujetos que exhibían estas conductas con gravedad "moderada a crítica" fue mayor que la esperada en SR, y menor en HS, ($p < 0,05$). Tablas 19 y 20.

Ciento doce sujetos presentaban hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). Treinta manifestaban estereotipias continuamente. Cuarenta y seis sujetos de "1 a 10 veces /día". Quince sujetos manifestaban estas conductas de 1 a 6 veces /semana. Trece sujetos las exhibían 1 a 3 veces /mes. Las exhibían ocasionalmente, < 1 vez /mes, 8 sujetos. En 32 sujetos que presentaban esta conducta, se consideró que no constituía problema. En 42 sujetos se consideró que era un problema leve. Se consideró un problema moderado en 22. En 11 sujetos se consideró grave. Hubo 5 casos de gravedad crítica. Las diferencias entre centros respecto a este tipo de conductas fueron estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia ($p < 0,001$), pero no respecto a

la gravedad ($p= 0,185$). La proporción de sujetos que exhibían hábitos atípicos y repetitivos en HS fue menor que la esperada ($p<0,05$). Tablas 21 y 22.

Ochenta y ocho sujetos exhibían algún tipo de conducta socialmente ofensiva. Diez sujetos de forma continuada, 1 ó más veces /hora. Treinta y ocho de 1 a 10 veces /día. Veintidós de 1 a 6 veces /semana. Nueve de 1 a 3 veces al mes. Otros 9 sujetos presentan conductas socialmente ofensivas con una frecuencia <1 vez /mes. En 31 casos se consideró que las conductas atípicas eran un problema leve. En otros 31 casos de gravedad moderada. Había un problema de carácter grave en 7 sujetos, y crítico en otros 7. Las diferencias entre los centros tanto en la frecuencia ($p= 0,001$) de este tipo de conducta, como en la gravedad ($p= 0,019$) de las mismas, se mostraron estadísticamente significativas. La proporción de sujetos que exhibían conducta socialmente ofensivas con frecuencia "de 1 ó más veces al mes" fue mayor que la esperada en SR, y menor que la esperada en HS, ($p<0,05$). La proporción de sujetos con conductas socialmente ofensivas que constituían un "problema de moderado a crítico" fue mayor que la esperada en SR, y menor que la esperada en HS; ($p<0,05$). Tablas 23 y 24.

Ochenta y ocho sujetos mostraron actitud retraída y falta de atención. Veintidós de forma continua. Veintiocho con una frecuencia entre 1 y 10 veces /día. Dieciséis sujetos de 1 a 6 veces /semana. En 11 casos de 1 a 3 veces /mes. Otros 11 sujetos mostraron estas actitudes, pero <1 vez /mes. El retraimiento y falta de atención constituyó un problema crítico en 7 sujetos. Se consideró grave en otros 17 sujetos. En veintisiete el problema era moderado. En 26 solo un problema leve. En 7 sujetos que presentaban conductas de retraimiento y falta de atención, se consideró estas no constituían un problema. Las diferencias entre centros fueron estadísticamente significativas tanto para la frecuencia ($p = 0,002$) como para la gravedad ($p = 0,018$) de las conductas retraídas y faltas de atención. La proporción de sujetos que exhibían conductas retraídas y falta de atención con frecuencia "de 1 ó más veces al mes" fue menor que la esperada en O y HS, ($p<0,05$). También fue menor que la esperada, la proporción de sujetos que en el centro O exhibían estas conductas con gravedad de "moderada a crítica", ($p<0,05$). Tablas 25 y 26.

Conductas no colaboradoras. Setenta y cuatro sujetos presentaban conductas no colaboradoras. Tres de forma continua. Diecinueve de 1 a 10 veces /día. Dieciséis entre 1 y 6 veces /semana. Catorce entre 1 y 3 veces /mes. Veintidós sujetos presentaban estas conductas, pero menos de 1 vez al mes. La conducta no colaboradora constituía un

problema crítico en 1 sujeto. En 8, un problema grave. El problema era moderado en 25 casos. En 24 casos, un problema leve. En 16 casos en que esta conducta estaba presente, se consideró que no llegaba a constituir un problema. Las diferencias entre centros, en la frecuencia ($p= 0,055$) de conductas no colaboradoras, no alcanzaron el nivel de significación prefijado; tampoco en la gravedad ($p = 0,190$). Tablas 27 y 28.

4-1-4-J. Índices conductuales derivados.

La tabla 29 informa sobre la distribución de estos índices en el conjunto de los 172 sujetos evaluados con ICAP.

Índice interno. La puntuación varió desde +2 hasta -49, valor medio -11,8 ($\pm 12,1$). La gran mayoría de la población o no presentaba problemas internos o solo de gravedad leve. En una cuarta parte de sujetos, indicó la existencia de problemas internos moderados o más graves, solo 4 casos se consideraron muy graves. Los valores media y mediana de O y HS estaban en el rango de normalidad, mientras que en SR y HP estaban en el rango de problemas leves. Los valores mínimos fueron diferentes en los 4 centros, en HP (-45) y SR (-49) cayeron en el rango de problemas muy graves, en O (-39) dentro del rango de problemas graves, y en HS (-28) los más problemáticos fueron de gravedad moderada. Los valores media más bajos se hallaron en HP (-14,5; $\pm 12,3$) y SR (-15,6; $\pm 12,6$), y los más elevados en O (-7,2; $\pm 8,8$) y HS (-1,3; $\pm 8,1$). Los valores de índice interno se diferenciaron de forma estadísticamente significativa entre centros ($p < 0,001$). Los valores de HP y SR se mostraron diferentes ($p < 0,05$) de los de O y HS. Gráfico 16.

Índice externo. La puntuación varió entre +1 y -56, valor medio -8,6 ($\pm 11,3$). En casi el 16% de los casos se consideró que los problemas externos eran de carácter moderado o más grave; siendo muy graves en 3 casos. Los valores medios de HP (-9,4; $\pm 14,4$), O (-5,3; $\pm 8,8$) y HS (-1,6; $\pm 4,1$) cayeron dentro del rango de normalidad, pero en SR (-11,8; $\pm 10,2$) caían en el rango de problemas leves. El valor mínimo en HS (-14) correspondió al rango de problemas leves, en O (-30) y SR (-38) al rango de problemas graves, y en HP (-56) al de problemas muy graves o críticos. Los valores fueron más favorables en HS y en conjunto los valores más desfavorables se hallaron en SR. Las diferencias entre centros fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El centro HS se diferenció de HS; y SR de O y HS, ($p < 0,05$). Gráfico 17.

Índice asocial. La puntuación varió entre +6 y -42, valor medio 10,5 ($\pm 11,9$). Menos del 9% de los sujetos presentaban problemas asociales de carácter grave o muy grave; el 79% de los sujetos no presentaron problemas de índole asocial o eran de carácter leve. Las puntuaciones medias más negativas se obtuvieron en SR (-15,3; $\pm 12,2$), y las mayores en HS (-3,0; $\pm 6,3$). Los valores medios en los otros dos centros fueron muy próximos entre sí, HP (-8,4; $\pm 11,5$) y O (-8,3; $\pm 10,9$), y se aproximan a los de HS. La media en SR correspondía al rango de problemas leves, mientras que en los otros 3 centros correspondían al rango de normalidad. El valor mínimo en HS cayó dentro del rango de problemas leves, en O y HP dentro del rango de problemas graves, y en SR de problemas críticos. Las diferencias entre los centros fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). SR presentó valores inferiores al resto, ($p < 0,05$). Gráfico 18.

Índice general. Varió entre +1 y -54; media -11,5 ($\pm 11,3$). La mayoría de sujetos no presentaron problemas conductuales o eran leves (77%). Solo en 5% de los casos los problemas conductuales fueron de carácter grave o muy grave. Los 3 casos muy graves procedían de HP. Mientras que los valores medios de HP (12,2; $\pm 13,9$) y SR (-16,0; $\pm 9,6$) caían en el rango de problemas leves, en O (-7,4; $\pm 8,6$) y HS (-2,0; $\pm 4,9$) estos valores indicaron normalidad. Los valores mínimos también se comportaron de manera diferente en los centros, en HP (-54) indicaba problema crítico, en SR (-39) grave, en O (-25) moderado y en HS (-17) leve. Los centros se mostraron significativamente diferentes ($p < 0,001$). Los valores de HS fueron superiores a los de HP, SR y O; y los de SR también fueron inferiores a los de HP y O; ($p < 0,05$). Gráfica 19.

4-1-4-K. Puntuación de servicio.

La puntuación de servicio varió entre 1 y 93, media 50,8 ($\pm 20,9$). En los centros O y HS presentaron valores similares, 60,9 ($\pm 18,0$) y 63,1 ($\pm 16,0$) respectivamente; que fueron mayores que los de HP 50,0 ($\pm 23,0$); y SR 41,2 ($\pm 17,5$) respectivamente. Las diferencias entre los centros fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Las puntuaciones de servicio en SR fueron inferiores a las de O y HS. Gráfica 20.

| | frecuencia de conducta autolesiva | | | | | | Total |
|-----------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|----------------------|--------------------|----------------|-------|
| | nunca | < 1 vez / mes | 1 - 3 veces / mes | 1 - 6 veces / semana | 1 - 10 veces / día | > 1 vez / hora | |
| H. Psiquiátrico | 35 | 1 | 2 | 4 | 5 | 0 | 47 |
| San Rafael (+) | 34 | 6 | 5 | 6 | 9 | 4 | 64 |
| Oriol (-) | 38 | 6 | 1 | 0 | 1 | 1 | 47 |
| Hacienda del | 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 120 | 13 | 9 | 10 | 15 | 5 | 172 |
| | 69,8% | 7,6% | 5,2% | 5,8% | 8,7% | 2,9% | |

Tabla 13. Frecuencia de conductas autolesivas por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, frecuencias reagrupadas en 2 categorías: " menos de 1 vez al mes" y "1 o más veces al mes", ($p < 0,001$). El signo (+) indica que la proporción de sujetos que exhiben conductas autolesivas con frecuencia de 1 ó más veces al mes o más frecuentemente, es mayor que la esperada, el signo(-) que es menor que la esperada ($p < 0,05$).

| | gravedad de la conducta autolesiva | | | | | Total |
|------------------|------------------------------------|-------|----------|-------|---------|-------|
| | no es problema | leve | moderado | greve | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 35 | 5 | 1 | 5 | 1 | 47 |
| San Rafael | 40 | 14 | 5 | 5 | 0 | 64 |
| Oriol | 39 | 5 | 3 | 0 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 1 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 127 | 25 | 9 | 10 | 1 | 172 |
| | 73,8% | 14,5% | 5,2% | 5,8% | ,6% | |

Tabla 14. Gravedad de la conducta autolesiva por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, gravedad reagrupada en 2 columnas: "no es problema o es leve" y "problema de moderado a crítico" ($p = 0,205$).

| | frecuencia de conducta heteroagresiva | | | | | Total |
|------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------|
| | nunca | menos de una vez al mes | de una a tres veces al mes | de una a seis veces por semana | de una a diez veces por día | |
| H. Psiquiátrico | 30 | 9 | 4 | 1 | 3 | 47 |
| San Rafael | 29 | 16 | 3 | 10 | 6 | 64 |
| Oriol | 36 | 5 | 4 | 2 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 108 | 30 | 12 | 13 | 9 | 172 |
| | 62,8% | 17,4% | 7,0% | 7,6% | 5,2% | |

Tabla 15. Frecuencia de conducta heteroagresiva por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en dos categorías de frecuencias "nunca o menos de una vez al mes" y "una o más veces al mes", ($p = 0,070$).

| | gravedad conducta heteroagresiva | | | | | Total |
|------------------|----------------------------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------|
| | no es problema | leve | moderado | grave | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 32 | 6 | 4 | 3 | 2 | 47 |
| San Rafael | 33 | 17 | 8 | 5 | 1 | 64 |
| Oriol (-) | 37 | 8 | 2 | 0 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 115 66,9% | 31 18,0% | 15 8,7% | 8 4,7% | 3 1,7% | 172 |

Tabla 16. Gravedad de conducta heteroagresiva por centro, sujetos valorados con ICAP Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en dos categorías de gravedad: "no es problema o es leve" y "problema de moderado a crítico", ($p < 0,048$). El signo (-) indica que la proporción de sujetos cuyas conductas heteroagresivas son de gravedad moderada a crítica, es menor ($p < 0,05$) que la esperada.

| | frecuencia conducta destructiva | | | | | Total |
|-----------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------|
| | nunca | menos de una vez al mes | una a tres veces al mes | una a seis veces por semana | una a diez veces al día | |
| H. Psiquiátrico | 33 | 4 | 5 | 1 | 4 | 47 |
| San Rafael | 46 | 4 | 5 | 4 | 5 | 64 |
| Oriol | 38 | 4 | 2 | 2 | 1 | 47 |
| Hacienda del So | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 131 76,2% | 12 7,0% | 12 7,0% | 7 4,1% | 10 5,8% | 172 |

Tabla 17 Frecuencia de conductas destructivas por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de frecuencias: "nunca o menos de 1 vez al mes" y "una o más veces al mes", ($p = 0,115$).

| | gravedad conducta destructiva | | | | | Total |
|------------------|-------------------------------|------------|------------|-----------|----------|-------|
| | no es problema | leve | moderado | grave | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 33 | 4 | 5 | 4 | 1 | 47 |
| San Rafael | 52 | 7 | 3 | 2 | 0 | 64 |
| Oriol | 39 | 3 | 4 | 1 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 138 80,2% | 14 8,1% | 12 7,0% | 7 4,1% | 1 ,6% | 172 |

Tabla 18. Gravedad de conductas destructivas por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de gravedad: "no es problema o es leve" y "de moderado a crítico", ($p = 0,070$).

| | frecuencia de conducta disruptiva | | | | | | Total |
|------------------|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|-------|
| | nunca | menos de una vez al mes | 1 a 3 veces por mes | 1 a 6 veces por semana | 1 a 10 veces al día | una o más veces por hora | |
| H. Psiquiátrico | 22 | 4 | 8 | 7 | 6 | 0 | 47 |
| San Rafael (+) | 26 | 2 | 2 | 11 | 19 | 4 | 64 |
| Oriol (-) | 24 | 10 | 6 | 5 | 2 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 7 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 79 45,9% | 17 9,9% | 22 12,8% | 23 13,4% | 27 15,7% | 4 2,3% | 172 |

Tabla 19. Frecuencia de conductas disruptivas por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de frecuencias "menos de una vez al mes" y una o más veces al mes", ($p=0,029$). La proporción de sujetos que exhiben conductas disruptivas con frecuencia mensual o superior, ($p<0,05$) mayor que la esperada (+), y menor que la esperada (-).

| | gravedad de conducta disruptiva | | | | | Total |
|----------------------|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-------|
| | no es problema | leve | moderado | grave | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 26 | 14 | 4 | 2 | 1 | 47 |
| San Rafael (+) | 31 | 15 | 13 | 3 | 2 | 64 |
| Oriol | 26 | 14 | 7 | 0 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol (-) | 10 | 4 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 93 54,1% | 47 27,3% | 24 14,0% | 5 2,9% | 3 1,7% | 172 |

Tabla 20. Gravedad de conducta disruptiva por centro; sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de gravedad: "no es problema o es leve" y "de moderado a crítico", ($p=0,048$). La proporción de sujetos que exhiben estas conductas con gravedad de moderada a crítica es mayor que la esperada (+); es menor que la esperada (-).

| | frecuencia hábitos atípicos y repetitivos | | | | | | Total |
|----------------------|---|-------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|-------|
| | nunca | menos de una vez al mes | 1 - 3 veces por mes | 1 - 6 veces por semana | 1 - 10 veces por día | una o más veces a la hora | |
| H. Psiquiátrico | 13 | 0 | 4 | 5 | 15 | 10 | 47 |
| San Rafael | 19 | 1 | 4 | 5 | 19 | 16 | 64 |
| Oriol | 18 | 6 | 3 | 5 | 11 | 4 | 47 |
| Hacienda del Sol (-) | 10 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 14 |
| Total | 60 34,9% | 8 4,7% | 13 7,6% | 15 8,7% | 46 26,7% | 30 17,4% | 172 |

Tabla 21. Frecuencia de hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de frecuencias "menos de una vez al mes" y una o más veces al mes", ($p=0,001$). La proporción de sujetos que exhiben hábitos atípicos y repetitivos al menos una vez al mes es (-) menor que la esperada ($p<0,05$).

| | gravedad de hábitos atípicos y repetitivos | | | | | Total |
|------------------|--|-------|----------|-------|---------|-------|
| | no es problema | leve | moderado | grave | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 21 | 13 | 8 | 4 | 1 | 47 |
| San Rafael | 32 | 15 | 7 | 6 | 4 | 64 |
| Oriol | 26 | 14 | 6 | 1 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 92 | 42 | 22 | 11 | 5 | 172 |
| | 53,5% | 24,4% | 12,8% | 6,4% | 2,9% | |

Tabla 22. Gravedad de hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) por centro; sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de gravedad: "no es problema o es leve" y "de moderado a crítico", ($p=0,185$).

| | frecuencia de conducta socialmente ofensiva | | | | | | Total |
|----------------------|---|--------------|-------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------|
| | nunca | <1 vez / mes | 1 a 3 veces / mes | 1 a 6 veces / semana | 1 a 10 veces / día | 1 ó más veces / hora | |
| H. Psiquiátrico | 27 | 1 | 1 | 4 | 13 | 1 | 47 |
| San Rafael (+) | 19 | 2 | 2 | 13 | 20 | 8 | 64 |
| Oriol | 27 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1 | 47 |
| Hacienda del Sol (-) | 11 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 84 | 9 | 9 | 22 | 38 | 10 | 172 |
| | 48,8% | 5,2% | 5,2% | 12,8% | 22,1% | 5,8% | 100% |

Tabla 23. Frecuencia de conductas socialmente ofensivas por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de frecuencias "menos de una vez al mes" y "una o más veces al mes", ($p=0,001$). La proporción de sujetos que exhiben conductas socialmente ofensivas con frecuencia de al menos una vez al mes, fue ($p<0,05$) mayor que la esperada; y (-) menor que la esperada.

| | gravedad de conducta socialmente ofensiva | | | | | Total |
|----------------------|---|-------|----------|-------|---------|--------|
| | no es problema | leve | moderado | grave | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 27 | 10 | 5 | 3 | 2 | 47 |
| San Rafael (+) | 28 | 12 | 16 | 3 | 5 | 64 |
| Oriol | 28 | 8 | 10 | 1 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol (-) | 13 | 1 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 96 | 31 | 31 | 7 | 7 | 172 |
| | 55,8% | 18,0% | 18,0% | 4,1% | 4,1% | 100,0% |

Tabla 24. Gravedad conductas socialmente ofensivas por centro; sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de gravedad: "no es problema o es leve" y "de moderado a crítico", ($p=0,019$). Las proporciones de sujetos que exhiben conductas socialmente ofensivas que constituyen un problema de moderado a crítico, fueron (+) mayor, y (-) menor que las esperadas ($p<0,05$).

| | frecuencia de retraimiento o falta de atención | | | | | | Total |
|----------------------|--|-------------------|--------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|-------|
| | nunca | < de 1 vez al mes | 1 a 3 veces al mes | 1 a 6 veces por semana | 1 a 10 veces por día | una o más veces por hora | |
| H. Psiquiátrico | 20 | 0 | 4 | 5 | 11 | 7 | 47 |
| San Rafael | 30 | 0 | 3 | 6 | 11 | 14 | 64 |
| Oriol (-) | 22 | 11 | 3 | 5 | 5 | 1 | 47 |
| Hacienda del Sol (-) | 12 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 14 |
| Total | 84 | 11 | 11 | 16 | 28 | 22 | 172 |
| | 48,8% | 6,4% | 6,4% | 9,3% | 16,3% | 12,8% | 100% |

Tabla 25. Frecuencia de actitud retraída y falta de atención por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de frecuencias "menos de una vez al mes" y una o más veces al mes", ($p=0,002$). La proporción de sujetos que exhiben conductas retraídas y falta de atención con frecuencia de al menos 1 vez al mes, fue menor (+) que la esperada.

| | gravedad de retraimiento o falta de atención | | | | | Total |
|------------------|--|-------|----------|-------|---------|-------|
| | no es problema | leve | moderado | grave | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 21 | 8 | 6 | 10 | 2 | 47 |
| San Rafael | 33 | 7 | 13 | 6 | 5 | 64 |
| Oriol (-) | 29 | 11 | 7 | 0 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 12 | 0 | 1 | 1 | 0 | 14 |
| Total | 95 | 26 | 27 | 17 | 7 | 172 |
| | 55,2% | 15,1% | 15,7% | 9,9% | 4,1% | |

Tabla 26. Gravedad de actitud retraída y falta de atención por centro; sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de gravedad: "no es problema o es leve" y "de moderado a crítico", ($p=0,018$). La proporción de sujetos que exhiben estas conductas con gravedad de moderada a crítica fue menor que la esperada ($p<0,05$).

| | frecuencia de conductas no colaboradoras | | | | | | Total |
|-----------------|--|----------------|--------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-------|
| | nunca | < 1 vez al mes | 1 a 3 veces al mes | 1 a 6 veces / semana | 1 a 10 veces por día | una o más veces / hora | |
| H. Psiquiátrico | 32 | 6 | 1 | 3 | 5 | 0 | 47 |
| San Rafael | 33 | 4 | 6 | 9 | 10 | 2 | 64 |
| Oriol | 23 | 12 | 4 | 3 | 4 | 1 | 47 |
| Hacienda del So | 10 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 98 | 22 | 14 | 16 | 19 | 3 | 172 |
| | 57,0% | 12,8% | 8,1% | 9,3% | 11,0% | 1,7% | 100% |

Tabla 27. Frecuencia de conductas no colaboradoras por centro, sujetos valorados con ICAP. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de frecuencias "menos de una vez al mes" y una o más veces al mes", ($p=0,055$).

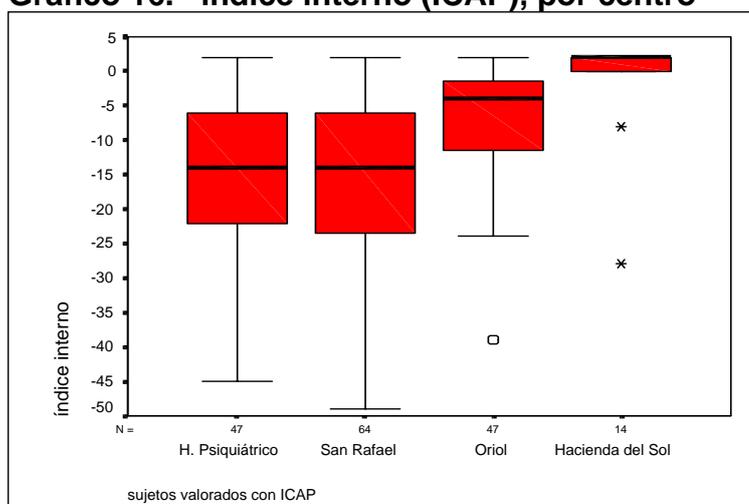
| | gravedad de conductas no colaboradoras | | | | | Total |
|------------------|--|-------|----------|-------|---------|--------|
| | no es problema | leve | moderado | grave | crítico | |
| H. Psiquiátrico | 38 | 3 | 4 | 2 | 0 | 47 |
| San Rafael | 36 | 10 | 12 | 5 | 1 | 64 |
| Oriol | 30 | 9 | 7 | 1 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 10 | 2 | 2 | 0 | 0 | 14 |
| Total | 114 | 24 | 25 | 8 | 1 | 172 |
| | 66,3% | 14,0% | 14,5% | 4,7% | ,6% | 100,0% |

Tabla 28. Gravedad conductas no colaboradores por centro; sujetos valorados con ICAP Prueba Chi-cuadrado de Pearson, sujetos agrupados en 2 categorías de gravedad: "no es problema o es leve" y "de moderado a crítico", ($p=0,190$).

| | índice interno | índice asocial | índice externo | índice general |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| N | 172 | 172 | 172 | 172 |
| Media | -11,84 | -10,50 | -8,55 | -11,51 |
| Desv. típ. | 12,11 | 11,90 | 11,28 | 11,27 |
| Mínimo | -49,00 | -42,00 | -56,00 | -54,00 |
| Máximo | 2,00 | 6,00 | 1,00 | 1,00 |
| Percentiles 25 | -19,75 | -18,00 | -14,00 | -18,75 |
| 50 | -10,00 | -8,50 | -5,00 | -9,00 |
| 75 | -2,00 | 1,00 | 1,00 | -2,00 |

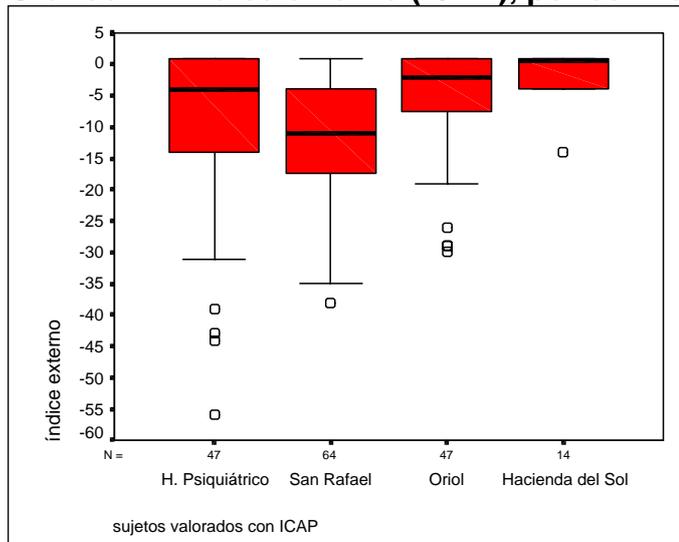
Tabla 29. Índices derivados de los problemas de conducta; sujetos valorados con ICAP Consideran de forma combinada frecuencia y gravedad de los problemas de conducta. Cuanto más negativo es su valor, indican problemas conductuales de mayor magnitud. El índice interno engloba conductas autolesivas, hábitos atípicos y repetitivos y actitud retraída y falta de atención. El índice externo agrupa las conductas heteroagresiva, destructiva y disruptiva. El índice asocial engloba a las conductas socialmente ofensivas y no colaboradoras. El índice general resume los tres índices anteriores.

Gráfico 16. Índice interno (ICAP), por centro



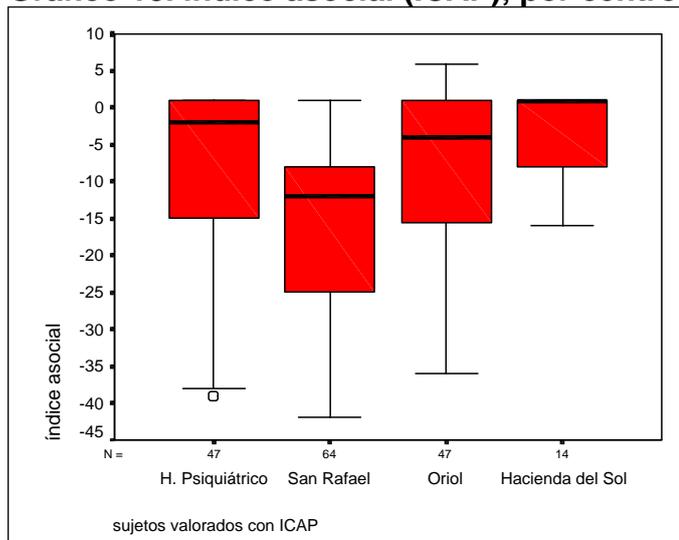
Los valores más bajos se hallaron en HP y SR, centros que se muestran muy semejantes entre sí y distintos de O y HS. Por otra parte, O y HS no se diferencian entre sí.

Gráfico 17. Índice externo (ICAP), por centros



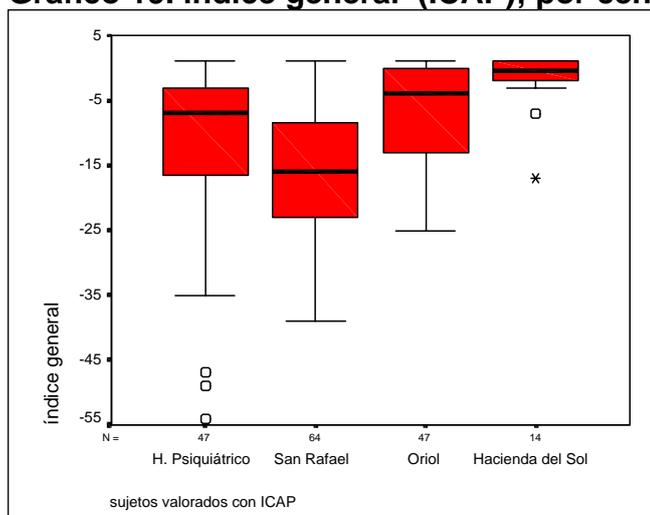
El centro HP se diferencia significativamente de HS, pero no del resto de los centros. SR se diferencia de O y HS. O no se diferencia de HS.

Gráfico 18. Índice asocial (ICAP), por centro



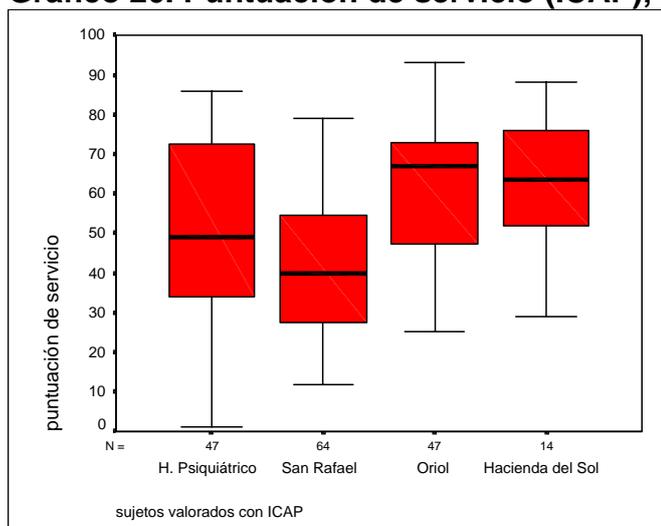
Los centros HP, O y HS se comportan de forma similar y significativamente diferente de SR.

Gráfico 19. Índice general (ICAP); por centros.



Los centros HP, SR y O presentan valores significativamente más bajos (mayores problemas) que HS, del que se diferencian. Los centros HP y O no se diferencian entre sí, pero sí lo hacen de SR que es el centro que globalmente contiene los valores más negativos (mayor intensidad de problemas).

Gráfico 20. Puntuación de servicio (ICAP), por centros



El centro SR presenta puntuaciones de servicio significativamente inferiores a las halladas en O y HS. El centro HP no se diferencia de ningún centro. Los centros O y HS no se diferencian entre sí.

4-1-5. Características fármaco-terapéuticas.

4-1-5-A. Frecuencia de sujetos medicados.

En 1 de los 862 sujetos de la población faltó cualquier información referente al tratamiento farmacológico. En otro caso se informó que el sujeto en cuestión tomaba algún tipo de medicación, pero no se proporcionó ninguna información más. Ambos casos procedentes de A. En dos casos adicionales se comunicó que los sujetos recibían medicación antiepiléptica, pero esta información no se precisó, no se informó que fármacos recibían, ni a que dosis lo hacían, tampoco se informó si recibían algún otro tipo de medicación (uno de los casos era procedente de V y el otro de AG).

Se identificaron dos sujetos tratados con homeopatía, ambos fueron considerados como sujetos medicados. Uno de ellos estaba tratado simultáneamente con 2 medicamentos homeopáticos y medicamentos anticonvulsivantes y ansiolíticos, el otro exclusivamente con 3 medicamentos homeopáticos (uno procedente de DA y otro de TM).

Cinco sujetos presentaban en uso prescripciones "condicionadas al estado clínico". Los medicamentos implicados fueron: Evacuol[®] gotas para estreñimiento, en 1 caso procedente de SF. Pulmicor[®] aerosol y Beglan[®] inhalador, para ahogos, en 1 caso procedente de TM. Stesolid[®] 10mg enema, para "estatus epiléptico", en un sujeto procedente de DA. Luminal[®] ampollas y Diazepam[®] ampollas, para "crisis de agresividad", en 1 sujeto procedente de HP. Meleril[®] 10mg grageas, para el "nerviosismo", en 1 sujeto procedente de TM.

Algo más de la mitad, 53%, de los sujetos de la población estudiada recibía algún tipo de medicamento en el momento de la recogida de los datos. La proporción de sujetos medicados difirió significativamente entre los centros ($p < 0,001$). En los cuatro centros residenciales (HP, SR, SF y J) en conjunto, el 80% de la población recibían medicación; ello contrasta con los centros para sujetos externos, donde la fracción de sujetos medicados fue en conjunto del 40%. Tabla 30.

4-1-5-B. Fármacos y medicamentos utilizados.

En el conjunto de la población estudiada se emplearon 246 medicamentos diferentes. Los diez medicamentos utilizados por mayor número de sujetos fueron, de

más a menos frecuentemente empleados: Luminal[®] 0,1g. comprimidos, Akineton[®] comprimidos, Duphalac[®] solución, Tegretol[®] 400mg. comprimidos, Tegretol[®] 200mg. comprimidos, Depakine[®] 500mg. comprimidos, Sinogan[®] 25mg. comprimidos, Haloperidol[®] gotas, Meleril[®] 50mg grageas y Sinogan[®] 100mg. comprimidos. Es decir, 4 especialidades farmacéuticas antiepilépticas, 4 antipsicóticas, 1 antiparkinsoniana y 1 laxante.

En el Anexo 5 se relaciona los medicamentos empleados (nombres comerciales) y los principios activos que los componían. El Anexo 6 relaciona, en orden alfabético de nombres comerciales, el número de sujetos que los recibía, por centro y en total. El Anexo 7 refleja, en orden decreciente, la frecuencia de uso de cada especialidad farmacéutica.

Excluyendo los medicamentos homeopáticos, la población estudiada recibía un total de 168 principios activos diferentes. Los diez fármacos más frecuentemente empleados fueron, carbamazepina, tioridazina, fenobarbital, valproato, levomepromazina, biperideno, fenitoina, haloperidol, lactulosa y diazepam. Es decir, 4 fármacos anticonvulsivantes, 3 fármacos antipsicóticos, 1 fármaco antiparkinsoniano, 1 laxante y 1 ansiolítico.

El consumo de biperideno en SF fue muy superior al del resto de centros, igual sucedía con el consumo de fenobarbital. El preparado para profilaxis antituberculosa isonizida/piridoxina solo se consumía (y por una fracción importante de sujetos) en HP. Más del 95% del consumo de lactitol se produjo entre 2 centros SR y SF. En HP se prescribía levomepromazina con frecuencia mayor que en los otros centros.

En el Anexo 8 se hace una relación por orden alfabético de los principios activos empleados, indicando frecuencia de uso, por centro y en total. El Anexo 9 relaciona, en orden decreciente, la frecuencia total de uso de cada principio activo.

4-1-5-C. Grupos terapéuticos utilizados.

En el conjunto total de la población estudiada se encontró el consumo, de al menos un fármaco de cada grupo de primer nivel de la clasificación "ATC", con la única excepción del grupo P (productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes). En el Anexo 10 se proporciona la lista de principios activos empleados (en orden alfabético) y grupo ATC correspondientes de 1º y 2º nivel; el 3º nivel solo se especifica para los grupos N05 y N06. El Anexo 11 informa del número de principios activos de cada

grupo, utilizados en la población; en los grupos N05 (psicolépticos) con 41 principios activos, de los cuales 18 son antipsicóticos, 11 ansiolíticos y 12 hipnótico-sedantes, y N03 (antiepilépticos) con 12 principios activos, hubo mayor diversidad de principios activos.

Considerando el 1º nivel de la clasificación ATC, el grupo N (sistema nervioso) fue el más ampliamente utilizado, 44% de los sujetos recibía al menos un fármaco de este grupo. Con una frecuencia de uso muy inferior le sigue el grupo A (tracto alimentario y metabolismo), utilizado por 13% de los individuos. Los grupos C, B y J eran empleados por el 3%, 2% y <2% respectivamente. Anexo 12.

Considerando el 2º nivel de la clasificación ATC, el grupo con mayor número de usuarios es el grupo N05 (psicolépticos) empleado por el 30% de los sujetos, seguido por el grupo N03 (antiepilépticos) empleado por el 23%. En un segundo plano de consumo figuran los grupos N04 (antiparkinsonianos) y A06 (laxantes) empleados por el 8% y 7% de los sujetos respectivamente. En un tercer plano de consumo se hallan los grupos: A10 (antidiabéticos) utilizado por el 2,1% de los sujetos, A11 (vitaminas) 2,0% de usuarios, N06 (psicoanalépticos) 2,2%, A02 (antiácidos, antiflatulentos y antiúlceras pépticas) y J04 (antimicobacterianos) ambos empleados por el 1,5% de los sujetos. Los preparados antianémicos (B03) y los fármacos para enfermedades del tiroides eran recibidos ambos por el 1,2% de la población. El resto de los grupos era utilizado por el 1% o menos de los usuarios o no eran utilizados. Anexo 13.

El Anexo 14 muestra el número de sujetos de la población global que recibían medicamentos de cada grupo para el 1º nivel, 2º nivel y 3º nivel de los subgrupos N05 y N06.

La fracción de sujetos que recibía "psicofármacos", considerados como un conjunto que incluye los grupos N05 (psicolépticos), N06A (antidepresivos), y N06BA (simpaticomiméticos de acción central), fue del 30%. Recibían algún antipsicótico (N05A) el 23%. Recibían ansiolítico-hipnóticos (incluye los grupos N05B y N05C) el 12% sujetos, 11 recibían antidepresivos, 3 recibían litio y 2 fármacos psicoestimulantes. Veintiún sujetos recibían lo que hemos denominado "otros fármacos para problemas conductuales". Recibían "medicamentos para problemas somáticos" el 20% de los sujetos.

En los 17 centros se encontraron sujetos tratados con psicofármacos, las diferencias entre centros fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Tabla 31.

Se utilizaban antipsicóticos en los 17 centros estudiados. Las diferencias entre centros en la frecuencia de su utilización, los fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$), tabla 32. Solo 16 sujetos (1,8% de la muestra total estudiada), recibían antipsicóticos "depot", de los cuales 5 procedían de SP, frente a 2 de HP, 2 de SR, 1 de DA, 2 de A, 3 de TM y 1 de O.

Las diferencias entre centros, en la frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$); tabla 33. En dos centros, V y SD, no había ningún sujeto tratado con fármacos ansiolítico-hipnóticos. El número de sujetos que recibía fármacos ansiolíticos (80) con relación a los que recibían hipnótico-sedantes (30), contrasta con el número de principios activos ansiolíticos (11) con relación al número de hipnótico-sedantes (12) diferentes utilizados por la población observada. En HP hubo un número de sujetos recibiendo hipnóticos superior al resto de los centros, incluso considerando el tamaño de los centros.

En el Anexo 15 se presenta un listado de "otros fármacos utilizados para problemas de conducta" y los centros en los que se utilizaron. Las diferencias entre centros en la fracción de sujetos que utilizaban este grupo de fármacos, careció de significación estadística ($p = 0,924$).

Recibían antidepresivos 1 sujeto de SR, 2 de SF, 1 de A, 1 M, 3 de TM, 1 de O y otro de HS. Recibían sales de litio 1 sujeto de T y 2 de J. Los 2 sujetos que recibían psicoestimulantes (metilfenidato) procedieron de AG.

Excepto en SD, en todos los centros había sujetos tratados con fármacos antiepilépticos. Las diferencias entre centros, en la proporción de sujetos tratados con antiepilépticos, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$); tabla 34.

Dos sujetos recibían antiparkinsonianos sin recibir simultáneamente antipsicóticos, uno de SF y otro de AG. El uso de antiparkinsonianos, entre los sujetos que recibían antipsicóticos, fue del 100% en DA y del 65% en SF; ningún sujeto de los centros G, D, V y HS recibía antiparkinsonianos. Los centros difirieron entre sí de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en la frecuencia de empleo de correctores extrapiramidales. Tabla 35.

La proporción de sujetos que recibían medicación para "problemas somáticos" en cada centro, difirió de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Tabla 36.

4-1-5-D. Número de fármacos diferentes por sujeto.

El número de fármacos diferentes que empleaba cada sujeto medicado se informó en 450 casos, y varió entre 1 y 8, faltando este dato en los 3 (que ya se han comentado previamente). El 65% de los sujetos recibieron 2 ó más fármacos de forma simultánea, y el 41% recibieron 3 ó más fármacos simultáneamente. Tabla 37.

El número de psicofármacos diferentes por sujeto se supo en los 258 sujetos que se tenía constancia de que recibían este tipo de fármacos. Varió entre 1 y 5, el 41% de estos sujetos recibía 2 ó más psicofármacos simultáneamente, pero solo 13% recibían 3 ó más psicofármacos simultáneamente. En G, V y SD no se hallaron sujetos tratados con más de un psicofármaco. Los centros no se diferenciaron entre sí de forma estadísticamente significativa ($p = 0,583$). Tabla 38.

El número de antipsicóticos diferentes por sujeto tratado con este tipo de psicofármacos varió entre 1 y 3. Dos terceras partes de estos sujetos recibían un solo antipsicótico, y pero solo 5% (9 sujetos) recibían 3 antipsicóticos. El uso simultáneo de más de un antipsicótico en un mismo sujeto fue una práctica que se encontró en 14 centros. En 5 centros se empleó simultáneamente 3 antipsicóticos por sujeto. Las diferencias entre los centros, en la frecuencia de uso de "polifarmacia antipsicótica" no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,705$). Tabla 39.

El número de ansiolítico-hipnóticos diferentes recibidos por un mismo sujeto también varió entre 1 y 3, pero menos del 13% de los sujetos recibían más de un ansiolítico-hipnótico. Se detectó el uso simultáneo de más de un fármaco de este grupo en un mismo sujeto en 8 de los centros. Solo 1 sujeto, de J recibía simultáneamente 3 fármacos ansiolítico-hipnóticos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre centros en la frecuencia de uso de "polifarmacia ansiolítica-hipnótica" ($p = 0,434$). Tabla 40.

Número de otros psicofármacos: Ningún sujeto recibía más de un antidepresivo, psicoestimulante o sal de litio simultáneamente.

Número de otros fármacos para problemas conductuales: Veinte sujetos recibían un solo tipo de lo que hemos llamado "otros fármacos para problemas de conducta" y un sujeto (de TM) recibía 2 de estos fármacos simultáneamente.

El número de antiepilépticos diferentes por sujeto tratado con este tipo de fármacos varió de 1 a 4. La mitad de los sujetos recibía un solo anticonvulsivante, y casi un tercio recibía 2 fármacos, solo 3 sujetos recibían 4 fármacos anticonvulsivantes de

forma simultánea. En todos los centros, excepto en SD donde no había sujetos tratados con antiepilépticos, se encontró la práctica de la "politerapia antiepiléptica". Las diferencias entre centros, en frecuencia de uso de "politerapia antiepiléptica", no llegaron a ser estadísticamente significativas ($p = 0,072$). Tabla 41. Los 4 sujetos de D y los 3 de SP tratados con antiepilépticos, recibían simultáneamente más de un fármaco de este tipo. La fracción de sujetos con monoterapia anticonvulsivante en J, fue del 77%.

Ningún sujeto recibía más de un tipo de *antiparkinsoniano*.

El número de fármacos somáticos por sujeto se conoció en 167 casos, alcanzando un valor máximo de 6. Casi el 72% de los sujetos recibía un solo fármaco somático, y aproximadamente un 15% recibía 2 fármacos, el 13% recibían 3 ó más fármacos somáticos simultáneamente. Ningún sujeto de los centros G, T y V recibía más de un fármaco para problemas somáticos. Tabla 42.

4-1-5-E. Dosis, Número de DDD por sujeto y día.

Para los fármacos o especialidades farmacéuticas que no poseían asignada oficialmente una DDD, se utilizó lo que hemos dado en llamar la DDRP (*dosis diaria recomendada en el prospecto*), en el Anexo 16 se relacionan los fármacos y grupo ATC asignado, preparado comercial utilizado y la cantidad de sustancia considerada como 1 DDRP.

El número de DDD totales por sujeto y día se pudo calcular en 443 casos, siendo la información insuficiente en 10 casos (procedentes de: DA 1 caso, A 1, T 1, V 1, AG 2, TM 3 y O 1). Varió entre 0,08 y 13,85 DDD/sujeto/día, siendo la media 2,34 ($\pm 2,16$), y la mediana 1,80. Los centros mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en el número total de DDD que recibían los sujetos asistidos ($p < 0,001$). Gráfico 21. El centro con media de dosis más alta fue SF, seguido de HP, y los centros con una media de dosis menor fueron V y SD. El total de DDD por sujeto en HP fue mayor que en G, A, V y AG ($p < 0,05$). En SR fueron mayores que en A y V ($p < 0,05$). En SF mayores que en G, A, T, V, AG, M, TM, y HS.

El promedio del cociente "número total de DDD / número de fármacos" (por sujeto y día), fue de 0,94 ($\pm 0,65$) DDD/fármaco, mediana 0,80 DDD/fármaco. El rango de valores fue 0,08-3,30 DDD/fármaco por sujeto y día. Los casos perdidos (10) son los mismos que en el apartado anterior.

N ° de DDD de psicofármacos por sujeto y día, pudo calcularse en 253 casos, hubo 5 casos perdidos (1 DA, 1 T, 2 TM, 1O). Varió entre 0,05 y 9,92 DDD/sujeto, con valor medio 1,40 DDD/sujeto ($\pm 1,68$) y valor mediana 0,68 DDD/sujeto. Los valores promedio más altos se hallaron en SF, seguido DA y HP. Los más bajos en G, T y D. En V un solo sujeto recibía psicofármacos y lo hacía a dosis muy bajas 0,1 DDD/sujeto. Las diferencias entre los centros en la cantidad de DDD de psicofármacos por sujeto y día, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Gráfico 22. En HP se emplearon dosis mayores que en G y A; y en SF que en A ($p < 0,05$).

El valor medio del cociente N ° de DDD psicofármacos / N ° de psicofármacos por sujeto fue 0,79 “DDD/psicofármaco por sujeto” ($\pm 0,70$), mediana 0,59 “DDD / psicofármaco por sujeto”. El rango de variación fue: 0,05-3,75 “DDD /psicofármaco por sujeto”.

Las dosis de antipsicóticos por sujeto se pudo conocer en 194 casos, hubo 4 casos perdidos (1 de T, 2 de TM, y 1 de O). Variaron entre 0,03 y 7,42 DDD de antipsicótico/sujeto, valor medio 1,02 DDD ($\pm 1,23$), mediana 0,57 DDD/sujeto. La media de dosis de antipsicótico por sujeto varió desde 2,73 DDD ($\pm 2,81$) en DA, hasta 0,31 ($\pm 0,32$) en G y 0,1 en V (el único sujeto tratado con antipsicóticos en este centro). Los centros no presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,117$). Gráfico 23.

La dosis (n° DDD) promedio por fármaco antipsicótico empleado en cada sujeto por día, varió entre 0,3 y 3,75 DDD/antipsicótico, media 0,66 DDD/antipsicótico ($\pm 0,63$), mediana 0,47 DDD/antipsicótico.

Las dosis de "ansiolítico-hipnóticos" se supo en 100 sujetos, habiéndose omitido este dato 1 sujeto procedente de DA. El promedio de dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibía cada sujeto tratado con este tipo de fármaco fue 1,45 DDD ($\pm 1,40$), rango de variación 0,3-8,25, mediana 1,00 DDD. Las medias de dosis más altas se dieron en HP (media 2,23 DDD; $\pm 1,57$), y SF y O (ambas, 2,25 DDD; $\pm 2,18$ y $\pm 2,06$ respectivamente). Las medias más bajas se encontraron en D (solo un sujeto que recibía 0,25 DDD), T (solo un sujeto que recibía 0,5 DDD), G (4 sujetos, todos ellos recibiendo 0,5 DDD/día), y SR (0,68 DDD; $\pm 0,61$). Las diferencias entre los centros fueron

estadísticamente significativas ($p = 0,011$). Gráfico 24. En HP las dosis de ansiolíticos fueron mayores que en G, ($p < 0,05$).

La dosis promedio por fármaco ansiolítico-hipnótico empleado en cada sujeto, fue de 1,24 ($\pm 1,05$) DDD/fármaco ansiolítico-hipnótico, mediana 1,00 DDD/fármaco y rango 0,13-6,25 DDD/fármaco.

Las dosis de antidepresivos se conocieron en todos los casos, el valor medio fue 0,57 ($\pm 0,58$) DDD, mediana 0,36, variando entre 0,13 y 2,0 DDD/sujeto. Solo 4 de los 11 sujetos reciben más de 0,50 DDD de antidepresivo por día. Las diferencias entre centros no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,156$); tabla 43.

Las dosis de psicoestimulantes empleadas fueron 0,66 DDD en un sujeto y 0,83 DDD en el otro sujeto. Las dosis de litio de los tres sujetos que lo recibían, eran idénticas, 1,35 DDD.

Las dosis de antiparkinsonianos se contabilizaron en todos los sujetos que recibían este tipo de fármacos, excepto en uno. El caso perdido era un sujeto del centro TM que recibía una ampolla de Akineton^f cada 28 días, se consideró que el sujeto recibía fármacos antiparkinsonianos, pero que la dosis diaria era despreciable. En los casos que se recibía biperideno oral cada día más una ampolla cada varias semanas, la dosis diaria consignada consideró despreciable el aporte por vía parenteral. Las dosis diarias por sujeto variaron entre 0,1 y 1,5 DDD/sujeto-día, pero el percentil 95 se encontró en 0,80 DDD/ sujeto/día, valor medio 0,47 ($\pm 0,22$) DDD, mediana 0,40 DDD. Los centros con dosis medias más elevadas fueron HP, T y J. Los centros con dosis medias menores fueron: AG, M, y O. Las diferencias entre los centros fueron estadísticamente significativas ($p = 0,024$). Gráfico 25. En HP las dosis empleadas fueron mayores que en O ($p < 0,05$).

Las dosis diaria de fármacos anticonvulsivantes por sujeto se pudo calcular, en 197 casos, hubo 3 casos perdidos: 2 de AG y 1 de V. La dosis diaria por sujeto varió entre 0,13 y 5,00 DDD, media 1,45 ($\pm 1,02$) DDD, mediana 1,05 DDD. Las diferencias entre los centros no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,160$). Gráfico 26.

El cociente (dosis de antiepilépticos)/(número de antiepilépticos) por sujeto, varió entre 0,13 y 3,00 DDD/fármaco, media 0,85 ($\pm 0,42$) DDD, mediana 0,80 DDD.

La dosis de "otros fármacos para la conducta " no pudo calcularse en uno de los sujetos (procedente de TM), para el resto, varió entre 0,13 y 3,30 DDD/ sujeto, media 1,22 ($\pm 0,83$) y mediana 1,00. Los centros no se comportaron de manera significativamente diferente ($p = 0,505$).

La dosis de fármacos "somáticos" por sujeto no se pudieron calcular en 4 casos (1 de SF, 1 de DA, 2 de TM). Variaron entre 0,08 y 9,61 DDD / sujeto, media 2,05 ($\pm 1,65$) y mediana 1,5 DDD. Los valores medios por centro más altos se produjeron en SF, D, DA y SR. Los valores medios más bajos en M, SP y V. Las diferencias entre los centros fueron significativas ($p < 0,001$). Gráfico 27. En SF se emplearon dosis mayores que en A, SP, J, y TM ($p < 0,05$).

La cantidad de DDD por nº de fármacos somáticos que recibe un sujeto varió entre 0,08 y 8,87 DDD. El valor medio de este cociente fue 1,53 ($\pm 1,18$) DDD, mediana 1,00 DDD.

| | recibían medicación | | Total |
|---------------------|---------------------|--------------|-------|
| | no | si | |
| H. Psiquiátrico (+) | 1 | 46 | 47 |
| San Rafael (+) | 16 | 48 | 64 |
| Santa Faz (+) | 15 | 75 | 90 |
| Doble Amor (-) | 35 | 20 | 55 |
| Gormaget | 20 | 19 | 39 |
| Desamparados (-) | 26 | 12 | 38 |
| Apadis | 33 | 40 | 73 |
| San Pascual | 20 | 18 | 38 |
| Torreta (-) | 26 | 14 | 40 |
| Victoria (-) | 32 | 7 | 39 |
| Angel de la Guarda | 33 | 27 | 60 |
| Maigmo (-) | 41 | 18 | 59 |
| Jubalcoy (+) | 9 | 32 | 41 |
| Terramar | 57 | 50 | 107 |
| Santo Domingo | 8 | 2 | 10 |
| Oriol (-) | 30 | 17 | 47 |
| Hacienda del Sol | 6 | 8 | 14 |
| Total | 408 47,4% | 453 52,6% | 861 |

Tabla 30. Sujetos que recibían medicación, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, ($p < 0,001$). El signo (+) indica que la fracción de sujetos medicados fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que la esperada; el signo (-) indica que fue menor.

| | recibían psicofármacos | | Total |
|------------------------|------------------------|--------------|-------|
| | no | si | |
| H. Psiquiátrico (+) | 8 | 39 | 47 |
| San Rafael (+) | 32 | 32 | 64 |
| Santa Faz (+) | 55 | 35 | 90 |
| Doble Amor (-) | 45 | 10 | 55 |
| Gormaget | 32 | 7 | 39 |
| Desamparados (-) | 32 | 6 | 38 |
| Apadis | 50 | 22 | 72 |
| San Pascual | 25 | 13 | 38 |
| Torreta | 32 | 8 | 40 |
| Victoria (-) | 37 | 1 | 38 |
| Angel de la Guarda (-) | 50 | 9 | 59 |
| Maigmo (-) | 49 | 10 | 59 |
| Jubalcoy (+) | 19 | 22 | 41 |
| Terramar | 82 | 25 | 107 |
| Santo Domingo | 8 | 2 | 10 |
| Oriol | 35 | 12 | 47 |
| Hacienda del Sol | 9 | 5 | 14 |
| Total | 600 69,9% | 258 30,1% | 858 |

Tabla 31. Sujetos que recibían psicofármacos, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, ($p < 0,001$). El signo (+) indica que la fracción de sujetos con psicofármacos fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que la esperada; el signo (-) indica que fue menor.

| | recibían antipsicóticos | | Total |
|------------------------|-------------------------|-------|--------|
| | no | si | |
| H. Psiquiátrico (+) | 14 | 33 | 47 |
| San Rafael (+) | 38 | 26 | 64 |
| Santa Faz | 64 | 26 | 90 |
| Doble Amor (-) | 51 | 4 | 55 |
| Gormaget (-) | 36 | 3 | 39 |
| Desamparados | 32 | 6 | 38 |
| Apadis | 56 | 16 | 72 |
| San Pascual | 26 | 12 | 38 |
| Torreta | 33 | 7 | 40 |
| Victoria (-) | 37 | 1 | 38 |
| Angel de la Guarda (-) | 54 | 5 | 59 |
| Maigmo (-) | 51 | 8 | 59 |
| Jubalcoy (+) | 23 | 18 | 41 |
| Terramar | 88 | 19 | 107 |
| Santo Domingo | 8 | 2 | 10 |
| Oriol | 37 | 10 | 47 |
| Hacienda del Sol | 12 | 2 | 14 |
| Total | 660 | 198 | 858 |
| | 76,9% | 23,1% | 100,0% |

Tabla 32. Sujetos que recibían antipsicóticos, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, ($p < 0,001$). El signo (+) indica que la fracción de sujetos con antipsicóticos fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que la esperada; el signo (-) indica que fue menor.

| | ansiolíticos y/o hipnóticos | | Total |
|------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| | no | si | |
| H. Psiquiátrico (+) | 33 | 14 | 47 |
| San Rafael | 53 | 11 | 64 |
| Santa Faz (+) | 73 | 17 | 90 |
| Doble Amor | 49 | 6 | 55 |
| Gormaget | 35 | 4 | 39 |
| Desamparados (-) | 37 | 1 | 38 |
| Apadis | 63 | 9 | 72 |
| San Pascual | 33 | 5 | 38 |
| Torreta (-) | 39 | 1 | 40 |
| Victoria (-) | 38 | 0 | 38 |
| Angel de la Guarda (-) | 56 | 3 | 59 |
| Maigmo | 54 | 5 | 59 |
| Jubalcoy (+) | 32 | 9 | 41 |
| Terramar | 98 | 9 | 107 |
| Santo Domingo | 10 | 0 | 10 |
| Oriol | 43 | 4 | 47 |
| Hacienda del Sol | 11 | 3 | 14 |
| Total | 757 | 101 | 858 |
| | 88,2% | 11,8% | |

Tabla 33. Sujetos que recibían ansiolíticos-hipnóticos, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, ($p < 0,001$). El signo (+) indica que la fracción de sujetos con ansiolítico-hipnóticos fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que la esperada; el signo (-) indica que fue menor.

| | uso de antiepilépticos | | Total |
|------------------------|------------------------|-------|-------|
| | no | si | |
| H. Psiquiátrico | 35 | 12 | 47 |
| San Rafael | 45 | 19 | 64 |
| Santa Faz (+) | 56 | 34 | 90 |
| Doble Amor | 43 | 12 | 55 |
| Gormaget | 27 | 12 | 39 |
| Desamparados (-) | 34 | 4 | 38 |
| Apadis | 59 | 13 | 72 |
| San Pascual (-) | 35 | 3 | 38 |
| Torreta | 35 | 5 | 40 |
| Victoria | 34 | 5 | 39 |
| Angel de la Guarda (+) | 38 | 22 | 60 |
| Maigmo | 50 | 9 | 59 |
| Jubalcoy (+) | 24 | 17 | 41 |
| Terramar | 83 | 24 | 107 |
| Santo Domingo (-) | 10 | 0 | 10 |
| Oriol (-) | 41 | 6 | 47 |
| Hacienda del Sol | 11 | 3 | 14 |
| Total | 660 | 200 | 860 |
| | 76,7% | 23,3% | |

Tabla 34. Sujetos que recibían antiepilépticos, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, ($p < 0,001$). El signo (+) indica que la fracción de sujetos con antiepilépticos fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que la esperada; el signo (-) indica que fue menor.

| | usan antiparkinsonianos | | Total |
|--------------------|-------------------------|-------|--------|
| | no | si | |
| H. Psiquiátrico | 23 | 10 | 33 |
| San Rafael | 17 | 9 | 26 |
| Santa Faz (+) | 9 | 17 | 26 |
| Doble Amor (+) | 0 | 4 | 4 |
| Gormaget | 3 | 0 | 3 |
| Desamparados | 6 | 0 | 6 |
| Apadis (-) | 14 | 2 | 16 |
| San Pascual | 7 | 5 | 12 |
| Torreta | 6 | 1 | 7 |
| Victoria | 1 | 0 | 1 |
| Angel de la Guarda | 4 | 1 | 5 |
| Maigmo | 6 | 2 | 8 |
| Jubalcoy | 14 | 4 | 18 |
| Terramar | 10 | 9 | 19 |
| Santo Domingo | 1 | 1 | 2 |
| Oriol | 6 | 4 | 10 |
| Hacienda del Sol | 2 | 0 | 2 |
| Total | 129 | 69 | 198 |
| | 65,2% | 34,8% | 100,0% |

Tabla 35. Sujetos que recibían antiparkinsonianos (entre los que recibían antipsicóticos) por centro. Además, 2 sujetos, 1 de SF y 1 de AG, reciben antiparkinsonianos sin recibir antipsicóticos. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, ($p < 0,006$). (+) indica fracción de sujetos con antiparkinsonianos mayor que la esperada; (-) menor.

| | medicación para problemas somáticos | | Total |
|------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------|
| | no | si | |
| H. Psiquiátrico (+) | 24 | 23 | 47 |
| San Rafael (+) | 36 | 28 | 64 |
| Santa Faz (+) | 42 | 48 | 90 |
| Doble Amor | 44 | 11 | 55 |
| Gormaget (-) | 37 | 2 | 39 |
| Desamparados (-) | 35 | 3 | 38 |
| Apadis | 59 | 13 | 72 |
| San Pascual | 32 | 6 | 38 |
| Torreta (-) | 37 | 3 | 40 |
| Victoria (-) | 36 | 2 | 38 |
| Angel de la Guarda (-) | 59 | 0 | 59 |
| Maigmo (-) | 57 | 2 | 59 |
| Jubalcoy | 31 | 10 | 41 |
| Terramar | 90 | 17 | 107 |
| Santo Domingo | 10 | 0 | 10 |
| Oriol (-) | 47 | 0 | 47 |
| Hacienda del Sol | 11 | 3 | 14 |
| Total | 687 80,1% | 171 19,9% | 858 100,0% |

Tabla 36. Sujetos que recibían medicación para problemas somáticos, por centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, ($p < 0,001$). El signo (+) indica que la fracción de sujetos con "medicación somática" fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que la esperada; el signo (-) que fue menor.

| | número total de fármacos por individuo | | | | | | | | Total |
|--------------------|--|--------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|----------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| H. Psiquiátrico | 12 | 10 | 10 | 6 | 4 | 4 | 0 | 0 | 46 |
| San Rafael | 11 | 11 | 10 | 11 | 3 | 0 | 1 | 1 | 48 |
| Santa Faz | 27 | 11 | 15 | 8 | 7 | 5 | 2 | 0 | 75 |
| Doble Amor | 3 | 5 | 7 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| Gormaget | 14 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| Desamparados | 3 | 6 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| Apadis | 15 | 12 | 8 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 39 |
| San Pascual | 8 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 18 |
| Torreta | 7 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 14 |
| Victoria | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Angel de la Guarda | 12 | 5 | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 26 |
| Maigmo | 8 | 5 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| Jubalcoy | 9 | 14 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 32 |
| Terramar | 10 | 12 | 17 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 50 |
| Santo Domingo | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Oriol | 11 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| Hacienda del Sol | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Total | 157 35% | 108 24,0% | 94 21% | 49 11% | 25 5,6% | 11 2,4% | 5 1,1% | 1 ,2% | 450 100% |

Tabla 37. Número total de fármacos por individuo, en cada centro

| | psicofármacos simultáneos por sujeto / centro | | | | | Total |
|--------------------|---|-------------|-------------|-----------|----------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| H. Psiquiátrico | 21 | 14 | 4 | 0 | 0 | 39 |
| San Rafael | 20 | 6 | 6 | 0 | 0 | 32 |
| Santa Faz | 16 | 11 | 6 | 2 | 0 | 35 |
| Doble Amor | 7 | 3 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Gormaget | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Desamparados | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Apadis | 13 | 6 | 3 | 0 | 0 | 22 |
| San Pascual | 8 | 2 | 2 | 1 | 0 | 13 |
| Torreta | 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| Victoria | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Angel de la Guarda | 7 | 1 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| Maigmo | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Jubalcoy | 13 | 7 | 1 | 1 | 0 | 22 |
| Terramar | 14 | 8 | 2 | 0 | 1 | 25 |
| Santo Domingo | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Oriol | 8 | 2 | 0 | 2 | 0 | 12 |
| Hacienda del Sol | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Total | 153 59,3% | 72 27,9% | 26 10,1% | 6 2,3% | 1 ,4% | 258 |

Tabla 38. Número de psicofármacos simultáneos en un sujeto, por centros. Chi-cuadrado de Pearson, ($p = 0,583$), agrupando a los sujetos en solo 2 categorías "toman 1 solo psicofármaco" y "toman más de 1 psicofármaco".

| | nº de antipsicóticos distintos por sujeto | | | Total |
|--------------------|---|-------------|-----------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | |
| H. Psiquiátrico | 23 | 9 | 1 | 33 |
| San Rafael | 16 | 8 | 2 | 26 |
| Santa Faz | 13 | 9 | 4 | 26 |
| Doble Amor | 2 | 2 | 0 | 4 |
| Gormaget | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Desamparados | 4 | 2 | 0 | 6 |
| Apadis | 9 | 6 | 1 | 16 |
| San Pascual | 8 | 3 | 1 | 12 |
| Torreta | 4 | 2 | 0 | 6 |
| Victoria | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Angel de la Guarda | 4 | 1 | 0 | 5 |
| Maigmo | 7 | 1 | 0 | 8 |
| Jubalcoy | 15 | 3 | 0 | 18 |
| Terramar | 12 | 7 | 0 | 19 |
| Santo Domingo | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Oriol | 7 | 3 | 0 | 10 |
| Hacienda del Sol | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Total | 131 66,5% | 57 28,9% | 9 4,6% | 197 |

Tabla 39. Número de antipsicóticos distintos por sujeto, en cada centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, tabla reagrupada en dos columnas: "un solo antipsicótico" y "más de un antipsicótico", $p = 0,705$.

| | nº de ansiolíticos o hipnóticos diferentes por individuo | | | Total |
|--------------------|--|-------------|-----------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | |
| H. Psiquiátrico | 11 | 3 | 0 | 14 |
| San Rafael | 11 | 0 | 0 | 11 |
| Santa Faz | 15 | 2 | 0 | 17 |
| Doble Amor | 5 | 1 | 0 | 6 |
| Gormaget | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Desamparados | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Apadis | 9 | 0 | 0 | 9 |
| San Pascual | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Torreta | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Angel de la Guarda | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Maigmo | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Jubalcoy | 8 | 0 | 1 | 9 |
| Terramar | 7 | 2 | 0 | 9 |
| Oriol | 2 | 2 | 0 | 4 |
| Hacienda del Sol | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Total | 88 87,1% | 12 11,9% | 1 1,0% | 101 |

Tabla 40. Número de ansiolíticos o hipnóticos diferentes por individuo en cada centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, tabla reagrupada en dos columnas: "un solo ansiolítico-hipnótico" y "más de un ansiolítico-hipnótico", $p = 0,434$.

| | nº de antiepilépticos diferentes que recibe cada sujeto | | | | Total |
|--------------------|---|-------------|-------------|-----------|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| H. Psiquiátrico | 6 | 5 | 1 | 0 | 12 |
| San Rafael | 8 | 6 | 5 | 0 | 19 |
| Santa Faz | 21 | 8 | 5 | 0 | 34 |
| Doble Amor | 4 | 6 | 1 | 1 | 12 |
| Gormaget | 7 | 5 | 0 | 0 | 12 |
| Desamparados | 0 | 3 | 0 | 1 | 4 |
| Apadis | 4 | 7 | 2 | 0 | 13 |
| San Pascual | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Torreta | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| Victoria | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| Angel de la Guarda | 11 | 5 | 5 | 0 | 21 |
| Maigmo | 6 | 1 | 2 | 0 | 9 |
| Jubalcoy | 13 | 4 | 0 | 0 | 17 |
| Terramar | 8 | 8 | 7 | 1 | 24 |
| Oriol | 4 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| Hacienda del Sol | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Total | 100 50,5% | 63 31,8% | 32 16,2% | 3 1,5% | 198 100,0% |

Tabla 41. Número de antiepilépticos diferentes por sujeto, en cada centro. Prueba Chi-cuadrado de Pearson, tabla reagrupada en dos columnas: "un solo antiepiléptico" y "más de un antiepiléptico", ($p = 0,072$).

| | nº de fármacos somáticos por sujeto | | | | | | Total |
|------------------|-------------------------------------|-------|------|------|------|-----|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| H. Psiquiátrico | 15 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 23 |
| San Rafael | 19 | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 | 28 |
| Santa Faz | 38 | 4 | 4 | 0 | 2 | 0 | 48 |
| Doble Amor | 7 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Gormaget | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Desamparados | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Apadis | 9 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| San Pascual | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Torreta | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Victoria | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Maigmo | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Jubalcay | 8 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Terramar | 9 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 17 |
| Hacienda del Sol | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | 121 | 26 | 14 | 5 | 2 | 1 | 169 |
| | 71,6% | 15,4% | 8,3% | 3,0% | 1,2% | ,6% | |

Tabla 42. Número de fármacos somáticos por sujeto en cada centro

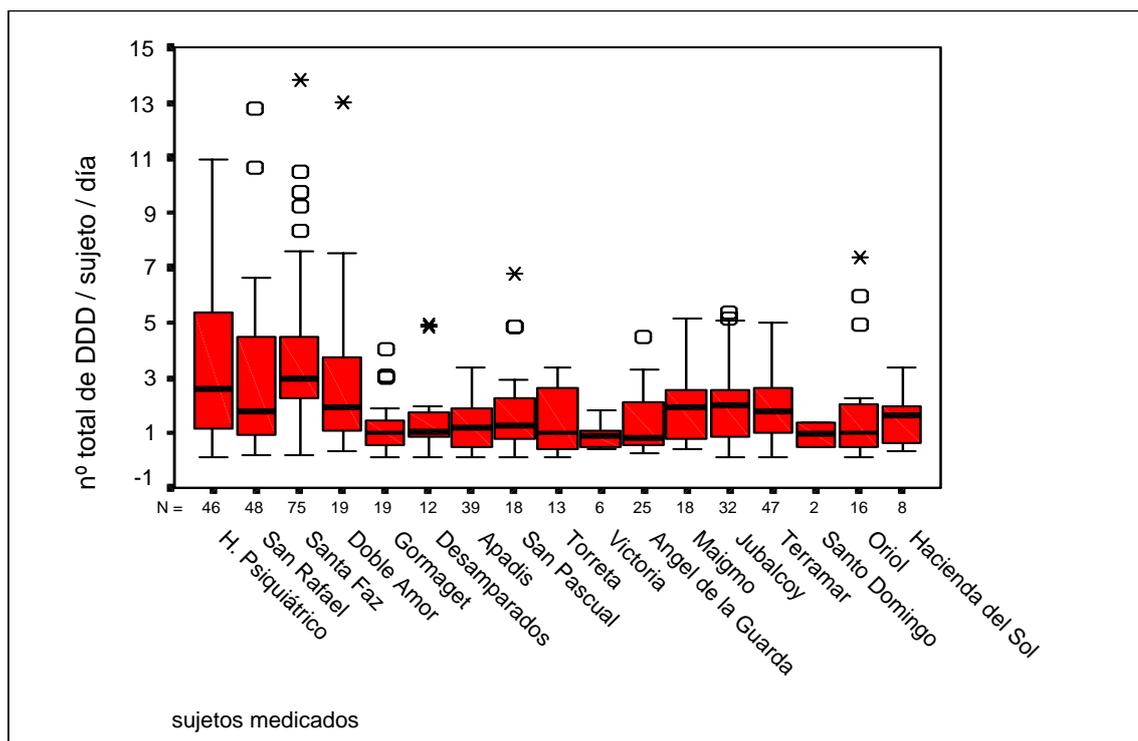
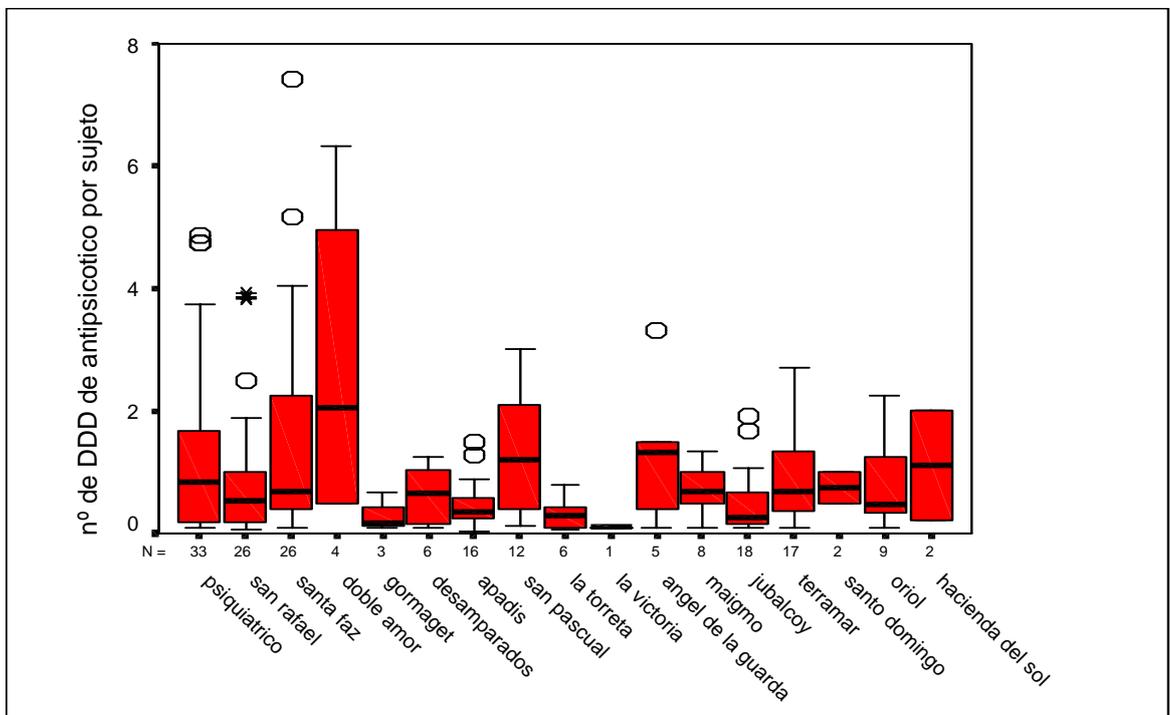
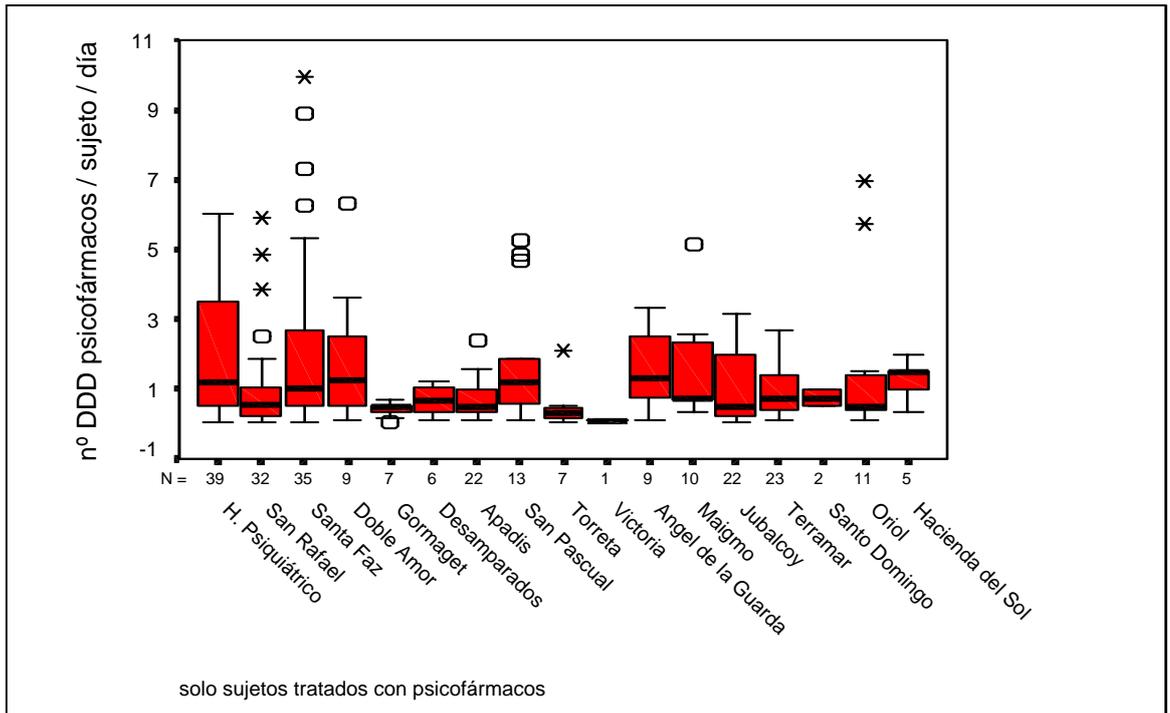


Gráfico 21. Número de DDD totales por sujeto medicado, en cada centro. Prueba de Kruskal-Wallis, (p<0,001).

- (1) número total de DDD por sujeto es significativamente mayor que en G, A, V y AG; (p<0,05).
- (2) dosis significativamente mayores que en A y V; (p<0,05).
- (3) dosis mayores que en G, A, T, V, AG, M, TM y HS; (p<0,05).



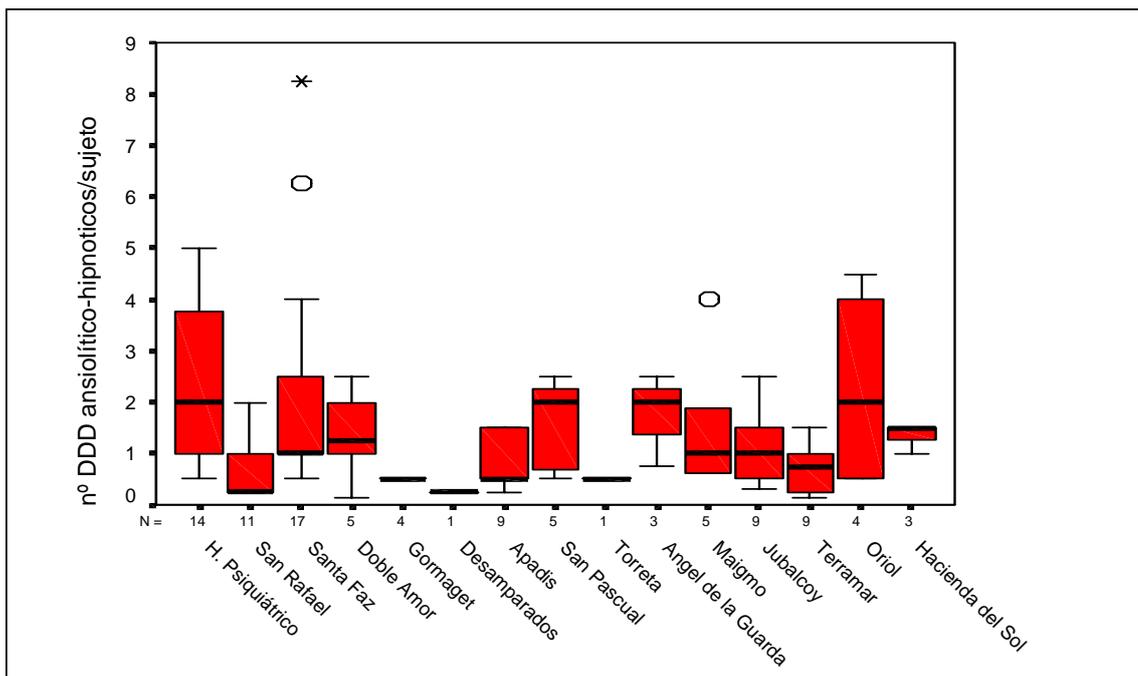


Gráfico 24. Número de DDD ansiolítico-hipnóticos por sujeto y centro. Prueba Kruskal-Wallis, (p = 0,011).

(1) dosis de ansiolítico-hipnóticos mayores que en G; (p<0,05).

| | | centro | | | | | | | Total |
|-------------------------------------|------|------------|-----------|--------|--------|----------|-------|------------------|-------|
| | | San Rafael | Santa Faz | Apadis | Maigmo | Terramar | Oriol | Hacienda del Sol | |
| nº DDD de antidepresivos por sujeto | ,13 | | | | | | | 1 | 1 |
| | ,17 | | | 1 | | 2 | | | 3 |
| | ,25 | | | | | 1 | | | 1 |
| | ,33 | | | | | 1 | | | 1 |
| | ,38 | | 1 | | | | | | 1 |
| | ,50 | | 1 | | | | | | 1 |
| | ,75 | | | | 1 | | | | 1 |
| | 1,00 | 1 | | | | | | | 1 |
| 2,00 | | | | | | | 1 | 1 | |
| Total | | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 11 |

Tabla 43. Nº DDD de antidepresivos por sujeto / centro

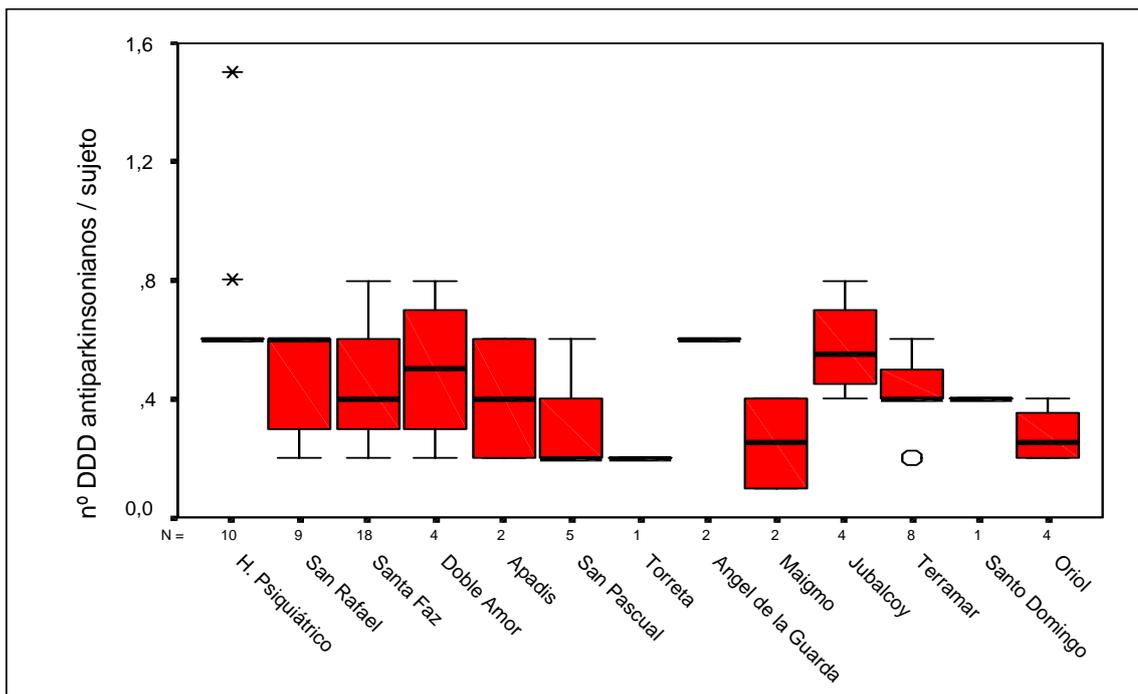


Gráfico 25. Número de DDD de antiparkinsonianos / sujeto; por centro. Prueba Kruskal-Wallis, (p=0,024).

(1) dosis de antiparkinsonianos que en O; (P<0,05)

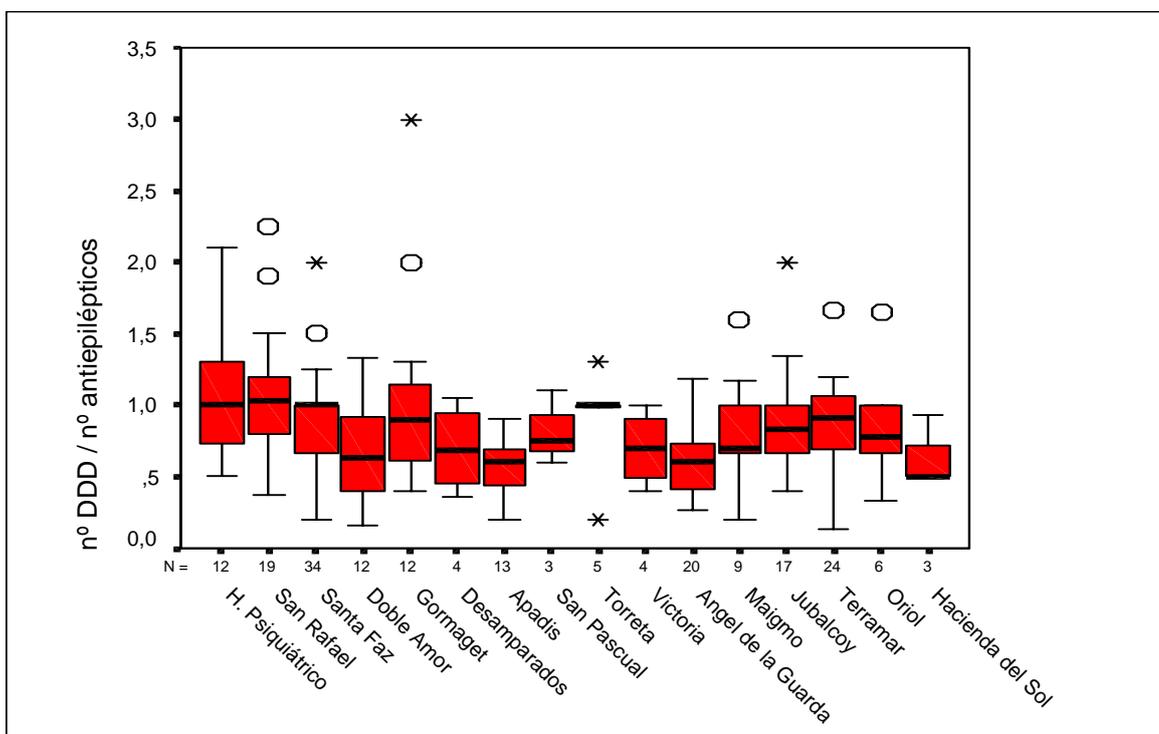


Gráfico 26. Número de DDD de fármacos antiepilépticos / sujeto; por centro. Prueba de Kruskal-Wallis, (p= 0,160).

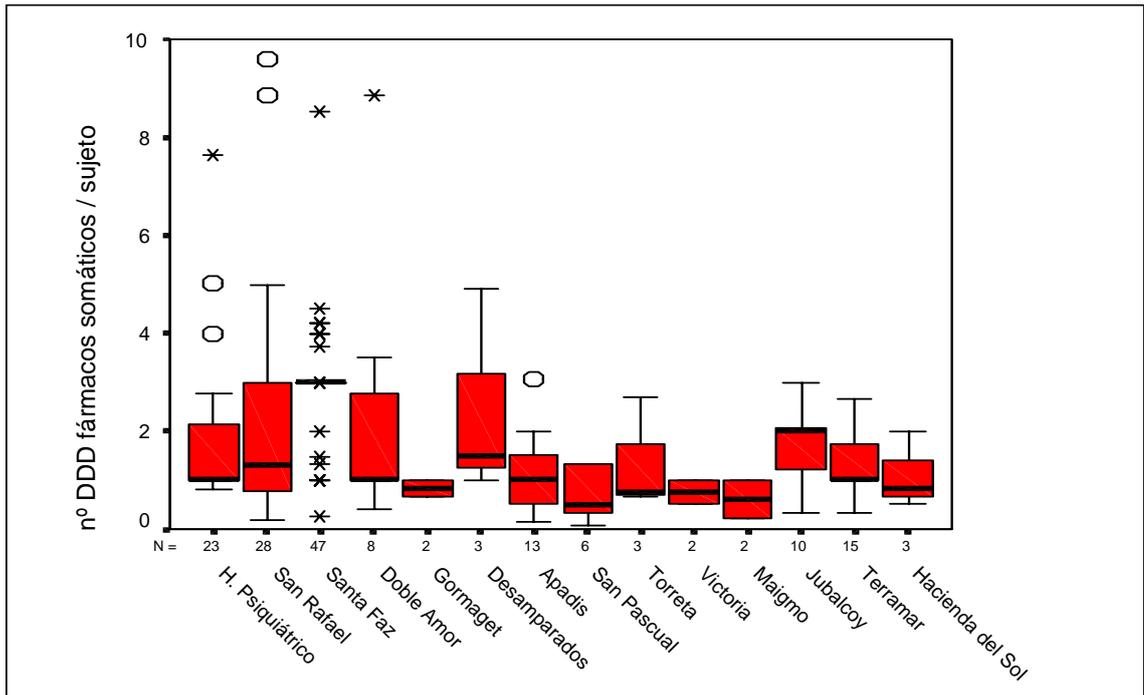


Gráfico 27. Número de DDD somática / sujeto y centro. Prueba Kruskal-Wallis, ($p < 0,001$).
 (1) dosis significativamente más altas de fármacos "somáticos" que en A, SP, J y TM; ($P < 0,05$).

4-2. Diferencias entre los sujetos que recibían y los que no recibían psicofármacos.

4-2-1. Población total.

En la tabla 44 se resumen las características de los sujetos tratados y no tratados con psicofármacos, considerando todos los casos recopilados.

4-2-1-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

Se desconocía el uso de psicofármacos en 4 sujetos, de 16, 17, 22 y 22 años de edad. En otros 8 sujetos, que recibían psicofármacos, se desconocía la edad. Entre los que no recibían psicofármacos se desconocía la edad en 7 casos. Se dispuso de 843 casos válidos (98% del total). La media de edad entre los sujetos que recibían psicofármacos ($28,4 \pm 12,1$ años), fue unos 7 años inferior a la edad promedio de los que no recibían ($35,0 \pm 12,6$ años). Una diferencia de la misma magnitud y sentido se produjo en las medianas (27,0 y 34,0 años). Los valores mínimos y máximos en el grupo medicado con psicofármacos (9 y 81 años respectivamente) también fueron mayores que los del grupo sin psicofármacos (4 y 70 años). La diferencia de edad entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Sexo.

En un sujeto, del que se supo que no recibía psicofármacos, no se definió el sexo. No se informó sobre el uso de psicofármacos en 1 mujer y 3 varones. Se dispuso de 857 casos válidos. La proporción de mujeres que recibían psicofármacos fue del 28%, frente al 31% de los varones. No hubo diferencias estadísticamente significativas, en cuanto al sexo, entre los sujetos que recibían psicofármacos y los que no ($p < 0,344$).

Tipo de residencia.

No se informó sobre el uso de psicofármacos en 4 sujetos que no estaban internados en instituciones. El número de casos válidos fue 858. La proporción de sujetos internados que recibía psicofármacos fue del 53%, muy superior a la proporción de sujetos que no estando internados recibían este tipo de medicación (21%). La diferencia entre ambas proporciones fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

4-2-1-B. Diferencias de carácter diagnóstico.

Grado de retraso mental.

Hubo 849 casos validos. Faltó el grado de retraso mental en 3 casos tratados con psicofármacos y en 6 casos no tratados. Faltó la información sobre el uso de psicofármacos en 1 sujeto con retraso leve, y en 2 con retraso mental moderado. En otro sujeto se desconocía tanto el grado de retraso mental, como el uso de psicofármacos. El uso de psicofármacos fue menos frecuente entre los sujetos con retraso mental moderado (23%) y mayor entre los sujetos con retraso mental profundo (48%); las fracciones de sujetos con retraso mental leve y con retraso mental grave que recibían psicofármacos son respectivamente 29% y 28%. La fracción de sujetos medicados con psicofármacos difirió de forma estadística significativa ($p < 0,001$) según el grado de retraso mental. Siendo significativamente ($p < 0,05$) mayores que las esperadas la frecuencia de casos con retraso mental profundo que eran medicados con psicofármacos, y la frecuencia de casos con retraso mental moderado que no eran medicados con psicofármacos.

Diagnóstico de epilepsia.

Se dispuso de 857 casos validos. En 2 sujetos epilépticos y en 2 no epilépticos faltó información sobre el uso de psicofármacos, y en un sujeto tratado con psicofármacos se dejó en blanco la casilla sobre padecimiento de epilepsia. El uso de psicofármacos fue más frecuente entre los sujetos que padecían epilepsia (34%), que entre los que no padecían epilepsia (29%), pero la diferencia careció de significación estadística; ($p < 0,290$).

Disfunción sensorial o motora.

Se perdieron 4 casos en los que se desconocía el uso de psicofármacos, y 2 en los que faltó información sobre disfunciones sensitivo-motoras. El uso de psicofármacos fue más frecuente entre los sujetos que padecían disfunciones sensitivo-motoras, que entre los que no las padecían, 34% y 29% respectivamente, pero la diferencia entre ambas proporciones no fue estadísticamente significativa ($p = 0,125$). Diagnóstico psiquiátrico o conductual.

Se perdieron 4 casos en los que se desconocía la utilización de psicofármacos y 1 en los que faltó información sobre los diagnósticos psiquiátrico o problemas de

conducta. El uso de psicofármacos fue más frecuente entre los sujetos que padecían diagnóstico dual, que entre los que no lo padecían, 71% y 12% respectivamente. La diferencia entre ambas proporciones fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

4-2-1-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación "somática".

Se dispuso de 858 casos validos. El 9% recibía simultáneamente ambos tipos de fármacos, y el 59% no recibía ninguno de ambos fármacos. Los casos perdidos se comentaron en el epígrafe "frecuencia de sujetos medicados", en la sección dedicada a "características farmacoterapéuticas" en la descripción de la población estudiada. Entre los sujetos que no tomaban medicación somática, solo el 27% recibía psicofármacos, frente al 44% de los que sí tomaban medicación somática. La diferencia entre ambos porcentajes fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Medicación antiepiléptica.

Menos de la décima parte (9%) de la población recibía simultáneamente psicofármacos y antiepilépticos, y algo más de la mitad (56%) no tomaba ninguna de ambas clases de fármacos. Entre los sujetos que no recibían antiepilépticos, el porcentaje de usuarios de psicofármacos fue del 27%. La fracción de usuarios de psicofármacos entre los usuarios de antiepilépticos fue 41%. Ambos porcentajes difirieron de forma estadísticamente significativamente ($p < 0,001$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

Nueve sujetos tomaban simultáneamente psicofármacos y "otros fármacos para problemas de conducta". El porcentaje de uso de psicofármacos, entre los sujetos que recibían "otros fármacos para problemas de conducta" fue del 43%. Entre los sujetos que no recibían "otros fármacos para problemas de conducta" fue del 30%. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,292$).

4-2-2. Sujetos internados en instituciones.

En la tabla 45 se resumen las características de los sujetos tratados y no tratados con psicofármacos, considerando solo los casos que residen en internados.

4-2-2-A. Duración del internamiento.

Fueron evaluables todos los sujetos internados en una institución. La duración promedio de internamiento de los sujetos que recibían psicofármacos ($14,9 \pm 11,5$ años) fue aproximadamente 4 años superior a la de los sujetos que no recibían psicofármacos ($10,8 \pm 9,5$ años). Los valores mediana fueron 14 y 9 años respectivamente. La diferencia en la duración del internamiento entre los que recibían y los que no recibían psicofármacos fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

4-2-2-B. Características demográficas y diagnósticas.

En la subpoblación sujetos ingresada en instituciones, no se hallan diferencias significativas entre los sujetos que recibían y los que no recibían psicofármacos, en las *características demográficas*, edad y sexo, ni en las *diagnósticas*, grado de retraso mental, epilepsia y disfunción sensitivo-motora. Un caso del que se desconocía la edad, y otro del que se desconocía el grado de retraso mental, tomaban psicofármacos.

La edad de los sujetos que recibían psicofármacos ($38,8 \pm 13,1$ años), fue similar a la de los sujetos que no recibían psicofármacos ($37,5 \pm 12,3$ años), ($p = 0,530$).

Recibían psicofármacos el 58% de los varones, frente al 51% de las mujeres ($p = 0,418$). Entre los sujetos con retraso mental leve-moderado, el 56% recibía psicofármacos, frente al 52% entre los sujetos con retraso grave-profundo, ($p = 0,759$). La frecuencia de uso de psicofármacos entre los sujetos epilépticos fue del 48%; frente al 55% entre los sujetos no epilépticos ($p = 0,383$). El 51% de los sujetos con disfunciones sensitivo-motora recibían psicofármacos, frente al 54% de los que no padecían estas disfunciones ($p = 0,645$).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre uso de psicofármacos y haber recibido un diagnóstico psiquiátrico o conductual. Solo el 25% de sujetos sin diagnóstico psiquiátrico conductual, recibía tratamiento con psicofármacos; por el contrario, recibían tratamiento psicofarmacológico el 80% de los que poseían un diagnóstico psiquiátrico o conductual.

4-2-2-C. Uso de medicación.

La prevalencia de uso de psicofármacos, entre los sujetos que recibían medicación somática, fue del 50%, y entre los que no tomaban medicación somática fue del 56%; ($p = 0,414$). La prevalencia de uso de psicofármacos fue similar entre los

sujetos que tomaban y los que no tomaban antiepilépticos, 52% y 53% respectivamente ($p = 1$). Solo 6 de los sujetos ingresados en residencias recibían otros fármacos para problemas conductuales, de ellos, el 67% recibían también psicofármacos; frente al 53% de los sujetos que no recibían "otros fármacos para problemas de conducta" ($p = 0,687$).

4-2-3. Sujetos Valorados con ICAP.

La información solicitada fue proporcionada al completo para todos los sujetos valorados con ICAP. La frecuencia de uso de psicofármacos entre los sujetos valorados con ICAP fue del 51%, superior a la frecuencia del 30% que se halló en el resto de la población. La diferencia entre ambos porcentajes fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

En las tablas 46 á 48 se resumen las características de los sujetos tratados y no tratados con psicofármacos, considerando solo los casos valorados con ICAP.

4-2-3-A. Variables demográficas, diagnósticas y farmacoterapéuticas.

Variables demográficas. La edad de los sujetos tratados con psicofármacos (media $41,1 \pm 13,1$ años) fue mayor, de forma estadísticamente significativa ($p = 0,002$), que la edad (media $35,0 \pm 13,3$ años) de los sujetos que no recibían este tipo de medicación. La prevalencia de utilización de psicofármacos fue igual para ambos sexos 51%. La prevalencia de utilización de psicofármacos, entre sujetos ingresados en régimen de internamiento fue del 64%, superior de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) a la prevalencia (28%) entre los sujetos no internados.

Entre las variables diagnósticas, ni el grado de retraso mental, ni el diagnóstico de epilepsia, ni el padecimiento de disfunciones sensitivo-motóricas, se asociaron con diferencias en la prevalencia de uso de psicofármacos.

La frecuencia de uso de psicofármacos entre los sujetos con retraso mental leve y con retraso moderado fue igual, 47%; entre los graves fue del 48% y del 58% entre los profundos, ($p = 0,601$). El 52% de los sujetos epilépticos recibían psicofármacos, frente al 49% en el grupo sin epilepsia ($p = 0,882$). Entre los que padecían disfunción sensitivo motora, utilizaban psicofármacos el 59%; frente al 47% de los que no padecían estas disfunciones añadidas ($p = 0,217$).

La presencia de diagnóstico dual se asoció de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con una mayor prevalencia de uso de psicofármacos. Entre los

sujetos sin diagnóstico psiquiátrico o conductual el 29% recibían psicofármacos, frente al 88% de los que poseyeron diagnóstico dual.

Ninguna de las variables farmacoterapéuticas consideradas se asoció significativamente con el uso de psicofármacos.

La prevalencia de uso de psicofármacos entre los sujetos que estaban recibiendo medicación somática fue del 63%; y entre los que no recibían medicación somática fue del 46%; la diferencia entre ambos porcentajes no alcanzó el nivel de significación prefijado, ($p = 0,054$). Entre los sujetos que toman medicación antiepiléptica, el 58% recibían también psicofármacos, frente a solo 49% de los que no tomaban antiepilépticos, ambos porcentajes no se diferenciaron de forma significativa ($p = 0,462$). Solo 2 sujetos valorados con ICAP recibían "otros fármacos para problemas de conducta", uno de ellos también recibía psicofármacos.

4-2-3-B. Modo principal de expresión.

El 77% de los sujetos que carecían de modo de expresión; el 48% de los que solo se comunicaban gestualmente y el 48% de los que hablaban y 33% de los que empleaban lenguaje de signos o símbolos, recibían psicofármacos.

La frecuencia de uso de psicofármacos entre los sujetos capaces de expresarse mediante lenguaje hablado o de signos o mediante símbolos, fue del 47%. Entre los sujetos sin capacidad de expresión o como máximo capaces de comunicarse gestualmente, recibían psicofármacos con una frecuencia del 58%. La significación de la diferencia ($p = 0,230$), no alcanzó el nivel prefijado.

4-2-3-C. Gravedad de las dificultades visuales.

Recibían psicofármacos el 92% de los sujetos con poca o nula visión. Aquellos cuyos problemas de visión limitaban las actividades de la vida diaria pero mantenían una visión remanente suficiente, recibían psicofármacos con una frecuencia del 40%. Los sujetos con "visión buena con o sin gafas", los recibían con una frecuencia del 49%.

Reagrupando la capacidad visual en 2 categorías, "visión buena" y "visión con problemas y poca o nula visión", las diferencias en el uso de psicofármacos (49% y 59% respectivamente) carecieron de significación estadística ($p = 0,303$).

4-2-3-D. Gravedad de las dificultades auditivas.

Los sujetos que solo podían oír voces altas, "con o sin audífono", recibían psicofármacos con una frecuencia (86%) mayor que los sujetos que sin problemas auditivos (50%), y que los no podían oír siquiera voces altas (43%).

Agrupando a los sujetos en 2 categorías de capacidad auditiva, "audición buena con o sin audífono" y "solo oye voces altas o no oye, con o sin audífono", la frecuencia de uso de psicofármacos fue 50% y 64% respectivamente; no hubo diferencias significativas ($p = 0,456$).

4-2-3-E. Frecuencia de crisis epilépticas.

Ninguno de los sujetos que sufrían crisis epilépticas cada semana o más frecuentemente era tratado con psicofármacos. Recibían psicofármacos el 40% de los que padecían crisis epilépticas con frecuencia igual o menor de una cada dos meses, y la mitad de los que padecían crisis mensuales. El porcentaje de sujetos que usaban psicofármacos entre aquellos que padecían crisis epilépticas más o menos frecuentemente fue del 36%. Entre los que no padecían crisis, por no ser epilépticos o por que las crisis respondían adecuadamente, fue del 53%. La diferencia entre ambos porcentajes careció de significación estadística ($p = 0,354$).

4-2-3-F. Limitación de la vida diaria por problemas de salud física.

Recibían psicofármacos el 51% de los sujetos sin problemas de salud, el 60% de los que padecían problemas de salud que limitaban algo su vida diaria, y el 42% de aquellos cuyo estado de salud limitaba la mayoría de las actividades de la vida diaria.

La frecuencia de uso de psicofármacos fue del 51% y el 52%, respectivamente, entre los sujetos "sin" y "con problemas de salud que limitan su vida diaria"; ($p = 1$).

4-2-3-G. Necesidad de atención médica y/o de enfermería.

Recibían psicofármacos el 51% de los sujetos que precisaban atención sanitaria menos de una vez al mes, el 54% de los que la precisaban mensualmente, el 50% de los que la requerían semanalmente, y el único sujeto que la necesitaba diariamente. El único sujeto que necesitaba atención sanitaria de forma continua, no recibía psicofármacos.

La frecuencia de uso de psicofármacos entre los que precisan atención sanitaria una o más veces al mes, fue del 53%. Entre los que la precisaban con una frecuencia menor, fue del 51%. La diferencia de porcentajes no fue significativa ($p = 1$).

4-2-3-H. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano-brazo.

Recibían psicofármacos el 53% de los sujetos sin problemas en la movilidad mano-brazo; el 33% de aquellos cuyos problemas de movilidad mano-brazo limitaban algo su vida diaria, y el 50% de aquellos en los que este problema limitaba la mayoría de las actividades diarias.

Hubo mayor frecuencia de uso de psicofármacos entre los sujetos sin limitaciones en la movilidad mano-brazo (53%) que entre los sujetos con algún tipo de limitación en la vida diaria debida a dificultades en la movilidad mano-brazo (38%). No se halló asociación significativa entre, limitaciones en la vida diaria relacionadas con la movilidad mano-brazo y la fracción de sujetos que recibían algún tipo de psicofármaco ($p = 0,296$).

4-2-3-I. Movilidad.

Recibían psicofármacos el 79 de los 150 sujetos capaces de desplazarse, 7 de los 20 que generalmente estaban en sillas de ruedas o no caminaban, y los dos que permanecían limitados en cama la mayor parte del tiempo.

Entre los sujetos no confinados a la silla de ruedas o en cama, debido a problemas de movilidad, la frecuencia de uso de psicofármacos fue del 53%. Entre los sujetos con problemas de movilidad, que les obligaba a quedar confinados en silla de ruedas o en cama, fue del 41%. La diferencia careció de significación; ($p = 0,423$).

4-2-3-J. Ayudas necesarias para la movilidad.

Recibían psicofármacos 72 de los 139 sujetos que no precisaban ayudas para desplazarse, 5 de los 10 que necesitan aparatos pero se bastaban solos, 7 de los 16 que necesitaban ayuda ocasional de otra persona, y 4 de los 7 que necesitaban ayuda permanente de otra persona.

La proporción de sujetos que recibía psicofármacos, entre los que no necesitaban ayuda, fue 52%. Entre los que precisaban ayuda de otra persona, ocasional o permanentemente, para su movilidad, fue 49%. No se halló relación entre la necesidad de ayuda personal para la movilidad y el uso de psicofármacos, ($p = 0,905$).

4-2-3-K. Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W.

Destrezas motoras.

La media de la puntuación de escala (W) de destrezas motoras del grupo que no recibía psicofármacos ($463,32 \pm 22,26$) correspondió a un nivel de equivalente a 3 años y 1 mes. La media para los que si recibían psicofármacos ($459,43 \pm 22,54$) correspondió a la edad de 2 años y 9 meses. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,282$).

Destrezas sociales y comunicativas.

La media de la puntuación de escala de las destrezas sociales y comunicativas en el grupo de sujetos que recibían psicofármacos ($466,15 \pm 23,72$) correspondió a la edad de 2 años y 2 meses. Algo superiores fueron las que exhibidas los sujetos del grupo no tratado con psicofármacos, cuya media ($473,01 \pm 19,86$) correspondió a la edad de 2 años y 9 meses. La diferencia no alcanzó la significación prefijada; ($p = 0,061$).

Destrezas para la vida personal.

Las destrezas para la vida personal del grupo tratado con psicofármacos, cuya media $465,91 (\pm 31,86)$ equivalía a la edad de 4 años y 2 meses; fueron inferiores a las del grupo no tratado, con media $472,37 (\pm 26,00)$ equivalente a la edad de 4 años y 9 meses. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,227$).

Destrezas para la vida en comunidad.

La puntuación de escala (W) media de destrezas para la vida en comunidad entre los sujetos que no tomaban psicofármacos ($465,68 \pm 24,55$) equivalió a una edad de 4 años y 9 meses. La puntuación media de los sujetos que tomaban psicofármacos ($457,18 \pm 28,48$) equivalió a la edad de 3 años y 6 meses. Ambos grupos difirieron de forma estadísticamente significativa ($p = 0,038$).

Independencia General.

Las puntuaciones de independencia general del grupo tratado con psicofármacos, con media $462,25 (\pm 25,07)$ equivalente a la edad de 37 meses, tendieron a ser menores que las de los sujetos que no recibían psicofármacos, cuya media $468,68 (\pm 21,41)$ equivalió a la edad de 45 meses. Pero la diferencia no fue significativa ($p = 0,095$).

4-2-3-L. Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas.

El grupo no tratado con psicofármacos mostró una tendencia no significativa ($p = 0,094$) a presentar "edades equivalentes" ($56,77 \pm 34,51$ meses) menores que los sujetos no tratados con psicofármacos ($50,33 \pm 36,29$ meses).

4-2-3-M. Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas.

Conductas autolesivas.

Recibían psicofármacos 55 sujetos que nunca exhibían conductas autolesivas; 5 que las exhibían pero con frecuencia inferior a 1 vez al mes; 7 que las exhibían entre una y tres veces al mes; 7 de una a seis veces a la semana, 11 de una a diez veces al día y 3 que lo hacían una o más veces a la hora.

Recibían psicofármacos el 72% de los sujetos que presentaban conductas autolesivas una o más veces al mes, y el 45% de los que no presentaban conducta autolesivas o lo hacen con una frecuencia menor de una vez al mes. Ambas fracciones difirieron significativamente ($p = 0,006$).

Recibían psicofármacos 57 sujetos que no exhibían conductas autolesivas o, en caso de exhibirlas, estas no constituían un problema. También recibían psicofármacos 16 sujetos cuya conducta autolesiva constituía un problema leve; 5 en que constituía un problema moderado; 9 en los que constituía un problema grave, y el único sujeto cuya conducta autolesiva fue considerada como un problema crítico.

Cuando estas conductas se presentaban con una gravedad de moderada a crítica, la frecuencia de uso de psicofármacos fue del 75%. Entre los sujetos que "no presentan estas conductas, o no es problemática, o es un problema leve", la frecuencia de uso de psicofármacos fue del 48%. La diferencia entre los grupos fue significativa ($p = 0,023$).

Conductas heteroagresiva.

Utilizaban psicofármacos 47 sujetos que no exhibían conductas heteroagresivas; 19 que las exhibían con frecuencia menor de una vez al mes; 9 de una a tres veces al mes; 6 de una a seis veces por semana, y 7 de una a diez veces al día.

La frecuencia de uso de psicofármacos entre los sujetos que "nunca presentan conductas heteroagresivas o lo hacen menos de una vez al mes" (48%), fue menor que la frecuencia con que recibían estos fármacos (65%) los sujetos que exhibían conductas heteroagresivas en una o más ocasiones al mes. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,078$).

Utilizaban psicofármacos 52 sujetos que no presentaban conductas heteroagresivas o no constituían un problema. También recibían psicofármacos 16 sujetos en los que la heteroagresividad era un problema leve, 11 en que era un problema moderado, 6 en los que fue un problema grave y los 3 sujetos en los que era un problema crítico.

Recibían psicofármacos el 47% de los sujetos en los que las conductas heteroagresivas estaban ausentes, o eran a lo sumo un problema leve. Cuando constituían un problema de moderado á crítico, este porcentaje subió hasta el 77%. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,004$).

Conductas destructivas.

Sesenta sujetos que nunca presentaban conductas destructivas, recibían psicofármacos. También recibían psicofármacos 4 sujetos que exhibían estas conductas con frecuencia inferior a una vez al mes; 11 que las exhibían de una a tres veces al mes, 4 que lo hacían de una a seis veces a la semana, y 9 que lo hacían de una a diez veces al día.

Cuando la frecuencia de conductas destructivas era de una o más veces al mes, el porcentaje de sujetos tratados con psicofármacos fue el 83%. Cuando los sujetos no presentaban estas conductas o lo hacían con una frecuencia inferior a una vez al mes, solo el 45% de los sujetos recibían psicofármacos. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p < 0,001$).

Utilizaban psicofármacos 63 sujetos sin problemas de conducta destructiva, 8 con problema leve, 9 en los que era un problema moderado, los 7 en que era un problema grave y el único en que era un problema crítico.

Si las conductas destructivas estaban ausentes, o no eran problemáticas, o eran leves, el 47% de sujetos recibía psicofármacos. Si la conducta era considerada de gravedad moderada a crítica, los recibían el 85% de los sujetos. Ambos grupos difirieron de forma estadísticamente significativa ($p = 0,001$).

Conducta disruptiva.

Utilizaban psicofármacos 36 sujetos que nunca presentaban conductas disruptivas; 5 que las presentaban con frecuencia menor de una vez al mes, 12 que la presentaban de una a tres veces por mes, 17 que lo hacían de una a seis veces por semana, 15 que lo hacían de una a diez veces al día, y 3 que lo hacían una o más veces a la hora.

Entre los que la conducta disruptiva no era un problema, utilizaban psicofármacos 42 sujetos. Cuando esta conducta era considerada un problema leve, utilizaban psicofármacos 24 sujetos; cuando era un problema moderado 16; cuando era grave 4 y 2 en que era un problema crítico.

El porcentaje de sujetos que recibía psicofármacos, entre los que presentaban conductas disruptivas con una frecuencia de una o más veces al mes, fue del 62%; frente al 43% entre los que las presentaban menos frecuentemente.

Este porcentaje, para los sujetos que presentaban conductas disruptivas de gravedad moderada a crítica, fue del 69 %, frente al 47% entre los que no presentaban esta conducta o solo constituía un problema leve.

La frecuencia de uso de psicofármacos fue significativamente diferente en función de la frecuencia ($p = 0,019$), y la gravedad ($p = 0,027$) de las conductas disruptivas.

Conductas atípicas y repetitivas (estereotípias).

Recibían psicofármacos 27 sujetos que nunca mostraban hábitos atípicos y repetitivos, ninguno de los que los presentaban menos de una vez al mes, 5 que los presentaban de una a tres veces al mes, 10 que lo hacían de una a seis veces a la semana, 27 que los mostraron de una a diez veces al día y 19 de los que lo hacían cada hora o más frecuentemente.

El uso de psicofármacos se encontró en 42 de los sujetos en que estas conductas no constituían un problema, en 21 de los que eran un problema leve, en 15 de los que se consideró moderado, en 7 de los que eran un problema grave, y en 3 en que llegaron a constituir un problema crítico.

Recibían psicofármacos el 59% de los sujetos que exhibían hábitos atípicos y repetitivos una o más veces al mes, frente a 40% de los que mostraban estos hábitos menos frecuentemente o no los mostraban. El uso de psicofármacos entre aquellos sin problemas de hábitos atípicos o solo problemas leve, fue del 47%, frente al 66% entre los que estos hábitos eran un problema de moderado a crítico.

Tanto la frecuencia ($p = 0,015$) como la gravedad ($p = 0,041$) de las conductas atípicas y hábitos repetitivos se asociaron de forma significativa con el porcentaje de sujetos tratados con psicofármacos.

Conductas socialmente ofensivas.

Treinta y seis sujetos que nunca mostraban conductas socialmente ofensivas, 3 que las exhibían menos de una vez al mes, 4 que las exhibían de una a tres veces al mes, 16 que lo hacían de una a seis veces por semana, 24 que las exhibían de una a diez veces al día y 5 que lo hacían más de una vez a la hora, estaban recibiendo psicofármacos.

Recibían psicofármacos, 41 sujetos de los que no se consideró que las conductas socialmente ofensivas fuesen un problema, 19 de los que se consideró que era un problema leve, 18 de los que el problema era moderado, 4 de los que era de carácter grave y 6 de los que se consideró como un problema crítico.

Cuando los sujetos presentaban una frecuencia de este tipo de conductas de una o más veces al mes, el porcentaje de usuarios de psicofármacos fue del 62%, mientras que cuando estas conductas eran menos frecuentes el porcentaje de usuarios fue del 41%. Análogamente, entre los sujetos que no presentaban conductas socialmente ofensivas o estas solo constituían un problema leve, el porcentaje de usuarios era del 47%, frente al 62% cuando estas conductas eran un problema de moderado a crítico.

Hubo una asociación significativa ($p = 0,009$), entre la proporción de sujetos tratados con psicofármacos, y la frecuencia de conductas socialmente ofensivas; pero no con la gravedad de las mismas ($p = 0,084$).

Actitud retraída y falta de atención.

Entre los que nunca presentaban actitud retraída o falta de atención, utilizaban psicofármacos 37 sujetos. Cuando la frecuencia de tales actitudes se presentaba con frecuencia inferior a una vez al mes, utilizaban psicofármacos 4 sujetos. Cuando la frecuencia de estas conductas era de una a tres veces por mes, 7 sujetos recibían psicofármacos. Entre los que se mostraban retraídos o faltos de atención de una a seis veces por semana, 9 recibían psicofármacos. Entre los que presentaban retraimiento o falta de atención entre una y diez veces al día, 17 recibían psicofármacos. De los que se mostraban retraídos o faltos de atención una o más veces a la hora, 14 recibían psicofármacos.

Recibían psicofármacos 41 de los sujetos para los cuales la conducta retraída o falta de atención no suponía un problema, 15 para los cuales constituía un problema leve; 14 para los que constituía un problema moderado, 14 para los que se consideró que el problema era grave y 4 para los que este problema era crítico.

Utilizaban psicofármacos el 43% de los sujetos que no mostraban retraimiento o falta de atención o que presentaban este tipo de problema menos de una vez al mes, frente al 61% de los que las presentaban una o más veces al mes. Entre aquellos sujetos en los que este tipo de problema no estaba presente o era considerado de gravedad leve, el porcentaje de uso de psicofármacos fue del 46%, frente al 63% entre aquellos en los que estas conductas suponían un problema de moderado a crítico.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, tanto con la frecuencia ($p = 0,020$), como con la gravedad ($p = 0,049$), de las actitudes retraídas y faltas de atención y la utilización de psicofármacos.

Conductas no colaboradoras.

Cincuenta y tres sujetos que nunca presentaban conductas no colaboradoras, 8 que las presentaban menos de una vez al mes, 6 que las presentaban de una a tres veces al mes, 10 que lo hacían de una a seis veces por semana, 10 las mostraban de una a diez veces por día y 1 que las exhibían una o más veces por hora, recibían psicofármacos.

Sesenta sujetos de los que las conductas no colaboradoras no suponían un problema, 8 de los que suponía un problema leve, 13 para los que era un problema moderado, 6 en los que estas conductas eran consideradas como un problema grave y el único para el cual esta conducta era un problema crítico, recibían psicofármacos.

El porcentaje de uso de psicofármacos entre los sujetos que nunca presentaban conductas no colaboradoras o las presentaban menos de una vez por mes, fue del 51%, frente al 52% entre los que las presentaban más frecuentemente. Eran usuarios de psicofármacos el 49% de los sujetos que no presentaban conductas no colaboradoras o estas, si acaso, constituían un problema leve; frente el 59% entre los que estas conductas constituían un problema de gravedad moderada a crítica.

Ni la frecuencia ($p = 0,896$) ni la gravedad ($p = 0,318$) de las conductas no colaboradoras se asociaron de forma estadísticamente significativa con la proporción de sujetos que recibían psicofármacos.

4-2-3-N. Índices conductuales derivados.

Índice interno.

Los sujetos que recibían tratamiento con psicofármacos presentaron índices internos menores ($-15,0 \pm 12,4$) que los sujetos que no recibían psicofármacos ($-8,5 \pm 11,0$). Tanto la media como la mediana ($-5,5$) de los valores del grupo que no recibía

psicofármacos estaban en el rango de la normalidad, pero estos valores para el grupo que recibía psicofármacos (mediana -13,5) estaban en el rango de problemas leves. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p < 0,001$).

Índice externo.

Los sujetos con psicofármacos presentaban índices de problemas externos más negativos ($-11,8 \pm 12,8$; mediana -10,0) que los sujetos sin psicofármacos ($-5,1 \pm 8,1$; mediana -2,0). La diferencia fue significativa ($p < 0,001$).

Índice asocial.

Los sujetos con tratamiento psicofarmacológico presentaban índices de problemas asociales ($-12,1 \pm 11,8$) más negativos que los sujetos sin tratamiento psicofarmacológico ($-8,8 \pm 11,8$). La media y la mediana (-4,0) de los valores del grupo que no recibía psicofármacos estaba en el rango de la normalidad, pero estos valores (mediana -11,0) para el grupo que recibía psicofármacos, estaban en el rango de problemas leves. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,039$).

Índice general de problemas conductuales.

Los sujetos que recibían psicofármacos presentaban valores del índice general de problemas ($-14,9 \pm 12,4$; mediana -12,0) más negativos que los sujetos sin tratamiento psicofarmacológico ($-7,9 \pm 8,7$; mediana -5,0). La diferencia fue significativa ($p < 0,001$).

4-2-3-O. Puntuación de servicio.

Los sujetos que no recibían psicofármacos presentaban puntuaciones de servicio ($56,0 \pm 18,9$; mediana 59,0) más elevadas que los sujetos que recibían psicofármacos ($45,8 \pm 21,6$; mediana 46,0). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,003$).

Tabla 44.

Diferencias cuantitativas entre los sujetos que recibían y no recibían psicofármacos, población total

| | | Recibían psicofármacos | | Significación |
|---|----------|------------------------|-----|---------------|
| | | N / Total | % | |
| | | Si | | |
| Sexo | Mujeres | 89 / 316 | 28% | p = 0,344. |
| | Varones | 169 / 541 | 31% | |
| Lugar de residencia | Externos | 130 / 616 | 21% | p<0,001 |
| | Internos | 128 / 242 | 53% | |
| Grado de retraso mental | Leve | 28 / 96 | 29% | p<0,001. (1) |
| | Moderado | 81 / 353 | 23% | |
| | Grave | 70 / 248 | 28% | |
| | Profundo | 73 / 152 | 48% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 206 / 705 | 29% | p=0,290 |
| | Si | 51 / 152 | 34% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 190 / 664 | 29% | p=0,125 |
| | Si | 66 / 192 | 34% | |
| Diagnóstico dual | No | 73 / 596 | 12% | p<0,001. |
| | Si | 184 / 261 | 71% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 187 / 687 | 27% | p<0,001 |
| | Si | 75 / 171 | 44% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 177 / 660 | 27% | p<0,001. |
| | Si | 81 / 198 | 41% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 249 / 837 | 30% | p=0,125 |
| | Si | 9 / 21 | 43% | |

(1) Los sujetos con RM profundo recibían psicofármacos con una frecuencia significativamente ($p<0,05$) mayor que la esperada, y los sujetos con RM moderado con frecuencia significativamente menor que la esperada

Diferencias cuantitativas entre sujetos que recibían y no recibían psicofármacos, población total

| Recibían psicofármacos | Edad, en años | | | | | | p < 0,001. |
|------------------------|---------------|-------|------|--------|---------|--------|------------|
| | Nº | Media | ds | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| No | 593 | 28,4 | 12,1 | 4,0 | 27,0 | 70,0 | |
| Si | 250 | 35,0 | 12,6 | 9,0 | 34,0 | 81,0 | |

Tabla 45

Diferencias cualitativas entre los que recibían y no recibían psicofármacos, población internada

| | | Recibían psicofármacos | | Significación |
|---|----------------|------------------------|-----|---------------|
| | | N / Total | % | |
| | | Si | | |
| | | N / Total | % | |
| Sexo | Mujeres | 42 / 73 | 58% | p = 0,418. |
| | Varones | 86 / 169 | 51% | |
| Grado de retraso mental | Leve-moderado | 23 / 41 | 56% | p= 0,759. |
| | Grave-profundo | 104 / 200 | 52% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 93 / 169 | 55% | p= 0,383. |
| | Si | 35 / 73 | 48% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 80 / 147 | 54% | p= 0,645. |
| | Si | 48 / 95 | 51% | |
| Diagnóstico dual | No | 29 / 118 | 25% | p< 0,001. |
| | Si | 99 / 124 | 80% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 74 / 133 | 56% | p = 0,414 |
| | Si | 54 / 109 | 50% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 85 / 160 | 53% | p = 1 |
| | Si | 43 / 82 | 52% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 124 / 236 | 53% | p= 0,687. |
| | Si | 4 / 6 | 67% | |

Diferencias cuantitativas entre sujetos que recibían y no recibían psicofármacos, población total

| Recibían psicofármacos | Nº | Media | ds | Mínimo | Mediana | Máximo | |
|------------------------|--------------------------|-------|------|--------|---------|--------|------------|
| | Edad en años | | | | | | |
| No | 114 | 37,5 | 12,3 | 16,0 | 35,5 | 70,0 | p = 0,530. |
| Si | 128 | 38,8 | 13,1 | 17,0 | 37,0 | 81,0 | |
| | Duración ingreso en años | | | | | | |
| No | 114 | 10,8 | 9,5 | 1,0 | 9,0 | 57,0 | p < 0,001. |
| Si | 128 | 14,9 | 11,5 | 1,0 | 14,0 | 45,0 | |

Tabla 46

Diferencias cualitativas entre los que recibían y no recibían psicofármacos; valorados con ICAP

| | Recibían psicofármacos | | | Significación |
|---|------------------------|-----------|-----|---------------|
| | Si | | | |
| | | N / Total | % | |
| Sexo | Mujeres | 29 / 57 | 51% | p=1. |
| | Varones | 59 / 115 | 51% | |
| Lugar de residencia | Externos | 17 / 61 | 28% | p<0,001 |
| | Internos | 71 / 111 | 64% | |
| Grado de retraso mental | Leve | 7 / 15 | 47% | p=0,601. |
| | Moderado | 22 / 47 | 47% | |
| | Grave | 23 / 48 | 48% | |
| | Profundo | 36 / 63 | 58% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 72 / 139 | 52% | p=0,882. |
| | Si | 16 / 33 | 49% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 54 / 114 | 47% | p=0,217. |
| | Si | 34 / 58 | 59% | |
| Diagnóstico dual | No | 31 / 107 | 29% | p<0,001. |
| | Si | 57 / 65 | 88% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 54 / 118 | 46% | p=0,054. |
| | Si | 34 / 54 | 63% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 65 / 132 | 49% | p=0,462. |
| | Si | 23 / 40 | 58% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 87 / 170 | 51% | p=1. |
| | Si | 1 / 2 | 50% | |

Diferencias cuantitativas entre los que recibían y no recibían psicofármacos; valorados con ICAP

| Recibían psicofármacos | Edad, en años | | | | | | p = 0,002 |
|------------------------|---------------|-------|------|--------|---------|--------|-----------|
| | Nº | Media | ds | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| No | 84 | 35,0 | 13,1 | 17,0 | 32,0 | 70,0 | |
| Si | 88 | 41,1 | 13,3 | 17,0 | 38,5 | 81,0 | |

Tabla 47a

Diferencias cualitativas entre los que recibían y no recibían psicofármacos; valorados con ICAP

| Variables ICAP | | Recibían psicofármacos | | Significación |
|---|----|------------------------|------------------|---------------|
| | | Si | | |
| | | N /totala | (%) | |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | No | 36 / 62 | 58% | p=0,230. |
| | Si | 52 / 110 | 47% | |
| Visión buena con o sin gafas | No | 19 / 32 | 59% | p=0,404. |
| | Si | 69 / 140 | 49% | |
| Audición buena con o sin audífono | No | 9 / 14 | 64% | p=0,456. |
| | Si | 79 / 158 | 50% | |
| Crisis en el último año | No | 83 / 158 | 53% | p=0,228. |
| | Si | 5 / 14 | 36% | |
| Problemas de salud que limitan la vida diaria | No | 74 / 145 | 51% ^p | p=1. |
| | Si | 14 / 27 | 52% | |
| Necesitan atención sanitaria 1 ó más veces al mes | No | 78 / 153 | 51% | p=1. |
| | Si | 10 / 19 | 53% | |
| Limitaciones en la movilidad mano-brazo | No | 80 / 151 | 53% | p=0;296. |
| | Si | 8 / 21 | 38% | |
| Confinado en silla de ruedas o en cama | No | 79 / 150 | 53% | p=0;423. |
| | Si | 9 / 22 | 41% | |
| Necesita ayuda de otra persona para moverse | No | 77 / 149 | 52% | p=0,905. |
| | Si | 11 / 23 | 48% | |
| Problemas de conducta, frecuencia > 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | No | 60 / 133 | 45% | p=0,006. |
| | Si | 28 / 39 | 72% | |
| Heteroagresiva | No | 66 / 138 | 48% | p=0,116. |
| | Si | 22 / 34 % | 65% | |
| Destructiva | No | 64 / 146 | 45% | p<0,001 |
| | Si | 24 / 29 | 83% | |
| Disruptiva | No | 41 / 96 | 43% | p=0,019. |
| | Si | 47 / 76 | 62% | |
| Atípica y repetitiva | No | 27 / 68 | 40% | p=0,023. |
| | Si | 61 / 104 | 59% | |
| Socialmente ofensivas | No | 39 / 93 | 42% | p=0,013. |
| | Si | 49 / 79 | 62% | |
| Retraídas y falta de atención | No | 41 / 95 | 43% | p=0,029. |
| | Si | 47 / 77 | 61% | |
| No colaboradoras | No | 61 / 120 | 51% | p=1. |
| | Si | 27 / 52 | 52% | |
| Conducta problema de moderada a crítica | | | | |
| Autolesiva | No | 73 / 152 | 48% | p=0,042. |
| | Si | 15 / 20 | 75% | |
| Heteroagresiva | No | 68 / 146 | 47% | p=0,008. |
| | Si | 20 / 26 | 77% | |
| Destructiva | No | 71 / 152 | 47% | p=0,003. |
| | Si | 17 / 20 | 85% | |
| Disruptiva | No | 66 / 140 | 47% | p=0,044. |
| | Si | 22 / 32 | 69% | |
| Atípica y repetitiva | No | 63 / 134 | 47% | p=0,063. |
| | Si | 25 / 38 | 66% | |
| Socialmente ofensivas | No | 60 / 127 | 47% | p=0,120. |
| | Si | 28 / 45 | 62% | |
| Retraídas y falta de atención | No | 56 / 121 | 46% | p=0,071. |
| | Si | 32 / 51 | 63% | |
| No colaboradoras | No | 68 / 138 | 49% | p=0,420. |
| | Si | 20 / 34 | 59% | |

Tabla 47b

Diferencias cuantitativas entre los que recibían y no recibían psicofármacos; valorados con ICAP

| Recibían psicofármacos | Nº | Media | ds | Mínimo | mediana | Máximo | Significación |
|--|----|--------|-------|--------|---------|--------|---------------|
| Destrezas motoras, puntuación W | | | | | | | |
| No | 84 | 463,32 | 22,26 | 382,00 | 467,00 | 500,00 | p=0,282. |
| Si | 88 | 459,43 | 22,54 | 395,00 | 466,00 | 500,00 | |
| Destrezas sociales-comunicativas, puntuación W | | | | | | | |
| No | 84 | 473,01 | 19,86 | 419,00 | 477,50 | 512,00 | p=0,061. |
| Si | 88 | 466,15 | 23,72 | 424,00 | 475,00 | 512,00 | |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | | | | | | |
| No | 84 | 472,37 | 26,00 | 393,00 | 479,00 | 519,00 | p=0,227. |
| Si | 88 | 465,91 | 31,86 | 374,00 | 475,00 | 516,00 | |
| Destrezas para vida en comunidad, puntuación W | | | | | | | |
| No | 84 | 465,68 | 24,55 | 408,00 | 469,00 | 511,00 | p=0,038. |
| Si | 88 | 457,18 | 28,48 | 408,00 | 456,50 | 517,00 | |
| Independencia general, puntuación W | | | | | | | |
| No | 84 | 468,68 | 21,41 | 402,00 | 475,00 | 508,00 | p=0,095. |
| Si | 88 | 462,25 | 25,07 | 401,00 | 468,50 | 507,00 | |
| Edad equivalente, meses | | | | | | | |
| No | 84 | 56,77 | 34,51 | 4,00 | 55,00 | 182,00 | p=0,094. |
| Si | 88 | 50,33 | 36,29 | 3,00 | 44,50 | 174,00 | |
| Índice interno | | | | | | | |
| No | 84 | -8,6 | 11,0 | -39,0 | -5,5 | 2,0 | p<0,001. |
| Si | 88 | -15,0 | 12,4 | -49,0 | -13,5 | 2,0 | |
| Índice externo | | | | | | | |
| No | 84 | -5,1 | 8,1 | -35,0 | -2,0 | 1,0 | p<0,001 |
| Si | 88 | -11,8 | 12,8 | -56,0 | -10,0 | 1,0 | |
| Índice asocial | | | | | | | |
| No | 84 | -8,8 | 11,8 | -41,0 | -4,0 | 6,0 | p=0,039 |
| Si | 88 | -12,1 | 11,8 | -42,0 | -11,0 | 1,0 | |
| Índice general | | | | | | | |
| No | 84 | -8,0 | 8,7 | -27,0 | -5,0 | 1,0 | p<0,001 |
| Si | 88 | -14,9 | 12,4 | -54,0 | -12,0 | 1,0 | |
| Puntuación de servicio | | | | | | | |
| No | 84 | 56,0 | 18,9 | 22,0 | 59,0 | 93,0 | p=0,003 |
| Si | 88 | 54,8 | 21,6 | 1,0 | 46,0 | 89,0 | |

4-3. Diferencias entre los sujetos que recibían y los que no recibían antipsicóticos.

4-3-1. Población total.

La tabla 48 resume las características de los sujetos tratados con antipsicóticos, comparándolas con las de los no tratados.

4-3-1-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

No se informó de la edad de 5 sujetos que recibían antipsicóticos, y de otros 10 que no recibían. En 4 sujetos de edades 16, 17, 22 y 22 años, se desconocía el uso de antipsicóticos. Las edades de los sujetos del grupo que no recibía antipsicóticos ($28,9 \pm 12,3$ años) fueron menores que las del grupo que sí estaba tratado con antipsicóticos ($35,2 \pm 12,3$ años). La diferencia fue estadísticamente significativa, ($p < 0,001$).

Sexo.

Se informó del sexo de todos los sujetos que se sabía que recibían antipsicóticos. No se pudo conocer el sexo de 1 sujeto que no tomaba antipsicóticos. Se desconocía si tomaban antipsicóticos 1 mujer y 3 varones. La fracción de mujeres que recibían antipsicóticos fue 20%, menor que la de hombres, 25%. La diferencia entre los grupos no alcanzó el nivel de significación prefijado, ($p = 0,078$).

Lugar de residencia.

Hubo una asociación estadísticamente significativa entre uso de antipsicóticos y lugar de residencia de los sujetos ($p < 0,001$). Solo el 15% de los sujetos que residían en hogares eran tratados con antipsicóticos, frente al 43% de los sujetos internados.

4-3-1-B. Diferencias de carácter diagnóstico.

Grado de retraso mental.

Se desconocía el grado de retraso mental de 5 sujetos que no recibían antipsicóticos, y de 4 que si recibían antipsicóticos. Se desconocía si tomaban antipsicóticos en 1 caso con retraso leve y 2 graves. En un sujeto se desconocía tanto el

grado de retraso mental como el uso de antipsicóticos. El porcentaje de sujetos que recibían antipsicóticos fue del 27% en el grupo con retraso mental leve, 18% en el grupo con retraso moderado, 20% en los graves y 37% en el grupo con retraso profundo. La frecuencia de uso de antipsicóticos difirió según el grado de retraso mental, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Fueron significativamente ($p < 0,05$) menores que las esperadas, las fracciones de sujetos con retraso moderado y retraso grave que recibían antipsicóticos, y mayor que la esperada la fracción de sujetos con retraso profundo que recibían antipsicóticos.

Diagnóstico de epilepsia.

No se informó sobre el padecimiento de epilepsia en un sujeto que no recibía antipsicóticos. De los 4 casos perdidos al desconocerse si tomaban antipsicóticos, 2 eran epilépticos; y otros 2 no. La frecuencia de uso de antipsicóticos entre sujetos epilépticos fue del 14%, frente al 19% de los sujetos no epilépticos. La diferencia no fue significativa ($p = 0,085$).

Disfunción sensorial o motora.

Ninguno de los 4 casos de los que se desconocía el uso de antipsicóticos, padecía disfunción sensitivo-motora. De los 2 casos de los que no se informó sobre el padecimiento de disfunción sensorial o motora, 1 recibía antipsicóticos y otro no. Los porcentajes de uso de antipsicóticos entre sujetos con, y sin, disfunciones sensitivo-motoras asociadas fueron similares, 24,0% y 23% respectivamente ($p = 0,724$).

Diagnóstico psiquiátrico o conductual.

Hubo 5 casos perdidos. En 1 sujeto que no tomaba antipsicóticos, no se informó sobre el padecimiento de problemas psiquiátricos o conductuales. De los 4 sujetos de los que se desconocía si tomaban antipsicóticos, 1 padecía diagnóstico dual, y 3 no. Solo el 7% de los sujetos sin diagnóstico dual estaban tratados con antipsicóticos, frente al 59% de los sujetos con este problema añadido. La presencia de diagnóstico dual se asoció significativamente ($p < 0,001$) con el uso de fármacos antipsicóticos.

4-3-1-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

En 4 casos no se informó de la toma de antipsicóticos, ni sobre la toma de medicación somática. Recibían antipsicóticos el 21% de los sujetos que no tomaban medicación para problemas somáticos, frente al 32% de los sujetos que sí recibían medicación somática. La diferencia entre ambos porcentajes fue estadísticamente significativa ($p = 0,003$).

Medicación antiepiléptica.

De los 4 sujetos de los que no se informó sobre la toma de medicación, en 2 tampoco se informó de la toma de antiepilépticos, pero sobre los otros 2 se informó que recibían fármacos anticonvulsivantes. La fracción de sujetos que tomaba antipsicóticos entre los que toman antiepilépticos fue del 22%, y del 26% entre los que no tomaban antiepilépticos. La diferencia no fue significativa ($p = 0,225$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

En los 4 casos en que no se informó sobre el uso de antipsicóticos, tampoco se informó sobre el uso de "otros fármacos para problemas de conducta". La frecuencia relativa de uso de antipsicóticos entre los sujetos que tomaban "otros fármacos para problemas de conductas" (24%) y los que no los tomaban (23%) fue similar ($p = 1$)

Medicación ansiolítico-hipnótica.

En los 4 casos en que no se informó sobre el uso de antipsicóticos, tampoco se informó sobre el uso de ansiolíticos-hipnóticos. Entre los sujetos que tomaban ansiolítico-hipnóticos, el 44% tomaba también antipsicóticos, frente a solo el 20% de los que no tomaban ansiolítico-hipnóticos. La diferencia entre ambos porcentajes fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

4-3-2. Sujetos internados en instituciones.

La tabla 49 resume las características de los sujetos tratados con antipsicóticos, comparándolas con las de los no tratados.

En los sujetos en régimen de internado, no se hallaron diferencias significativas entre los que recibían y los que no recibían antipsicóticos, en las características

demográficas, edad ($p = 0,693$) y sexo ($p = 1$); ni en las diagnósticas, grado de retraso mental ($p = 0,275$) y disfunción sensitivo-motora ($p = 0,189$).

Las edades de los sujetos internados que no recibían antipsicóticos ($37,9 \pm 12,9$ años), fueron similares a las de los sujetos que sí los recibían ($38,4 \pm 12,5$ años). Los de varones y las mujeres recibían antipsicóticos en igual proporción, 43%. Entre los sujetos con retraso mental leve-moderado, el 51% recibían antipsicóticos, frente al 41% de los sujetos con retraso mental de moderado a grave. Recibían antipsicóticos el 46% de los sujetos que sin disfunciones sensitivo motoras; y el 37% de los que si padecían estas disfunciones.

La duración del internamiento de los sujetos que recibían antipsicóticos ($14,8 \pm 11,2$ años) fue superior a la duración de internamiento de los sujetos que no recibían antipsicóticos ($11,6 \pm 10,3$ años). La diferencia fue estadísticamente significativa, ($p = 0,019$). Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre uso de antipsicóticos y padecimiento de epilepsia ($p = 0,015$), y también con haber recibido un diagnóstico dual ($p < 0,001$). El 30% de los sujetos con epilepsia recibían antipsicóticos, frente al 48% de los sujetos sin epilepsia. Entre los sujetos sin diagnóstico dual, recibían tratamiento antipsicótico el 16%, frente al 68% de los sujetos con este tipo de diagnóstico.

El uso de medicación "somática" no se asoció de forma significativa ($p = 0,450$) con el uso de antipsicóticos, la prevalencia de uso de antipsicóticos entre los sujetos que recibían medicación somática fue del 39%, mientras que entre los sujetos que no tomaban medicación somática fue del 45%. La prevalencia de uso de antipsicóticos entre los sujetos que no tomaban y los que tomaban antiepilépticos fue, 46% y 37% respectivamente; ambos porcentajes no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa ($p = 0,277$). La mitad de los 6 sujetos ingresados en residencias que recibían otros fármacos para problemas conductuales, recibían también antipsicóticos, ($p = 1$). La frecuencia de uso de antipsicóticos tampoco fue diferente, de forma significativa ($p = 0,126$) entre aquellos sujetos que recibían ansiolítico-hipnóticos (53%) y los que no lo hacían (40%).

4-3-3. Sujetos Valorados con ICAP.

La frecuencia de uso de antipsicóticos entre los sujetos valorados con ICAP es del 41%, superior a la frecuencia que se encuentra en el resto de la población 19%. La

diferencia entre ambos porcentajes fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Las tablas 50, 51a y 51b, reflejan las características de los sujetos evaluados con ICAP, según estén tratados o no con antipsicóticos.

4-3-3-A. Características demográficas, diagnósticas, y farmacoterapéuticas.

En el colectivo de sujetos valorados con ICAP, de las *variables demográficas*, las edades de los sujetos siendo tratados con antipsicóticos ($40,7 \pm 12,8$ años), fueron significativamente mayores ($p = 0,020$) que las edades ($36,7 \pm 13,8$ años) de los sujetos que no recibían estos fármacos. El sexo no se asoció con diferencias significativas ($p = 0,185$) en la prevalencia de utilización de antipsicóticos, el 33% de las mujeres y el 45% de los varones recibían antipsicóticos. La prevalencia de utilización de antipsicóticos entre sujetos en régimen de internamiento fue del 53%, significativamente ($p < 0,001$) superior a la prevalencia, 20%, entre los no internados.

Entre las *variables diagnósticas*, ni el grado de retraso mental, ni el diagnóstico de epilepsia, ni el padecimiento de disfunciones sensitivo-motoras, se asociaron con diferencias significativas en la prevalencia de uso de antipsicóticos.

La prevalencia de uso de antipsicóticos entre los sujetos con retraso mental leve fue 27%, entre los moderados 45%, entre los graves 35% y entre los profundos 47%; ($p = 0,392$). Entre los sujetos epilépticos la frecuencia de uso de antipsicóticos fue 27%; frente al 45% entre los sujetos no epilépticos ($p = 0,105$). Los sujetos que padecían disfunción sensitivo-motora presentaron una frecuencia de uso de antipsicóticos del 47%, y del 39% entre los que no las padecían ($p = 0,402$).

Pero la presencia de diagnóstico dual se asoció significativamente con mayor prevalencia de uso de antipsicóticos ($p < 0,001$). El 20% de los sujetos sin diagnóstico dual recibían antipsicóticos, frente al 87% con diagnóstico dual.

Ninguna de las *variables farmacoterapéuticas* se asoció significativamente con la prevalencia de uso de antipsicóticos. Entre los sujetos que no recibían medicación somática la prevalencia de uso de antipsicóticos fue del 46%, y del 63% entre los que recibían medicación somática, la diferencia no fue significativa ($p = 0,160$). Entre los sujetos que tomaban medicación antiepiléptica, el 40% recibían también antipsicóticos, y entre los que no recibían antiepilépticos, el 42%; ($p = 0,997$). Solo 2 sujetos valorados con ICAP tomaban "otros fármacos para problemas de conducta", ninguno recibía antipsicóticos ($p = 0,512$).

4-3-3-B. Modo principal de expresión.

Recibían antipsicóticos 13 sujetos considerados carentes de modo de expresión, 18 que se expresaban gestualmente, 39 capaces de expresarse hablando, y 1 que empleaba lenguaje de signos o símbolos. Recibían antipsicóticos el 50% de los sujetos considerados "carentes de modo de expresión, o que solo se expresan mediante gestos"; la frecuencia de uso de antipsicóticos entre los sujetos "con capacidad de comunicación o expresión, mediante lenguaje hablado, o de signos, o mediante símbolos", fue del 36%. La diferencia no fue significativa ($p = 0,113$).

4-3-3-C. Gravedad de las dificultades visuales.

Recibían antipsicóticos 55 sujetos con visión buena con o sin gafas, 6 con problemas de visión que limitaban algo sus actividades de la vida diaria y 10 cuya visión era muy pobre o nula. Reagrupando la capacidad visual en 2 categorías, "visión buena" y "visión con problemas y poca o nula visión", las diferencias en el uso de antipsicóticos (49% y 59%, respectivamente) carecieron de significación estadística ($p = 0,326$).

4-3-3-D. Gravedad de las dificultades auditivas.

Sesenta y dos sujetos que pueden oír voces normales, con o sin audífono, 6 que solo pueden oír voces altas, con o sin audífono, recibían antipsicóticos, y 3 que no podían oír voces altas, tomaban antipsicóticos. Las frecuencias de uso de antipsicóticos en las categorías de capacidad auditiva, "sin problemas" y "solo oyen voces altas o no oyen" fueron 39% y 64%, respectivamente, la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,123$).

4-3-3-E. Frecuencia de crisis epilépticas.

Sesenta y nueve sujetos sin crisis, por no padecer epilepsia o por que las crisis estaban controladas, 1 que padecía crisis cada 2 o más meses y 1 que las padecía cada mes, estaban siendo tratados con antipsicóticos. El porcentaje de sujetos que usaban antipsicóticos, entre aquellos que padecían crisis epilépticas más o menos frecuentemente, fue del 14%; entre los sujetos que no padecían crisis, por no ser epilépticos o por estar adecuadamente controladas, fue del 44%. La diferencia no fue significativa ($p = 0,063$).

4-3-3-F. Limitación de la vida diaria por problemas de salud física.

Cincuenta y nueve sujetos sin problemas de salud que limitasen las actividades de la vida diaria, 7 cuyo estado de salud imponía algunas limitaciones en actividades cotidianas, y 5 a los que su mala salud imponía limitaciones para la mayoría de las actividades cotidianas, estaban tomando antipsicóticos. Recibían antipsicóticos el 41% y el 44% de los sujetos sin, y con, problemas de salud que limitasen su vida diaria, la diferencia no fue significativa ($p = 0,880$).

4-3-3-G. Necesidad de atención médica y/o de enfermería.

Usaban antipsicóticos 63 sujetos que necesitaban atención "sanitaria" con una frecuencia inferior a una vez al mes, 6 que precisaban de estos cuidados una vez al mes, 2 que los precisaban semanalmente y 1 que los precisaba diariamente. El sujeto que precisaba atención sanitaria de forma continua, no tomaba antipsicóticos. La frecuencia de uso de antipsicóticos entre los que precisan atención sanitaria una o más veces al mes, fue del 47%; entre los sujetos que precisan atención con una frecuencia menor, fue del 41%; la diferencia no es significativa ($p = 0,745$).

4-3-3-H. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano-brazo.

Utilizaban antipsicóticos 65 sujetos con limitaciones en la vida diaria impuestas por dificultades en la movilidad de las manos y los brazos, 3 en los que ocasionaba algunas limitaciones y 3 en los que las limitaciones eran importantes. La frecuencia de uso de antipsicóticos por los sujetos sin limitaciones en la movilidad mano-brazo fue 43%, y para los sujetos con algún tipo de limitación por dificultades en la movilidad mano-brazo 29%. La asociación no fue significativa ($p = 0,305$).

4-3-3-I. Movilidad.

Utilizaban antipsicóticos 64 sujetos con capacidad de desplazarse, 5 que permanecían en sillas de ruedas o no se desplazaban, y los 2 que permanentemente estaban en cama por problemas para desplazarse. Entre los sujetos no confinados en silla de ruedas o en cama, la frecuencia de uso de psicofármacos fue del 43%. Entre los que tenían problemas de movilidad que les obligaba a desplazarse en silla de ruedas o a permanecer en cama, fue del 32%. La asociación no fue significativa ($p = 0,463$).

4-3-3-J. Ayudas necesarias para la movilidad.

El uso de antipsicóticos se encontró en 59 sujetos que no precisaban ayuda ni aparatos para su desplazamiento, en 3 que necesitaban aparatos pero se bastaban por sí mismos, en 6 que precisaban ocasionalmente ayuda de otra persona, y en 3 que precisaban ayuda permanente de otra persona en sus desplazamientos. Entre los sujetos que no necesitaban ayudas (por no padecer problemas de movilidad o por que padeciéndolos se bastan por sí mismos), la fracción de uso de antipsicóticos fue del 42%. Entre los que precisaban ayuda de aparatos o personas, ocasional o permanente, para su movilidad, fue del 39%. La asociación no fue significativa ($p = 1$).

4-3-3-K. Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W.

Destrezas motoras.

La media del grupo que no recibía antipsicóticos ($461,99 \pm 22,38$) correspondió a un nivel de destreza motora equivalente a 2 años y 11 mes; y en el grupo de los que recibía antipsicóticos ($460,39 \pm 22,61$) equivalía a la edad de 2 años y 9 meses. Las diferencias no fueron significativas ($p = 0,775$).

Destrezas sociales y comunicativas.

El grupo que recibía antipsicóticos mostró destrezas sociales y comunicativas, cuya media ($465,85 \pm 23,88$) equivalió a la edad de 2 años y 1 mes, algo inferiores a las que exhibían los sujetos del grupo no tratado con antipsicóticos, cuya media ($472,07 \pm 20,53$) equivalió 2 años y 7 meses de edad. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,100$).

Destrezas para la vida personal.

El grupo que recibía antipsicóticos presentó niveles de destrezas para la vida personal, cuya media ($466,66 \pm 31,10$) equivalió a la edad de 4 años y 3 meses. El grupo no tratado, presentó una media ($470,75 \pm 27,90$) correspondiente a la edad de 4 años y 8 meses. La diferencia carecía de significación estadística ($p = 0,464$).

Destrezas para la vida en comunidad.

En el grupo de sujetos tratados con antipsicóticos, la media de la puntuación de las destrezas para la vida personal ($458,07 \pm 28,14$) equivalió a la edad de 3 años y 6 meses. En el grupo de sujetos que no recibían antipsicóticos, esta media ($463,63 \pm 25,88$) equivalió a la edad de 4 años y 5 meses. La diferencia entre ambos grupos careció de significación estadística ($p = 0,174$).

Independencia General.

La media 462,82 ($\pm 24,78$) de las puntuaciones de independencia general del grupo tratado con antipsicóticos, correspondió a una edad equivalente de 3 años y 1 mes. La media 467,20 ($\pm 22,51$) de los sujetos que no recibían antipsicóticos, correspondió a una edad de 3 años y 7 meses. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,271$).

4-3-3-L. Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas.

El grupo tratado con antipsicóticos mostró una tendencia no significativa ($p = 0,271$) a presentar "edades equivalentes" (50,66 $\pm 35,42$ meses) menores que las correspondientes a los sujetos no tratados con antipsicóticos (55,46 $\pm 35,56$ meses).

4-3-3-M. Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas.

Conductas autolesivas.

Recibían antipsicóticos 42 sujetos que no presentaban conductas autolesivas, 5 que las mostraban menos de una vez al mes, 6 que las presentaban de una a tres veces al mes, 5 que lo hacían de una a seis veces por semana, 10 que se mostraban autoagresivos de 1 a 10 veces al día, y 3 que se autoagredían al menos una vez cada hora. Los porcentajes de usuarios de antipsicóticos, entre los sujetos que nunca se autoagredían o lo hacían menos de una vez al mes (35%), y entre los que muestran conductas autolesivas una o más veces al mes (62%), diferían significativamente ($p = 0,006$).

Utilizaban antipsicóticos 43 sujetos que no manifestaban conductas autolesivas o estas no eran problemáticas, 14 en que constituían un problema leve, 5 en que las autolesiones eran un problema moderado, 8 que se causaban autolesiones graves, y el único sujeto cuya conducta autolesiva fue de gravedad crítica. El porcentaje de uso de antipsicóticos entre las personas que no tenían problemas de conductas autolesivas o eran leves, fue del 38%; entre los sujetos con problemas autolesivos de gravedad moderada a crítica, del 70%. La diferencia fue significativa ($p = 0,011$).

Conductas heteroagresivas.

Utilizaban antipsicóticos 36 sujetos que nunca presentaban conductas heteroagresivas, 18 que presentaban episodios heteroagresivos menos de una vez al mes, 7 que se mostraban agresivos de una a tres veces al mes; 5 que lo hacían de una a seis veces a la semana y 5 que agredían de una a diez veces al día. El porcentaje de sujetos que toman antipsicóticos, entre los que nunca presentaban conductas

heteroagresivas o lo hacían menos de una vez al mes, fue 39%, y del 50% entre los sujetos con agresividad más frecuente. La diferencia careció de significación ($p = 0,338$).

Cuarenta sujetos sin problemas de heteroagresividad, 13 con problemas de leves, 10 cuya heteroagresividad era de carácter moderado, 6 en los que era un problema grave, 2 cuya agresividad era un problema crítico. Cuando los sujetos no tenían problemas de hetroagresividad o eran de carácter leve, el porcentaje de uso de antipsicóticos fue 36%. Cuando la heteroagresividad constituyó un problema de moderado a crítico, el porcentaje de uso de antipsicóticos fue del 69%. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,003$).

Conductas destructivas.

Cuarenta y siete sujetos que no presentaban conductas destructivas, 4 que se mostraban destructivos con frecuencia inferior a una vez al mes, 9 que lo hacían de una a tres veces al mes, 4 que lo hacían de una a seis veces a la semana y 7 que las exhibían de una a diez veces al día, recibían antipsicóticos. El porcentaje de usuarios de antipsicóticos entre los sujetos que nunca presentaban conductas destructivas o lo hacen menos de una vez al mes, fue 36%. Entre los que presentaban las conductas destructivas una o más veces al mes, fue 69%. La diferencia fue significativa ($p = 0,002$).

Recibían antipsicóticos 50 sujetos cuyas conductas destructivas no constituían un problema, 7 en los que eran un problema leve, 8 en los que eran un problema moderado, 5 en los que eran un problema grave y el único en que esta conducta fue un problema crítico. Cuando las conductas destructivas no suponían un problema o lo era de carácter leve, el porcentaje de usuarios de antipsicóticos fue 38%; frente al 70% cuando estas conductas eran un problema de moderado a crítico. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,011$).

Conducta disruptiva.

Usaban antipsicóticos 26 sujetos que nunca presentaban conductas disruptivas, 5 que las presentaban menos de una vez al mes, 9 que las mostraban de una a tres veces al mes, 15 que las exhibían de una a seis veces por semana, 13 que las exhibían de una a diez veces al día y 3 que las presentaban cada hora o más frecuentemente. El porcentaje de sujetos que no presentaban estas conductas o lo hacían menos de una vez al mes fue del 32%; entre los que las exhibían más frecuentemente alcanzó el 53%. La diferencia entre ambos fue estadísticamente significativa ($p < 0,011$).

Treinta y uno sujetos que no tenían problemas de conducta disruptiva, 21 que tenían problemas leves, 14 cuyos problemas disruptivos eran de carácter moderado, 3 con problemas graves de conducta disruptiva, y 2 en los que la conducta disruptiva era un problema crítico; recibían antipsicóticos. Cuando los sujetos no tenían conductas disruptivas o eran leves, la frecuencia de uso de antipsicóticos fue 37%. Cuando la conducta disruptiva constituía un problema de moderado a crítico, el porcentaje de usuarios de antipsicóticos fue del 59%. La diferencia fue significativa ($p = 0,035$).

Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias).

Diecinueve sujetos que nunca presentaban hábitos atípicos y repetitivos, 3 que lo hacían de una a tres veces al mes, 8 que los mostraban de una a seis veces por semana, 24 que los exhibían de una a diez veces al día, y 17 que lo hacían una o mas veces a la hora, recibían antipsicóticos. La frecuencia de uso de antipsicóticos entre los que nunca mostraban hábitos atípicos o repetitivos o lo hacían menos de una vez al mes fue del 28%; entre los que las exhibían más frecuentemente fue del 50%. La diferencia fue significativa ($p = 0,007$).

Treinta y uno sujetos sin problemas de hábitos atípicos, 19 con problemas leves, 12 con problemas moderados, 6 con problemas graves, y 3 con problemas críticos, recibían antipsicóticos. Cuando no había problemas de hábitos atípicos o repetitivos o estos son leves, el porcentaje de uso de antipsicóticos fue 37%, frente al 55% cuando constituían un problema de moderado a crítico. La diferencia fue significativa ($p = 0,072$).

Conductas socialmente ofensivas.

Veintisiete sujetos que nunca presentaban conductas socialmente ofensiva, 3 que las presentaban menos de una vez al mes, 4 que lo hacían de una a tres veces al mes, 14 que las mostraban de una a seis veces a la semana, 18 que las exhibían de una a diez veces al día y 5 que las presentaba una o más veces a la hora, estaban recibiendo antipsicóticos. El porcentaje de usuarios de antipsicóticos entre los que nunca presentaban conductas socialmente ofensivas o lo hacían menos de una vez al mes fue 32%; frente al 52% entre los que las manifestaban de una vez al mes o más frecuentemente. La diferencia fue significativa ($p = 0,014$).

De los sujetos sin problemas de conductas socialmente ofensivas, 31 recibían antipsicóticos. También los recibían 17 en los que estas conductas eran solo levemente problemáticas, 16 en los que eran moderadamente problemáticas, 2 en los que eran un

problema grave y 5 en que eran un problema crítico. La frecuencia de uso de antipsicóticos entre los sujetos que no tenían conductas socialmente ofensivas o estas no eran problemáticas o tan solo de carácter levemente problemático, fue 38%, frente al 51% entre los sujetos cuya conducta socialmente ofensiva era de gravedad entre moderada y crítica. Ambos porcentajes no diferían significativamente ($p = 0,167$).

Actitud retraída y falta de atención.

Estaban siendo tratados con antipsicóticos 28 sujetos que nunca se mostraban retraídos o faltos de atención, 3 que se mostraban así menos de una vez al mes, 5 que lo hacían de una a tres veces al mes, 7 que aparecían en esta actitud de una a seis veces a la semana, 15 que lo hacían de una a diez veces al día, y 13 que estaban así a cada hora. El porcentaje de uso de antipsicóticos entre los sujetos que nunca mostraban actitud retraída, o lo hacían menos de una vez al mes, fue 33%, frente a 52% entre los que mostraban esta actitud más frecuentemente. La diferencia fue significativa ($p = 0,016$).

Recibían antipsicóticos 32 sujetos en los que el retraimiento no era un problema, 11 en los que era un problema leve, 12 en los que era un problema moderado, 13 en que el problema era grave y 3 en que era un problema crítico. Entre los sujetos sin problemas de retraimiento o que solo suponían un problema leve, el porcentaje de uso de antipsicóticos fue 36%; frente al 55% entre los sujetos cuya actitud retraída suponía un problema de moderado a crítico. La diferencia fue significativa ($p = 0,029$).

Conductas no colaboradoras.

Recibían antipsicóticos 40 sujetos que nunca exhibían conductas no colaboradoras, 7 que las exhibían menos de una vez al mes, 6 que lo hacían de una a tres veces al mes, 9 las exhibían de una a seis veces a la semana, 8 que las exhibían de una a diez veces al día y 1 que las mostraba una o más veces por hora. El porcentaje de sujetos que recibían antipsicóticos entre los que presentaban conductas no colaboradoras con una frecuencia inferior a una vez al mes o no las presentaban, fue 39%; frente a 46% entre los que presentaban estas conductas con mayor frecuencia. La diferencia no fue significativa ($p = 0,493$).

Cuarenta y siete sujetos en los que la "falta de colaboración" no era un problema, 6 en que era un problema leve, 12 en que era un problema moderado, 5 en que era grave y el único en que fue crítico, recibían antipsicóticos. Entre los sujetos en los que la falta de colaboración no era un problema o solo un problema leve, recibían antipsicóticos el

38%; frente al 53% entre los que constituía un problema de moderado a crítico. La diferencia no fue significativa ($p = 0,178$).

4-3-3-N. Índices conductuales derivados.

Índice interno.

Los valores de índice interno entre los sujetos que no recibían antipsicóticos ($-8,6 \pm 10,9$) eran más altos que los medidos en el grupo tratado con antipsicóticos ($-16,4 \pm 12,4$). En el grupo no tratado, tanto la media como la mediana ($-6,0$) estaban dentro del rango de normalidad; mientras que estos valores para el grupo tratado (mediana $-16,0$) estaban en el rango de problemas leves. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Índice externo.

Los valores de índice externo entre los sujetos que no recibían antipsicóticos ($-5,9 \pm 9,7$) fueron más altos que en el grupo tratado ($-12,4 \pm 12,3$). En el grupo no tratado con antipsicóticos, tanto la media como la mediana ($-2,0$) estaban dentro del rango de normalidad; mientras que para el grupo tratado la media estaba en el rango de problemas leves, pero no la mediana ($-10,0$) que estaba en el rango de la normalidad. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p < 0,001$).

Índice asocial.

Los valores de índice asocial en el grupo que no recibía antipsicóticos ($-8,9 \pm 12,0$) fueron más altos que los del grupo con antipsicóticos ($-12,8 \pm 11,4$). En el grupo no tratado con antipsicóticos, media y mediana ($-4,0$) estaban dentro del rango de normalidad; en el grupo tratado (mediana $-12,0$) estaban en el rango de problemas leves. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p = 0,010$).

Índice general de problemas conductuales.

Los valores del índice general de problemas de conducta entre los sujetos que no recibían antipsicóticos ($-8,5 \pm 10,0$) fueron más altos que los medidos en el grupo tratado ($-15,9 \pm 11,7$). En el grupo no tratado con antipsicóticos, tanto la media como la mediana ($-5,0$) estaban dentro del rango de normalidad; estos valores en el grupo tratado (mediana $-15,0$) estaban en el rango de problemas leves. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

4-3-3-O. Puntuación y nivel de servicio.

Los valores de puntuación de servicio entre los sujetos que no recibían antipsicóticos ($54,5 \pm 19,5$) eran más altos que los medidos en el grupo tratado con este tipo de medicamentos ($44,9 \pm 22,41$). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,009$).

Tabla 48.

Diferencias cualitativas entre los sujetos que recibían y no recibían antipsicóticos, población total

| | | Recibían antipsicóticos fármacos | | Significación |
|---|----------|----------------------------------|-----|---------------|
| | | N / Total | % | |
| | | Si | | |
| Sexo | Mujeres | 62 / 316 | 20% | p=0,078. |
| | Varones | 136 / 541 | 25% | |
| Lugar de residencia | Externos | 95 / 616 | 15% | p<0,001. |
| | Internos | 103 / 242 | 43% | |
| Grado de retraso mental | Leve | 25 / 96 | 26% | p<0,001. (1) |
| | Moderado | 64 / 353 | 18% | |
| | Grave | 49 / 248 | 20% | |
| | Profundo | 56 / 152 | 37% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 171 / 705 | 24% | p=0,085. |
| | Si | 27 / 152 | 18% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 151 / 664 | 23% | p=0,724. |
| | Si | 46 / 192 | 24% | |
| Diagnóstico dual | No | 44 / 596 | 7% | p<0,001. |
| | Si | 154 / 261 | 59% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 144 / 687 | 21% | p=0,003. |
| | Si | 54 / 171 | 32% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 146 / 660 | 22% | p=0,225. |
| | Si | 52 / 198 | 26% | |
| Uso de ansiolítico-hipnóticos | No | 154 / 757 | 20% | p<0,001. |
| | Si | 44 / 101 | 44% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 193 / 837 | 23% | p=1. |
| | Si | 5 / 21 | 24% | |

(1) Los sujetos con retraso mental profundo recibían antipsicóticos con una frecuencia significativamente mayor que la esperada, y los sujetos con retraso mental moderado y grave recibían antipsicótico con frecuencia menor que la esperada.

Diferencias cuantitativas entre sujetos que recibían y no recibían antipsicóticos, población total

| Recibían antipsicóticos | Edad, en años | | | | | | p < |
|-------------------------|---------------|-------|------|--------|----------|--------|--------|
| | Nº | Media | ds | Mínimo | Media na | Máximo | |
| No | 650 | 28,9 | 12,3 | 4,0 | 28,0 | 81,0 | 0,001. |
| Si | 193 | 35,3 | 12,3 | 9,0 | 34,0 | 66,0 | |

Tabla 49

Diferencias cualitativas entre los sujetos que recibían y no recibían antipsicóticos, población internada

| | | Recibían antipsicóticos | | Significación |
|---|----------------|-------------------------|-----|---------------|
| | | Si | | |
| | | N / Total | % | |
| Sexo | Mujeres | 32 / 73 | 43% | p = 1. |
| | Varones | 72 / 169 | 43% | |
| Grado de retraso mental | Leve-moderado | 21 / 41 | 51% | p = 0,275. |
| | Grave-profundo | 81 / 200 | 41% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 81 / 169 | 48% | p = 0,015. |
| | Si | 22 / 73 | 30% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 68 / 147 | 46% | p = 0,189. |
| | Si | 35 / 95 | 37% | |
| Diagnóstico dual | No | 19 / 118 | 16% | p < 0,001. |
| | Si | 84 / 124 | 68% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 60 / 133 | 45% | p = 0,450. |
| | Si | 43 / 109 | 39% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 73 / 160 | 46% | p = 0,227. |
| | Si | 30 / 82 | 37% | |
| Uso de ansiolítico-hipnóticos | No | 76 / 191 | 40% | p = 0,126. |
| | Si | 27 / 51 | 53% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 100 / 236 | 42% | p = 1. |
| | Si | 3 / 6 | 50% | |

Diferencias cuantitativas entre sujetos que recibían y no recibían antipsicóticos, población internada

| Recibían antipsicóticos | Nº | Media | ds | Mínimo | Media | Máximo | |
|-------------------------|--------------------------|-------|------|--------|-------|--------|----------|
| | Edad en años | | | | | | |
| No | 139 | 37,9 | 12,9 | 16,0 | 36,0 | 81,0 | p=0,690. |
| Si | 103 | 38,4 | 12,5 | 17,0 | 36,0 | 66,0 | |
| | Duración ingreso en años | | | | | | |
| No | 139 | 11,6 | 10,3 | 1,0 | 9,0 | 57,0 | p=0,019. |
| Si | 103 | 14,8 | 11,2 | 1,0 | 14,0 | 45,0 | |

Tabla 50

Diferencias cualitativas entre los que recibían y no recibían antipsicóticos; valorados con ICAP

| | | recibían antipsicóticos | | Significación |
|---|----------|-------------------------|-----|---------------|
| | | si | | |
| | | N / Total | % | |
| Sexo | Mujeres | 19 / 59 | 33% | p=0,185. |
| | Varones | 52 / 115 | 45% | |
| Lugar de residencia | Externos | 12 / 61 | 20% | p<0,001. |
| | Internos | 59 / 111 | 53% | |
| Grado de retraso mental | Leve | 4 / 15 | 27% | p=0,392. |
| | Moderado | 21 / 47 | 45% | |
| | Grave | 17 / 48 | 35% | |
| | Profundo | 29 / 62 | 47% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 62 / 139 | 45% | p=0,105. |
| | Si | 9 / 33 | 27% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 44 / 114 | 39% | p=0,402. |
| | Si | 27 / 58 | 47% | |
| Diagnóstico dual | No | 21 / 107 | 20% | p<0,001. |
| | Si | 50 / 65 | 77% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 44 / 118 | 37% | p=0,160. |
| | Si | 27 / 54 | 50% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 55 / 132 | 42% | p=0,997. |
| | Si | 16 / 40 | 40% | |
| Uso de ansiolítico-hipnóticos | No | 55 / 140 | 39% | p=0,362. |
| | Si | 16 / 32 | 50% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 71 / 170 | 42% | p=0,512. |
| | Si | 0 / 2 | 0% | |

Diferencias cuantitativas entre sujetos valorados con ICAP que recibían y no recibían antipsicóticos

| Recibían antipsicóticos | Edad, en años | | | | | | P = 0,020 |
|-------------------------|---------------|-------|------|--------|----------|--------|-----------|
| | Nº | Media | ds | Mínimo | Media na | Máximo | |
| No | 101 | 36,4 | 13,8 | 17,0 | 32,0 | 81,0 | |
| Si | 71 | 40,7 | 12,8 | 17,0 | 38,0 | 66,0 | |

Tabla 51a.

Diferencias cualitativas entre los que recibían y no recibían antipsicóticos, ICAP

| Variables ICAP | | Recibían antipsicóticos | | Significació n |
|---|----|-------------------------|-----|-------------------|
| | | Si | | |
| | | N /total | (%) | |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | No | 31 / 62 | 50% | p=0,113, |
| | Si | 40 / 110 | 36% | |
| Visión buena con o sin gafas | No | 16 / 32 | 50% | p=0,326. |
| | Si | 55 / 140 | 39% | |
| Audición buena con o sin audífono | No | 9 / 14 | 64% | p=0,123. |
| | Si | 62 / 158 | 39% | |
| Crisis en el último año | No | 69 / 158 | 44% | p=0,063. |
| | Si | 2 / 14 | 14% | |
| Problemas de salud que limitan la vida diaria | No | 59 / 145 | 41% | p=0,880. |
| | Si | 12 / 27 | 44% | |
| Necesitan atención sanitaria 1 ó más veces al mes | No | 62 / 153 | 41% | p=0,745. |
| | Si | 9 / 19 | 47% | |
| Limitaciones en la movilidad mano-brazo | No | 65 / 151 | 43% | p=0,305. |
| | Si | 6 / 21 | 27% | |
| Confinado en silla de ruedas o en cama | No | 64 / 150 | 43% | p=0,463. |
| | Si | 7 / 22 | 32% | |
| Necesita ayuda de otra persona para moverse | No | 62 / 149 | 42% | p=1. |
| | Si | 9 / 23 | 39% | |
| Problemas de conducta, frecuencia > 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | No | 47 / 133 | 35% | p=0,006. |
| | Si | 24 / 39 | 62% | |
| Heteroagresiva | No | 54 / 138 | 39% | p=0,338. |
| | Si | 17 / 34 | 50% | |
| Destructiva | No | 51 / 143 | 36% | p=0,002. |
| | Si | 20 / 29 | 69% | |
| Disruptiva | No | 31 / 96 | 32% | p=0,011. |
| | Si | 40 / 76 | 53% | |
| Atípica y repetitiva | No | 19 / 68 | 28% | p=0,007. |
| | Si | 52 / 104 | 50% | |
| Socialmente ofensivas | No | 30 / 93 | 32% | p=0,014. |
| | Si | 41 / 79 | 52% | |
| Retraídas y falta de atención | No | 31 / 95 | 33% | p=0,016. |
| | Si | 40 / 77 | 52% | |
| No colaboradoras | No | 47 / 120 | 39% | p=0,493. |
| | Si | 24 / 52 | 46% | |
| Conducta problema de moderada a crítica | | | | |
| Autolesiva | No | 57 / 152 | 38% | p=0,011. |
| | Si | 14 / 20 | 70% | |
| Heteroagresiva | No | 53 / 146 | 36% | p=0,003. |
| | Si | 18 / 26 | 69% | |
| Destructiva | No | 57 / 152 | 38% | p=0,011. |
| | Si | 14 / 20 | 70% | |
| Disruptiva | No | 52 / 140 | 37% | p=0,035. |
| | Si | 19 / 32 | 59% | |
| Atípica y repetitiva | No | 50 / 134 | 37% | p=0,072. |

| | | | | |
|-------------------------------|----|----------|-----|----------|
| | Si | 21 / 38 | 55% | |
| Socialmente ofensivas | No | 48 / 127 | 38% | p=0,167. |
| | Si | 23 / 45 | 51% | |
| Retraídas y falta de atención | No | 43 / 121 | 36% | p=0,029. |
| | Si | 28 / 51 | 55% | |
| No colaboradoras | No | 53 / 138 | 38% | p=0,178. |
| | Si | 18 / 34 | 53% | |

Tabla 51b

Diferencias cuantitativas entre los que recibían y no recibían antipsicóticos, valorados con ICAP

| Recibían antipsicóticos | Nº | Media | ds | Mínimo | Media | Máximo | Significación |
|--|-----|--------|-------|--------|--------|--------|---------------|
| Destrezas motoras, puntuación W | | | | | | | |
| No | 101 | 461,99 | 22,38 | 382,00 | 466,00 | 500,00 | p=0,775. |
| Si | 71 | 460,39 | 22,61 | 395,00 | 466,00 | 500,00 | |
| Destrezas sociales-comunicativas, puntuación W | | | | | | | |
| No | 101 | 472,07 | 20,53 | 419,00 | 477,00 | 512,00 | p=0,100. |
| Si | 71 | 465,85 | 23,88 | 424,00 | 475,00 | 512,00 | |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | | | | | | |
| No | 101 | 470,75 | 27,90 | 393,00 | 479,00 | 519,00 | p=0,464. |
| Si | 71 | 466,66 | 31,10 | 374,00 | 475,00 | 516,00 | |
| Destrezas para vida en comunidad, puntuación W | | | | | | | |
| No | 101 | 463,63 | 25,88 | 408,00 | 467,00 | 517,00 | p=0,174. |
| Si | 71 | 458,07 | 28,14 | 408,00 | 458,00 | 511,00 | |
| Independencia general, puntuación W | | | | | | | |
| No | 101 | 467,20 | 22,51 | 402,00 | 471,00 | 508,00 | p=0,271. |
| Si | 71 | 462,82 | 24,78 | 401,00 | 468,00 | 507,00 | |
| Edad equivalente, meses | | | | | | | |
| No | 101 | 55,46 | 35,56 | 4,00 | 48,00 | 182,00 | p=0,270. |
| Si | 71 | 50,66 | 35,42 | 3,00 | 44,00 | 174,00 | |
| Índice interno | | | | | | | |
| No | 101 | -8,6 | 10,9 | -39,0 | -6,0 | 2,0 | p<0,001. |
| Si | 71 | -16,4 | 12,4 | -49,0 | -16,0 | 2,0 | |
| Índice externo | | | | | | | |
| No | 101 | -5,9 | 9,7 | -56,0 | -2,0 | 1,0 | p<0,001. |
| Si | 71 | -12,4 | 12,3 | -44,0 | -10,0 | 1,0 | |
| Índice asocial | | | | | | | |
| No | 101 | -8,9 | 12,0 | -41,0 | -4,0 | 6,0 | p=0,010. |
| Si | 71 | -12,8 | 11,4 | -42,0 | -12,0 | 1,0 | |
| Índice general | | | | | | | |
| No | 101 | -8,5 | 10,0 | -54,0 | -5,0 | 1,0 | p<0,001. |
| Si | 71 | -15,9 | 11,7 | -49,0 | -15,0 | 1,0 | |
| Puntuación de servicio | | | | | | | |
| No | 101 | 54,5 | 19,5 | 17,0 | 56,0 | 93,0 | p<0,001. |
| Si | 71 | 44,9 | 22,4 | 1,0 | 46,0 | 82,0 | |

4-4. Diferencias entre los sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos.

4-4-1. Población total.

La tabla 52 resume las características de los sujetos que recibían y que no recibían ansiolítico-hipnóticos, considerando todos los casos recopilados.

4-4-1-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

En 4 sujetos no se informó sobre el consumo de ansiolítico-hipnóticos, cuyas edades eran, 16 años, 17 años y 2 de 22 años. Se desconocía la edad en 3 casos que se sabía que recibían ansiolítico-hipnóticos, y en 12 casos de los que se sabía que no tomaban ansiolítico-hipnóticos. Las edades en el grupo no tratado con ansiolítico-hipnóticos ($29,8 \pm 12,5$ años) fueron menores que en el grupo tratado ($34,6 \pm 18,8$ años). La diferencia entre ambos grupos fue significativa, ($p < 0,001$).

Sexo.

Se desconocía el uso de ansiolítico-hipnóticos en 1 mujer, y en 3 varones. El sujeto cuyo sexo no se concretó, se sabe que no tomaba ansiolítico-hipnóticos. La fracción de mujeres que recibían ansiolítico-hipnóticos fue 13%; y la fracción de hombres fue 11%. La diferencia no fue significativa ($p = 0,350$).

Lugar de residencia.

Se halló una asociación significativa entre uso de ansiolítico-hipnóticos y lugar de residencia de los sujetos ($p < 0,001$). Solo el 8% de sujetos que residían en hogares eran tratados con ansiolítico-hipnóticos, frente al 21% de sujetos internados.

3-4-1-B. Diferencias de carácter diagnóstico.

Grado de retraso mental.

Se desconocía el grado de retraso mental de 7 sujetos que no recibían, y en 2 que si recibían ansiolítico-hipnóticos. Se desconocía el uso de ansiolítico-hipnóticos en 1 caso leve y 2 graves. En un sujeto se desconocía el grado de retraso mental y el uso de ansiolítico-hipnóticos. El porcentaje de sujetos con retraso mental leve tratados con ansiolítico-hipnóticos fue del 13%; con retraso mental moderado y con retraso mental grave el 8% y 11% respectivamente, y con retraso profundo el 20%. El uso de ansiolítico-hipnóticos difirió, según el grado de retraso mental, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La fracción de sujetos con retraso mental moderado que recibían ansiolítico-hipnóticos fue significativamente menor que la esperada ($p < 0,05$), y la fracción que usaban ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos con retraso mental profundo fue significativamente mayor que la esperada ($p < 0,05$).

Diagnóstico de epilepsia.

No se informó sobre el padecimiento de epilepsia en un sujeto que no recibía ansiolítico-hipnóticos. De 2 sujetos epilépticos; y de otros 2 no lo eran, se desconocía el uso de ansiolítico-hipnóticos. La frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos entre sujetos epilépticos fue del 19%, frente al 10% entre los no epilépticos. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,003$).

Disfunción sensorial o motora.

De los sujetos que se desconocía el uso de ansiolítico-hipnóticos, 1 padecía disfunción sensitivo-motora, 3 no las padecían. De los sujetos que se desconocía el padecimiento de disfunciones sensitivo-motoras, 1 tomaba ansiolítico-hipnóticos y otro no. Los porcentajes de uso de ansiolítico-hipnóticos entre sujetos con y sin disfunciones sensitivo-motoras asociadas fueron, 17% y 10% respectivamente, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,010$).

Diagnóstico psiquiátrico o conductual.

En un caso que recibía ansiolítico-hipnóticos, no se informó sobre la existencia de diagnóstico dual. Se desconocía el uso de ansiolítico-hipnóticos en 4 casos, 1 carecía de diagnóstico dual, y 3 padecían diagnóstico dual. El 6% de los sujetos sin diagnóstico

dual estaban tratados con ansiolítico-hipnóticos, frente al 25% de los sujetos con este tipo de diagnóstico. La presencia de diagnóstico dual se asoció significativamente ($p < 0,001$) con el uso de fármacos ansiolítico-hipnóticos.

4-4-3-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

En 4 casos no se informó de la toma de ansiolítico-hipnóticos, ni de medicación somática. Recibían ansiolítico-hipnóticos el 10% de los sujetos que no tomaban medicación para problemas somáticos, frente al 19% de los sujetos que sí recibían medicación somática. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p = 0,003$).

Medicación antiepiléptica.

De 4 sujetos de los que no se informó sobre la toma de ansiolítico-hipnóticos, en 2 tampoco se informó de la toma de antiepilépticos, pero de los otros 2 se informó que recibían antiepilépticos. La fracción de sujetos que tomaba fármacos ansiolítico-hipnóticos entre los que tomaban antiepilépticos fue del 22%, frente al 9% entre los que no tomaban antiepilépticos. La diferencia fue significativa ($p < 0,001$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

En los 4 casos de los que no se informó sobre el uso de ansiolítico-hipnóticos, tampoco se informó sobre el uso de "otros fármacos para problemas de conducta". La frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que tomaban "otros fármacos para problemas de conductas" (19%) y los que no los tomaban (12%) no difirieron de forma estadísticamente significativa ($p = 0,297$).

Medicación antipsicótica.

Entre los sujetos que tomaban antipsicóticos, el 22% tomaba también ansiolítico-hipnóticos, frente a solo el 9% de los que no tomaban antipsicóticos. La diferencia entre ambos porcentajes fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

4-4-2. Sujetos internados en instituciones.

En la tabla 53 se resumen las características de los sujetos internados que tomaban y que no tomaban ansiolítico-hipnóticos.

No se hallan diferencias significativas entre los sujetos que recibían y los que no recibían ansiolítico-hipnóticos, en las *características demográficas*, edad ($p = 0,460$), duración del internamiento ($p = 0,403$), y sexo ($p = 0,158$); ni en las *diagnósticas*, grado de retraso mental ($p = 0,730$), epilepsia ($p = 0,467$) y disfunción sensitivo-motora ($p = 0,147$).

Las edades de los sujetos internados que no recibían ansiolítico-hipnóticos ($38,2 \pm 12,2$ años) fueron muy próximas a las de los sujetos que sí recibían ansiolítico-hipnóticos ($37,4 \pm 14,5$ años). La duración promedio de internamiento de los sujetos que recibían ansiolítico-hipnóticos ($14,4 \pm 11,9$ años) fue inferior a la duración promedio de internamiento de los sujetos que no recibían ansiolítico-hipnóticos ($17,6 \pm 10,4$ años). Recibían ansiolítico-hipnóticos el 18% de los varones y el 27% de las mujeres. Recibían ansiolítico-hipnóticos el 20% de los sujetos, tanto del grupo con retraso leve-moderado, como del grupo con retraso grave-profundo. Entre los sujetos epilépticos, el porcentaje de uso de ansiolítico-hipnóticos fue del 25%, y entre los no epilépticos del 20%. Entre los sujetos que no padecían disfunciones sensitivo motoras, recibían ansiolítico-hipnóticos el 18%; frente al 26% de los que las padecían.

Hubo una asociación estadísticamente significativa entre uso de ansiolítico-hipnóticos y haber recibido un diagnóstico psiquiátrico o conductual ($p < 0,003$). Recibían tratamiento con ansiolítico-hipnóticos el 13% de los sujetos sin diagnóstico dual, frente a 29% entre los que habían recibido diagnóstico dual.

El uso de medicación "somática" no se asoció de forma significativa ($p = 0,271$) con el uso de ansiolítico-hipnóticos, la prevalencia de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que recibían medicación somática fue del 17%, y del 24% entre los que no toman medicación somática. Solo uno de los 6 sujetos ingresados en residencias que recibían "otros fármacos para problemas conductuales", recibía ansiolítico-hipnóticos, ($p = 1$). La frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos tampoco difirió de forma significativa ($p = 0,126$) entre los sujetos que recibían antipsicóticos (26%) y los que no lo hacían (17%).

La prevalencia de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que no tomaban y entre los que tomaban *antiepilépticos* fueron, 17% y 29% respectivamente, la diferencia fue significativa ($p = 0,038$).

4-4-3. Sujetos Valorados con ICAP.

La frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos valorados con ICAP fue del 19%, y en el resto de la población fue del 10%. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,003$). Las tablas 54 y 55a y 55b informan de las características de los sujetos tratados y no tratados con ansiolítico-hipnóticos.

4-4-3-A. Variables demográficas, diagnósticas, farmacoterapéuticas.

Variables demográficas. La edad de los sujetos tratados con ansiolítico-hipnóticos ($41,5 \pm 14,5$ años) no difirió de forma estadísticamente significativa ($p = 0,144$) que la edad ($37,6 \pm 13,2$ años) de los sujetos que no recibían este tipo de medicación. El sexo no se asoció con diferencias significativas ($p = 0,228$) en la prevalencia de utilización de ansiolítico-hipnóticos, 25% de las mujeres y 16% de los varones. La prevalencia de utilización de ansiolítico-hipnóticos entre sujetos ingresados en régimen de internamiento fue del 23%, que no fue significativamente ($p = 0,228$) superior a la prevalencia (12%) entre los internados.

Variables diagnósticas. Ni el grado de retraso mental, ni el diagnóstico de epilepsia, ni el padecimiento de disfunciones sensitivo-motoras, ni el diagnóstico dual, se asociaron con diferencias significativas en la prevalencia de uso de ansiolítico-hipnóticos. La prevalencia de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos con retraso mental leve fue 33%, entre los moderados 15%, entre los graves 17% y entre los profundos 19% ($p = 0,437$). Entre los sujetos epilépticos la frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue 27%; y el 17% entre los no epilépticos ($p = 0,246$). Los sujetos que padecían disfunciones sensitivo-motoras presentaron una frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos del 24%, y del 16% los que no las padecían ($p = 0,261$). Recibían ansiolítico-hipnóticos el 14% de los sujetos sin diagnóstico dual, frente al 26% de los que padecían diagnóstico dual ($p = 0,075$).

Ninguna de las *variables farmacoterapéuticas* se asoció significativamente con la prevalencia de uso de ansiolítico-hipnóticos. Entre los sujetos que no recibían medicación somática la prevalencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue del 17%; y del

22% entre los que recibían medicación para problemas somáticos, ($p = 0,539$). Entre los sujetos que tomaban medicación antiepiléptica, el 30% recibía también ansiolítico-hipnóticos, y el 15% entre los que no recibían antiepilépticos ($p = 0,060$). Solo 2 sujetos valorados con ICAP recibían "otros fármacos para problemas de conducta", 1 de ellos recibía simultáneamente ansiolítico-hipnóticos. Entre los sujetos que recibían antipsicóticos, la frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue del 23%, y del 16% entre los no tratados con antipsicóticos ($p = 0,362$).

4-4-3-B. Modo principal de expresión.

Recibían ansiolítico-hipnóticos 7 sujetos carentes de modo de expresión intencional. 4 que se expresaban gestualmente, 20 capaces de expresarse mediante el habla, y 1 que empleaba lenguaje de signos o símbolos para expresarse. Los sujetos considerados por las personas de su entorno como carentes de modo de expresión, o que solo se comunican mediante gestos, recibían ansiolítico-hipnóticos con una frecuencia del 18%; y del 19% entre los sujetos con capacidad de comunicación o expresión, mediante un lenguaje hablado, o de signos o mediante símbolos ($p = 0,989$).

4-4-3-C. Gravedad de las dificultades visuales.

Eran usuarios de medicamentos ansiolítico-hipnóticos 25 sujetos con visión buena con o sin gafas, 3 con problemas de visión que limitaban algo las actividades de la vida diaria y 4 cuya visión era muy pobre o nula. Recibían ansiolítico-hipnóticos el 18% de los sujetos con "visión buena", y el 22% con "visión con problemas o poca o nula visión" ($p = 0,783$).

4-4-3-D. Gravedad de las dificultades auditivas.

Treinta sujetos que pueden oír voces normales con o sin audífono, y 2 que solo pueden oír voces altas con o sin audífono, recibían ansiolítico-hipnóticos. Las frecuencias de uso de ansiolítico-hipnóticos en las categorías de capacidad auditiva, "sin problemas" y "solo oyen voces altas o no oyen" fueron 19% y 14%, respectivamente, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,940$).

4-4-3-E. Frecuencia de crisis epilépticas.

Veintinueve sujetos que no padecían crisis o estaban controladas y 3 que padecían crisis epilépticas cada 2 o más meses, estaban siendo tratados con ansiolítico-

hipnóticos. El porcentaje de sujetos que usaban estos psicofármacos entre aquellos que padecían crisis epilépticas más o menos frecuentemente fue del 21%. Entre los sujetos que no padecían crisis, por no ser epilépticos o por que estaban adecuadamente controladas, fue del 18%. La diferencia no fue significativa ($p = 0,940$).

4-4-3-F. Limitación de la vida diaria por problemas de salud física.

Veintisiete sujetos sin problemas de salud que limitasen las actividades de la vida diaria, 4 cuyo estado de salud imponía algunas limitaciones y 1 al que su mala salud imponía limitaciones para la mayoría de las actividades cotidianas, estaban tomando ansiolítico-hipnóticos. Recibían ansiolítico-hipnóticos el 19% de los sujetos sin, y el 19% con, problemas de salud que limitan su vida diaria.

4-4-3-G. Necesidad de atención médica y/o de enfermería.

Usaban ansiolítico-hipnóticos 27 sujetos que necesitaban atención médica y/o de enfermería con una frecuencia inferior a una vez al mes, 3 de una vez al mes, y 2 semanalmente. La frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los que precisan atención sanitaria una o más veces al mes, fue del 19%, y del 18% entre los que precisan atención sanitaria menos de una vez al mes; ($p = 0,546$).

4-4-3-H. Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano-brazo.

Recibían ansiolítico-hipnóticos 28 sujetos sin limitaciones cotidianas debidas a dificultades en la movilidad mano-brazo, 3 en los que ocasionaba algunas limitaciones y 1 en que las limitaciones eran importantes. La frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue igual entre los sujetos sin limitaciones en la movilidad mano-brazo, que entre los sujetos con algún tipo de dificultad en la movilidad mano-brazo, del 19%.

4-4-3-I. Movilidad.

Utilizaban ansiolítico-hipnóticos 28 sujetos con capacidad de desplazarse, 3 que permanecían en silla de ruedas o no se desplazaban, y 1 que permanentemente estaba en cama. Entre los sujetos no confinados en silla de ruedas o en cama la frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue del 19%, mientras que entre los sujetos confinados en silla de ruedas o en cama fue del 18%, ($p = 1$).

4-4-3-J. Ayudas necesarias para la movilidad.

Utilizaban ansiolítico-hipnóticos 25 sujetos que no precisaban ayuda ni aparatos para su desplazamiento, 2 que necesitaban aparatos pero se bastaban por sí mismos, 3 que precisaban ocasionalmente ayuda de otra persona, y 2 que precisaban ayuda permanente de otra persona en sus desplazamientos. La proporción de sujetos que no necesitaban ayudas (por no padecer problemas de movilidad o por que padeciéndolos se bastan por sí mismos) que recibían ansiolítico-hipnóticos fue del 18%; y del 21% entre los que precisaban ayuda de aparatos o de otra persona, ocasional o permanentemente, para su movilidad. La diferencia no fue significativa ($p = 0,858$).

4-4-3-K. Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W.

Destrezas motoras.

La media del grupo que no recibía ansiolítico-hipnóticos ($462,24 \pm 22,02$) correspondió a un nivel de destreza motora equivalente a 3 años y 0 meses; y en el grupo de los que recibía ansiolítico-hipnóticos ($457,38 \pm 24,07$) equivalió a 2 años y 6 meses. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,287$).

Destrezas sociales y comunicativas.

El grupo que recibía ansiolítico-hipnóticos mostró destrezas sociales y comunicativas, cuya media ($468,59 \pm 24,96$) correspondía a 2 años y 4 meses de edad, similares a las que exhibían los sujetos del grupo no tratado con ansiolítico-hipnóticos, cuya media ($469,71 \pm 21,52$) correspondió 2 años y 5 meses de edad; ($p = 0,986$).

Destrezas para la vida personal.

Las destrezas para la vida personal del grupo tratado con ansiolítico-hipnóticos, cuya media ($465,75 \pm 36,26$) equivalió la edad de 4 años y 2 meses, fueron similares a los que presentó el grupo no tratado, cuya media ($469,82 \pm 27,49$) correspondía a la edad de 4 años y 6 meses; ($p = 0,867$).

Destrezas para la vida en comunidad.

Las destrezas para la vida en comunidad en el grupo de sujetos tratados con ansiolítico-hipnóticos, cuya media ($457,78 \pm 32,32$) equivalía a una edad de 3 años y 6 meses; eran menores que las del grupo no tratado, cuya media ($462,14 \pm 25,56$) equivalía a 4 años y 0 meses de edad. La diferencia entre ambos grupos carecía de significación estadística ($p = 0,471$).

Independencia General.

La media 462,53 ($\pm 28,43$) de las puntuaciones de independencia general del grupo tratado con ansiolítico-hipnóticos, correspondió a una edad equivalente de 3 años y 1 mes. La media 466,04 ($\pm 22,30$) de los sujetos que no recibían ansiolítico-hipnóticos, correspondió a una edad de 3 años y 5 meses. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,594$).

4-4-3-L. Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas.

El grupo tratado con ansiolítico-hipnóticos mostró "edades equivalentes" (54,88 $\pm 44,31$ meses) similares a las de los sujetos no tratados con ansiolítico-hipnóticos (53,16 $\pm 33,32$ meses). Ambos grupos no se mostraron significativamente diferentes ($p = 0,594$).

4-4-3-M. Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas.

Conductas autolesivas.

Recibían ansiolítico-hipnóticos 23 sujetos sin conductas autolesivas, 1 que las presentaba menos de una vez al mes, 2 que las presentaban de una a tres veces al mes, 3 que las exhibían de una a seis veces por semana y 3 que se autoagredían de 1 a 10 veces al día. El porcentaje de usuarios de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que sin autoagresividad o la manifestaban menos de una vez al mes, fue 18%; y entre los que mostraban conductas autolesivas una o más veces al mes, 21%, ($p = 0,909$).

Utilizaban ansiolítico-hipnóticos 24 sujetos sin conductas autolesivas o que no llegaban a suponer un problema, 3 en los que constituían un problema leve; 1 en que era un problema moderado, 3 en que era un problema grave, y el único sujeto cuya conducta autolesiva era de gravedad crítica. El porcentaje de uso de ansiolítico-hipnóticos entre las personas que no tenían problemas de conductas autolesivas o en todo caso eran leves, fue del 18%; y del 25% entre los sujetos con problemas autolesivos de gravedad moderada a crítica. La diferencia no fue significativa ($p = 0,634$).

Conductas heteroagresivas.

Utilizaban ansiolítico-hipnóticos 16 sujetos que nunca presentaban conductas heteroagresivas, 8 que presentaban episodios heteroagresivos menos de una vez al mes, 5 que se mostraban heteroagresivos de una a tres veces al mes; 1 que era heteroagresivo de una a seis veces a la semana y 2 que eran heteroagresivos de una a diez veces al día.

El porcentaje de sujetos que tomaban ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que nunca presentaban conductas heteroagresivas o lo hacían menos de una vez al mes, fue 17%, frente al 24% entre los sujetos con conductas heteroagresivas más frecuentes. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,563$).

Recibían ansiolítico-hipnóticos 19 sujetos sin problemas de heteroagresividad, 5 con problemas de heteroagresividad de carácter leve, 6 cuya heteroagresividad era de carácter moderado, 1 en que era un problema grave, y 1 cuya agresividad era un problema crítico. Cuando los sujetos no tenían problemas de heteroagresividad o eran de carácter leve, el porcentaje de uso de ansiolítico-hipnóticos fue del 16%; y del 31% cuando la heteroagresividad constituía un problema de moderado a crítico. La diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,145$).

Conductas destructivas.

Veintitrés sujetos que no presentaban conductas destructivas, 1 que se mostraba destructivo con frecuencia inferior a una vez al mes, 6 que lo hacían de una a tres veces al mes, y 2 que las exhibían de una a diez veces al día, recibían ansiolítico-hipnóticos. El porcentaje de usuarios de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que nunca presentaban conductas destructivas o lo hacían menos de una vez al mes, fue el 17%; entre los que presentaban conductas destructivas una o más veces al mes, fue 28%. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,271$).

Recibían ansiolítico-hipnóticos 24 sujetos sin conductas destructivas ó no problemáticas, 3 en los que la destructividad era un problema leve, 1 en el que era un problema moderado, 3 en que era un problema grave y el único en era un problema crítico. Cuando las conductas destructivas no suponían un problema o los era de carácter leve, el porcentaje de usuarios de ansiolítico-hipnóticos fue 18%; frente al 25% cuando estas conductas eran un problema de moderado a crítico. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,634$).

Conducta disruptiva.

Usaban ansiolítico-hipnóticos 16 sujetos que nunca presentaban conductas disruptivas, 1 que las presentaba menos de una vez al mes, 6 que las mostraban de una a tres veces al mes, 4 que las exhibían de una a seis veces por semana, 4 que lo hacían de una a diez veces al día y 1 que las presentaba cada hora o más frecuentemente. El porcentaje de usuarios de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que no presentaban

estas conductas o lo hacían menos de una vez al mes fue del 18%; y del 20% entre los que las exhibían con más frecuencia, ($p = 0,887$).

Diecisiete sujetos que no tenían problemas de conducta disruptiva, 5 que tenían problemas leves, 6 cuyos problemas disruptivos son moderados, 2 con problemas graves de conducta disruptivas, y 2 en los que la conducta disruptiva era un problema crítico; recibían ansiolítico-hipnóticos. Cuando los sujetos no tenían problemas de conductas disruptivas o eran leves, la frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue 16%. Cuando las conductas disruptivas constituían un problema de moderado a crítico, el porcentaje de usuarios de ansiolítico-hipnóticos fue del 31%. La diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa ($p = 0,075$).

Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias).

Trece sujetos que nunca presentaban hábitos atípicos y repetitivos, 2 que lo hacían de una a tres veces al mes, 3 que los mostraban de una a seis veces por semana, 8 que los mostraban de una a diez veces al día, y 6 que lo hacían una o más veces por hora; estaban siendo tratados con ansiolítico-hipnóticos. Agrupando los sujetos que tenían problemas de hábitos atípicos o repetitivos una vez al mes o menos, y los que no los tenían nunca, la frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue el 19%. Entre los sujetos que presentan problemas de hábitos atípicos y repetitivos una o más veces al mes, o más frecuentemente, este porcentaje fue el 18%. Muy similares ($p = 1$).

Diecinueve sujetos sin problemas de hábitos atípicos, 5 con problemas leves, 6 con problemas moderados, 1 con problemas graves, y 1 con problemas críticos, recibían ansiolítico-hipnóticos. Cuando no había problemas de hábitos atípicos o repetitivos o estos eran leves, el porcentaje de uso de ansiolítico-hipnóticos fue el 18%, frente al 21% cuando constituían un problema de moderado a crítico; ($p = 0,836$).

Conductas socialmente ofensivas.

Dieciocho sujetos que nunca presentaban conductas socialmente ofensiva, 1 que las presentaban de una a tres veces al mes, 5 que las presentaban de una a seis veces a la semana, 6 que las exhibían de una a diez veces al día y 2 que lo hacían una o más veces a la hora, recibían ansiolítico-hipnóticos. El porcentaje de usuarios de ansiolítico-hipnóticos entre los que nunca presentaban conductas socialmente ofensivas o lo hacían menos de una vez al mes fue del 19%; frente al 18% entre los que las manifestaban una vez al mes o más frecuentemente, ($p = 0,938$).

Recibían ansiolítico-hipnóticos 19 sujetos sin problemas de conductas socialmente ofensivas, 4 en los que estas conductas eran solo levemente problemáticas, 4 en los que eran moderadamente problemáticas, 2 en los que eran un problema grave y 3 en que eran un problema crítico. El porcentaje de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que tenían conductas socialmente ofensivas o estas no eran problemáticas o tan solo de carácter leve, fue 18%; frente al 20% entre los sujetos cuya conducta socialmente ofensiva era de gravedad de moderada a crítica; ($p = 0,995$).

Actitud retraída y falta de atención.

Estaban siendo tratados con ansiolítico-hipnóticos 16 sujetos que nunca se mostraban retraídos o faltos de atención, 2 que se mostraban retraídos menos de una vez al mes, 4 que se mostraban retraídos de una a tres veces al mes, 3 que aparecían en actitud retraída y falta de atención de una a seis veces a la semana, 4 que se mantenían retraídos y sin prestar atención de una a diez veces al día, y 3 que estaban retraídos a cada hora. El porcentaje de uso de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que nunca se mostraban en actitud retraída, o lo hacían menos de una vez al mes, fue 19%, frente al 18% entre los que mostraban esta actitud una o más veces al mes. Ambos grupos no se diferenciaron estadísticamente ($p = 1$).

Recibían ansiolítico-hipnóticos 17 sujetos en los que el retraimiento no era problema, 7 en los que era un problema leve, 3 en los que era un problema moderado, 3 en que el problema era grave y 2 en los que era un problema crítico. Entre los sujetos sin problemas o con problemas leves de retraimiento, el porcentaje de uso de ansiolítico-hipnóticos fue del 20%; frente al 16% entre los sujetos cuya actitud retraída suponía un problema de moderado a crítico. La diferencia no fue significativa ($p = 0,672$).

Conductas no colaboradoras.

Recibían ansiolítico-hipnóticos 22 sujetos que nunca exhibían conductas no colaboradoras, 5 que la exhibían con frecuencia inferior a una vez al mes, 1 que las exhibía de una a tres veces al mes, 2 que las exhibían de una a seis veces a la semana y 2 que las exhibían de una a diez veces al día. El porcentaje de sujetos que recibían ansiolítico-hipnóticos entre los que presentaban conductas no colaboradoras con una frecuencia inferior a una vez al mes o no las presentaban fue del 23%, frente al 10% entre los que presentaban estas conductas con mayor frecuencia; la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,075$).

Utilizaban ansiolítico-hipnóticos 24 sujetos en los que no había problemas por falta de colaboración, 5 en los que había problemas leves y 3 en los que los problemas por falta de colaboración eran moderados. Considerando conjuntamente los sujetos sin problemas y los que tiene problemas leves por falta de colaboración, la frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos fue del 21%; frente al 9% entre los que constituía un problema de moderado a crítico. La diferencia no fue significativa ($p = 0,140$).

4-4-3-N. Índices conductuales derivados.

Índice interno.

Los valores de índice interno entre los sujetos que no recibían ansiolítico-hipnóticos ($-11,9 \pm 11,9$) fueron similares a los del grupo tratado con este tipo de fármacos ($-11,7 \pm 13,2$). Ambas medias se encontraban dentro del rango de valores correspondientes a problemas leves. Ambas medianas también tenían valores muy similares y en el rango de la normalidad, $-10,0$ en el "no tratado" y $-9,5$ en el tratado. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,736$).

Índice externo.

Los valores de índice externo entre los sujetos no tratados con ansiolítico-hipnóticos ($-8,0 \pm 10,9$) fueron más altos que los del grupo tratado ($-10,8 \pm 12,9$). En el grupo no tratado, la media y la mediana ($-4,0$) estaban dentro del rango de normalidad; mientras que en el grupo tratado la media estuvo en el rango de problemas leves y la mediana ($-7,5$) en el de normalidad. La diferencia no fue significativa ($p = 0,290$).

Índice asocial.

Los valores de índice asocial entre los sujetos que no recibían ansiolítico-hipnóticos ($-10,9 \pm 12,2$) fueron más bajos que los del grupo tratado con este tipo de medicamentos ($-8,6 \pm 10,7$). La media del grupo no tratado se encontraba dentro del rango de problemas leves, mientras que la del grupo tratado se encontraba en el rango de normalidad. Ambas medianas estaban dentro del rango de normalidad, $-7,0$ en el grupo tratado con ansiolítico-hipnóticos, y $-9,0$ en el grupo no tratado. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,381$).

Índice general de problemas conductuales.

Los valores de índice general de problemas conductuales entre los sujetos que no recibían ansiolítico-hipnóticos ($-11,3 \pm 11,1$) fueron menores que los medidos en el grupo tratado ($-12,3 \pm 12,3$). Las medianas de ambos grupos, $-8,5$ en el grupo no tratado

y -10,0 en el tratado, estaban en el rango de la normalidad. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,730$).

4-4-3-O. Puntuación de servicio.

Los valores de puntuación de servicio en el grupo de entre sujetos que no recibían ansiolítico-hipnóticos ($51,2 \pm 20,4$), fueron más altos que los medidos en el grupo tratado con estos fármacos ($47,6 \pm 24,8$). La mediana de ambos grupos fue idéntica, 49,5. La diferencia no fue significativa ($p = 0,730$).

Tabla 52

Diferencias cualitativas entre los sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos población total

| | | Recibían ansiolítico-hipnóticos | | Significación |
|---|----------|---------------------------------|-------|---------------|
| | | N / Total | % | |
| | | Si | | |
| Sexo | Mujeres | 42 / 316 | 13% | p=0,350. |
| | Varones | 59 / 541 | 11% | |
| Lugar de residencia | Externos | 50 / 616 | 8% | p<0,001. |
| | Internos | 51 / 242 | 21% | |
| Grado de retraso mental | Leve | 12 / 96 | 13% | p=0,001.(1) |
| | Moderado | 29 / 353 | 8% | |
| | Grave | 27 / 248 | 11% | |
| | Profundo | 31 / 152 | 20% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 71 / 705 | 10% | p=0,003. |
| | Si | 29 / 152 | 19% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 67 / 664 | 10% | p=0,010. |
| | Si | 33 / 192 | 17% | |
| Diagnóstico dual | No | 36 / 586 | 6% | p<0,001. |
| | Si | 64 / 261 | 24,5% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 69 / 687 | 10% | p=0,003. |
| | Si | 32 / 171 | 19% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 57 / 660 | 9% | p<0,001. |
| | Si | 44 / 198 | 22% | |
| Uso de antipsicóticos | No | 57 / 660 | 9% | p<0,001. |
| | Si | 44 / 198 | 22% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 97 / 837 | 12% | p=0,297. |
| | Si | 4 / 21 | 19% | |

(1), los sujetos con RM profundo presentaban una frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos significativamente superior a la esperada

Diferencias cuantitativas entre sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos, población total

| Recibían ansiolítico-hipnóticos | Edad, en años | | | | | | p<0,001 |
|---------------------------------|---------------|-------|------|--------|---------|--------|---------|
| | Nº | Media | ds | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| No | 745 | 29,8 | 12,5 | 4,0 | 29,0 | 70,0 | . |
| Si | 98 | 34,7 | 18,8 | 10,0 | 33,0 | 81,0 | |

Tabla 53

Diferencias cualitativas entre los sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos población internada

| | | Recibían ansiolítico-hipnóticos | | Significación |
|---|----------------|---------------------------------|-----|---------------|
| | | N / Total | % | |
| | | Si | | |
| Sexo | Mujeres | 20 / 73 | 27% | p=0,158. |
| | Varones | 31 / 169 | 18% | |
| Grado de retraso mental | Leve-moderado | 10 / 41 | 20% | p=0,730. |
| | Grave-profundo | 41 / 200 | 21% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 33 / 169 | 20% | p=0,467. |
| | Si | 18 / 73 | 25% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 26 / 147 | 18% | p=0,147. |
| | Si | 25 / 95 | 26% | |
| Diagnóstico dual | No | 15 / 118 | 13% | p=0,003. |
| | Si | 36 / 124 | 29% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 32 / 133 | 24% | p=0,271. |
| | Si | 19 / 109 | 17% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 27 / 160 | 17% | p=0,038. |
| | Si | 24 / 82 | 29% | |
| Uso de antiparkinsonianos | No | 41 / 201 | 20% | p=0,718. |
| | Si | 10 / 41 | 24% | |
| Uso de antipsicóticos | No | 24 / 139 | 17% | p=0,126. |
| | Si | 27 / 103 | 26% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 50 / 236 | 22% | p=1. |
| | Si | 1 / 6 | 17% | |

Diferencias cuantitativas entre sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos, población internada

| | Nº | Media | ds | Mínimo | Mediana | Máximo | |
|---------------------------------|--------------------------|-------|------|--------|---------|--------|-----------|
| Recibían ansiolítico-hipnóticos | Edad en años | | | | | | |
| No | 191 | 38,2 | 12,2 | 16,0 | 36,0 | 70,0 | p=0,460.. |
| Si | 51 | 37,4 | 14,5 | 17,0 | 36,0 | 81,0 | |
| | Duración ingreso en años | | | | | | |
| No | 191 | 17,6 | 10,4 | 1,0 | 12,0 | 57,0 | p=0,403. |
| Si | 51 | 14,4 | 11,9 | 1,0 | 14,0 | 44,0 | |

Tabla 54

Diferencias cualitativas entre los sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos
Sujetos valorados con ICAP

| | | Recibían ansiolítico-hipnóticos | | Significación |
|---|----------|---------------------------------|-----|---------------|
| | | N / Total | % | |
| | | Si | | |
| Sexo | Mujeres | 14 / 57 | 25% | p=0,228. |
| | Varones | 18 / 115 | 16% | |
| Lugar de residencia | Externos | 7 / 61 | 12% | p=0,228. |
| | Internos | 25 / 111 | 23% | |
| Grado de retraso mental | Leve | 5 / 15 | 33% | p=0,437. |
| | Moderado | 7 / 47 | 15% | |
| | Grave | 8 / 48 | 17% | |
| | Profundo | 12 / 62 | 19% | |
| Padecimiento de epilepsia | No | 23 / 139 | 17% | p=0,246. |
| | Si | 9 / 33 | 27% | |
| Disfunción sensitivo-motora | No | 18 / 114 | 16% | p=0,261. |
| | Si | 14 / 58 | 24% | |
| Diagnóstico dual | No | 15 / 107 | 14% | p=0,075. |
| | Si | 17 / 65 | 26% | |
| Utilizaban medicación "somática" | No | 20 / 118 | 17% | p=0,539. |
| | Si | 12 / 54 | 22% | |
| Uso de antiepilépticos | No | 20 / 132 | 15% | p=0,060. |
| | Si | 12 / 40 | 30% | |
| Uso de antipsicóticos | No | 16 / 101 | 16% | p=0,362. |
| | Si | 16 / 71 | 23% | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 31/170 | 18% | p = 0,338. |
| | Si | 1/2 | 50% | |

Diferencias cuantitativas entre sujetos que recibían y que no recibían ansiolítico-hipnóticos
Sujetos valorados con ICAP

| Recibían ansiolítico-hipnóticos | Edad, en años | | | | | | p=0,144. |
|---------------------------------|---------------|-------|------|--------|---------|--------|----------|
| | Nº | Media | ds | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| No | 142 | 37,6 | 13,2 | 17,0 | 35,0 | 70,0 | |
| Si | 32 | 41,5 | 14,5 | 19,0 | 38,0 | 81,0 | |

Tabla 55a Diferencias cualitativas entre los sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos
Sujetos valorados con ICAP

| Variables ICAP | | Recibían ansiolítico-hipnóticos | | Significación |
|---|----|---------------------------------|------|---------------|
| | | N /total | (%) | |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | No | 11 / 62 | 18% | p=0,989. |
| | Si | 21 / 110 | 19% | |
| Visión buena con o sin gafas | No | 7 / 32 | 22% | p=0,783. |
| | Si | 25 / 140 | 18% | |
| Audición buena con o sin audífono | No | 2 / 14 | 14% | p=0,940. |
| | Si | 30 / 158 | 19% | |
| Crisis en el último año | No | 29 / 158 | 18% | p=1. |
| | Si | 3 / 14 | 21% | |
| Problemas de salud que limitan la vida diaria | No | 27 / 145 | 19% | p=1. |
| | Si | 5 / 27 | 19% | |
| Necesitan atención sanitaria 1 ó más veces al mes | No | 27 / 153 | 18% | p=0,546: |
| | Si | 5 / 27 | 19% | |
| Limitaciones en la movilidad mano-brazo | No | 28 / 151 | 19% | p=1. |
| | Si | 4 / 21 | 19% | |
| Confinado en silla de ruedas o en cama | No | 28 / 150 | 19% | p=1. |
| | Si | 4 / 22 | 18% | |
| Necesita ayuda de otra persona para moverse | No | 25 / 139 | 18% | p=0,858. |
| | Si | 7 / 33 | 21% | |
| Problemas de conducta, frecuencia > 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | No | 24 / 133 | 18% | p=0,909. |
| | Si | 8 / 39 | 21% | |
| Heteroagresiva | No | 24 / 138 | 17% | p=0,563. |
| | Si | 8 / 34 | 24% | |
| Destructiva | No | 24 / 152 | 17% | p=0,271. |
| | Si | 8 / 29 | 28% | |
| Disruptiva | No | 17 / 96 | 18% | p=0,887. |
| | Si | 15 / 76 | 20% | |
| Atípica y repetitiva | No | 13 / 68 | 19% | p=1,0. |
| | Si | 19 / 104 | 18% | |
| Socialmente ofensivas | No | 18 / 93 | 19% | p=0,938. |
| | Si | 14 / 79 | 18% | |
| Retraídas y falta de atención | No | 18 / 95 | 19% | p=1. |
| | Si | 14 / 77 | 18% | |
| No colaboradoras | No | 27 / 120 | 23% | p=0,075. |
| | Si | 5 / 52 | 10% | |
| Conducta problema de moderada a crítica | | | | |
| Autolesiva | No | 27 / 152 | 18% | p=0,634. |
| | Si | 5 / 20 | 25% | |
| Heteroagresiva | No | 24 / 143 | 16% | p=0,145. |
| | Si | 8 / 29 | 318% | |
| Destructiva | No | 27 / 152 | 18% | p=0,634. |
| | Si | 5 / 20 | 25% | |
| Disruptiva | No | 22 / 140 | 16% | p=0,074. |
| | Si | 10 / 32 | 31% | |
| Atípica y repetitiva | No | 24 / 134 | 18% | p=0,836. |
| | Si | 8 / 38 | 21% | |
| Socialmente ofensivas | No | 23 / 127 | 18% | p=0,995. |
| | Si | 9 / 45 | 20% | |
| Retraídas y falta de atención | No | 24 / 121 | 20% | p=0,672. |
| | Si | 8 / 51 | 16% | |
| No colaboradoras | No | 29 / 138 | 21% | p=0,140. |
| | Si | 3 / 34 | 9% | |

Tabla 55b

Diferencias cuantitativas entre los sujetos que recibían y no recibían ansiolítico-hipnóticos
Sujetos valorados con ICAP

| | Nº | Media | ds | Mínimo | Mediana | Máximo | Significación |
|--|-----|--------|-------|--------|---------|--------|---------------|
| Destrezas motoras, puntuación W | | | | | | | |
| No | 140 | 462,24 | 22,02 | 382,00 | 467,00 | 500,00 | p=0,287. |
| Si | 32 | 457,38 | 24,07 | 398,00 | 463,00 | 495,00 | |
| Destrezas sociales-comunicativas, puntuación W | | | | | | | |
| No | 140 | 469,71 | 21,52 | 419,00 | 477,00 | 512,00 | p=0,986. |
| Si | 32 | 468,59 | 24,96 | 424,00 | 472,00 | 512,00 | |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | | | | | | |
| No | 140 | 469,82 | 27,49 | 389,00 | 477,00 | 519,00 | p=0,867. |
| Si | 32 | 465,75 | 36,26 | 374,00 | 478,00 | 516,00 | |
| Destrezas para vida en comunidad, puntuación W | | | | | | | |
| No | 140 | 462,14 | 25,56 | 408,00 | 465,00 | 511,00 | p=0,471. |
| Si | 32 | 457,78 | 32,32 | 408,00 | 452,00 | 517,00 | |
| Independencia general, puntuación W | | | | | | | |
| No | 140 | 466,04 | 22,30 | 402,00 | 470,00 | 508,00 | p=0,594. |
| Si | 32 | 462,53 | 28,43 | 401,00 | 469,50 | 507,00 | |
| Edad equivalente, meses | | | | | | | |
| No | 140 | 53,16 | 33,32 | 4,00 | 47,00 | 182,00 | p=0,594. |
| Si | 32 | 54,88 | 44,31 | 3,00 | 46,00 | 174,00 | |
| Índice interno | | | | | | | |
| No | 140 | -11,9 | 11,9 | -41,0 | -10,0 | 2,0 | p=0,736. |
| Si | 32 | -11,7 | 13,2 | -49,0 | -9,5 | 2,0 | |
| Índice externo | | | | | | | |
| No | 140 | -8,0 | 10,9 | -44,0 | -4,0 | 1,0 | p=0,290. |
| Si | 32 | -10,8 | 12,9 | -56,0 | -7,5 | 1,0 | |
| Índice asocial | | | | | | | |
| No | 140 | -10,9 | 12,2 | -42,0 | -9,0 | 6,0 | p=0,381. |
| Si | 32 | -8,6 | 10,7 | -38,0 | -7,0 | 1,0 | |
| Índice general | | | | | | | |
| No | 140 | -11,3 | 11,1 | -49,0 | -8,5 | 1,0 | p=0,730. |
| Si | 32 | -12,3 | 12,3 | -54,0 | -10,0 | 1,0 | |
| Puntuación de servicio | | | | | | | |
| No | 140 | 51,2 | 20,4 | 3,0 | 49,5 | 93,0 | p=0,730. |
| Si | 32 | 47,6 | 24,8 | 1,0 | 49,5 | 89,0 | |

4-5. Regresión logística.

4-5-1. Factores que determinaron que un sujeto recibiera psicofármacos.

El procedimiento de regresión estableció como variables que determinaban el uso de psicofármacos (tablas 56A á 56C), las siguientes:

a) En la población total: edad (en años), diagnóstico dual, recibir fármacos antiepilépticos, proceder del centro HP, proceder del centro SR, proceder del centro A, con influencia positiva; y diagnóstico de epilepsia, y proceder del centro V, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 85,83% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 412,722; gl = 8; p < 0,0001).

Sin disponer de la valoración ICAP, ni la duración del internamiento en su caso, la ecuación 1 expresa el cociente de probabilidades (odd-ratio) de que un sujeto de la población total estudiada sea tratado (p), o no (q), con psicofármacos.

Ecuación 1.

$$p/q = (0,20)^{(\text{epilepsia})} (30,09)^{(\text{dual})} (5,52)^{(\text{antiepilépticos})} (1,04)^{(\text{edad, años})} (16,41)^{(\text{HP})} (2,46)^{(\text{SR})} (3,42)^{(\text{A})} (0,15)^{(\text{V})} e^{(-3,88)}$$

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con psicofármacos.

q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con psicofármacos.

Edad (años); diagnóstico dual (no = 0; si = 1); diagnóstico de epilepsia (no = 0; si = 1); recibía antiepilépticos (no = 0; si = 1); proceder del centro HP (no = 0; si = 1); de SR (no = 0, si = 1); de A (no = 0, si = 1); de V (no = 0, si = 1).

Tabla 56A. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de psicofármacos, para la población total. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | d.s. | Wald | Df | Sig | R | Exp (B) |
|--------------------------|----------|--------|----------|----|--------|---------|---------|
| Diagnóstico de epilepsia | - 1,6224 | 0,5020 | 10,4445 | 1 | 0,0012 | -0,0916 | 0,1974 |
| Diagnóstico dual | 3,4043 | 0,2399 | 201,4075 | 1 | 0,0000 | 0,4446 | 30,0927 |
| Uso de antiepilépticos | 1,7077 | 0,4532 | 14,2004 | 1 | 0,0002 | 0,1100 | 5,5163 |
| Edad | 0,0364 | 0,0095 | 14,6063 | 1 | 0,0001 | 0,1119 | 1,0370 |
| Proceder del centro HP | 2,7979 | 0,4902 | 32,5828 | 1 | 0,0000 | 0,1742 | 16,4103 |
| Proceder del centro SR | 0,8998 | 0,3740 | 5,7864 | 1 | 0,0162 | 0,0613 | 2,4590 |
| Proceder del centro A | 1,2298 | 0,3621 | 11,5356 | 1 | 0,0007 | 0,0973 | 3,4205 |
| Proceder del centro V | -1,9029 | 1,0776 | 3,1174 | 1 | 0,0775 | -0,0333 | 0,1491 |
| Constante | -3,8770 | 0,3732 | 107,9087 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 85,83% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo=412,7, gl=8; p<0,0001).

b) En la población de sujetos internados en instituciones: presencia de diagnóstico dual, y proceder del centro HP, con influencia positiva; y proceder del

centro SF, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 82,92% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 135,868; gl = 3; p < 0,0001).

En esta subpoblación, sin disponer de la valoración ICAP, pero considerando la duración del internamiento, la ecuación 2 expresa el cociente de probabilidades (odd-ratio) de que un sujeto sea tratado (p), o no (q), con psicofármacos.

Ecuación 2.

$$p/q = (43,87)^{(\text{dual})} (12,68)^{(\text{HP})} (0,21)^{(\text{SF})} e^{-1,69}$$

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con psicofármacos.

q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con psicofármacos.

Diagnóstico dual (no = 0, si = 1); proceder del centro HP (no = 0, si = 1); de SF (no = 0, si = 1).

Tabla 56B. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de psicofármacos, para población internada. Variables incluidas en la ecuación:

| | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp (B) |
|------------------------|---------|--------|---------|----|--------|---------|---------|
| Diagnóstico dual | 3,7812 | 0,4836 | 61,1286 | 1 | 0,0000 | 0,4219 | 43,8694 |
| Proceder del centro HP | 2,5400 | 0,5408 | 22,0580 | 1 | 0,0000 | 0,2458 | 12,6795 |
| Proceder del centro SF | -1,5399 | 0,4638 | 11,0229 | 1 | 0,0009 | -0,1648 | 0,2144 |
| Constante | -1,6922 | 0,3496 | 23,4296 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 82,92% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo=196,242, gl=3; p<0,0001).

c) En los sujetos valorados con ICAP: presencia de diagnóstico dual, y proceder del centro HP, con influencia positiva; y la puntuación de servicio, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 84,36% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo=96,613; gl = 3; p<0,0001).

En esta subpoblación, sin considerar la duración del internamiento en caso de que procediese, la ecuación 3 expresa el cociente de probabilidades (odd-ratio) de que un sujeto sea tratado (p), o no (q), con psicofármacos.

Ecuación 3.

$$p/q = (22,79)^{(\text{dual})} (13,33)^{(\text{HP})} (0,98)^{(\text{puntuación de servicio})} e^{-0,58}$$

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con psicofármacos.

q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con psicofármacos.

Diagnóstico dual (no = 0, si = 1); proceder del centro HP (no = 0, si = 1); puntuación de servicio (de 0 a 100).

Tabla 56C. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de psicofármacos. Población valorada con ICAP. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp (B) |
|------------------------|---------|--------|---------|----|--------|---------|---------|
| Diagnóstico dual | 3,1264 | 0,4878 | 41,0727 | 1 | 0,0000 | 0,4049 | 22,7928 |
| Proceder del centro HP | 2,5899 | 0,5188 | 24,9256 | 1 | 0,0000 | 0,3101 | 13,3290 |
| Puntuación de servicio | -0,0212 | 0,0106 | 3,9882 | 1 | 0,0458 | -0,0913 | 0,9791 |
| Constante | -0,5804 | 0,6088 | 0,9087 | 1 | 0,3405 | | |

El modelo clasificó correctamente al 84,30% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo=96,613, gl=3; p<0,0001).

4-5-2. Factores que determinaron que un sujeto recibiera antipsicóticos.

El procedimiento de regresión logística, identificó como variables determinantes de la probabilidad de recibir antipsicóticos, (tablas 57A á 57C) las siguientes:

a) En la población total: edad (en años), diagnóstico dual, recibir fármacos antiepilépticos, proceder del centro HP, proceder del centro SR, proceder del centro J y proceder del centro A, proceder del centro D, con influencia positiva; y diagnóstico de epilepsia, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 86,55% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 372,994; gl = 9; p < 0,0001).

Sin disponer de la valoración ICAP, ni la duración del internamiento en su caso, la ecuación 4 expresa el cociente de probabilidades (odd-ratio) de que un sujeto de la población total estudiada sea tratado (p), o no (q), con antipsicóticos.

Ecuación 4.

$$p/q = (0,09)^{(\text{epilepsia})} (37,55)^{(\text{dual})} (5,27)^{(\text{antiepilépticos})} (1,03)^{(\text{edad, años})} (19,38)^{(\text{HP})} (3,44)^{(\text{SR})} \\ (2,96)^{(\text{J})} (3,56)^{(\text{D})} (4,64)^{(\text{A})} e^{-4,42}$$

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con antipsicóticos.

q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con antipsicóticos.

Edad (en años); ; diagnóstico dual (no = 0, si = 1); diagnóstico de epilepsia (no = 0, si = 1); recibir antiepilépticos (no = 0, si = 1); proceder del centro HP (no = 0, si = 1); de SR (no = 0, si = 1); de J (no = 0, si = 1); de D (no = 0, si = 1); de A (no = 0, si = 1).

Tabla 57A. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de antipsicóticos. Para la población total. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp (B) |
|--------------------------|---------|--------|----------|----|--------|---------|---------|
| Edad (años) | 0,0276 | 0,0098 | 7,8837 | 1 | 0,0050 | 0,0813 | 1,0279 |
| Diagnóstico dual | 3,6258 | 0,2866 | 160,0656 | 1 | 0,0000 | 0,4215 | 37,5539 |
| Diagnóstico de epilepsia | -2,4620 | 0,5379 | 20,9496 | 1 | 0,0000 | -0,1459 | 0,0853 |
| Recibir antiepilépticos | 1,6629 | 0,4692 | 12,5603 | 1 | 0,0004 | 0,1089 | 5,2748 |
| Proceder del centro HP | 2,9642 | 0,4928 | 36,1875 | 1 | 0,0000 | 0,1960 | 19,3801 |
| Proceder del centro SR | 1,2359 | 0,4003 | 9,5334 | 1 | 0,0002 | 0,0920 | 3,4413 |
| Proceder del centro J | 1,0842 | 0,4852 | 4,9930 | 1 | 0,0254 | 0,0580 | 2,9569 |
| Proceder del centro D | 1,2688 | 0,5667 | 5,0120 | 1 | 0,0252 | 0,0582 | 3,5566 |
| Proceder del centro A | 1,5345 | 0,4364 | 12,3663 | 1 | 0,0004 | 0,1079 | 4,6390 |
| Constante | -4,4200 | 0,4135 | 114,2753 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 86,55% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo=372,994, gl=9; p<0,0001).

b) En la población de sujetos internados en instituciones: diagnóstico dual, y proceder del centro HP, con influencia positiva; y proceder del centro SF, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 75,83% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 115,033; gl = 3; p < 0,0001).

En esta subpoblación, sin disponer de la valoración ICAP, pero considerando la duración del internamiento, la ecuación 5 expresa el cociente de probabilidades (odds-ratio) de que un sujeto sea tratado (p), o no (q), con antipsicóticos.

Ecuación 5.

$$p/q = (30,88)^{(\text{dual})} (8,80)^{(\text{HP})} (0,27)^{(\text{SF})} e^{(-2,22)}$$

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con antipsicóticos.

q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con antipsicóticos.

Diagnóstico dual (no = 0, si = 1); proceder del centro HP (no = 0, si = 1); de SF (no = 0, si = 1).

Tabla 57B. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de antipsicóticos. Población internada. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp (B) |
|------------------------|---------|--------|---------|----|--------|--------|---------|
| Diagnóstico dual | 3,4302 | 0,4654 | 54,3216 | 1 | 0,0000 | 0,3998 | 30,8825 |
| Proceder del centro HP | 2,1747 | 0,5293 | 16,8823 | 1 | 0,0000 | 0,2132 | 8,7992 |
| Proceder del centro SF | -1,3237 | 0,4027 | 10,8071 | 1 | 0,0000 | -01640 | 0,2661 |
| Constante | -2,2225 | 0,4058 | 29,9903 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 75,83% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo=115,033, gl=3; p<0,0001).

c) En los sujetos valorados con ICAP: diagnóstico dual, y proceder del centro HP, con influencia positiva; y haber padecido crisis epilépticas en el último año, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 82,56% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 87,811; gl = 3; p < 0,0001).

En esta subpoblación, sin considerar la duración del internamiento en caso de que procediese, la ecuación 6 expresa el cociente de probabilidades (odds-ratio) de que un sujeto sea tratado (p), o no (q), con antipsicóticos.

Ecuación 6.

$$p/q = (20,88)^{(\text{dual})} (10,13)^{(\text{HP})} (0,13)^{(\text{frecuencia de crisis epilépticas})} e^{(-2,12)}$$

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con antipsicóticos.

q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con antipsicóticos.

Diagnóstico dual (no = 0, si = 1); proceder del centro HP (no = 0, si = 1); frecuencia de crisis epilépticas (sin crisis en el último año = 0, ha padecido crisis en el último año = 1)

Tabla 57C. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de antipsicóticos. Población valorada con ICAP. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp (B) |
|----------------------------------|---------|--------|---------|----|--------|--------|---------|
| Diagnóstico dual | 3,0389 | 0,4620 | 43,2740 | 1 | 0,0000 | 0,4207 | 20,8833 |
| Proceder del centro HP | 2,3154 | 0,4970 | 21,7016 | 1 | 0,0000 | 0,2907 | 10,1289 |
| Frecuencia de crisis epilépticas | -2,0538 | 0,9541 | 4,6336 | 1 | 0,0314 | -01063 | 0,1283 |
| Constante | -2,1246 | 0,3561 | 35,5927 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 82,56% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo=87,811, gl=3; p<0,0001).

4-5-3. Factores que determinaron que un sujeto recibiera ansiolítico-hipnóticos.

El procedimiento de regresión logística, identificó como variables determinantes de la probabilidad de recibir ansiolítico-hipnóticos (tablas 58A á C), las siguientes:

a) En la población total: edad (en años), padecer disfunción sensitivo-motora, diagnóstico dual, y recibir fármacos antiepilépticos; todos ellos con influencia positiva. El modelo obtenido clasificó correctamente al 88,48% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 87,996; gl = 4; p < 0,0001).

Sin disponer de la valoración ICAP, ni la duración del internamiento en su caso, la ecuación 7 expresa el cociente de probabilidades (odd-ratio) de que un sujeto de la población total estudiada sea tratado (p), o no (q), con ansiolítico-hipnóticos.

| |
|--|
| <p><u>Ecuación 7</u></p> $p/q = (1,77)^{(\text{disfunción sensitivo-motora})} (5,18)^{(\text{dual})} (2,32)^{(\text{antiepilépticos})} (1,03)^{(\text{edad, años})} e^{(-4,21)}$ |
|--|

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con ansiolítico-hipnóticos.
q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con ansiolítico-hipnóticos.
Disfunción sensitivo-motora (no = 0, si = 1); diagnóstico dual (no = 0, si = 1); recibir antiepilépticos (no = 0, si = 1).

Tabla 58A. Resumen de análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de ansiolítico-hipnóticos. Población total. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | d.s. | Wald | df | Sig | R | Exp (B) |
|-----------------------------|---------|--------|----------|----|--------|--------|---------|
| Disfunción sensitivo-motora | 0,5686 | 0,2542 | 5,0017 | 1 | 0,0253 | 0,0708 | 1,7657 |
| Diagnóstico dual | 1,6441 | 0,2356 | 48,6917 | 1 | 0,0000 | 0,2791 | 5,1764 |
| Recibir antiepilépticos | 0,8429 | 0,2427 | 12,0636 | 1 | 0,0005 | 0,1296 | 2,3231 |
| Edad, en años | 0,0321 | 0,0087 | 13,5943 | 1 | 0,0002 | 0,1391 | 1,0326 |
| Constante | -4,2061 | 0,3765 | 124,8059 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 88,46% de los sujetos, (chi-cuadrado del modelo=87,996, gl=4; p<0,0001).

b) En la población de sujetos internados en instituciones: diagnóstico dual, y recibir fármacos antiepilépticos, con influencia positiva; y sexo, y diagnóstico de epilepsia, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 80,83% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 25,587; gl = 4; p < 0,0001).

En esta subpoblación, sin disponer de la valoración ICAP, pero considerando la duración del internamiento, la ecuación 8 expresa el cociente de probabilidades (odd-ratio) de que un sujeto sea tratado (p), o no (q), con ansiolítico-hipnóticos.

Ecuación 8.

$$p/q = (0,48)^{(\text{sexo})}(0,14)^{(\text{epilepsia})}(3,07)^{(\text{dual})}(11,82)^{(\text{antiepilépticos})} e^{(-1,81)}$$

p = probabilidad de que un sujeto reciba tratamiento con ansiolítico-hipnóticos.

q = (1 - p) = probabilidad de que un sujeto no reciba tratamiento con ansiolítico-hipnóticos.

Sexo (mujer = 0, varón = 1); diagnóstico de epilepsia (no = 0, si = 1); diagnóstico dual (no = 0, si = 1); recibir antiepilépticos (no = 0, si = 1).

Tabla 58B. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con el uso de ansiolítico-hipnóticos. Población internada. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | S.E. | Wald | Df | Sig | R | Exp (B) |
|--------------------------|---------|--------|---------|----|--------|---------|---------|
| Sexo | -0,7330 | 0,3535 | 4,2998 | 1 | 0,0381 | -0,0968 | 0,4805 |
| Diagnóstico de epilepsia | -1,9499 | 0,7990 | 5,9550 | 1 | 0,0147 | -0,1269 | 0,1423 |
| Diagnóstico dual | 1,1207 | 0,3597 | 9,7045 | 1 | 0,0018 | 0,1771 | 3,0670 |
| Recibir antiepilépticos | 2,4697 | 0,7810 | 10,0010 | 1 | 0,0016 | 0,1805 | 11,8191 |
| Constante | -1,8112 | 0,3840 | 22,2511 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 80,83% de los sujetos (chi-cuadrado=25,587, gl=4; p<0,0001).

c) En los sujetos valorados con ICAP: recibir fármacos antiepilépticos, proceder del centro HP, y gravedad de la conducta disruptiva; con influencia positiva; y frecuencia de conductas no colaboradoras, con influencia negativa. El modelo obtenido clasificó correctamente al 82,56% de los sujetos (chi-cuadrado del modelo = 21,531; gl = 4; p<0,0001).

En esta subpoblación, sin considerar la duración del internamiento en caso de que procediese, la ecuación 9 expresa el cociente de probabilidades (odd-ratio) de que un sujeto sea tratado (p), o no (q), con ansiolítico-hipnóticos.

Ecuación 9.

$$p/q = (2,70)^{(\text{antiepilépticos})}(2,55)^{(\text{HP})}(0,19)^{(\text{frecuencia conductas no colaboradoras})}(5,15)^{(\text{gravedad conducta disruptiva})} e^{(-2,07)}$$

p = probabilidad de recibir tratamiento ansiolítico-hipnóticos. p = de no recibirlo.

Recibir antiepilépticos (no = 0; si = 1); proceder de HP (no = 0; si = 1); frecuencia de conductas no colaboradoras (< 1 vez al mes = 0; 1 ó > veces / mes = 1); gravedad de conductas disruptivas (no problemática o solo levemente = 0, moderada a crítica = 1).

Tabla 58C. Resumen de los análisis de regresión logística secuencial, factores relacionados con uso de ansiolítico-hipnóticos. Población valorada con ICAP. Variables incluidas en la ecuación.

| | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp (B) |
|--|---------|--------|---------|----|--------|---------|---------|
| Recibir antiepilépticos | 0,9948 | 0,4554 | 4,7719 | 1 | 0,0289 | 0,1295 | 2,7041 |
| Proceder del centro HP | 0,9342 | 0,4373 | 4,5635 | 1 | 0,0327 | 0,1245 | 2,5453 |
| Frecuencia de conducta no colaboradora | -1,6661 | 0,6380 | 6,8202 | 1 | 0,0090 | -0,1708 | 0,1890 |
| Gravedad conducta disruptiva | 1,6394 | 0,5557 | 8,7022 | 1 | 0,0032 | 0,2014 | 5,1522 |
| Constante | -2,0666 | 0,3471 | 35,4533 | 1 | 0,0000 | | |

El modelo clasificó correctamente al 82,56% de los sujetos, (chi-cuadrado=21,531, gl=4; p<0,0002).

4-6. Factores que correlacionaron con el número total de DDD de psicofármacos por sujeto.

4-6-1. Población Total.

En la tabla 59 se resumen las variaciones de las dosis de psicofármacos, en función de distintas características de la población total.

4-6-1-A. Asociación con variables de carácter demográfico.

Edad.

En 5 sujetos cuyas edades eran: 17, 18, 34, 34 y 48 años, se desconocía las dosis de psicofármacos. En 8 cuyas dosis de psicofármacos eran: 0,10 DDD; 0,19 DDD; 0,50 DDD 0,53 DDD; 1,00 DDD; 1,00 DDD; 1,28 DDD, 1,33 DDD; se desconocía la edad. La correlación entre edad (en años) y número total de Dosis Diarias Definidas de psicofármacos que recibían los sujetos estudiados, fue negativa, muy pobre (coeficiente de correlación de Pearson = -0,056), y sin de significación estadística ($p = 0,380$).

Sexo.

Se desconocía las dosis de psicofármacos que recibían 2 mujeres y 3 varones. Las dosis total de psicofármacos que recibían los varones tratados fueron $1,55 \pm 1,81$ DDD. Las mujeres tratadas recibían $1,12 \pm 1,34$ DDD. Los valores mediana (0,92 DDD) y máximo (9,92 DDD) del grupo de varones también fueron mayores que los del grupo de mujeres (0,56 DDD, y 6,25 DDD respectivamente). Pero la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,066$).

Tipo de residencia.

Se desconocía la dosis total de psicofármacos que recibían 5 sujetos externos. Los sujetos internados presentaron valores $1,65 \pm 1,94$ DDD (mediana 1,94 DDD y máximo 9,92 DDD); mayores que el grupo de sujetos externos, $1,15 \pm 1,32$ DDD, (mediana 1,32 DDD y máximo 6,94 DDD). La diferencia no fue significativa ($p = 0,251$).

4-6-1-B. Características diagnósticas.

Grado de retraso mental.

En un sujeto se desconocía tanto la dosis de psicofármacos como el grado de retraso mental. En 5 casos se desconocía el grado de retraso mental, cuyas dosis de psicofármacos eran: 0,16 DDD; 0,25 DDD; 0,50 DDD; 1,44 DDD; 6,33 DDD. En 4 se desconocía la dosis de psicofármacos, cuyos grados de retraso mental eran: 1 leve, 2 moderados, y 1 grave. El comportamiento de esta variable para los grupos leve ($1,35 \pm 1,48$ DDD; mediana 0,68 DDD) y moderado ($1,35 \pm 1,51$ DDD; mediana 0,75 DDD) fue similar, pero el grupo sujetos con retraso mental grave recibía menores dosis ($1,13; \pm 1,61$ DDD; mediana 0,50 DDD) que los grupos anteriores y el grupo con retraso mental profundo dosis mayores ($1,72 \pm 1,89$ DDD; mediana 1,00 DDD). La cantidad de DDD de psicofármacos por sujeto y día, no difirió de forma estadísticamente significativa ($p = 0,121$) en función del grado de retraso mental.

Diagnóstico de epilepsia.

Se desconocía la dosis de psicofármacos en un caso que padecía epilepsia; y en 4 que no. Un caso del que se desconocía si padecía epilepsia, recibía 0,5 DDD de psicofármacos. El grupo de sujetos con diagnóstico de epilepsia presentaba valores ($1,59 \pm 1,84$ DDD; mediana 1,00 DDD) de las dosis de psicofármacos, mayores que el grupo de individuos no epilépticos ($1,36 \pm 1,64$ DDD; mediana 0,67 DDD). La diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,322$).

Disfunción sensorial o motora.

En 5 casos faltó la dosis de psicofármacos, 2 padecían disfunciones sensitivo-motora y 3 no. En 2 casos no se informó si los sujetos padecían minusvalías sensitivo-motoras adicionales, las dosis de psicofármacos fueron 0,35 DDD y 0,50 DDD. El grupo de sujetos con disfunción sensitivo-motora presentaba valores ($1,50 \pm 1,85$ DDD; mediana 1,00 DDD) de las dosis de psicofármacos, mayores que el grupo de individuos sin tales disfunciones ($1,38 \pm 1,00$ DDD; mediana 0,67 DDD). Ambas poblaciones no se diferenciaron de forma significativa ($p = 0,716$).

Diagnóstico psiquiátrico o conductual.

En un caso, cuya dosis de psicofármacos fue 0,50 DDD, se desconocía el padecimiento de problemas psiquiátricos o conductuales adicionales. Se desconocía las dosis de psicofármacos de 4 sujetos que padecían problemas psiquiátricos o conductuales adicionales, y de otro que no. El grupo de sujetos con diagnóstico dual presentaba dosis de psicofármacos ($1,58 \pm 1,86$ DDD; mediana 0,82 DDD), mayores que el grupo de individuos sin este tipo de problemas ($0,96 \pm 1,00$ DDD; mediana 0,60 DDD). La significación estadística de la diferencia entre ambos grupos se aproximó mucho a la prefijada ($p = 0,051$).

4-6-1-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

Se perdieron los cinco casos cuya dosis de psicofármacos se desconocía, de los cuales 1 tomaba medicación somática y el resto no. Las dosis de psicofármacos que recibían los sujetos que usaban medicación somática fue $1,18 \pm 1,48$ DDD; mediana 0,70 DDD. La dosis de los que no recibían medicación somática fueron $1,50 \pm 1,75$; mediana 0,68 DDD. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,172$).

Medicación antiepiléptica.

Se informó que recibía psicofármacos, pero no sobre la dosis, en un sujeto que estaba recibiendo 1,80 DDD de antiepilépticos. No tomaban antiepilépticos ninguno de los otros cuatro sujetos cuya dosis de psicofármacos se desconocía. Las dosis de psicofármacos entre los sujetos que recibían antiepilépticos fueron $1,69 \pm 1,84$ DDD; mediana 1,00 DDD. Entre los sujetos que no recibían antiepilépticos, las dosis de psicofármacos fueron $1,27 \pm 1,58$ DDD; mediana 0,67 DDD. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p = 0,030$).

La correlación entre dosis de psicofármacos y dosis de antiepilépticos fue pobre, de carácter negativo (coeficiente de correlación de Pearson, -0,133), y no significativa ($p = 0,238$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

Solo 8 sujetos, de los 21 que toman "otros fármacos para problemas de conducta", recibían también psicofármacos. Las dosis de psicofármacos en este grupo

(0,95 \pm 0,65 DDD, mediana 0,88 DDD) no se diferenciaron estadísticamente ($p = 0,922$) de las que recibían los sujetos que no utilizaban "otros fármacos para problemas de conducta" (1,42 \pm 1,70 DDD; mediana 0,68 DDD).

4-6-2. Sujetos internados en instituciones.

En la tabla 60 se resumen las variaciones de las dosis de psicofármacos, en función de distintas características de la población internada.

4-6-2-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

Se desconocía la edad de uno de los sujetos, que recibía 1,00 DDD de psicofármacos. La correlación entre edad de los sujetos y la dosis de psicofármacos que reciben, fue inversa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,178) y estadísticamente significativa; ($p = 0,045$).

Sexo.

Los varones tomaban, como grupo, dosis (1,89 \pm 2,07 DDD; mediana 1,00 DDD) superiores a las mujeres (1,16 \pm 1,56 DDD; mediana 0,50 DDD). La diferencia entre ambos grupos fue significativa; ($p = 0,027$).

Duración del internamiento.

La duración del internamiento correlacionó de forma débil y negativa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,066) y sin significación estadística ($p=0,456$), con las dosis de psicofármacos.

4-6-2-B. Características diagnósticas.

Los sujetos con retraso mental de leve a moderado recibían dosis (1,86 \pm 1,96 DDD; mediana 1,00 DDD) superiores a las recibidas por los sujetos con retraso mental de grave a profundo (1,61 \pm 1,95 DDD; mediana 0,82 DDD). Pero la diferencia entre ambos grupos, de grado de retraso mental, carecía de significación estadística ($p = 0,527$). Se desconocía el grado de retraso mental de un sujeto que recibía 0,25 DDD de psicofármacos.

Tampoco el diagnóstico de epilepsia, ni padecer disfunción sensorial o motora, establecieron diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de las dosis de psicofármacos. Las dosis de psicofármacos en el grupo de sujetos que padecía epilepsia presentaron valores ($1,82 \pm 2,12$ DDD; mediana 1,00 DDD); mayores que las correspondientes al grupo no epiléptico ($1,58 \pm 1,88$ DDD; mediana 0,80 DDD); ($p=0,538$). Los sujetos que padecían disfunciones sensitivo-motoras y utilizaban psicofármacos, lo hacían a dosis de $1,62 \pm 2,08$ DDD, mediana 0,84 DDD; valores similares a los del grupo que no padecía tales disfunciones, $1,66 \pm 1,86$ DDD, mediana 0,83 DDD; ($p = 0,665$).

Los sujetos con diagnóstico dual recibían dosis de psicofármacos ($1,78 \pm 2,08$ DDD; mediana 0,83 DDD), que no se diferenciaron significativamente de las que recibían los sujetos sin diagnóstico dual ($1,18 \pm 1,29$ DDD; mediana 0,72 DDD); ($p=0,410$).

4-6-2-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación "somática".

El empleo de medicación "somática" no estableció diferencias significativas en la magnitud de las dosis de psicofármacos ($p=0,114$). Los sujetos que tomaban medicación somática recibían dosis de psicofármacos $1,26 \pm 1,58$ DDD, mediana 0,70 DDD; y el grupo no tratado con medicación somática, a dosis de $1,93 \pm 2,13$ DDD, mediana 1,00 DDD.

Medicación antiepiléptica.

Los sujetos que recibían medicación antiepiléptica tendieron a emplear dosis de psicofármacos ($2,12 \pm 2,17$ DDD; mediana 1,14 DDD) superiores a las que recibían los sujetos que no tomaban antiepilépticos ($1,41 \pm 1,78$ DDD; mediana 0,67 DDD). La diferencia entre ambos grupos ($p=0,055$), se aproximó al nivel de significación estadística prefijado.

Las dosis de fármacos antiepilépticos y antipsicóticos correlacionaron de forma negativa (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,132$), no significativa ($p=0,400$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

Solo 2 sujetos de los 6 que tomaban "otros fármacos para problemas de conducta", recibían también psicofármacos, a dosis ($0,79 \pm 0,61$ DDD, mediana 0,50 DDD) que no se diferenciaban estadísticamente ($p = 0,279$) de las que utilizaban los que no tomaban "otros fármacos para problemas de conducta" ($1,68 \pm 1,96$ DDD; mediana 0,88 DDD).

4-6-3. Sujetos valorados con ICAP.

En las tablas 61 y 62a y 62b, se resumen las variaciones de las dosis de psicofármacos, en función de distintas características de la población valorada con ICAP.

El número de DDD de psicofármacos por sujeto y día no difirió ($p = 0,657$) entre el colectivo de sujetos valorado con ICAP ($1,33 \pm 1,63$ DDD; mediana 0,67 DDD) y el colectivo no valorado con este instrumento ($1,55 \pm 1,76$ DDD; mediana 0,83 DDD). De los 88 sujetos valorados con ICAP que recibían tratamiento con psicofármacos, 1 se ha excluyó de los análisis siguientes debido a que se desconocía la dosis empleada (recibía medicación antipsicótica PRN).

4-6-3-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

La edad del sujeto perdido era 17 años. Existió una correlación negativa y estadísticamente significativa entre edad del sujeto, y dosis de psicofármacos que recibía (coeficiente de correlación de Pearson = -0,214, $p = 0,046$).

Sexo.

El caso perdido era de sexo masculino. Las dosis de psicofármacos en el grupo de varones tratados fueron $1,71 \pm 1,87$ DDD, mediana 1,00 DDD. En el grupo de mujeres tratadas las dosis de psicofármacos fueron $1,21 \pm 1,50$ DDD, mediana 0,67 DDD. La diferencia entre sexos no fue significativa ($p = 0,267$).

Lugar de residencia.

El caso perdido residía en el domicilio familiar. El grupo de sujetos externos recibía por término medio $1,57 \pm 1,96$ DDD de psicofármacos por sujeto y día, mediana 1,07 DDD. En el grupo de sujetos internados en instituciones estos valores fueron, $1,54 \pm 1,73$ DDD, mediana 0,72 DDD. Ambos grupos se diferenciaron significativamente, ($p = 0,726$).

4-6-3-B. Características diagnósticas.

Las dosis de psicofármacos entre los sujetos con retraso mental leve-moderado ($1,64 \pm 1,97$ DDD; mediana 0,77 DDD) fueron similares a las que recibían los sujetos con retraso mental grave-profundo ($1,50 \pm 1,70$ DDD, mediana 0,83 DDD). El caso perdido sufría retraso moderado.

Los sujetos con diagnóstico de epilepsia que recibían psicofármacos, lo hacían a dosis de $1,58 \pm 1,29$ DDD y mediana 1,07; muy parecidas a las recibidas por los sujetos no epilépticos ($1,54 \pm 1,86$ DDD, mediana 0,67 DDD). El caso perdido no era epiléptico.

Las dosis de psicofármacos que recibían los sujetos con disfunción sensitivo-motora y los sujetos sin tales disfunciones eran muy parecidas, $1,54 \pm 1,78$ DDD (mediana 1,00 DDD), y $1,55 \pm 1,78$ DDD (mediana 0,70 DDD), respectivamente. El caso perdido sufría disfunción sensitivo-motora.

Los sujetos con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica o de trastornos conductuales, recibían psicofármacos a dosis ($1,76 \pm 1,96$ DDD; mediana 0,83 DDD) mayores que las que recibían los sujetos sin estos problemas adicionales ($1,15 \pm 1,25$ DDD; mediana 0,72 DDD). El caso perdido poseía diagnóstico dual.

Ninguna de las variables diagnósticas consideradas, "grado de retraso mental" ($p = 0,743$), "diagnóstico de epilepsia" ($p = 0,310$), "disfunción sensorial o motora" ($p = 0,979$) y "diagnóstico psiquiátrico o conductual" ($p = 0,520$), establecieron diferencias estadísticamente significativas en las dosis de psicofármacos que recibían los sujetos.

4-6-3-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

Los sujetos que recibían medicación somática, tendían a recibir dosis de psicofármacos ($1,06 \pm 1,14$ DDD; mediana 0,70 DDD), menores que los sujetos que no recibían tratamiento para problemas somáticos ($1,86 \pm 2,01$ DDD; mediana 1,00 DDD).

La diferencia entre ambos grupos ($p = 0,086$) no alcanza el nivel de significación prefijado.

Medicación antiepiléptica.

El uso de antiepilépticos se asoció con el empleo de dosis de psicofármacos ($1,99 \pm 1,83$ DDD; mediana 1,25 DDD) mayores que las empleadas entre los sujetos que no tomaban antiepilépticos ($1,39 \pm 1,72$ DDD; mediana 0,67 DDD). La significación de la diferencia entre ambos grupos ($p = 0,061$) no alcanzó el nivel de significación prefijado. La correlación entre dosis de antiepilépticos y psicofármacos fue negativa, muy pobre y sin significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = -0,040; $p = 0,858$).

"Otros fármacos para problemas de conducta".

Solo un sujeto que recibía "otros fármacos para problemas de conducta" recibía simultáneamente psicofármacos, y lo hacía a dosis de 1,50 DDD.

4-6-3-D. Variables ICAP.

Modo principal de expresión.

El sujeto cuya dosis de psicofármacos se desconocía, era capaz de expresarse mediante lenguaje oral. Las dosis de psicofármacos que recibían los sujetos con capacidad de expresión intencional eran muy similares a las que recibían los sujetos sin tal capacidad ($p = 0,740$). Las dosis fueron $1,54 \pm 1,80$ DDD, mediana 0,84 DDD, en el grupo que carecía de medio de expresión o solo se expresaba mediante gestos; y de $1,56 \pm 1,75$ DDD, mediana 0,83 DDD, para el grupo que poseía capacidad de expresión.

Gravedad de las dificultades visuales.

Se desconocía la dosis de psicofármacos que recibía un sujeto sin problemas visuales. Las dosis de psicofármacos que recibían los sujetos con buena visión, con o sin uso de gafas ($1,61 \pm 1,81$ DDD, mediana 0,67 DDD) eran superiores a las que recibían los sujetos con dificultades visuales o con poca o nula capacidad visual ($1,33 \pm 1,75$ DDD, mediana 0,92 DDD); pero ambos grupos no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa ($p = 0,195$).

Gravedad de las dificultades auditivas.

El caso perdido no padecía problemas auditivos. Las dosis de psicofármacos de los sujetos con problemas auditivos tendían a ser más elevadas ($1,86 \pm 1,83$ DDD, mediana 1,50 DDD) que las dosis de los sujetos con audición buena ($1,51 \pm 1,76$ DDD, mediana 0,70 DDD), pero las diferencias entre los dos grupos no fueron significativas ($p = 0,422$).

Frecuencia de crisis epilépticas.

El sujeto cuya dosis de psicofármacos se desconocía no sufría crisis epilépticas. Las dosis de psicofármacos de los sujetos sin crisis epilépticas ($1,55 \pm 1,78$ DDD, mediana 0,77 DDD) fueron similares a las que recibían los sujetos con crisis epilépticas más o menos frecuentes ($1,53 \pm 1,51$ DDD, mediana 1,50 DDD). Las diferencias no eran significativas ($p = 0,791$).

Limitación de la vida diaria por problemas de salud física.

El caso perdido tenía problemas de salud física que limitaban parcialmente las actividades de la vida diaria. Los sujetos sin limitaciones en las actividades de la vida diaria debidos a problemas de salud "física", recibían dosis de psicofármacos ($1,61 \pm 1,75$ DDD, mediana 0,92 DDD) mayores que las que recibían los sujetos con limitaciones en la vida diaria causadas por problemas de salud "física" ($1,21 \pm 1,86$ DDD, mediana 0,67 DDD). Las diferencias en las dosis no alcanzaron el nivel de significación estadística ($p = 0,252$).

Necesidad de atención médica y/o de enfermería.

El caso perdido precisaba atención médica o de enfermería menos de una vez al mes. Las dosis de psicofármacos en los sujetos que precisaban atención sanitaria menos de una vez al mes fueron $1,43 \pm 1,62$ DDD, mediana 0,72 DDD. Para los sujetos que precisaban atención médica o de enfermería una o más veces al mes, fueron, $2,42 \pm 2,56$ DDD, mediana 1,73 DDD. Las diferencias carecían de significación estadística ($p = 0,476$).

Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano/brazo.

Un caso, que no padecía de problemas de movilidad brazo/mano, se perdió al desconocerse las dosis de psicofármacos que recibía. Las dosis de los sujetos que no

presentaban limitaciones en la movilidad brazo/mano ($1,50 \pm 1,68$ DDD), fueron menores que la correspondiente a los sujetos con problemas de movilidad brazo/mano ($2,00 \pm 2,52$ DDD). Con la dosis mediana ocurrió al contrario, eran 0,83 DDD en los sujetos sin limitación brazo/mano y 0,75 DDD en los sujetos con estas limitaciones. Las diferencias entre grupos no fueron significativas ($p = 0,757$).

Movilidad.

El caso perdido no se hallaba confinado en cama o silla de ruedas. Como en la movilidad mano/brazo, las dosis de psicofármacos en los sujetos con problemas de movilidad que les confina en la cama o en silla de ruedas la mayor parte del tiempo ($1,99 \pm 1,88$) fueron mayores que las de los sujetos que sin tales problemas de movilidad ($1,59 \pm 1,75$). Las dosis mediana mostraron un comportamiento inverso, tomando el valor 0,92 DDD en el grupo de ambulantes, y de 0,25 DDD en el grupo con problemas de movilidad. Las diferencias no fueron significativas ($p = 0,153$).

Ayudas necesarias para la movilidad.

El caso perdido no precisaba ayuda para desplazarse. La dosis de psicofármacos de los sujetos que precisaban ayuda ocasional o permanente de otra persona para su movilidad ($1,23 \pm 1,70$ DDD, mediana 0,42 DDD), fueron menores que las utilizadas en los sujetos que no precisaban ayuda de personas para moverse ($1,59 \pm 1,77$ DDD, mediana 0,83 DDD). La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,306$).

Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W.

Destrezas motoras.

La destreza motora del caso perdido correspondió a la edad de 4 años y 1 mes. Hubo una correlación prácticamente nula y carente de significación estadística entre la puntuación de escala de las destrezas motoras y la dosis total de psicofármacos, (coeficiente de correlación de Pearson = -0,018; $p = 0,860$).

Destrezas sociales y comunicativas.

Las destrezas sociales y comunicativas del sujeto perdido correspondían a la edad de 4 años y 9 meses. La correlación de la puntuación de estas destrezas con las dosis de psicofármacos fue positiva, pero muy débil y sin significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = 0,099; $p = 0,364$).

Destrezas para la vida personal.

El caso perdido mostró destrezas para la vida personal correspondientes a la edad de 6 años y 10 meses. La puntuación de estas destrezas y las dosis de psicofármacos correlacionaron positiva, muy pobremente, y sin significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = 0,024; $p = 0,826$).

Destrezas para la vida en comunidad.

La edad de 5 años y 11 meses correspondió con las destrezas para la vida en comunidad que mostraba el sujeto del que se desconocía la dosis de psicofármacos. Para el resto de sujetos, el coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación de escala de esta destreza y la dosis de psicofármacos fue 0,053 ($p = 0,627$).

Independencia General.

La independencia general de sujeto perdido era equivalente a la que exhibiría un sujeto de 5 años y 5 meses. Tampoco hubo correlación entre independencia general y dosis de psicofármacos (coeficiente de correlación de Pearson = 0,045, $p = 0,686$).

Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas.

Tampoco hubo correlación entre edad equivalente a las destrezas adaptativas y la dosis de psicofármacos expresadas en DDD (coeficiente de correlación de Pearson = 0,076; $p = 0,486$). Las destrezas adaptativas del caso perdido eran equivalentes a las de un niño de 65 meses de edad.

Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas e índices derivados.

Conductas autolesivas.

El sujeto del que se desconocía la dosis de psicofármacos, no presentaba conductas autolesivas.

Las de dosis de psicofármacos en el grupo de sujetos que no presentaba conductas autolesivas o lo hacía con una frecuencia menor de una vez al mes, fueron $1,49 \pm 1,62$ DDD, mediana 1,00 DDD. Entre los sujetos que presentaban conductas autolesivas una o más veces al mes, fueron $1,66 \pm 2,05$ DDD, mediana 0,67 DDD. Las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas ($p = 0,726$).

Entre los sujetos cuya conducta autolesiva no era problemática o solo constituía un problema leve, las dosis de psicofármacos fueron $1,35 \pm 1,52$ DDD, mediana 0,77 DDD. Cuando las conductas autolesivas constituyeron un problema de moderado a crítico las dosis de psicofármacos fueron $2,47 \pm 2,50$ DDD, mediana 1,14 DDD. Tampoco

fueron significativas las diferencias de dosis de psicofármacos entre los dos grupos de gravedad de conducta autolesiva ($p = 0,345$).

Conductas heteroagresivas.

El sujeto perdido presentaba conductas heteroagresivas entre una y tres veces al mes, de gravedad moderada.

Cuando la frecuencia de conducta heteroagresiva era inferior a una vez al mes, las dosis de psicofármacos fueron $1,46 \pm 1,67$ DDD, mediana 0,70 DDD, respectivamente. Cuando las heteroagresiones eran más frecuentes, tomaron los valores $1,81 \pm 2,05$ DDD, mediana 1,00 DDD. No hubo diferencias significativas entre las dosis de psicofármacos que recibían ambos grupos ($p = 0,478$).

Entre los sujetos que no presentaban conducta heteroagresiva problemática o a lo sumo de gravedad leve, las dosis de psicofármacos fueron, $1,17 \pm 1,34$ DDD y mediana 0,67 DDD. Cuando la gravedad de estas conductas era de moderada a crítica, fueron $2,91 \pm 2,37$ DDD y 1,17 DDD. La diferencia entre los dos grupos de gravedad de conducta autolesiva, fue estadísticamente significativa ($p = 0,002$).

Conductas destructivas.

El caso del que se desconocía la dosis de psicofármacos, presentaba conductas destructivas de una a tres veces al mes, de gravedad moderada.

Entre los sujetos que presentaban conductas destructivas menos de una vez al mes, las dosis de psicofármacos fueron 1,34 1,50 DDD, mediana 0,70 DDD. Entre los sujetos que presentaban estas conductas con más frecuencia, fueron $2,12 \pm 2,28$ DDD, 1,00 DDD. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,278$).

Las dosis de psicofármacos entre los sujetos cuya conducta destructiva no era problemática, o solo levemente, fueron $1,36 \pm 1,54$ DDD, mediana 0,72 DDD. Entre los que la conducta destructiva era un problema de moderado a crítico, las dosis fueron $2,36 \pm 2,42$ DDD, mediana 1,19 DDD. La diferencia en los grupos de gravedad no fue significativa ($p = 0,192$).

Conducta disruptiva.

El caso perdido presentó conductas disruptivas leves, de una a tres veces al mes.

Ni la frecuencia ($p = 0,959$), ni la gravedad ($p = 0,538$) de las conductas disruptivas se asociaron con diferencias significativas en las dosis de psicofármacos.

Las dosis de psicofármacos para los sujetos que presentaban conductas disruptivas menos de una vez al mes eran $1,28 \pm 1,29$ DDD, mediana 1,00 DDD; para

los sujetos que presentaban conductas disruptivas una o más veces al mes eran $1,76 \pm 2,08$ DDD, mediana $0,67$ DDD.

Las dosis de psicofármacos entre los sujetos que no tenían problemas de conducta disruptiva, o eran leves, fueron $1,32 \pm 1,46$ DDD, mediana $0,83$ DDD. Entre aquellos cuya conducta disruptiva suponía un problema de moderado a crítico fueron $2,23 \pm 2,36$ DDD, mediana $0,95$ DDD.

Conductas atípicas y repetitivas (estereotipias).

El sujeto del que se desconocía la dosis de psicofármacos, presentaba conductas atípicas y repetitivas de una a diez veces al día, de gravedad leve.

Ni la frecuencia ($p = 0,435$), ni la gravedad ($p = 0,538$) de las conductas atípicas y hábitos repetitivos, se asociaron con diferencias en las dosis de psicofármacos.

Los sujetos que no presentaban hábitos atípicos y repetitivos, o los exhibían menos de una vez al mes, recibían $1,70 \pm 1,89$ DDD, mediana $1,00$ DDD. Los sujetos que presentaban hábitos atípicos y repetitivos más frecuentemente recibían dosis de psicofármacos de $1,48 \pm 1,71$ DDD, mediana $0,70$ DDD.

Cuando los hábitos atípicos no suponían un problema, o eran solo un problema leve, las dosis de psicofármacos fueron $1,44 \pm 1,62$ DDD, mediana $0,83$ DDD. Cuando estos hábitos constituyeron problemas más graves, las dosis fueron $1,81 \pm 2,09$ DDD, mediana $0,72$ DDD.

Conductas socialmente ofensivas.

El sujeto perdido presentaba conductas destructivas de una a seis veces por semana, de gravedad leve.

Ni la frecuencia ($p = 0,365$), ni la gravedad ($p = 0,656$) de las conductas socialmente ofensivas, condicionaban diferencias estadísticamente significativas en las dosis de psicofármacos.

Los sujetos que exhibieron conductas socialmente ofensivas con frecuencia inferior a una vez al mes, recibían $1,55 \pm 1,62$ DDD, mediana $1,00$ DDD. Si los sujetos exhibían conductas socialmente ofensivas con una frecuencia mayor, las dosis de psicofármacos fueron $1,54 \pm 1,88$ DDD, mediana $0,67$ DDD.

Si estas conductas tan solo llegaban a constituir problemas leves, la dosis fueron $1,39 \pm 1,61$ DDD, mediana $0,72$ DDD. Si constituían problemas de moderados a críticos, fueron $1,87 \pm 2,02$ DDD, mediana $0,92$ DDD.

Actitud retraída y falta de atención.

El caso del que faltó la dosis de psicofármacos, estaba con actitud retraída y falta de atención entre una y seis veces por semana, de gravedad moderada.

Cuando los sujetos presentaban estas conductas con frecuencia inferior a una vez al mes, o no exhiben estas actitudes, las dosis de psicofármacos que recibían fueron $1,52 \pm 1,60$ DDD, mediana 1,00 DDD. Cuando se presentaban más frecuentemente, las dosis fueron $1,57 \pm 1,91$ DDD, mediana 0,61 DDD. Las dosis de ambos grupos no se diferenciaron significativamente ($p = 0,293$).

Las dosis de psicofármacos que recibían los sujetos sin problemas, o leves, de retraimiento y falta de atención fueron $1,67 \pm 1,83$ DDD, mediana 1,00 DDD. Las dosis de aquellos con problemas de gravedad entre moderadas y críticas, fueron $1,32 \pm 1,63$ DDD, mediana 0,67 DDD. Las diferencias entre ambos grupos de gravedad no fueron significativas ($p = 0,299$).

Conductas no colaboradoras.

El sujeto del que no se pudo conocer la dosis de psicofármacos, presentaba conducta no colaboradora menos de una vez al mes, y no llegaba a constituir problema alguno.

Ni la gravedad ($p = 0,130$), ni la frecuencia ($p = 0,289$) de conductas no colaboradoras, se asociaron con diferencias estadísticamente significativas en las dosis de psicofármacos.

Las dosis de psicofármacos en el grupo de sujetos que presentaba conductas no colaboradoras con una frecuencia menor de una vez al mes o nunca, fueron $1,44 \pm 1,71$ DDD, mediana 0,75 DDD. En el grupo que mostraba estas conductas con frecuencia de una vez al mes o más frecuentemente, fueron $1,79 \pm 1,87$ DDD, mediana 1,00 DDD.

En el grupo formado por los sujetos que no presentaban problemas de falta de colaboración o solo son problemas leves, las dosis fueron $1,39 \pm 1,65$ DDD, mediana 0,67 DDD. Para el grupo con problemas de falta de colaboración entre moderados y críticos, fueron $2,09 \pm 2,04$ DDD, mediana 1,44 DDD.

Índices conductuales derivados.

Índice interno.

El índice interno del sujeto cuya dosis de psicofármacos se desconocía, estaba en el rango de problemas leves (-17,00). El índice de problemas internos correlacionó de

forma muy pobre, y no significativa con las dosis de psicofármacos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,057) ($p = 0,599$).

Índice externo.

El índice externo del sujeto cuya dosis de psicofármacos se desconocía, estaba en el rango de problemas moderados (-26,00). El índice de problemas externos correlacionó de forma negativa y estadísticamente significativamente con las dosis de psicofármacos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,282) ($p = 0,008$).

Índice asocial.

El índice interno del sujeto cuya dosis de psicofármacos se desconocía, estaba en el rango de problemas leves (-12,00). El índice asocial también correlacionó negativamente con las dosis de psicofármacos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,118), pero no de forma estadísticamente significativa ($p = 0,276$).

Índice general de problemas conductuales.

El índice general de problemas del sujeto cuya dosis de psicofármacos se desconocía, era -22,00, en el rango de problemas moderados.

El índice general de problemas conductuales correlacionó de forma negativa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,219), y estadísticamente significativa ($p = 0,042$) con las dosis de psicofármacos.

Puntuación de servicio.

El valor de la puntuación de servicio del sujeto cuya dosis de psicofármacos se desconocía, fue 52,00; indicando que este sujeto necesitaba atención periódica y supervisión frecuente. La correlación entre las dosis de psicofármacos y la puntuación de servicio fue débilmente negativa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,045), pero no fue estadísticamente significativa ($p = 0,364$).

Tabla 59.

Relación entre dosis de psicofármacos y las características de los sujetos. Población total

| Población total | | N° DDD de psicofármacos | | | | | | Significación |
|---|----------|-------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Sexo | Mujer | 87 / 317 | 1,12 | 1,34 | 0,08 | 0,56 | 6,25 | p=0,066. |
| | Varón | 166 / 544 | 1,55 | 1,81 | 0,05 | 0,92 | 9,92 | |
| Lugar de residencia | Externo | 125 / 620 | 1,15 | 1,32 | 0,07 | 0,67 | 6,94 | p=0,251. |
| | Interno | 128 / 242 | 1,65 | 1,94 | 0,05 | 0,83 | 9,92 | |
| Grado de retraso mental | Leve | 27 / 97 | 1,35 | 1,48 | 0,07 | 0,68 | 6,25 | p=0,121. |
| | Moderado | 79 / 353 | 1,35 | 1,51 | 0,08 | 0,75 | 6,94 | |
| | Grave | 69 / 250 | 1,13 | 1,61 | 0,08 | 0,50 | 9,92 | |
| | Profundo | 73 / 152 | 1,72 | 1,89 | 0,05 | 1,00 | 8,92 | |
| Epilepsia | No | 202 / 707 | 1,36 | 1,64 | 0,08 | 0,67 | 9,92 | p=0,322. |
| | Si | 50 / 154 | 1,59 | 1,84 | 0,05 | 1,00 | 8,92 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 187 / 668 | 1,38 | 1,62 | 0,07 | 0,67 | 9,92 | p=0,716. |
| | Si | 64 / 192 | 1,50 | 1,85 | 0,05 | 1,00 | 8,92 | |
| Diagnóstico dual | No | 72 / 599 | 0,96 | 1,00 | 0,08 | 0,60 | 6,00 | p=0,051. |
| | Si | 180 / 262 | 1,58 | 1,86 | 0,05 | 0,82 | 9,92 | |
| Recibían medicación somática | No | 179 / 687 | 1,50 | 1,75 | 0,05 | 0,68 | 9,92 | p=0,172. |
| | Si | 74 / 171 | 1,18 | 1,48 | 0,08 | 0,70 | 8,92 | |
| Recibían medicación antiepiléptica | No | 173 / 660 | 1,27 | 1,58 | 0,08 | 0,67 | 9,92 | p=0,030. |
| | Si | 80 / 200 | 1,69 | 1,84 | 0,05 | 1,00 | 8,92 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 244 / 837 | 1,42 | 1,70 | 0,05 | 0,68 | 9,92 | p=0,922. |
| | Si | 8 / 21 | 0,95 | 0,65 | 0,16 | 0,88 | 2,00 | |

| Población total | N° DDD de psicofármacos | | |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------|-----|
| | Coeficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad | - 0,056 | p=0,380. | 245 |
| Dosis de antiepilépticos | -0,133 | p=0,238. | 80 |

Tabla 60.

Relación entre dosis de psicofármacos y las características de los sujetos. Población internada

| Población ingresada | | N° DDD de psicofármacos | | | | | | Significación |
|---|----------------|-------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Sexo | Mujer | 41 / 73 | 1,16 | 1,56 | 0,08 | 0,50 | 6,25 | p=0,027. |
| | Varón | 86 / 169 | 1,89 | 2,07 | 0,05 | 1,00 | 9,92 | |
| Grado de retraso mental | Leve-Moderado | 23 / 41 | 1,86 | 1,96 | 0,08 | 1,00 | 6,25 | p=0,527. |
| | Grave-Profundo | 104 / 200 | 1,61 | 1,95 | 0,05 | 0,82 | 9,92 | |
| Epilepsia | No | 93 / 169 | 1,58 | 1,88 | 0,08 | 0,80 | 9,92 | p=0,538. |
| | Si | 34 / 73 | 1,82 | 2,12 | 0,05 | 1,00 | 8,92 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 79 / 147 | 1,66 | 1,86 | 0,08 | 0,83 | 9,92 | p=0,665. |
| | Si | 48 / 95 | 1,62 | 2,08 | 0,05 | 0,84 | 8,92 | |
| Diagnóstico dual | No | 29 / 118 | 1,18 | 1,29 | 0,08 | 0,72 | 6,00 | p=0,410. |
| | Si | 98 / 124 | 1,78 | 2,08 | 0,05 | 0,83 | 9,92 | |
| Recibían medicación somática | No | 74 / 133 | 1,93 | 2,13 | 0,05 | 1,00 | 9,92 | p=0,114. |
| | Si | 53 / 109 | 1,26 | 1,58 | 0,08 | 0,70 | 8,92 | |
| Recibían medicación antiepiléptica | No | 85 / 160 | 1,41 | 1,78 | 0,08 | 0,67 | 9,92 | p=0,055. |
| | Si | 42 / 82 | 2,12 | 2,17 | 0,05 | 1,14 | 8,92 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 124 / 236 | 1,68 | 1,96 | 0,05 | 0,88 | 9,92 | p=0,279. |
| | Si | 2 / 6 | 0,79 | 0,61 | 0,38 | 0,50 | 1,50 | |

| Población internada | N° DDD de psicofármacos | | |
|-------------------------------|--|---------------|-----|
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad (años) | -0,178 | p=0,045. | 127 |
| Duración internamiento (años) | -0,066 | p=0,456. | 128 |
| Dosis de antiepilépticos | -0,132 | p=0,400. | 43 |

Tabla 61.

Relación entre dosis de psicofármacos y características de los sujetos. Sujetos valorados con ICAP

| Población valorada con ICAP | | N° DDD de psicofármacos | | | | | | Significación |
|---|----------------|-------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Sexo | Mujer | 29 / 57 | 1,21 | 1,50 | 0,08 | 0,67 | 5,92 | p=0,267. |
| | Varón | 58 / 115 | 1,71 | 1,87 | 0,05 | 1,00 | 6,94 | |
| Lugar de residencia | Externo | 16 / 61 | 1,57 | 1,96 | 0,10 | 1,07 | 6,94 | p=0,726. |
| | Interno | 71 / 111 | 1,54 | 1,73 | 0,50 | 0,72 | 6,00 | |
| Grado de retraso mental | Leve-Moderado | 28 / 62 | 1,64 | 1,97 | 0,08 | 0,77 | 6,94 | p=0,743. |
| | Grave-Profundo | 59 / 110 | 1,50 | 1,70 | 0,05 | 0,83 | 6,00 | |
| Epilepsia | No | 71 / 139 | 1,54 | 1,86 | 0,08 | 0,67 | 6,94 | p=0,310. |
| | Si | 16 / 33 | 1,58 | 1,29 | 0,05 | 1,07 | 4,00 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 54 / 114 | 1,55 | 1,77 | 0,08 | 0,70 | 6,94 | p=0,979. |
| | Si | 33 / 58 | 1,54 | 1,78 | 0,05 | 1,00 | 6,00 | |
| Diagnóstico dual | No | 31 / 107 | 1,15 | 1,25 | 0,08 | 0,72 | 6,00 | p=0,520. |
| | Si | 56 / 65 | 1,76 | 1,96 | 0,05 | 0,83 | 6,94 | |
| Recibían medicación somática | No | 53 / 118 | 1,86 | 2,01 | 0,05 | 1,00 | 6,94 | p=0,086. |
| | Si | 34 / 54 | 1,06 | 1,14 | 0,08 | 0,70 | 4,00 | |
| Recibían medicación antiepiléptica | No | 64 / 32 | 1,39 | 1,72 | 0,08 | 0,67 | 6,94 | p=0,061. |
| | Si | 23 / 40 | 1,99 | 1,83 | 0,05 | 1,25 | 6,00 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 86 / 170 | 1,55 | 1,77 | 0,05 | 0,78 | 6,94 | p=1. |
| | Si | 1 / 2 | 1,50 | - | - | - | - | |

| Población valorada con ICAP | | | |
|-----------------------------|--|---------------|----|
| | N° DDD de psicofármacos | | |
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad | -0,214 | 0,046. | 87 |
| Dosis de antiepilépticos | -0,040 | 0,858. | 23 |

Tabla 62a.

Relación entre dosis de psicofármacos y características de los sujetos valorados con ICAP

| Variables ICAP | | N° DDD de psicofármacos | | | | | | Significación |
|---|----|-------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | No | 36 / 62 | 1,54 | 1,80 | 0,05 | 0,84 | 6,00 | p=0,740. |
| | Si | 51 / 110 | 1,56 | 1,75 | 0,08 | 0,83 | 6,94 | |
| Visión buena con o sin gafas | No | 19 / 32 | 1,33 | 1,75 | 0,08 | 0,92 | 6,00 | p=0,195. |
| | Si | 68 / 140 | 1,61 | 1,81 | 0,05 | 0,67 | 6,94 | |
| Audición buena con o sin audífono | No | 9 / 14 | 1,86 | 1,83 | 0,08 | 1,50 | 5,75 | p=0,422. |
| | Si | 78 / 158 | 1,51 | 1,76 | 0,05 | 0,70 | 6,94 | |
| Crisis en el último año | No | 82 / 158 | 1,55 | 1,78 | 0,05 | 0,77 | 6,94 | p=0,791. |
| | Si | 5 / 14 | 1,53 | 1,51 | 0,08 | 1,50 | 4,00 | |
| Problemas de salud que limitan la vida diaria | No | 74 / 145 | 1,61 | 1,75 | 0,05 | 0,92 | 6,00 | p=0,252. |
| | Si | 13 / 27 | 1,21 | 1,86 | 0,08 | 0,67 | 6,94 | |
| Necesitan atención sanitaria 1 ó más veces al mes | No | 77 / 153 | 1,43 | 1,62 | 0,05 | 0,72 | 6,00 | p=0,476. |
| | Si | 10 / 19 | 2,42 | 2,56 | 0,08 | 1,73 | 6,94 | |
| Limitaciones en la movilidad mano-brazo | No | 79 / 151 | 1,50 | 1,68 | 0,05 | 0,83 | 6,94 | p=0,757. |
| | Si | 8 / 21 | 2,00 | 2,52 | 0,08 | 0,75 | 6,00 | |
| Confinado en silla de ruedas o en cama | No | 78 / 150 | 1,59 | 1,75 | 0,05 | 0,92 | 6,94 | p=0,153. |
| | Si | 9 / 22 | 1,19 | 1,88 | 0,08 | 0,25 | 5,75 | |
| Necesita ayuda de otra persona para moverse | No | 76 / 149 | 1,59 | 1,77 | 0,05 | 0,83 | 6,94 | p=0,306. |
| | Si | 11 / 23 | 1,23 | 1,70 | 0,08 | 0,42 | 5,75 | |
| Problemas de conducta, frecuencia > 1 vez / mes | | | | | | | | |
| Autolesiva | No | 59 / 133 | 1,49 | 1,62 | 0,08 | 1,00 | 6,00 | p=0,726. |
| | Si | 28 / 39 | 1,66 | 2,05 | 0,05 | 0,67 | 6,94 | |
| Heteroagresiva | No | 66 / 138 | 1,46 | 1,67 | 0,05 | 0,70 | 6,00 | p=0,478. |
| | Si | 21 / 36 | 1,81 | 2,05 | 0,08 | 1,00 | 6,94 | |
| Destructiva | No | 64 / 143 | 1,34 | 1,50 | 0,05 | 0,70 | 6,00 | p=0,278. |
| | Si | 23 / 29 | 2,12 | 2,28 | 0,13 | 1,00 | 6,94 | |
| Disruptiva | No | 41 / 96 | 1,28 | 1,29 | 0,08 | 1,00 | 5,75 | p=0,959. |
| | Si | 46 / 76 | 1,76 | 2,08 | 0,05 | 0,67 | 6,94 | |
| Atípica y repetitiva | No | 27 / 68 | 1,70 | 1,89 | 0,10 | 1,00 | 6,94 | p=0,435. |
| | Si | 60 / 104 | 1,48 | 1,71 | 0,05 | 0,70 | 6,00 | |
| Socialmente ofensivas | No | 39 / 93 | 1,55 | 1,62 | 0,08 | 1,00 | 6,00 | p=0,365. |
| | Si | 48 / 79 | 1,54 | 1,88 | 0,05 | 0,67 | 6,94 | |
| Retraídas y falta de atención | No | 41/95 | 1,52 | 1,60 | 0,08 | 1,00 | 6,94 | p=0,293. |
| | Si | 46 / 77 | 1,57 | 1,91 | 0,05 | 0,61 | 6,00 | |
| No colaboradoras | No | 60 / 120 | 1,44 | 1,71 | 0,05 | 0,75 | 6,00 | p=0,289. |
| | Si | 27 / 52 | 1,79 | 1,87 | 0,08 | 1,00 | 6,94 | |
| Conducta problema de moderada a crítica | | | | | | | | |
| Autolesiva | No | 72 / 152 | 1,35 | 1,52 | 0,08 | 0,77 | 6,00 | p=0,345. |
| | Si | 15 / 20 | 2,47 | 2,50 | 0,05 | 1,14 | 6,94 | |
| Heteroagresiva | No | 68 / 146 | 1,17 | 1,34 | 0,05 | 0,67 | 5,92 | p=0,002. |
| | Si | 19 / 26 | 2,91 | 2,37 | 0,17 | 1,79 | 6,94 | |
| Destructiva | No | 71 / 152 | 1,36 | 1,54 | 0,05 | 0,72 | 6,00 | p=0,192. |
| | Si | 16 / 20 | 2,36 | 2,42 | 0,17 | 1,19 | 6,94 | |
| Disruptiva | No | 65 / 140 | 1,32 | 1,46 | 0,08 | 0,83 | 6,00 | p=0,538. |
| | Si | 22 / 32 | 2,23 | 2,36 | 0,05 | 0,95 | 6,94 | |
| Atípica y repetitiva | No | 62 / 134 | 1,44 | 1,62 | 0,05 | 0,83 | 6,94 | p=0,538. |
| | Si | 25 / 38 | 1,81 | 2,09 | 0,08 | 0,72 | 6,00 | |
| Socialmente ofensivas | No | 59 / 127 | 1,39 | 1,61 | 0,08 | 0,72 | 6,00 | p=0,656. |
| | Si | 28 / 45 | 1,87 | 2,02 | 0,05 | 0,92 | 6,94 | |
| Retraídas y falta de atención | No | 56 / 121 | 1,67 | 1,83 | 0,08 | 1,00 | 6,94 | p=0,299. |
| | Si | 31 / 51 | 1,32 | 1,63 | 0,05 | 0,67 | 6,00 | |
| No colaboradoras | No | 67 / 138 | 1,39 | 1,65 | 0,05 | 0,67 | 6,00 | p=0,130. |
| | Si | 20 / 34 | 2,09 | 2,04 | 0,08 | 1,44 | 6,94 | |

Tabla 62b

Relación entre dosis de psicofármacos y características de los sujetos valorados con ICAP

| Población valorada con ICAP | | | |
|--|--|---------------|----|
| | Nº DDD de psicofármacos | | |
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | Nº |
| Destrezas motoras, puntuación W | -0,018 | p=0,860. | 87 |
| Destrezas sociales-comunicativas, puntuación W | 0,099 | p=0,364. | 87 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | 0,024 | p=0,826. | 87 |
| Destrezas para vida en comunidad, puntuación W | 0,053 | p=0,627. | 87 |
| Independencia general, puntuación W | 0,045 | p=0,686. | 87 |
| Edad equivalente, meses | 0,076 | p=0,486. | 87 |
| Índice interno | -0,057 | p=0,599. | 87 |
| Índice externo | -0,282 | p=0,008. | 87 |
| Índice asocial | -0,118 | p=0,270. | 87 |
| Índice general | -0,219 | p=0,042. | 87 |
| Puntuación de servicio | -0,099 | p=0,364. | 87 |

4-7. Factores que correlacionaban con el número total de DDD de antipsicóticos por sujeto.

4-7-1. Población Total.

En la tabla 63, se presentan la asociación entre las dosis de antipsicóticos y las características de la población total.

4-7-1-A. Asociación con variables de carácter demográfico.

Edad.

En 4 sujetos se desconocía las dosis de antipsicóticos, cuyas edades eran: 17, 34; 34, y 48 años. En 5 se desconocía la edad de los sujetos, cuyas dosis de antipsicóticos eran: 0,10 DDD, 1,28 DDD 1,33 DDD, 0,19 DDD y 0,53 DDD. La correlación entre edad (en años) y número total de DDD de antipsicóticos, fue negativa, muy pobre (coeficiente de correlación de Pearson = - 0,049) y no significativa ($p= 0,505$).

Sexo.

Se desconocía las dosis de antipsicóticos que recibían 2 mujeres y 2 varones. Las dosis de antipsicóticos que recibían los varones tratados fueron $1,14 \pm 1,33$ DDD. Las mujeres tratadas recibían $0,75 \pm 0,93$ DDD. Los valores mediana (0,67 DDD) y máximo (7,42 DDD) del grupo de varones, también fueron mayores que los del grupo de mujeres (0,44 DDD, y 4,75 DDD respectivamente). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,035$).

Tipo de residencia.

Se desconocía la dosis total de antipsicóticos que recibían 4 sujetos externos. Los sujetos internados presentaron valores $1,15 \pm 1,42$ DDD (mediana 0,63 DDD y máximo 7,42 DDD), mayores que en el grupo de externos, $0,87 \pm 0,97$ DDD (mediana 0,50 DDD y máximo 6,33 DDD). La significación de la diferencia entre ambos grupos ($p = 0,650$) no alcanzó la prefijada.

4-7-1-B. Características diagnósticas.

Grado de retraso mental.

En 4 casos se desconocía el grado de retraso mental, cuyas dosis de antipsicóticos eran: 0,16 DDD, 0,25 DDD, 1,19 DDD, 6,33 DDD. En 4 se desconocía la dosis de antipsicóticos, cuyos grados de retraso mental eran: 1 caso leve, 2 casos moderados, y 1 caso grave. El comportamiento de esta variable en los grupos leve ($0,96 \pm 1,04$ DDD; mediana 0,57 DDD), moderado ($0,94 \pm 0,88$ DDD; mediana 0,67 DDD), grave ($0,88 \pm 1,40$; DDD, mediana 0,49 DDD) y profundo ($1,18 \pm 1,32$ DDD; mediana 0,67 DDD), fue bastante similar. La cantidad de DDD de antipsicóticos por sujeto y día, no difirió de forma estadísticamente significativa ($p = 0,409$) en función del grado de retraso mental.

Diagnóstico de epilepsia.

En 4 se desconocía la dosis de antipsicóticos, ninguno de los cuales era epiléptico. El grupo de sujetos con diagnóstico de epilepsia presentó valores de las dosis de antipsicóticos ($1,14 \pm 1,27$ DDD, mediana 0,63 DDD), mayores que el grupo de individuos no epilépticos ($1,00 \pm 1,23$ DDD; mediana 0,53 DDD). La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,887$).

Disfunción sensorial o motora.

En 2 casos que no padecían disfunción sensitivo-motora, y en otros 2 casos que si padecían, se desconocía la dosis de antipsicóticos que tomaban. En un caso, que tomaba 0,35 DDD de antipsicóticos, se desconocía si el sujeto padecía minusvalía sensitivo-motora. El grupo de sujetos con disfunción sensitivo-motora recibía dosis de antipsicóticos ($0,84 \pm 0,97$ DDD; mediana 0,65 DDD), menores el grupo de individuos sin tales disfunciones ($1,08$ DDD $\pm 1,30$ DDD; mediana 0,56 DDD). Ambos grupos no se diferenciaban de forma estadísticamente significativa ($p = 0,364$).

Diagnóstico psiquiátrico o conductual.

El sujeto del que se desconocía si poseía diagnóstico dual, no recibía antipsicóticos. Se desconocía la dosis de antipsicótico de 4 sujetos, 1 no poseía diagnóstico dual, y 3 sí. El grupo de sujetos con diagnóstico dual recibía dosis de antipsicóticos ($1,13 \pm 1,34$ DDD, mediana 0,63 DDD) mayores que el grupo de

individuos sin este tipo de problemas ($0,64 \pm 0,61$ DDD, mediana $0,42$ DDD). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,050$).

4-7-1-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

Se perdieron 4 sujetos cuya dosis de antipsicótico se desconocía, de los cuales 1 tomaba medicación somática y el resto no. Las dosis de antipsicóticos que recibían los sujetos que utilizaban medicación somática fueron $0,86 \pm 1,09$ DDD; mediana $0,47$ DDD. Las dosis de los que no recibían medicación somática fueron $1,08 \pm 1,28$ DDD, mediana $0,67$ DDD. La diferencia no fue significativa ($p = 0,157$).

Medicación antiepiléptica.

No tomaban antiepilépticos ninguno de los cuatro sujetos de los que se desconocía la dosis de antipsicóticos estaban recibiendo. Ninguno de los 2 sujetos de los que se desconocía la dosis de antiepiléptico que recibían, tomaban antipsicóticos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,527$) en las dosis de antipsicóticos, entre los sujetos que recibían antiepilépticos y los que no los recibían. Las dosis de antipsicóticos entre los sujetos que reciben antiepilépticos fueron $1,12 \pm 1,29$ DDD; mediana $0,67$ DDD. Entre los sujetos que no recibían antiepilépticos las dosis de antipsicóticos fueron $0,98 \pm 1,21$ DDD; mediana $0,50$ DDD. La correlación entre dosis de antipsicóticos y dosis de antiepilépticos fue pobre, de carácter negativo (coeficiente de correlación de Pearson, $-0,132$) y no significativa ($p = 0,350$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

Solo 4 sujetos de los 21 que toman "otros fármacos para problemas de conducta", recibían también antipsicóticos, las dosis de antipsicóticos que recibía este grupo ($0,59 \pm 0,51$ DDD, mediana $0,44$ DDD) no se diferenciaban estadísticamente ($p = 0,659$) de las que recibían los sujetos que no utilizaban "otros fármacos para problemas de conducta" ($1,03 \pm 1,24$ DDD; mediana $0,59$ DDD).

Medicación ansiolítica-hipnótica.

Ninguno de los 4 sujetos de los que no se dispuso de la dosis de antipsicótico que tomaban, recibía simultáneamente ansiolítico-hipnóticos. En el grupo de sujetos que

recibía ansiolítico-hipnóticos, las dosis de antipsicóticos fueron $1,37 \pm 1,48$ DDD, mediana 1,00 DDD. En el grupo de sujetos que no tomaban ansiolítico-hipnóticos, las dosis de antipsicóticos fueron, $0,92 \pm 1,13$ DDD, mediana 0,50 DDD. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,021$). La correlación entre dosis de ansiolítico-hipnótico y la dosis de antipsicótico fue positiva, pero pobre y carente de significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = 0,086) ($p = 0,577$).

4-7-2. Sujetos internados en instituciones.

En la tabla 64, se presentan la asociación entre las dosis de antipsicóticos y las características de la población internada.

4-7-2-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

La correlación entre edad de los sujetos y la dosis de antipsicóticos que recibían, fue inversa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,142), pero carente de significación estadística; ($p = 0,154$).

Sexo.

Los varones tomaban, en general, dosis ($1,32 \pm 1,51$ DDD; mediana 0,67 DDD) superiores a las mujeres ($0,75 \pm 1,09$ DDD; mediana 0,38 DDD). La diferencia entre las dosis de ambos grupos fue estadísticamente significativa; ($p = 0,025$).

Duración del internamiento.

La duración del internamiento correlacionó con las dosis de antipsicóticos, de forma débil y negativa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,025) y sin significación estadística; ($p = 0,804$).

4-7-2-B. Características diagnósticas.

Ninguna de las características diagnósticas: grado de retraso mental, diagnóstico de epilepsia, padecimiento de disfunción sensorial o motora, y padecimiento de diagnóstico dual; establecieron diferencias significativas en la magnitud de dosis de antipsicóticos.

Los sujetos con retraso mental de leve a moderado recibían dosis ($1,10 \pm 1,13$ DDD; mediana $0,67$ DDD) inferiores a las recibidas por los sujetos con retraso mental de grave a profundo ($1,17 \pm 1,49$ DDD; mediana $0,60$ DDD). La diferencia entre ambos grupos careció de significación estadística ($p = 0,775$).

Las dosis de antipsicóticos en el grupo de sujetos que padecían epilepsia, fueron $1,22 \pm 1,36$ DDD, mediana $0,63$ DDD; similares a los correspondientes al grupo no epiléptico, $1,13 \pm 1,44$ DDD, mediana $0,60$ DDD; ($p = 0,879$).

Los sujetos que padecían disfunciones sensitivo-motoras y utilizaban antipsicóticos, lo hacían a dosis de $0,87 \pm 1,07$ DDD; mediana $0,63$ DDD. Los valores correspondientes al grupo que no padecía tales disfunciones fueron $1,29 \pm 1,55$ DDD, mediana $0,62$ DDD; ($p = 0,186$).

Los sujetos con diagnóstico dual, recibían dosis de antipsicóticos, $1,25 \pm 1,53$ DDD, mediana $0,62$ DDD, mayores que las que recibían los sujetos sin diagnóstico dual, $0,71 \pm 0,62$ DDD, mediana $0,67$ DDD; ($p = 0,404$).

4-7-2-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación "somática".

Los sujetos que tomaban medicación somática recibían dosis de antipsicóticos, ($0,92 \pm 1,14$ DDD, mediana $0,50$ DDD); menores que las recibidas por el grupo no tratado con medicación somática, con dosis $1,31 \pm 1,58$ DDD, mediana $0,67$ DDD. Las diferencias no fueron significativas; ($p = 0,325$).

Medicación antiepiléptica.

Los sujetos que recibían medicación antiepiléptica empleaban dosis de antipsicóticos ($1,15 \pm 1,21$ DDD; mediana $0,67$ DDD) similares a las que recibían los sujetos que no toman antiepilépticos ($1,15 \pm 1,50$ DDD; mediana $0,50$ DDD); ($p = 0,611$). Tampoco hubo correlación entre dosis de fármacos antiepilépticos y dosis de fármacos antipsicóticos (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,008$), ($p = 0,967$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

Tres de los 6 sujetos que tomaban "otros fármacos para problemas de conducta", recibían simultáneamente fármacos antipsicóticos. Las dosis de antipsicóticos fueron $0,16$, $0,38$ y $0,50$. Estas no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa ($p =$

0,282) de las que recibían los sujetos no tratados simultáneamente con "otros fármacos para problemas de conducta" ($1,17 \pm 1,47$ DDD; mediana 0,65 DDD).

Medicación ansiolítica-hipnótica.

En el grupo de sujetos que recibían ansiolítico-hipnóticos, las dosis de antipsicóticos fueron $1,54 \pm 1,73$ DDD, mediana 1,00 DDD. En el grupo de sujetos que no tomaban ansiolítico-hipnóticos, las dosis de antipsicóticos fueron $1,01 \pm 1,27$ DDD, mediana 0,50 DDD. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,046$). La correlación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y la dosis de antipsicóticos fue prácticamente nula y carente de significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = -0,008) ($p = 0,967$).

2-7-3. Sujetos valorados con ICAP.

El número de DDD de antipsicóticos por sujeto y día no difirió ($p = 0,657$) entre el colectivo de sujetos valorado con ICAP ($1,33 \pm 1,63$ DDD; mediana 0,67 DDD) y el colectivo no valorado con este instrumento ($1,55 \pm 1,76$ DDD; mediana 0,83 DDD).

En las tablas 65, 66a y 66b, se presentan la asociación entre las dosis de antipsicóticos y las características de la población valorada con ICAP. Hubo un caso perdido al desconocer la dosis que recibía, cuyas características ya se han comentado en el apartado dedicado a las dosis totales de psicofármacos.

4-7-3-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

Hubo una correlación negativa y estadísticamente significativa entre edades de los sujetos y las dosis de antipsicóticos que recibían (coeficiente de correlación de Pearson = -0,241, $p = 0,045$).

Sexo y lugar de residencia.

Las dosis de antipsicóticos en el grupo de varones tratados, fueron $1,18 \pm 1,30$ DDD, mediana 0,67 DDD. En el grupo de mujeres tratadas las dosis de antipsicóticos fueron $1,02 \pm 1,33$ DDD, mediana 0,47 DDD.

El grupo de sujetos externos recibía $0,90 \pm 0,76$ DDD de antipsicóticos por sujeto y día, mediana 0,48 DDD. En el grupo de sujetos internados en instituciones fueron, $1,18 \pm 1,38$ DDD, mediana 0,67 DDD.

Ninguna de ambas variables: sexo ($p = 0,459$), y lugar de residencia ($p = 0,891$); determinaron diferencias significativas en las dosis de antipsicóticos.

4-7-3-B. Características diagnósticas.

Las dosis de antipsicóticos entre los sujetos con retraso mental leve-moderado ($0,94 \pm 1,04$ DDD; mediana 0,58 DDD) fueron muy similares a las que recibían los sujetos con retraso mental grave-profundo ($1,24 \pm 1,42$ DDD, mediana 0,67 DDD). La diferencia de valores entre ambos grupos careció de significación estadística ($p = 0,775$).

Las dosis de antipsicóticos en el grupo de sujetos que padecían epilepsia fueron $1,39 \pm 1,53$ DDD, mediana 0,63 DDD; similares a las correspondientes al grupo no epiléptico, $1,10 \pm 1,27$ DDD, mediana 0,67 DDD; ($p = 0,979$).

Los sujetos que padecían disfunciones sensitivo-motoras y utilizaban antipsicóticos, lo hacían a dosis de $1,03 \pm 1,15$ DDD, mediana 0,67 DDD. Los valores correspondientes al grupo que no padecía tales disfunciones fueron $1,20 \pm 1,39$ DDD, mediana 0,55 DDD, ($p = 0,798$).

Los sujetos con diagnóstico dual, recibían dosis de antipsicóticos, $1,30 \pm 1,48$ DDD, mediana 0,63 DDD; que tampoco se diferenciaron significativamente de las que recibían los sujetos sin diagnóstico dual, $0,76 \pm 0,61$ DDD, mediana 0,67 DDD; ($p = 0,538$).

4-7-3-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

El empleo de medicación somática no estableció diferencias significativas en la magnitud de las dosis de antipsicóticos ($p = 0,103$). Los sujetos que tomaban

medicación somática recibían dosis de antipsicóticos ($0,83 \pm 1,04$ DDD, mediana 0,38 DDD), que eran menores que los correspondientes al grupo no tratado con medicación somática, $1,33 \pm 1,42$ DDD, mediana 0,67 DDD.

Medicación antiepiléptica.

Los sujetos que recibían medicación antiepiléptica empleaban dosis de antipsicóticos ($1,21 \pm 1,19$ DDD; mediana 1,00 DDD) similares a las que recibían los sujetos que no tomaban antiepilépticos ($1,12 \pm 1,34$ DDD; mediana 0,61 DDD). La diferencia en las dosis de antipsicóticos entre ambos grupos ($p = 0,580$) no fue estadísticamente significativa. No hubo correlación entre dosis de fármacos antiepilépticos y dosis de fármacos antipsicóticos (coeficiente de correlación de Pearson = 0,013), ($p = 0,963$).

Otros fármacos para problemas conductuales.

Ninguno de los 2 sujetos que toman "otros fármacos para problemas de conducta", recibía también antipsicóticos.

Medicación ansiolítica-hipnótica.

En el grupo de sujetos que recibían ansiolítico-hipnóticos, las dosis de antipsicóticos fueron $1,43 \pm 1,43$ DDD, mediana 1,00 DDD. En el grupo de sujetos que no tomaba ansiolítico-hipnóticos, las dosis de antipsicóticos fueron $1,05 \pm 1,24$ DDD, mediana 0,62 DDD. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,233$). La correlación entre dosis de ansiolítico-hipnótico y la dosis de antipsicótico fue prácticamente nula y carente de significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = -0,045) ($p = 0,868$).

4-7-3-D. Variables ICAP.

Modo principal de expresión.

Las dosis de antipsicóticos fueron de $1,13 \pm 1,46$ DDD, mediana 0,54 DDD, en el grupo que carecía de medio de expresión o se expresaba mediante gestos; y de $1,15 \pm 1,18$ DDD, mediana 0,67 DDD, para el grupo que poseía capacidad de lenguaje. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,371$).

Gravedad de las dificultades visuales.

Las dosis de antipsicóticos que recibían los sujetos con buena visión, con o sin uso de gafas ($1,20 \pm 1,32$ DDD, mediana $0,67$ DDD), eran superiores a que recibían los sujetos con dificultades visuales o con poca o nula capacidad visual ($0,93 \pm 1,23$ DDD, mediana $0,65$ DDD); pero no de forma significativa ($p = 0,280$).

Gravedad de las dificultades auditivas.

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos de capacidad auditiva. Las dosis de antipsicóticos de los sujetos con problemas auditivos fueron $1,57 \pm 1,66$ DDD, mediana $1,25$ DDD. Los sujetos con audición buena, $1,07 \pm 1,24$ DDD, mediana $0,63$ DDD. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,460$).

Frecuencia de crisis epilépticas.

Las dosis de antipsicóticos de los sujetos sin crisis epilépticas fueron $1,16 \pm 1,31$ DDD, mediana $0,67$ DDD. Solo 2 sujetos con crisis epilépticas más o menos frecuentes recibían antipsicóticos, y lo hacían a dosis de $0,08$ DDD y $0,56$ DDD. Las diferencias entre los dos grupos no fueron significativas ($p = 0,268$).

Limitación de la vida diaria por problemas de salud física.

El caso perdido padecía problemas de salud física que limitaban parcialmente las actividades de la vida diaria. Los sujetos sin limitaciones en las actividades de la vida diaria debidos a problemas de salud "física", recibían dosis de antipsicóticos ($1,25 \pm 1,36$ DDD, mediana $0,67$ DDD) mayores que las que recibían los sujetos con limitaciones en la vida diaria causadas por problemas de salud "física" ($0,54 \pm 0,70$ DDD, mediana $0,25$ DDD). Las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas ($p = 0,050$).

Necesidad de atención médica y/o de enfermería.

Las dosis de antipsicóticos en los sujetos que precisaban atención sanitaria menos de una vez al mes fueron $1,08 \pm 1,22$ DDD, mediana $0,67$ DDD respectivamente. Para los sujetos que precisaban atención médica o de enfermería una o más veces al mes, fueron $1,55 \pm 1,79$ DDD, mediana $0,44$ DDD. Las diferencias entre los dos grupos, carecían de significación estadística ($p = 0,937$).

Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano/brazo.

Las dosis de los sujetos que no presentaban limitaciones en la movilidad brazo mano ($1,11 \pm 1,25$ DDD; mediana 0,67 DDD), fueron menores que las correspondientes a los sujetos con problemas de movilidad brazo/mano ($1,42 \pm 1,89$ DDD, mediana 0,54 DDD). La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,616$).

Movilidad.

Las de dosis de antipsicóticos en los sujetos que con problemas de movilidad que les confinaba en la cama o en silla de ruedas la mayor parte del tiempo ($1,24 \pm 1,77$ DDD) fueron mayores que las de los sujetos sin tales problemas de movilidad ($1,13 \pm 1,26$ DDD). Las dosis medianas tuvieron un comportamiento inverso, tomando el valor 0,67 DDD en el grupo de sujetos sin problemas de movilidad, y el de 0,50 DDD en el grupo con problemas de movilidad. Las diferencias no fueron significativas ($p = 0,474$).

Ayudas necesarias para la movilidad.

La mediana, pero no la media, de las dosis de antipsicóticos de los sujetos que precisaban ayuda ocasional o permanente de otra persona para su movilidad ($1,17 \pm 1,60$ DDD, mediana 0,38 DDD) era menor que las de los sujetos que no precisaban ayuda personal para moverse ($1,13 \pm 1,77$ DDD, mediana 0,67 DDD). La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,120$).

Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W.

Destrezas motoras. Hubo una correlación débil y carente de significación estadística entre la puntuación de escala de las destrezas motoras y la dosis total de antipsicóticos expresada como DDD, (coeficiente de correlación de Pearson = -0,054; $p = 0,658$).

Destrezas sociales y comunicativas. La correlación entre puntuación de escala de estas destrezas y dosis de antipsicóticos fue positiva, pero débil y sin significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = 0,088; $p = 0,469$).

Destrezas para la vida personal. La puntuación de escala de estas destrezas y las dosis de antipsicóticos correlacionaron negativa, pobremente y sin significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = -0,063; $p = 0,602$).

Destrezas para la vida en comunidad. El coeficiente de correlación de Pearson, entre la puntuación de escala de esta destreza y la dosis de antipsicóticos, fue 0,001 ($p = 0,996$).

Independencia General. Tampoco correlacionaron la independencia general y dosis de antipsicóticos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,009, $p = 0,942$).

Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas.

Edad equivalente a las destrezas adaptativas y dosis de antipsicóticos tampoco correlacionaron (coeficiente de correlación de Pearson = 0,057; $p = 0,642$).

Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas e índices derivados.

Conductas autolesivas.

Las dosis de antipsicóticos en el grupo de sujetos que no presentaba conductas autolesivas o lo hacía con una frecuencia menor de una vez al mes, fueron $1,16 \pm 1,24$ DDD, la mediana 0,67 DDD. Entre los sujetos que presentaban conductas autolesivas una o más veces al mes, fueron $1,09 \pm 1,43$ DDD, mediana 0,52 DDD. Las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas ($p = 0,535$).

Entre los sujetos cuya conducta autolesiva no era problemática o solo constituía un problema leve, las dosis de antipsicóticos fueron $1,06 \pm 1,17$ DDD, la mediana 0,67 DDD. Cuando las conductas autolesivas constituían un problema de moderado a crítico las dosis de antipsicóticos fueron $1,43 \pm 1,75$ DDD, la mediana 0,58 DDD. Las diferencias no fueron significativas ($p = 0,924$).

Conductas heteroagresivas.

Cuando la frecuencia de conducta heteroagresiva era inferior a una vez al mes, las dosis de antipsicóticos fueron $1,17 \pm 1,29$ DDD, mediana 0,67 DDD. Cuando las heteroagresiones eran más frecuentes, $1,04 \pm 1,36$ DDD, mediana 0,55 DDD. No hubo diferencias significativas entre las dosis de antipsicóticos que recibían ambos grupos ($p = 0,654$).

Los sujetos que no presentaban conducta heteroagresiva problemática o solo leve, las dosis de antipsicóticos fueron, $0,99 \pm 1,16$ DDD, mediana 0,50 DDD. Cuando la gravedad de estas conductas era de moderada a crítica, las dosis fueron $1,61 \pm 1,61$ DDD, mediana 1,00 DDD. Las diferencias entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas ($p = 0,048$).

Conductas destructivas.

Entre los sujetos que presentaban conductas destructivas menos de una vez al mes, las dosis de antipsicóticos fueron $1,05 \pm 1,21$ DDD, mediana 0,67 DDD. Entre los sujetos que presentaban estas conductas con más frecuencia, las dosis fueron $1,39 \pm 1,52$ DDD, mediana 0,67 DDD. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,800$).

La dosis de antipsicóticos entre los sujetos cuya conducta destructiva no era problemática o era solo levemente problemática fueron $1,09 \pm 1,27$ DDD, la mediana 0,63 DDD. Entre los sujetos en los que la conducta destructiva era un problema de moderado a crítico, las dosis fueron $1,35 \pm 1,45$ DDD, mediana 0,67 DDD. La diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,333$).

Conducta disruptiva.

Ni la frecuencia ($p = 0,569$), ni la gravedad ($p = 0,879$) de las conductas disruptivas, se asociaron con diferencias significativas en las dosis de antipsicóticos.

Las dosis de antipsicóticos entre los sujetos que presentaban conductas disruptivas menos de una vez al mes, fueron $0,97 \pm 1,10$ DDD, mediana 0,67 DDD; y para los sujetos que presentan conductas disruptivas una o más veces al mes fueron $1,27 \pm 1,44$ DDD, mediana 0,67 DDD.

Las dosis de antipsicóticos entre los sujetos sin problemas de conducta disruptiva o leves, fueron $0,99 \pm 1,07$ DDD, mediana 0,67 DDD. Entre aquellos cuya conducta disruptiva suponía un problema de moderado a crítico fueron $1,53 \pm 1,76$ DDD, mediana 0,50 DDD.

Conductas atípicas y repetitivas (estereotipias).

Ni la frecuencia ($p = 0,153$), ni la gravedad ($p = 0,964$) de las conductas atípicas y hábitos repetitivos se asociaron con diferencias en las dosis de antipsicóticos.

Los sujetos que no presentaban hábitos atípicos y repetitivos o que los exhibían menos de una vez al mes, recibían $1,21 \pm 1,09$ DDD, mediana 1,00 DDD. Los sujetos que presentaban estos hábitos más frecuentemente recibían dosis de antipsicóticos de $1,11 \pm 1,38$ DDD, mediana 0,50 DDD.

Cuando los hábitos atípicos no suponían un problema o eran un problema leve, las dosis de antipsicóticos fueron $1,03 \pm 1,08$ DDD, mediana 0,67 DDD. Cuando estos hábitos constituían problemas más graves, las dosis eran $1,39 \pm 1,72$ DDD, mediana 0,48 DDD.

Conductas socialmente ofensivas.

Ni la frecuencia ($p = 0,910$) ni la gravedad ($p = 0,539$) de las conductas socialmente ofensivas, condicionaban diferencias estadísticamente significativas en las dosis de antipsicóticos.

Los sujetos que exhibían conductas socialmente ofensivas con frecuencia inferior a una vez al mes, recibían $1,05 \pm 1,17$ DDD, mediana $0,67$ DDD. Si los sujetos exhibían conductas socialmente ofensivas con una frecuencia mayor, las dosis de antipsicóticos eran $1,21 \pm 1,40$ DDD, mediana $0,53$ DDD.

Si estas conductas tan solo llegaban a constituir problemas leves, las dosis eran $0,95 \pm 1,07$ DDD, mediana $0,67$ DDD. Si constituían problemas de moderados a críticos, la dosis eran $1,53 \pm 1,63$ DDD, mediana $0,48$ DDD.

Actitud retraída y falta de atención.

Cuando los sujetos presentaban conductas retraídas y falta de atención con frecuencia inferior a una vez al mes, o no exhibían estas actitudes, las dosis de antipsicóticos que recibían fueron $1,09 \pm 1,20$ DDD, mediana $0,67$ DDD. Cuando se presentaban más frecuentemente, las dosis fueron $1,17 \pm 1,39$ DDD, mediana $0,63$ DDD. Las dosis de ambos grupos no se diferenciaron significativamente ($p = 0,790$).

Las dosis de antipsicóticos que recibían los sujetos sin problemas, o leves, de retraimiento y falta de atención fueron $1,25 \pm 1,44$ DDD, mediana $0,67$ DDD. Las dosis de aquellos con problemas de retraimiento o falta de atención de gravedad entre moderados y críticos, fueron $0,96 \pm 1,05$ DDD, mediana $0,63$ DDD. Las diferencias entre ambos grupos de gravedad no fueron significativas ($p = 0,553$).

Conductas no colaboradoras.

Ni la gravedad ($p = 0,137$), ni la frecuencia ($p = 0,156$) de conductas no colaboradoras, se asociaron con diferencias estadísticamente significativas en las dosis de antipsicóticos.

Las dosis de antipsicóticos en el grupo de sujetos que presentaba conductas no colaboradoras con una frecuencia menor de una vez al mes o nunca, fueron $1,02 \pm 1,29$ DDD, mediana $0,60$ DDD. En el grupo que mostraba estas conductas con frecuencia de una vez al mes o más frecuentemente, las dosis de antipsicóticos fueron $1,36 \pm 1,31$ DDD, mediana $0,67$ DDD.

En el grupo formado por los sujetos que no presentaban problemas de falta de colaboración o solo eran problemas leves, las dosis fueron $1,02 \pm 1,25$ DDD, mediana

0,60 DDD. Para el grupo con problemas de falta de colaboración entre moderados y críticos, fueron $1,49 \pm 1,41$ DDD, la mediana 1,02 DDD.

Índices conductuales derivados.

Índice interno.

El índice de problemas internos correlacionó de forma negativa, pobre y no significativa con las dosis de antipsicóticos que recibían los sujetos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,049) ($p = 0,686$).

Índice externo.

El índice de problemas externos correlacionó de forma negativa, pero no significativamente, con las dosis de antipsicóticos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,172) ($p = 0,156$).

Índice asocial.

El índice asocial también correlacionó negativamente con las dosis de antipsicóticos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,193), pero no de forma estadísticamente significativa ($p = 0,109$).

Índice general de problemas conductuales.

El índice general de problemas conductuales correlacionó de forma negativa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,181), pero no de forma estadísticamente significativa ($p = 0,133$), con las dosis de antipsicóticos.

Puntuación de servicio.

La correlación entre las dosis de antipsicóticos y la puntuación de servicio fue débilmente negativa (coeficiente de correlación de Pearson = -0,056), pero no estadísticamente significativa ($p = 0,645$).

Tabla 63.

Relación entre dosis de antipsicóticos y las características de los sujetos. Población total

| Población total | | N° DDD de antipsicóticos | | | | | | Significación |
|---|----------|--------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Sexo | Mujer | 60 / 317 | 0,75 | 0,93 | 0,08 | 0,44 | 4,75 | p=0,035. |
| | Varón | 134 / 544 | 1,14 | 1,33 | 0,03 | 0,67 | 7,42 | |
| Lugar de residencia | Externo | 91 / 620 | 0,87 | 0,97 | 0,03 | 0,50 | 6,33 | p=0,650. |
| | Interno | 103 / 242 | 1,15 | 1,42 | 0,05 | 0,63 | 7,42 | |
| Grado de retraso mental | Leve | 24 / 97 | 0,96 | 1,04 | 0,03 | 0,57 | 3,87 | p=0,409. |
| | Moderado | 62 / 353 | 0,94 | 0,88 | 0,08 | 0,67 | 3,75 | |
| | Grave | 48 / 250 | 0,88 | 1,40 | 0,08 | 0,49 | 7,42 | |
| | Profundo | 56 / 152 | 1,18 | 1,32 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | |
| Epilepsia | No | 167 / 707 | 1,00 | 1,23 | 0,03 | 0,53 | 7,42 | p=0,887. |
| | Si | 27 / 154 | 1,14 | 1,27 | 0,05 | 0,63 | 4,04 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 149 / 668 | 1,08 | 1,30 | 0,03 | 0,56 | 7,42 | p=0,364. |
| | Si | 44 / 192 | 0,84 | 0,97 | 0,05 | 0,65 | 4,75 | |
| Diagnóstico dual | No | 43 / 599 | 0,64 | 0,61 | 0,03 | 0,42 | 2,71 | p=0,050. |
| | Si | 151 / 262 | 1,13 | 1,34 | 0,05 | 0,63 | 7,42 | |
| Utilizaban medicación somática | No | 141 / 687 | 1,08 | 1,28 | 0,03 | 0,67 | 7,42 | p=0,157. |
| | Si | 53 / 171 | 0,86 | 1,09 | 0,08 | 0,47 | 5,17 | |
| Utilizaban medicación antiepiléptica | No | 142 / 660 | 0,98 | 1,21 | 0,03 | 0,50 | 7,42 | p=0,527. |
| | Si | 52 / 200 | 1,12 | 1,29 | 0,05 | 0,67 | 6,33 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 190 / 837 | 1,03 | 1,24 | 0,03 | 0,59 | 7,42 | p=0,659. |
| | Si | 4 / 21 | 0,59 | 0,51 | 0,16 | 0,44 | 1,33 | |
| Utilizaban ansiolítico-hipnóticos | No | 150 / 757 | 0,92 | 1,13 | 0,03 | 0,50 | 6,33 | p=0,021. |
| | Si | 44 / 101 | 1,37 | 1,48 | 0,07 | 1,00 | 7,42 | |

| Población total | N° DDD de antipsicóticos | | |
|---------------------------------|--|---------------|-----|
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad | -0,049 | p=0,505. | 189 |
| Dosis de ansiolítico-hipnóticos | 0,086 | p=0,577. | 44 |
| Dosis de antiepilépticos | -0,132 | P=0,350. | 52 |

Tabla 64.

Relación entre dosis de antipsicóticos y las características de los sujetos. Población internada

| Población ingresada | | N° DDD de antipsicóticos | | | | | | Significación |
|---|----------------|--------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Sexo | Mujer | 31 / 73 | 0,75 | 1,09 | 0,08 | 0,38 | 4,75 | p=0,025. |
| | Varón | 72 / 169 | 1,32 | 1,51 | 0,05 | 0,67 | 7,42 | |
| Grado de retraso mental | Leve-Moderado | 21 / 41 | 1,10 | 1,13 | 0,08 | 0,67 | 3,87 | p=0,666. |
| | Grave-Profundo | 81 / 200 | 1,17 | 1,49 | 0,05 | 0,60 | 7,42 | |
| Epilepsia | No | 81 / 169 | 1,13 | 1,44 | 0,08 | 0,60 | 7,42 | p=0,897. |
| | Si | 22 / 73 | 1,22 | 1,36 | 0,05 | 0,63 | 4,04 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 68 / 147 | 1,29 | 1,55 | 0,08 | 0,62 | 7,42 | p=0,186. |
| | Si | 35 / 95 | 0,87 | 1,07 | 0,05 | 0,63 | 4,75 | |
| Diagnóstico dual | No | 19 / 118 | 0,71 | 0,62 | 0,08 | 0,67 | 2,00 | p=0,404. |
| | Si | 84 / 124 | 1,25 | 1,53 | 0,05 | 0,62 | 7,42 | |
| Utilizaban medicación somática | No | 60 / 133 | 1,31 | 1,58 | 0,05 | 0,67 | 7,42 | p=0,325. |
| | Si | 43 / 109 | 0,92 | 1,14 | 0,08 | 0,50 | 5,17 | |
| Utilizaban medicación antiepiléptica | No | 73 / 160 | 1,15 | 1,50 | 0,08 | 0,50 | 7,42 | p=0,611. |
| | Si | 30 / 82 | 1,15 | 1,21 | 0,05 | 0,67 | 4,04 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 100 / 236 | 1,17 | 1,43 | 0,05 | 0,65 | 7,42 | p=0,282. |
| | Si | 3 / 6 | 0,35 | 0,17 | 0,16 | 0,38 | 0,50 | |
| Utilizaban ansiolítico-hipnóticos | No | 76 / 191 | 1,01 | 1,27 | 0,05 | 0,50 | 5,17 | p=0,046. |
| | Si | 27 / 51 | 1,54 | 1,73 | 0,13 | 1,00 | 7,42 | |

| Población internada | N° DDD de antipsicóticos | | |
|---------------------------------|--|---------------|-----|
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad (años) | -0,142 | p=0,154. | 103 |
| Duración internamiento (años) | -0,025 | p=0,804. | 103 |
| Dosis de ansiolítico-hipnóticos | -0,008 | p=0,967. | 27 |
| Dosis de antiepilépticos | -0,091 | p=0,634. | 30 |

Tabla 65

Relación entre dosis de antipsicóticos y características de los sujetos valorados con ICAP

| Población valorada con ICAP | | N° DDD de antipsicóticos | | | | | | Significación |
|---|----------------|--------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Sexo | Mujer | 19 / 57 | 1,02 | 1,33 | 0,08 | 0,47 | 4,75 | p=0,459. |
| | Varón | 51 / 115 | 1,18 | 1,30 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | |
| Lugar de residencia | Externo | 11 / 61 | 0,90 | 0,76 | 0,10 | 0,48 | 2,25 | p=0,891. |
| | Interno | 59 / 111 | 1,18 | 1,38 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | |
| Grado de retraso mental | Leve-Moderado | 24 / 62 | 0,94 | 1,04 | 0,08 | 0,58 | 3,87 | p=0,775. |
| | Grave-Profundo | 46 / 110 | 1,24 | 1,42 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | |
| Epilepsia | No | 61 / 139 | 1,10 | 1,27 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | p=0,979. |
| | Si | 9 / 33 | 1,39 | 1,53 | 0,05 | 0,63 | 3,83 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 44 / 114 | 1,20 | 1,39 | 0,08 | 0,55 | 4,88 | p=0,798. |
| | Si | 26 / 58 | 1,03 | 1,15 | 0,05 | 0,67 | 4,75 | |
| Diagnóstico dual | No | 21 / 107 | 0,76 | 0,61 | 0,08 | 0,67 | 2,00 | p=0,538. |
| | Si | 49 / 65 | 1,30 | 1,48 | 0,05 | 0,63 | 4,88 | |
| Utilizaban medicación somática | No | 43 / 118 | 1,33 | 1,42 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,103. |
| | Si | 27 / 54 | 0,83 | 1,04 | 0,08 | 0,38 | 3,83 | |
| Utilizaban medicación antiepiléptica | No | 54 / 132 | 1,12 | 1,34 | 0,08 | 0,61 | 4,88 | p=0,580. |
| | Si | 16 / 40 | 1,21 | 1,19 | 0,05 | 1,00 | 3,84 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 70 / 170 | 1,14 | 1,30 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | ---- |
| | Si | 0 / 2 | - | - | - | - | - | |
| Utilizaban ansiolítico-hipnóticos | No | 54 / 140 | 1,05 | 1,24 | 0,05 | 0,62 | 4,88 | p=0,233. |
| | Si | 16 / 32 | 1,43 | 1,43 | 0,17 | 1,00 | 4,75 | |

| Población valorada con ICAP | | | |
|---------------------------------|--|---------------|----|
| | N° DDD de antipsicóticos | | |
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad | -0,241 | p=0,045. | 70 |
| Dosis de ansiolítico-hipnóticos | -0,045 | p=0,868. | 16 |
| Dosis de antiepilépticos | 0,013 | p=0,963. | 16 |

Tabla 66a

Relación entre dosis de antipsicóticos y características de los sujetos valorados con ICAP

| Variables ICAP | | N° DDD de antipsicóticos | | | | | | Significación |
|---|----|--------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | Media | d.s. | Mínimo | Mediana | Máximo | |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | No | 31 / 62 | 1,13 | 1,46 | 0,05 | 0,54 | 4,88 | p=0,371. |
| | Si | 39 / 110 | 1,15 | 1,18 | 0,08 | 0,67 | 3,92 | |
| Visión buena con o sin gafas | No | 16 / 32 | 0,93 | 1,23 | 0,05 | 0,65 | 4,75 | p=0,280. |
| | Si | 54 / 140 | 1,20 | 1,32 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | |
| Audición buena con o sin audífono | No | 9 / 14 | 1,58 | 1,66 | 0,08 | 1,25 | 4,75 | p=0,460. |
| | Si | 61 / 158 | 1,07 | 1,24 | 0,05 | 0,63 | 4,88 | |
| Crisis en el último año | No | 68 / 158 | 1,16 | 1,31 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,268. |
| | Si | 2 / 14 | 0,32 | 0,34 | 0,08 | 0,32 | 0,56 | |
| Problemas de salud que limitan la vida diaria | No | 59 / 145 | 1,25 | 1,36 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,050. |
| | Si | 11 / 27 | 0,54 | 0,70 | 0,08 | 0,25 | 2,50 | |
| Necesitan atención sanitaria 1 ó más veces al mes | No | 61 / 153 | 1,08 | 1,22 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,937. |
| | Si | 9 / 19 | 1,55 | 1,79 | 0,08 | 0,44 | 4,75 | |
| Limitaciones en la movilidad mano-brazo | No | 64 / 151 | 1,11 | 1,25 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,616. |
| | Si | 6 / 21 | 1,42 | 1,89 | 0,08 | 0,54 | 4,75 | |
| Confinado en silla de ruedas o en cama | No | 63 / 150 | 1,13 | 1,26 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,474. |
| | Si | 7 / 22 | 1,24 | 1,77 | 0,08 | 0,50 | 4,75 | |
| Necesita ayuda de otra persona para moverse | No | 61 / 149 | 1,13 | 1,77 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,120. |
| | Si | 9 / 23 | 1,17 | 1,60 | 0,08 | 0,38 | 4,75 | |
| Problemas de conducta, frecuencia > 1 vez / mes | | | | | | | | |
| Autolesiva | No | 44 / 133 | 1,16 | 1,24 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | p=0,535. |
| | Si | 24 / 39 | 1,09 | 1,43 | 0,05 | 0,52 | 4,75 | |
| Heteroagresiva | No | 54 / 138 | 1,17 | 1,29 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,654. |
| | Si | 16 / 34 | 1,04 | 1,36 | 0,08 | 0,55 | 4,75 | |
| Destructiva | No | 51 / 143 | 1,05 | 1,21 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,800. |
| | Si | 19 / 29 | 1,39 | 1,52 | 0,13 | 0,67 | 4,75 | |
| Disruptiva | No | 31 / 96 | 0,97 | 1,10 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | p=0,569. |
| | Si | 39 / 76 | 1,27 | 1,44 | 0,05 | 0,67 | 4,75 | |
| Atípica y repetitiva | No | 19 / 68 | 1,21 | 1,09 | 0,10 | 1,00 | 3,87 | p=0,153. |
| | Si | 51 / 104 | 1,11 | 1,38 | 0,05 | 0,50 | 4,88 | |
| Socialmente ofensivas | No | 30 / 93 | 1,05 | 1,17 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | p=0,910. |
| | Si | 40 / 79 | 1,21 | 1,40 | 0,05 | 0,53 | 4,75 | |
| Retraídas y falta de atención | No | 31 / 95 | 1,09 | 1,20 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,790. |
| | Si | 39 / 77 | 1,17 | 1,39 | 0,08 | 0,63 | 4,75 | |
| No colaboradoras | No | 46 / 120 | 1,02 | 1,29 | 0,05 | 0,60 | 4,88 | p=0,156. |
| | Si | 24 / 52 | 1,36 | 1,31 | 0,08 | 0,67 | 4,75 | |
| Conducta problema de moderada a crítica | | | | | | | | |
| Autolesiva | No | 56 / 152 | 1,06 | 1,17 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | p=0,924. |
| | Si | 14 / 20 | 1,43 | 1,75 | 0,05 | 0,58 | 4,75 | |
| Heteroagresiva | No | 53 / 146 | 0,99 | 1,16 | 0,05 | 0,50 | 4,88 | p=0,048. |
| | Si | 17 / 36 | 1,61 | 1,61 | 0,17 | 1,00 | 4,75 | |
| Destructiva | No | 57 / 152 | 1,09 | 1,27 | 0,05 | 0,63 | 4,88 | p=0,333. |
| | Si | 13 / 20 | 1,35 | 1,45 | 0,17 | 0,67 | 4,75 | |
| Disruptiva | No | 51 / 140 | 0,99 | 1,07 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | p=0,879. |
| | Si | 19 / 32 | 1,53 | 1,76 | 0,05 | 0,50 | 4,75 | |
| Atípica y repetitiva | No | 49 / 134 | 1,03 | 1,08 | 0,05 | 0,67 | 3,87 | p=0,964. |
| | Si | 21 / 38 | 1,39 | 1,72 | 0,08 | 0,48 | 4,88 | |
| Socialmente ofensivas | No | 47 / 127 | 0,95 | 1,07 | 0,08 | 0,67 | 4,88 | p=0,539. |
| | Si | 23 / 45 | 1,53 | 1,63 | 0,05 | 0,48 | 4,75 | |
| Retraídas y falta de atención | No | 43 / 121 | 1,25 | 1,44 | 0,05 | 0,67 | 4,88 | p=0,553. |
| | Si | 27 / 51 | 0,96 | 1,05 | 0,08 | 0,63 | 3,83 | |
| No colaboradoras | No | 52 / 138 | 1,02 | 1,25 | 0,05 | 0,60 | 4,88 | p=0,137. |
| | Si | 18 / 34 | 1,49 | 1,41 | 0,08 | 1,02 | 4,75 | |

Tabla 66b

Relación entre dosis de antipsicóticos y características de los sujetos valorados con ICAP

| Población valorada con ICAP | | | |
|--|--|---------------|----|
| | Nº DDD de antipsicóticos | | |
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | Nº |
| Destrezas motoras, puntuación W | -0,054 | p=0,658. | 70 |
| Destrezas sociales-comunicativas, puntuación W | 0,088 | p=0,469. | 70 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | -0,063 | p=0,602. | 70 |
| Destrezas para vida en comunidad, puntuación W | 0,001 | p=0,996. | 70 |
| Independencia general, puntuación W | -0,009 | p=0,942. | 70 |
| Edad equivalente, meses | 0,057 | p=0,642. | 70 |
| Índice interno | -0,049 | p=0,686. | 70 |
| Índice externo | -0,172 | p=0,156. | 70 |
| Índice asocial | -0,193 | p=0,109. | 70 |
| Índice general | -0,181 | p=0,133. | 70 |
| Puntuación de servicio | -0,056 | p=0,645. | 70 |

4-8. Factores que correlacionaban con el número total de DDD de ansiolítico-hipnóticos por sujeto.

4-8-1. Población Total.

En la tabla 67 se muestran las diferencias en las dosis de ansiolítico-hipnóticos, en función de las características de los sujetos de la población total.

4-8-1-A. Asociación con variables de carácter demográfico.

Edad.

Se desconocía las dosis de ansiolítico-hipnóticos de un sujeto de 18 años. En 3 se desconocía la edad, cuyas dosis de ansiolítico-hipnóticos eran: 0,50 DDD, 100 DDD y 1,00 DDD. La correlación entre edad (en años) y número total de DDD de ansiolítico-hipnóticos, fue negativa, pobre (coeficiente de correlación de Pearson = - 0,071) y carente de significación estadística ($p= 0,492$).

Sexo.

Quedó excluido 1 varón, al desconocerse las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibía. Las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían los varones tratados fueron $1,67 \pm 1,59$ DDD. Las mujeres tratadas recibían $1,15 \pm 1,05$ DDD. Los valores mediana (1,00 DDD) y máximo (8,25 DDD) del grupo de varones también fueron mayores que los del grupo de mujeres (0,88 DDD, y 4,00 DDD respectivamente). La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p = 0,046$).

Tipo de residencia.

Se desconocía la dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibía 1 sujeto externo. Los sujetos internados presentaban dosis $1,72 \pm 1,68$ DDD, máximo 8,25 DDD; mayores que en el grupo de sujetos externos, $1,18 \pm 0,99$ DDD, máximo 4,50 DDD. El valor mediana de ambos grupos fue idéntico 1,00 DDD. La diferencia entre ambos grupos ($p = 0,127$) fue estadísticamente significativa.

4-8-1-B. Características diagnósticas.

Grado de retraso mental.

En 2 casos se desconocía el grado de retraso mental, de uno de ellos se desconocía también la dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibía, el otro recibía 0,50 DDD. El comportamiento de esta variable en los 4 grupos, leve ($1,09 \pm 1,07$ DDD; mediana 0,80 DDD), moderado ($1,46 \pm 1,33$ DDD; mediana 1,00 DDD), grave ($1,19 \pm 0,90$ DDD, mediana 1,00 DDD) y profundo ($1,85 \pm 1,85$ DDD; mediana 1,00 DDD), no difirió de forma estadísticamente significativa ($p = 0,356$).

Diagnóstico de epilepsia.

En 1 sujeto epiléptico, se desconocía la dosis de ansiolítico-hipnóticos. En otro caso se desconocía si el sujeto era epiléptico, pero se supo que recibía 0,50 DDD de ansiolítico-hipnóticos. El grupo de sujetos con diagnóstico de epilepsia presentaba valores ($1,73 \pm 1,85$ DDD, mediana 1,00 DDD) de las dosis de ansiolítico-hipnóticos, que no se diferenciaron significativamente ($p = 0,415$) del grupo de individuos no epilépticos ($1,36 \pm 1,19$ DDD; mediana 1,00 DDD).

Disfunción sensorial o motora.

En 1 casos que no padecía disfunción sensitivo-motora, no se informó sobre la dosis de ansiolítico-hipnóticos. En otro caso no se informó sobre el padecimiento de disfunción sensitivo-motora, este sujeto recibía 0,50 DDD de ansiolítico-hipnóticos. El grupo de sujetos con disfunción sensitivo-motora presentaba valores $1,74 \pm 1,89$ DDD, mediana 1,00 DDD de las dosis de ansiolítico-hipnóticos, menores el grupo de individuos sin tales disfunciones ($1,32 \pm 1,09$ DDD; mediana 1,00 DDD). Ambos grupos no se diferenciaron de forma significativa, ($p = 0,493$).

Diagnóstico psiquiátrico o conductual.

El sujeto del que se desconocía el padecimiento de problemas psiquiátricos o conductuales, recibía 0,50 DDD de ansiolítico-hipnóticos. Se desconocía la dosis de ansiolítico-hipnóticos de 1 sujeto, que no presentaba diagnóstico dual. El grupo de sujetos con diagnóstico dual presentó valores ($1,64 \pm 1,59$ DDD, mediana 1,00 DDD) de las dosis de ansiolítico-hipnóticos, mayores que el grupo de individuos sin este tipo de

problemas ($1,15 \pm 0,96$ DDD, mediana 1,00 DDD). La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,191$).

4-8-1-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

Se perdió el sujeto cuya dosis de ansiolítico-hipnóticos se desconocía, el cual no tomaba medicación somática. Las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían los sujetos que usaban medicación somática fueron $1,23 \pm 1,52$ DDD, mediana 1,00 DDD. Las dosis de los que no recibían medicación somática fueron $1,56 \pm 1,34$ DDD, mediana 1,00 DDD. La diferencia no fue significativa ($p = 0,099$).

Medicación antiepiléptica.

El sujeto del que se desconocía la dosis de ansiolítico-hipnóticos que estaba recibiendo, tomaba 1,80 DDD de antiepilépticos. Las dosis de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que recibían antiepilépticos fueron $1,78 \pm 1,74$ DDD; mediana 1,00 DDD. Entre los sujetos que no recibían antiepilépticos las dosis fueron $1,21 \pm 1,04$ DDD; mediana 1,00 DDD. La diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,073$). La correlación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y dosis de antiepilépticos fue pobre, negativa y carente de significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson, $-0,074$) ($p = 0,636$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

El sujeto del que se desconocía la dosis de ansiolítico-hipnóticos, no tomaba "otros fármacos para problemas de conducta". Solo 4 sujetos de los 21 que toman "otros fármacos para problemas de conducta", recibían también ansiolítico-hipnóticos, las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibió este grupo ($1,31 \pm 0,63$ DDD, mediana 1,38 DDD) no se diferenciaron estadísticamente ($p = 0,653$) de las que recibían los sujetos que no utilizaban "otros fármacos para problemas de conducta" ($1,46 \pm 1,43$ DDD; mediana 1,00 DDD).

Medicación antipsicótica.

El sujeto del que no se dispuso de la dosis de ansiolítico-hipnóticos no tomaba antipsicóticos. En el grupo de sujetos que recibían antipsicóticos, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $1,98 \pm 1,78$ DDD, mediana 1,00 DDD. En el grupo de

sujetos que no tomaba antipsicóticos, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron, $1,03 \pm 0,82$ DDD, mediana 1,00 DDD. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,004$).

La correlación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y la dosis de antipsicóticos ya se comentó anteriormente, en el apartado dedicado a la asociación entre dosis de antipsicóticos y uso de ansiolítico-hipnóticos.

4-8-2. Sujetos internados en instituciones.

En la tabla 68 se muestran las diferencias en las dosis de ansiolítico-hipnóticos, en función de las características de los sujetos de la población internada.

4-8-2-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

La correlación entre edad de los sujetos y la dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían, fue negativa (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,130$), pero carente de significación estadística; ($p = 0,366$).

Sexo.

Los varones tomaban, como grupo, dosis ($2,07 \pm 1,87$ DDD; mediana 1,50 DDD) superiores a las mujeres ($1,18 \pm 1,16$ DDD; mediana 1,00 DDD). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa; ($p = 0,021$).

Duración del internamiento.

No hubo correlación entre duración del internamiento y dosis de ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,049$); ($p = 0,731$).

4-8-2-B. Características diagnósticas.

Ni el grado de retraso mental, ni el diagnóstico de epilepsia, ni padecer disfunción sensorial o motora, ni siquiera el padecimiento de diagnóstico psiquiátrico o conductual, establecieron diferencias significativas en la magnitud de dosis de ansiolítico-hipnóticos.

Los sujetos con retraso mental de leve a moderado recibían dosis ($1,93 \pm 1,72$ DDD; mediana 1,25 DDD) mayores que las recibidas por los sujetos con retraso mental

de grave a profundo ($1,67 \pm 1,69$ DDD; mediana 1,00 DDD); pero la diferencia no fue significativa ($p = 0,801$).

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos en el grupo de sujetos que padecía epilepsia fueron $2,05 \pm 2,20$ DDD, mediana 1,00 DDD; y en el grupo no epiléptico, $1,54 \pm 1,31$ DDD, mediana 1,00 DDD; ($p = 0,646$).

Los sujetos que padecían disfunciones sensitivo-motoras y utilizaban ansiolítico-hipnóticos, lo hacían a dosis de $1,85 \pm 2,13$ DDD, mediana 2,13 DDD. Los valores correspondientes al grupo que no padecía tales disfunciones fueron $1,59 \pm 1,11$ DDD, mediana 1,25 DDD, ($p = 0,554$).

Los sujetos con diagnóstico psiquiátrico o conductual añadido al retraso mental, recibían dosis de ansiolítico-hipnóticos, $1,86 \pm 1,83$ DDD, mediana 1,00 DDD, mayores que las que recibían los sujetos sin diagnóstico dual, $1,38 \pm 1,21$ DDD, mediana 1,00 DDD; ($p = 0,496$).

4-8-2-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación "somática".

Los sujetos que tomaban medicación somática recibían dosis de ansiolítico-hipnóticos, $1,38 \pm 1,89$ DDD, mediana 1,00 DDD, menores que las recibidas por el grupo no tratado con medicación somática $1,92 \pm 1,53$ DDD, mediana 1,50 DDD. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,038$).

Medicación antiepiléptica.

Los sujetos que reciben medicación antiepiléptica empleaban dosis de ansiolítico-hipnóticos ($2,36 \pm 2,11$ DDD; mediana 1,75 DDD) mayores que los sujetos que no tomaban antiepilépticos ($1,15 \pm 0,87$ DDD; mediana 1,00 DDD). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,028$). La correlación entre dosis de fármacos antiepilépticos y dosis de fármacos ansiolítico-hipnóticos fue pobre y sin significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,153$), ($p = 0,475$).

Otros fármacos para problemas de conducta.

Solo 1 los 6 sujetos que tomaban "otros fármacos para problemas de conducta", recibía también ansiolítico-hipnóticos, a dosis de 1,50 DDD.

Medicación antipsicótica.

En el grupo de sujetos que recibía antipsicóticos, las dosis de ansiolítico-hipnóticos presentaron valores de $2,11 \pm 1,70$ DDD, mediana 1,75 DDD. En el grupo de sujetos que no tomaba antipsicóticos, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $1,13 \pm 0,98$ DDD, mediana 1,00 DDD. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,028$).

No hubo correlación entre dosis de antipsicótico y de ansiolítico-hipnóticos.

4-8-3. Sujetos valorados con ICAP.

El número de DDD de ansiolítico-hipnóticos por sujeto y día no difirió de forma estadísticamente significativa ($p = 0,553$) entre el colectivo de sujetos valorado con ICAP ($1,38 \pm 1,38$ DDD; mediana 1,00 DDD) y el colectivo no valorado con este instrumento ($1,62 \pm 1,45$ DDD; mediana 1,00 DDD). No hubo casos excluidos.

Las tablas 69 y 70a y 70b, resumen las diferencias en las dosis de ansiolítico-hipnóticos, en función de las características de los sujetos valorados con ICAP.

4-8-2-A. Diferencias de carácter demográfico.

Edad.

La correlación entre edad y dosis de ansiolítico-hipnóticos fue negativa y no significativa (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,176$, $p = 0,336$).

Sexo.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos en el grupo de varones, fueron $2,06 \pm 1,59$ DDD, mediana 1,50 DDD. En el grupo de mujeres, las dosis de ansiolítico-hipnóticos tuvieron valores de $1,06 \pm 1,06$ DDD, mediana 0,75 DDD. La diferencia entre ambos sexos fue estadísticamente significativa ($p = 0,030$).

Lugar de residencia.

El grupo de sujetos externos recibía $1,86 \pm 1,55$ DDD de ansiolítico-hipnóticos por sujeto y día, mediana 1,50 DDD. En el grupo de sujetos internados en instituciones estos valores fueron, $1,55 \pm 1,45$ DDD, mediana 1,00 DDD. La diferencia no fue significativa ($p = 0,592$).

4-8-2-B. Características diagnósticas.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos con retraso mental leve-moderado ($1,77 \pm 1,71$ DDD; mediana 1,25 DDD) fueron algo mayores que las recibidas por los sujetos con retraso mental grave-profundo ($1,53 \pm 1,32$ DDD, mediana 1,00 DDD).

Los sujetos con diagnóstico de epilepsia que recibían ansiolítico-hipnóticos lo hacían a dosis de $1,42 \pm 1,10$ DDD, mediana 1,00 DDD; ligeramente menores a las recibidas por los sujetos no epilépticos $1,70 \pm 1,58$ DDD, mediana 1,00 DDD.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos recibidas por los sujetos con disfunción sensitivo-motora fueron $1,64 \pm 1,69$ DDD, mediana 1,00 DDD. Las recibidas por los sujetos sin tales disfunciones, $1,60 \pm 1,29$ DDD, mediana 1,50 DDD, respectivamente.

Los sujetos con diagnóstico dual, recibían ansiolítico-hipnóticos a dosis de $1,88 \pm 1,62$ DDD; mediana 1,50 DDD. Los sujetos sin diagnóstico dual, a dosis de $1,32 \pm 1,23$ DDD; mediana 1,00 DDD.

Ninguna de las variables diagnósticas consideradas, "grado de retraso mental" ($p = 0,954$), "diagnóstico de epilepsia" ($p = 0,967$), "disfunción sensorial o motora" ($p = 0,750$) y "diagnóstico psiquiátrico o conductual" ($p = 0,433$), establecieron diferencias estadísticamente significativas en las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían los sujetos.

4-8-2-C. Características farmacoterapéuticas.

Medicación somática.

Los sujetos que recibían medicación somática, tomaban dosis de ansiolítico-hipnóticos ($1,13 \pm 1,12$ DDD; mediana 0,76 DDD), menores que los sujetos que no recibían tratamiento para problemas somáticos ($1,91 \pm 1,57$ DDD; mediana 1,50 DDD). La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,136$).

Medicación antiepiléptica.

El uso de antiepilépticos se asoció con el empleo de dosis de ansiolítico-hipnóticos ($2,21 \pm 1,74$ DDD; mediana 1,50 DDD) mayores que las empleadas entre los sujetos que no tomaban antiepilépticos ($1,26 \pm 1,16$ DDD; mediana 1,00 DDD). La diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,099$).

Tampoco fue significativa la correlación entre dosis de antiepilépticos y ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = 0,022; $p = 0,947$).

Otros fármacos para problemas conductuales.

Solo un sujeto de los dos que tomaban “otros fármacos para problemas de conducta” recibía simultáneamente ansiolítico-hipnóticos, dosis de 1,50 DDD.

Antipsicóticos.

Los sujetos que estaban siendo tratados con antipsicóticos recibían dosis de ansiolítico-hipnóticos ($2,11 \pm 1,70$ DDD; mediana 1,75 DDD) mayores que las que recibían los sujetos no tratados con antipsicóticos ($1,13 \pm 0,98$ DDD; mediana 1,00 DDD). La diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa ($p = 0,086$).

No hubo correlación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y de antipsicóticos.

4-8-2-D. Variables ICAP.

Modo principal de expresión.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían los sujetos con capacidad de expresión mediante el habla, signos o símbolos, fueron $1,50 \pm 1,37$ DDD, mediana 1,00. En el grupo que no se expresaba o solo lo hacía mediante gestos, las dosis fueron $1,84 \pm 1,65$ DDD, mediana 1,00 DDD. La diferencia entre los 2 grupos no fue significativa ($p = 0,411$).

Gravedad de las dificultades visuales.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían los sujetos con buena visión, con o sin uso de gafas ($1,70 \pm 1,39$ DDD, mediana 1,50 DDD), fueron superiores a las que recibían los sujetos con dificultades visuales o con poca o nula capacidad visual ($1,32 \pm 1,74$ DDD, mediana 0,51 DDD); pero ambos grupos no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa ($p = 0,201$).

Gravedad de las dificultades auditivas.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos de los sujetos que podía oír voces normales ($1,64 \pm 1,50$ DDD, mediana 1,00 DDD), fueron similares ($p = 0,968$) a las de los 2 sujetos que no podían oír voces normales ni con audífono (1,00 DDD y 1,50 DDD).

Frecuencia de crisis epilépticas.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos de los sujetos sin crisis epilépticas en el último año, fueron $1,54 \pm 1,46$ DDD, mediana 1,00 DDD. Solo 3 sujetos con crisis epilépticas más o menos frecuentes recibían ansiolítico-hipnóticos, y 2 recibían 1,50 DDD y el otro 4,00 DDD. Las diferencias entre los dos grupos no fueron significativas ($p = 0,258$).

Limitación de la vida diaria por problemas de salud física.

Los sujetos sin limitaciones en las actividades de la vida diaria debidos a problemas de salud "física", recibían dosis de ansiolítico-hipnóticos ($1,63 \pm 1,44$ DDD, mediana 1,00 DDD) similares ($p = 0,841$) a las de los sujetos con limitaciones en la vida diaria causadas por problemas de salud "física" ($1,55 \pm 1,72$ DDD, mediana 1,00 DDD).

Necesidad de atención médica y/o de enfermería.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos en los sujetos que precisaban atención sanitaria menos de una vez al mes, fueron $1,61 \pm 1,45$ DDD, mediana 1,00 DDD. Para los sujetos que precisaban atención médica o de enfermería una o más veces al mes, fueron, $1,65 \pm 1,65$ DDD, mediana 1,00 DDD. No hubo diferencias entre los grupos ($p = 1$).

Dificultades de la vida diaria relacionadas con la movilidad mano/brazo.

Las dosis de los sujetos que no presentan limitaciones en la movilidad brazo mano ($1,58 \pm 1,39$ DDD; mediana 1,25 DDD), fueron menores que la correspondiente a los sujetos con problemas de movilidad brazo/mano ($1,88 \pm 2,01$ DDD; mediana 1,50 DDD). La diferencia no fue significativa ($p = 0,891$).

Movilidad.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos en los sujetos con problemas de movilidad que les confinaba en la cama o en silla de ruedas la mayor parte del tiempo ($0,50 \pm 0,35$ DDD; mediana 0,38 DDD), fueron muy inferiores que las de los sujetos sin tales problemas de movilidad ($1,78 \pm 1,48$ DDD; mediana 1,50 DDD). La diferencia entre ambos grupos se aproximó al nivel de significación prefijado, ($p = 0,054$).

Ayudas necesarias para la movilidad.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos de los sujetos que precisaban ayuda ocasional o permanente de otra persona para su movilidad ($0,60 \pm 0,38$ DDD, mediana 0,51 DDD) fueron inferiores que las utilizadas en los sujetos que no precisaban ayuda personal para moverse ($1,81 \pm 1,50$ DDD, mediana 1,50 DDD). La diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa ($p = 0,068$).

Destrezas adaptativas e independencia general, puntuaciones W.

Destrezas motoras. Hubo una correlación muy débil y carente de significación entre las destrezas motoras y la dosis de ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = 0,034; $p = 0,853$).

Destrezas sociales y comunicativas. La correlación entre las destrezas sociales y comunicativas, y las dosis de ansiolítico-hipnóticos, fue muy débil y sin significación estadística (coeficiente de correlación de Pearson = -0,015; $p = 0,933$).

Destrezas para la vida personal. Entre las destrezas para la vida personal, y las dosis de ansiolítico-hipnóticos, hubo una correlacionaron positiva y más estrecha, pero también sin significación (coeficiente de correlación de Pearson = 0,109; $p = 0,554$).

Destrezas para la vida en comunidad. El coeficiente de correlación de Pearson, entre la puntuación de escala de esta destreza y la dosis de ansiolítico-hipnóticos, fue 0,044 ($p = 0,881$).

Independencia General. Tampoco hubo correlación entre independencia general y dosis de ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = 0,054, $p = 0,770$).

Edad equivalente (en meses) a las destrezas adaptativas.

Tampoco hubo correlación entre edad equivalente a las destrezas adaptativas del sujeto y la dosis de ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = -0,051; $p = 0,782$).

Frecuencia y gravedad de las conductas desadaptativas e índices derivados.

Conductas autolesivas.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos en el grupo de sujetos que no presentaban conductas autolesivas, o lo hacían con frecuencia menor de una vez al mes, fueron $1,40 \pm 1,23$ DDD, mediana 1,00 DDD. Entre los sujetos que presentaban conductas

autolesivas una o más veces al mes, fueron $2,28 \pm 1,92$, mediana 1,00 DDD. Las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas ($p = 0,273$).

Entre los sujetos cuya conducta autolesiva no era problemática, o solo era un problema leve, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $1,36 \pm 1,19$ DDD, mediana 1,00 DDD. Cuando las conductas autolesivas constituían un problema de moderado a crítico, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $3,00 \pm 2,09$ DDD, mediana 4,00 DDD. Las diferencias tampoco llegaron a ser estadísticamente significativas ($p = 0,087$).

Conductas heteroagresivas.

Cuando la frecuencia de conducta heteroagresiva era inferior a una vez al mes, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $1,40 \pm 1,23$ DDD, mediana 1,00 DDD, respectivamente. Cuando las heteroagresiones eran más frecuentes, $2,28 \pm 1,92$ DDD, mediana 1,00 DDD. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,273$).

Los sujetos que no presentaban conducta heteroagresiva problemática, o de gravedad leve, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron, respectivamente, $1,13 \pm 0,84$ DDD, mediana 1,00 DDD. Cuando la gravedad de estas conductas era de moderada a crítica, la dosis fueron $3,10 \pm 1,93$ DDD, mediana 3,88 DDD. La diferencia entre los dos grupos fue significativa ($p = 0,010$).

Conductas destructivas.

Entre los sujetos que presentaban conductas destructivas menos de una vez al mes, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $1,34 \pm 1,15$ DDD, mediana 1,00 DDD. Entre los sujetos que presentaban estas conductas con más frecuencia, las dosis fueron $2,44 \pm 2,00$ DDD, mediana 2,25 DDD. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,357$).

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos cuya conducta destructiva no era problemática o era solo levemente problemática fueron $1,28 \pm 1,10$ DDD, mediana 1,00 DDD. Entre los sujetos en los que la conducta destructiva era un problema de moderado a crítico, las dosis fueron $3,45 \pm 1,87$ DDD, mediana 4,00 DDD. La diferencia entre los dos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,046$).

Conducta disruptiva.

Ni la frecuencia ($p = 0,655$), y ni la gravedad ($p = 1$) de las conductas disruptivas se asociaron con diferencias significativas en las dosis de ansiolítico-hipnóticos.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos, para los sujetos que presentaban conductas disruptivas menos de una vez al mes, fueron $1,25 \pm 0,85$ DDD, mediana 1,00 DDD. Para

los sujetos que presentan conductas disruptivas una o más veces al mes, fueron $2,03 \pm 1,75$ DDD, 1,50 DDD. Las dosis de ansiolítico-hipnóticos entre los sujetos que no tenían problemas de conducta disruptiva o eran leves fueron $1,53 \pm 1,38$ DDD, mediana 1,25 DDD. Entre aquellos cuya conducta disruptiva suponía un problema de moderado a crítico fueron $1,80 \pm 1,67$ DDD, mediana 1,00 DDD.

Conductas atípicas y repetitivas (estereotipias).

Ni la frecuencia ($p = 0,850$), ni la gravedad ($p = 0,685$), de las conductas atípicas y hábitos repetitivos se asociaron con diferencias en las dosis de ansiolítico-hipnóticos.

Los sujetos que no presentaban hábitos atípicos y repetitivos, o los exhibían menos de una vez al mes, recibían $1,62 \pm 1,46$ DDD, mediana 1,00 DDD. Los sujetos que presentaban hábitos atípicos y repetitivos más frecuentemente, recibían dosis de ansiolítico-hipnóticos de $1,62 \pm 1,49$ DDD, mediana 1,00 DDD.

Cuando los hábitos atípicos no suponían un problema, o eran solo un problema leve, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $1,54 \pm 1,37$ DDD, mediana 1,00 DDD. Cuando estos hábitos constituían problemas más graves, las dosis fueron $1,85 \pm 1,76$ DDD, mediana 1,25 DDD.

Conductas socialmente ofensivas.

Ni la frecuencia ($p = 0,512$), ni la gravedad ($p = 0,621$), de las conductas socialmente ofensivas, condicionaron diferencias estadísticamente significativas en las dosis de ansiolítico-hipnóticos.

Los sujetos que exhibían conductas socialmente ofensivas con frecuencia inferior a una vez al mes, recibían $1,61 \pm 1,29$ DDD, mediana 1,25 DDD. Cuando los sujetos exhibían conductas socialmente ofensivas con una frecuencia mayor, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $1,63 \pm 1,69$ DDD, mediana 1,00 DDD. Si estas conductas tan solo llegaban a constituir problemas leves, las dosis fueron $1,63 \pm 1,42$ DDD, mediana 1,00 DDD. Si constituían problemas de moderados a críticos, las dosis fueron $1,58 \pm 1,63$ DDD, mediana 1,00 DDD.

Actitud retraída y falta de atención.

Cuando los sujetos presentaban conductas retraídas y falta de atención con frecuencia inferior a una vez al mes, o no exhibían estas actitudes, las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían fueron $1,46 \pm 1,14$ DDD, mediana 1,25 DDD. Cuando se presentaban más frecuentemente, las dosis fueron $1,82 \pm 1,81$ DDD, mediana

1,00 DDD. Las dosis de ambos grupos no se diferenciaron significativamente ($p = 0,995$).

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos que recibían los sujetos sin problemas, o con problemas leves, de retraimiento y falta de atención fueron $1,57 \pm 1,38$ DDD, mediana 1,00 DDD. Las dosis de aquellos con problemas de retraimiento o falta de atención de gravedad entre moderadas y críticas, fueron $1,75 \pm 1,75$ DDD, mediana 1,26 DDD. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,983$).

Conductas no colaboradoras.

Las dosis de ansiolítico-hipnóticos en el grupo de sujetos que presentaba conductas no colaboradoras con una frecuencia menor de una vez al mes o nunca, fueron $1,45 \pm 1,29$ DDD, mediana 1,00 DDD. En el grupo que mostró estas conductas con frecuencia de una vez al mes o más frecuentemente, las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron $2,50 \pm 2,08$ DDD, mediana 3,50 DDD. Las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas ($p = 0,614$).

En el grupo formado por los sujetos que no presentaban problemas de falta de colaboración o solo problemas leves, las dosis fueron $1,37 \pm 1,28$ DDD, mediana 1,00 DDD. Para el grupo con problemas de falta de colaboración entre moderados y críticos, fueron $4,00 \pm 0,50$ DDD, mediana 4,00 DDD. La diferencia no fue significativa ($p = 0,420$).

Índices conductuales derivados.

Índice interno. El índice de problemas internos correlacionó negativamente y de forma no significativa con las dosis de ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,177$) ($p = 0,333$).

Índice externo. El índice de problemas externos correlacionó de forma negativa y estadísticamente significativamente, con las dosis de ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,528$) ($p = 0,002$).

Índice asocial. El índice asocial también correlacionó negativamente con las dosis de ansiolítico-hipnóticos (coeficiente de correlación de Pearson = $-0,200$), pero no de forma estadísticamente significativa ($p = 0,271$).

Índice general de problemas conductuales. El índice general de problemas conductuales correlacionó de forma negativa (coeficiente de correlación de Pearson = -

0,471) y estadísticamente significativa ($p = 0,015$), con las dosis de ansiolítico-hipnóticos.

Puntuación de servicio.

La correlación entre las dosis de ansiolítico-hipnóticos y la puntuación de servicio fue moderada, de carácter negativo (coeficiente de correlación de Pearson = -0,271), pero no fue estadísticamente significativa ($p = 0,134$).

Tabla 67.

Relación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y características de los sujetos. Población total

| Población total | | N° DDD de ansiolíticos-hipnóticos | | | | | | significación |
|---|----------|-----------------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | media | d.s. | mínimo | mediana | máximo | |
| Sexo | Mujer | 42 / 317 | 1,15 | 1,05 | 0,15 | 0,88 | 4,00 | p=0,046. |
| | Varón | 58 / 544 | 1,67 | 1,59 | 0,13 | 1,00 | 8,25 | |
| Lugar de residencia | Externo | 49 / 620 | 1,18 | 0,99 | 0,13 | 1,00 | 4,50 | p=0,127. |
| | Interno | 51 / 242 | 1,72 | 1,68 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Grado de retraso mental | Leve | 12 / 97 | 1,09 | 1,07 | 0,15 | 0,80 | 4,00 | p=0,356. |
| | Moderado | 29 / 353 | 1,46 | 1,33 | 0,13 | 1,00 | 5,00 | |
| | Grave | 27 / 250 | 1,19 | 0,90 | 0,15 | 1,00 | 3,50 | |
| | Profundo | 31 / 152 | 1,85 | 1,85 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Epilepsia | No | 71 / 707 | 1,36 | 1,19 | 0,13 | 1,00 | 5,00 | p=0,415. |
| | Si | 28 / 154 | 1,73 | 1,85 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 66 / 668 | 1,32 | 1,09 | 0,13 | 1,00 | 4,50 | p=0,493. |
| | Si | 33 / 192 | 1,74 | 1,89 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Diagnóstico dual | No | 36 / 599 | 1,15 | 0,96 | 0,13 | 1,00 | 5,00 | p=0,191. |
| | Si | 63 / 262 | 1,64 | 1,59 | 0,15 | 1,00 | 8,25 | |
| Usan medicación somática | No | 68 / 687 | 1,56 | 1,34 | 0,15 | 1,00 | 6,25 | p=0,099. |
| | Si | 32 / 171 | 1,23 | 1,52 | 0,13 | 1,00 | 8,25 | |
| Usan medicación antiepiléptica | No | 57 / 660 | 1,21 | 1,04 | 0,13 | 1,00 | 4,50 | p=0,073. |
| | Si | 43 / 200 | 1,78 | 1,74 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 96 / 837 | 1,46 | 1,43 | 0,13 | 1,00 | 8,25 | p=0,653. |
| | Si | 4 / 21 | 1,31 | 0,63 | 0,50 | 1,38 | 2,00 | |
| Usan antipsicóticos | No | 56 / 660 | 1,03 | 0,82 | 0,13 | 1,00 | 4,00 | p=0,004. |
| | Si | 44 / 198 | 1,98 | 1,78 | 0,15 | 1,00 | 8,25 | |

| Población total | N° DDD de ansiolítico-hipnóticos | | |
|--------------------------|--|---------------|----|
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad | -0,071 | p=0,492. | 97 |
| Dosis de antipsicóticos | 0,086 | p=0,577. | 44 |
| Dosis de antiepilépticos | -0,074 | p =0,636. | 43 |

Tabla 68.

Relación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y características de los sujetos. Población ingresada

| Población ingresada | | N° DDD de ansiolítico-hipnóticos | | | | | | Significación |
|---|----------------|----------------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | media | d.s. | Mínimo | mediana | máximo | |
| Sexo | Mujer | 53 / 73 | 1,18 | 1,16 | 0,25 | 1,00 | 4,00 | p=0,021. |
| | Varón | 138 / 169 | 2,07 | 1,87 | 0,25 | 1,50 | 8,25 | |
| Grado de retraso mental | Leve-Moderado | 10 / 41 | 1,93 | 1,72 | 0,25 | 1,25 | 5,00 | p=0,801. |
| | Grave-Profundo | 41 / 200 | 1,67 | 1,69 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Epilepsia | No | 33 / 169 | 1,54 | 1,31 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,646. |
| | Si | 18 / 73 | 2,05 | 2,20 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 26 / 145 | 1,59 | 1,11 | 0,25 | 1,25 | 4,00 | p=0,554. |
| | Si | 25 / 95 | 1,85 | 2,13 | 0,25 | 2,13 | 8,25 | |
| Diagnóstico dual | No | 15 / 118 | 1,38 | 1,21 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,496. |
| | Si | 36 / 124 | 1,86 | 1,83 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Usan medicación somática | No | 32 / 133 | 1,92 | 1,53 | 0,25 | 1,50 | 6,25 | p=0,038. |
| | Si | 19 / 109 | 1,38 | 1,89 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | |
| Usan medicación antiepiléptica | No | 27 / 160 | 1,15 | 0,87 | 0,25 | 1,00 | 4,00 | p=0,028. |
| | Si | 24 / 82 | 2,36 | 2,11 | 0,25 | 1,75 | 8,25 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 50 / 236 | 1,72 | 1,69 | 0,25 | 1,00 | 8,25 | p=0,824. |
| | Si | 1 / 6 | 1,50 | - | - | - | - | |
| Usan antipsicóticos | No | 24 / 139 | 1,17 | 1,00 | 0,25 | 1,00 | 4,00 | 0,028. |
| | Si | 27 / 103 | 2,21 | 2,00 | 0,25 | 2,00 | 8,25 | |

| Población internada | N° DDD de ansiolítico-hipnótico | | |
|-------------------------------|--|---------------|----|
| | Coefficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad (años) | -0,130 | p=0,366. | 50 |
| Duración internamiento (años) | -0,049 | p=0,731. | 51 |
| Dosis de antipsicóticos | -0,008 | p=0,967. | 27 |
| Dosis de antiepilépticos | -0,153 | p=0,475. | 24 |

Tabla 69.

Relación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y características de los sujetos valorados con ICAP.

| Población valorada con ICAP | | N° DDD de ansiolítico-hipnótico | | | | | | Significación |
|---|----------------|---------------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | media | d.s. | mínimo | Mediana | máximo | |
| Sexo | Mujer | 14 / 57 | 1,06 | 1,06 | 0,25 | 0,75 | 4,00 | p=0,030. |
| | Varón | 18 / 115 | 2,06 | 1,59 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | |
| Lugar de residencia | Externo | 7 / 61 | 1,86 | 1,55 | 0,50 | 1,50 | 4,50 | p=0,592. |
| | Interno | 25 / 111 | 1,55 | 1,45 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Grado de retraso mental | Leve-Moderado | 12 / 62 | 1,77 | 1,71 | 0,25 | 1,25 | 5,00 | p=0,954. |
| | Grave-Profundo | 20 / 110 | 1,53 | 1,32 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Epilepsia | No | 23 / 139 | 1,70 | 1,58 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,967. |
| | Si | 9 / 33 | 1,42 | 1,10 | 0,25 | 1,00 | 4,00 | |
| Disfunción sensitivo motora | No | 18 / 114 | 1,60 | 1,29 | 0,25 | 1,50 | 4,50 | p=0,750. |
| | Si | 14 / 58 | 1,64 | 1,69 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Diagnóstico dual | No | 15 / 107 | 1,32 | 1,23 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,433. |
| | Si | 17 / 65 | 1,88 | 1,62 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | |
| Usan medicación somática | No | 20 / 118 | 1,91 | 1,57 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | p=0,136. |
| | Si | 12 / 54 | 1,13 | 1,12 | 0,25 | 0,76 | 4,00 | |
| Usan medicación antiepiléptica | No | 20 / 132 | 1,26 | 1,16 | 0,25 | 1,00 | 4,50 | p=0,099. |
| | Si | 12 / 40 | 2,21 | 1,74 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | |
| Otros fármacos para problemas de conducta | No | 31 / 170 | 1,62 | 1,48 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,813. |
| | Si | 1 / 2 | 1,50 | -- | --- | --- | --- | |
| Usan antipsicóticos | No | 16 / 101 | 1,13 | 0,98 | 0,25 | 1,00 | 4,00 | p=0,086. |
| | Si | 16 / 71 | 2,11 | 1,70 | 0,25 | 1,75 | 4,75 | |

| Población valorada con ICAP | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------|----|
| | N° DDD de ansiolítico-hipnótico | | |
| | Coeficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Edad | -0,176 | p=0,336. | 32 |
| Dosis de antipsicótico | -0,045 | p=0,868. | 16 |
| Dosis de antiepilépticos | 0,022 | p=0,947. | 12 |

Tabla 70a.

Relación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y características de los sujetos valorados con ICAP.

| Variables ICAP | | N° DDD de ansiolítico-hipnótico | | | | | | Significación |
|---|----|---------------------------------|-------|------|--------|---------|--------|---------------|
| | | N° | media | d.s. | mínimo | mediana | Máximo | |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | No | 11 / 62 | 1,84 | 1,65 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,411. |
| | Si | 21 / 110 | 1,50 | 1,37 | 0,25 | 1,00 | 4,50 | |
| Visión buena con o sin gafas | No | 7 / 32 | 1,32 | 1,74 | 0,25 | 0,51 | 5,00 | p=0,201. |
| | Si | 25 / 140 | 1,70 | 1,39 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | |
| Audición buena con o sin audífono | No | 2 / 14 | 1,25 | 0,35 | 1,00 | 1,25 | 1,50 | p=0,968. |
| | Si | 30 / 158 | 1,64 | 1,50 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Crisis en el último año | No | 22 / 158 | 1,54 | 1,46 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,258. |
| | Si | 3 / 14 | 2,33 | 1,44 | 1,50 | 1,50 | 4,00 | |
| Problemas de salud que limitan la vida diaria | No | 27 / 145 | 1,63 | 1,44 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,841. |
| | Si | 5 / 27 | 1,55 | 1,72 | 0,50 | 1,00 | 4,50 | |
| Necesitan atención sanitaria 1 ó más veces al mes | No | 27 / 153 | 1,61 | 1,45 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=1. |
| | Si | 5 / 19 | 1,65 | 1,65 | 0,25 | 1,00 | 4,50 | |
| Limitaciones en la movilidad mano-brazo | No | 28 / 151 | 1,58 | 1,39 | 0,25 | 1,25 | 5,00 | p=0,891. |
| | Si | 4 / 21 | 1,88 | 2,01 | 0,50 | 1,50 | 5,00 | |
| Confinado en silla de ruedas o en cama | No | 28 / 150 | 1,78 | 1,48 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | p=0,054. |
| | Si | 4 / 22 | 0,50 | 0,35 | 0,25 | 0,38 | 1,00 | |
| Necesita ayuda de otra persona para moverse | No | 27 / 149 | 1,81 | 1,50 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | p=0,068. |
| | Si | 5 / 23 | 0,60 | 0,38 | 0,25 | 0,51 | 1,00 | |
| Problemas de conducta, frecuencia > 1 vez / mes | | | | | | | | |
| Autolesiva | No | 24 / 133 | 1,40 | 1,23 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,273. |
| | Si | 8 / 39 | 2,28 | 1,92 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Heteroagresiva | No | 24 / 138 | 1,40 | 1,23 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,273. |
| | Si | 8 / 34 | 2,28 | 1,92 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Destructiva | No | 24 / 143 | 1,34 | 1,15 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,357. |
| | Si | 8 / 29 | 2,44 | 2,00 | 0,25 | 2,25 | 5,00 | |
| Disruptiva | No | 17 / 96 | 1,25 | 0,85 | 0,25 | 1,00 | 3,50 | p=0,655. |
| | Si | 15 / 76 | 2,03 | 1,75 | 0,25 | 1,50 | 5,00 | |
| Atípica y repetitiva | No | 13 / 68 | 1,62 | 1,46 | 0,25 | 1,00 | 4,80 | p=0,850. |
| | Si | 19 / 104 | 1,62 | 1,49 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Socialmente ofensivas | No | 18 / 93 | 1,61 | 1,29 | 0,25 | 1,25 | 5,00 | p=0,512. |
| | Si | 14 / 79 | 1,63 | 1,69 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| Retraídas y falta de atención | No | 18 / 95 | 1,46 | 1,14 | 0,25 | 1,25 | 4,50 | p=0,955. |
| | Si | 14 / 77 | 1,82 | 1,81 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | |
| No colaboradoras | No | 27 / 120 | 1,45 | 1,29 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,614. |
| | Si | 5 / 52 | 2,50 | 2,08 | 0,25 | 3,50 | 4,50 | |
| Conducta problema de moderada a crítica | | | | | | | | |
| Autolesiva | No | 27 / 152 | 1,36 | 1,19 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,087. |
| | Si | 5 / 20 | 3,00 | 2,09 | 0,51 | 4,00 | 5,00 | |
| Heteroagresiva | No | 24 / 146 | 1,13 | 0,84 | 0,25 | 1,00 | 3,50 | p=0,010. |
| | Si | 8 / 26 | 3,10 | 1,93 | 0,51 | 3,88 | 5,00 | |
| Destructiva | No | 27 / 152 | 1,28 | 1,10 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,046. |
| | Si | 5 / 20 | 3,45 | 1,87 | 0,25 | 4,00 | 5,00 | |
| Disruptiva | No | 22 / 140 | 1,53 | 1,38 | 0,25 | 1,25 | 5,00 | p=1. |
| | Si | 10 / 32 | 1,80 | 1,67 | 0,25 | 1,00 | 4,50 | |
| Atípica y repetitiva | No | 24 / 134 | 1,54 | 1,37 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,685. |
| | Si | 8 / 38 | 1,85 | 1,76 | 0,25 | 1,25 | 5,00 | |
| Socialmente ofensivas | No | 23 / 127 | 1,63 | 1,42 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,621. |
| | Si | 9 / 45 | 1,58 | 1,63 | 0,25 | 1,00 | 4,50 | |
| Retraídas y falta de atención | No | 24 / 121 | 1,57 | 1,38 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,983. |
| | Si | 8 / 51 | 1,75 | 1,75 | 0,25 | 1,26 | 5,00 | |
| No colaboradoras | No | 29 / 138 | 1,37 | 1,28 | 0,25 | 1,00 | 5,00 | p=0,013. |
| | Si | 3 / 34 | 4,00 | 0,50 | 3,50 | 4,00 | 4,50 | |

Tabla 70b.

Relación entre dosis de ansiolítico-hipnóticos y características de los sujetos valorados con ICAP.

| Población valorada con ICAP | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|----|
| | N° DDD de ansiolíticos-hipnóticos | | |
| | Coeficiente de correlación de Pearson | Significación | N° |
| Destrezas motoras, puntuación W | 0,034 | p=0,853. | 32 |
| Destrezas sociales-comunicativas, puntuación W | -0,015 | p=0,933. | 32 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | 0,109 | p=0,554. | 32 |
| Destrezas para vida en comunidad, puntuación W | 0,044 | p=0,811. | 32 |
| Independencia general, puntuación W | 0,054 | p=0,770. | 32 |
| Edad equivalente, meses | -0,051 | p=0,782. | 32 |
| Índice interno | -0,177 | p=0,333. | 32 |
| Índice externo | -0,528 | p=0,002. | 32 |
| Índice asocial | -0,200 | p=0,271. | 32 |
| Índice general | -0,427 | p=0,015. | 32 |
| Puntuación de servicio | -0,271 | p=0,134. | 32 |

4-9. Regresión lineal múltiple.

4-9-1. Factores que determinaron la dosis de psicofármacos.

El procedimiento de regresión estableció como variables que determinaban la dosis de psicofármacos (tablas 71A á C), las siguientes:

a) En la población total: diagnóstico dual, recibir fármacos antiepilépticos, proceder del centro HP, proceder del centro SF, con influencia positiva; y utilizar fármacos para "problemas somáticos", con influencia negativa. (N = 258 casos; R-cuadrado corregida = 0,109; F = 7,326, gl 5+252; p < 0,001; Durbin-Watson = 1,740).

La ecuación 10, predice la dosis diaria (nº DDD) de psicofármacos que recibía un sujeto, sin tener en cuenta la duración del internamiento, ni los resultados de la valoración ICAP.

Ecuación 10.

Nº DDD (psicofármacos)/día = (0,74) + (1,07)(proceder del SF) + (1,07)(proceder de HP) + (0,52)(dual) + (-0,56)(recibir medicación "somática") + (0,45)(recibir antiepilépticos).

Diagnóstico dual (no = 0, si = 1); recibir antiepilépticos (no = 0, si = 1); medicación "somática" (no = 0, si = 1); proceder de centro HP (no = 0, si = 1); de SF (no = 0, si = 1).

Tabla 71. Resumen de análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con la dosis de psicofármacos. Población total; Variables incluidas en la ecuación

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|-------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | Beta | | |
| Constante | 0,744 | 0,218 | | 3,422 | 0,001 |
| Proceder de centro SF | 1,065 | 0,301 | 0,220 | 3,537 | 0,000 |
| Proceder de centro HP | 1,069 | 0,284 | 0,231 | 3,762 | 0,000 |
| Diagnóstico dual | 0,521 | 0,227 | 0,142 | 2,298 | 0,022 |
| Recibir medicación "somática" | -0,556 | 0,224 | -0,152 | -2,485 | 0,014 |
| Recibir antiepilépticos | 0,447 | 0,212 | 0,125 | 2,109 | 0,036 |

R-cuadrado corregido = 0,109; F (gl 5+252) = 7,326; p < 0,001; Durbin-Watson = 1,740.

b) En la población de sujetos internados en instituciones: proceder del centro HP, proceder del centro SF, con influencia positiva y la edad (en años) con influencia negativa. (N = 128 casos; R-cuadrado corregida = 0,095; F = 5,453; gl 3+124; p = 0,001; Durbin-Watson = 1,872).

La ecuación 11, predice la dosis diaria (n° DDD) de psicofármacos que recibía un sujeto, considerando la duración del internamiento, pero no la valoración ICAP.

Ecuación 11.

$$\text{N}^\circ \text{ DDD (psicofármacos)/día} = (2,37) + (1,00)(\text{proceder de SF}) + (1,28)(\text{proceder de HP}) + (-0,04)(\text{edad en años}).$$

Proceder de centro HP (no = 0, si = 1); de SF (no = 0, si = 1), edad (en años).

Tabla 71. Resumen de análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con la dosis de psicofármacos. Población internada. Variables en la ecuación

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | | |
|-----------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | Beta | t | Sig. |
| Constante | 2,369 | 0,590 | | 4,014 | 0,000 |
| Proceder de centro SF | 0,995 | 0,408 | 0,230 | 2,438 | 0,016 |
| Proceder de centro HP | 1,280 | 0,419 | 0,305 | 3,057 | 0,003 |
| Edad | -0,036 | 0,014 | -0,240 | -2,471 | 0,015 |

N = 128 casos; R-cuadrado corregida = 0,095; F = 5,453; gl = 3+124; p = 0,001; Durbin-Watson = 1,872.

c) En los sujetos valorados con ICAP: proceder del centro SR, recibir medicación somática, la gravedad de las conductas heteroagresivas y la gravedad de las conductas socialmente ofensivas. Las dos primeras variables influyeron negativamente sobre la magnitud de la dosis, mientras que las dos últimas ejercían una influencia positiva. (N = 88 casos; R-cuadrado corregida = 0,266; F = 5,453; gl = 4+83; p < 0,001; Durbin-Watson = 1,531).

La ecuación 12, predice la dosis diaria (n° DDD) de psicofármacos que recibía un sujeto, considerando la valoración ICAP, pero no la duración del internamiento.

Ecuación 12.

$$\text{N}^\circ \text{ DDD (psicofármacos)/día} = 1,52 + (-0,97)(\text{proceder de SR}) + (-0,70)(\text{recibir medicación "somática"}) + (1,77)(\text{gravedad heteroagresividad}) + (0,79)(\text{gravedad conducta socialmente ofensiva}).$$

Proceder de centro SR (no = 0; si = 1); recibir medicación "somática" (no = 0; si = 1); gravedad de heteroagresividad (no problemática o leve = 0; problema moderado a crítico = 1); gravedad de conducta socialmente ofensiva (no problemática o leve = 0; problema moderado a crítico = 1)

Tabla 71C. Resumen del análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, factores relacionados con dosis de psicofármacos. Sujetos valorados con ICAP; variables en la ecuación

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|--|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | beta | | |
| Constante | 1,517 | 0,257 | | 5,912 | 0,000 |
| Proceder de centro SR | -0,973 | 0,343 | -0,269 | -2,842 | 0,006 |
| Recibir medicación "somática" | -0,697 | 0,332 | -0,195 | -2,097 | 0,039 |
| Gravedad conducta heteroagresiva | 1,770 | 0,384 | 0,427 | 4,612 | 0,000 |
| Gravedad conducta socialmente ofensiva | 0,788 | 0,351 | 0,211 | 2,243 | 0,028 |

N = 88 casos; R-cuadrado corregida = 0,266; F = 5,453; gl = 4+83; p < 0,001; Durbin-Watson = 1,531

4-9-2. Factores que determinaron la dosis de antipsicóticos.

El procedimiento de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, identificó como variables determinantes de la dosis de antipsicóticos (tablas 72A á C), las siguientes:

a) En la población total: diagnóstico dual, recibir fármacos ansiolítico-hipnóticos, sexo, proceder del centro HP, proceder del centro SF y proceder del centro D, tuvieron una influencia positiva sobre la dosis de antipsicóticos; mientras que padecer deficiencia sensitivo-motora tuvo un efecto negativo. (N = 198 casos; R-cuadrado corregida = 0,150; F = 5,958; gl = 7+190; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,024).

La ecuación 13, predice la dosis diaria (nº DDD) de antipsicóticos que recibía un sujeto, sin tener en cuenta la duración del internamiento, ni los resultados de la valoración ICAP.

Ecuación 13.

$$\text{N}^\circ \text{ DDD (antipsicóticos)/día} = (0,15) + (1,94)(\text{proceder de DA}) + (0,58) (\text{proceder de SF}) + (0,71)(\text{proceder de HP}) + (0,43)(\text{diagnostico dual}) + (0,42)(\text{sexo}) + (0,48)(\text{recibir ansiolítico-hipnóticos}) + (-0,40)(\text{disfunción sensitivo-motora}).$$

Diagnóstico dual (no = 0, si = 1); disfunción sensitivo-motora (no = 0, si = 1); recibir ansiolítico-hipnóticos (no = 0, si = 1); sexo (mujer = 0; varón = 1); proceder de centro HP (no = 0, si = 1); proceder de centro SF (no = 0, si = 1); proceder de centro DA (no = 0, si = 1).

Tabla 72A. Resumen de análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con la dosis de antipsicóticos. Población total. Variables en la ecuación

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|--------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | beta | | |
| Constante | 0,149 | 0,221 | | 0,676 | 0,500 |
| Proceder de centro DA | 1,943 | 0,575 | 0,225 | 3,379 | 0,001 |
| Proceder de centro SF | 0,581 | 0,246 | 0,162 | 2,359 | 0,019 |
| Proceder de centro HP | 0,706 | 0,227 | 0,217 | 3,107 | 0,002 |
| Diagnóstico dual | 0,429 | 0,203 | 0,147 | 2,115 | 0,036 |
| Sexo | 0,423 | 0,174 | 0,161 | 2,433 | 0,016 |
| Recibir ansiolítico-hipnóticos | 0,479 | 0,195 | 0,164 | 2,452 | 0,015 |
| Disfunción sensitivo-motora | -0,395 | 0,195 | -0,137 | -2,025 | 0,044 |

N = 198 casos; R-cuadrado corregida = 0,150; F = 5,958; gl = 7+190; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,024.

b) En la población de sujetos internados en instituciones: proceder del centro J, influyó negativamente a la dosis de antipsicóticos. (N = 103 casos; R-cuadrado corregida = 0,032; F = 4,415; gl = 1+101; p < 0,038; Durbin-Watson = 1,876).

La ecuación 14, predice la dosis diaria (nº DDD) de antipsicóticos que recibía un sujeto, considerando la duración del internamiento, pero no la valoración ICAP.

Ecuación 14.

$$\text{Nº DDD (antipsicóticos) /día} = (1,28) + (-0,75)(\text{proceder de J})$$

Proceder del centro J (no = 0, si = 1).

Tabla 72B. Resumen de análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con la dosis de antipsicóticos. Población internada. Variables en la ecuación.

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|----------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | beta | | |
| Constante | 1,283 | 0,151 | | 8,490 | 0,000 |
| Proceder de centro J | -0,750 | 0,361 | -0,205 | -2,101 | 0,038 |

N = 103 casos; R-cuadrado corregida = 0,032; F = 4,415; gl = 1+101; p < 0,038; Durbin-Watson = 1,876.

c) Sujetos valorados con ICAP: proceder del centro HP, influía positivamente sobre la dosis, y la edad en años, negativamente. (N = 71 casos; R-cuadrado corregida = 0,147; F = 5,869; gl = 2+68; p < 0,004; Durbin-Watson = 2,031).

La ecuación 15, predice la dosis diaria (nº DDD) de antipsicóticos que recibía un sujeto, sin tener en cuenta la duración del internamiento, pero considerando los resultados de la valoración ICAP.

Ecuación 15.

$$\text{N}^\circ \text{DDD (antipsicóticos) /día} = (2,38) + (-0,04)(\text{edad}) + (0,90)(\text{proceder de HP})$$

Proceder de centro HP (no = 0; si = 1); edad (en años).

Tabla 72C. Resumen de análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con dosis de antipsicóticos. Población valorada con ICAP; variables en la ecuación

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|----------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | beta | | |
| Constante | 2,384 | 0,492 | | 4,178 | 0,000 |
| Edad | -0,041 | 0,013 | -0,405 | -3,154 | 0,002 |
| Proceder de HP | 0,895 | 0,330 | 0,348 | 2,711 | 0,008 |

N = 71 casos; R-cuadrado corregida = 0,147; F = 5,869; gl = 2+68; p = 0,004; Durbin-Watson = 2,031.

4-9-3. Factores que determinaron la dosis de ansiolítico-hipnóticos.

El procedimiento de regresión lineal múltiple por pasos, identificó como variables determinantes de la dosis de ansiolítico-hipnóticos (tablas 73A á C), las siguientes:

a) En la población total: recibir antipsicóticos, recibir antiepilépticos, proceder del centro SF, proceder del centro HP, proceder del centro O. Todos ellos influyeron positivamente sobre las dosis de ansiolítico-hipnóticos. (N = 101 casos; R-cuadrado corregida = 0,290; F = 9,166; gl = 5+ 95; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,157.

La ecuación 16, predice la dosis diaria (nº DDD) de ansiolítico-hipnóticos que recibía un sujeto, sin tener en cuenta la duración del internamiento, ni los resultados de la valoración ICAP.

Ecuación 16.

$$\text{N}^\circ \text{DDD (ansiolítico-hipnótico)/día} = (0,32) + (0,96)(\text{recibir antipsicóticos}) + (0,76)(\text{recibir antiepilépticos}) + (1,12)(\text{proceder de SF}) + (0,98)(\text{proceder de HP}) + (1,45)(\text{proceder de O})$$

Recibir antipsicóticos (no = 0, si = 1); recibir antiepilépticos (no = 0, si = 1); proceder de centro SF (no = 0, si = 1); proceder de centro HP (no = 0, si = 1); proceder de centro O (no = 0, si = 1).

Tabla 73A. Resumen del análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con la dosis de ansiolítico-hipnóticos. Población total; variables en la ecuación

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|-------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|-------|-------|
| | B | Error tip. | beta | | |
| Constante | 0,324 | 0,212 | | 1,524 | 0,131 |
| Recibir antipsicóticos | 0,957 | 0,242 | 0,341 | 3,957 | 0,000 |
| Recibir antiepilépticos | 0,762 | 0,244 | 0,272 | 3,123 | 0,002 |
| Proceder de centro SF | 1,117 | 0,321 | 0,301 | 3,481 | 0,001 |
| Proceder de centro HP | 0,980 | 0,350 | 0,244 | 2,803 | 0,006 |
| Proceder de centro O | 1,448 | 0,615 | 0,203 | 2,352 | 0,021 |

N = 101 casos; R-cuadrado corregida = 0,290; F = 9,166; gl = 5 + 95; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,157.

b) En la población de sujetos internados en instituciones: recibir antipsicóticos, recibir antiepilépticos, proceder del centro SF, y proceder del centro HP, todos con influencia positiva. N = 51 casos; R-cuadrado corregida = 0,369; F = 8,305; gl = 4 + 46; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,231.

La ecuación 17, predice la dosis diaria (nº DDD) de ansiolítico-hipnóticos que recibía un sujeto, considerando la duración del internamiento, pero no la valoración ICAP.

Ecuación 17.

$$\text{Nº DDD (ansiolítico-hipnótico) /día} = (-0,39) + (1,27)(\text{recibir antipsicóticos}) + (1,34)(\text{recibir antiepilépticos}) + (1,42)(\text{proceder de SF}) + (1,23)(\text{proceder de HP}).$$

Recibir antipsicóticos (no = 0, si = 1); recibir antiepilépticos (no = 0, si = 1); proceder de centro SF (no = 0, si = 1); proceder de centro HP (no = 0, si = 1).

Tabla 73B. Resumen del análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con dosis de ansiolítico-hipnóticos. Población internada; variables en la ecuación.

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|-------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | Beta | | |
| Constante | -0,394 | 0,413 | | -0,955 | 0,345 |
| Recibir antipsicóticos | 1,272 | 0,378 | 0,383 | 3,362 | 0,002 |
| Recibir antiepilépticos | 1,336 | 0,377 | 0,402 | 3,542 | 0,001 |
| Proceder de centro SF | 1,417 | 0,440 | 0,402 | 3,217 | 0,002 |
| Proceder de centro HP | 1,231 | 0,465 | 0,331 | 2,650 | 0,011 |

N = 51 casos; R-cuadrado corregida = 0,369; F = 8,305; gl = 4 + 46; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,231.

c) Sujetos valorados con ICAP: proceder del centro HP, gravedad de conductas no colaboradoras, y gravedad de la conducta heteroagresiva, afectaron positivamente a la dosis de ansiolítico-hipnóticos; y movilidad que tuvo una influencia negativa. N = 32;

R-cuadrado corregida 0,633; F = 14,395; gl = 4 + 27; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,367.

La ecuación 18, predice la dosis diaria (nº DDD) de ansiolítico-hipnóticos que recibía un sujeto, sin tener en cuenta la duración del internamiento, pero considerando los resultados de la valoración ICAP.

Ecuación 18.

$$\text{Nº DDD (ansiolítico-hipnóticos) /día} = (0,90) + (1,66)(\text{gravedad heteroagresividad}) + (1,75)(\text{gravedad falta de colaboración}) + (0,71)(\text{proceder de HP}) + (-1,41)(\text{movilidad}).$$

Proceder del centro HP (no = 0, si = 1); gravedad de conductas no colaboradoras (no problemática o levemente = 0; de moderada a crítica = 1); gravedad de conductas heteroagresivas (no problemática o levemente = 0, de moderada a crítica = 1).; movilidad (camina = 0; en silla de ruedas o en cama = 1).

Tabla 73C. Resumen del análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, para factores relacionados con dosis de ansiolítico-hipnóticos. Sujetos evaluados con ICAP, variables en la ecuación

| | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|
| | B | Error tip. | Beta | | |
| Constante | 0,903 | 0,234 | | 3,865 | 0,001 |
| Gravedad de heteroagresividad | 1,662 | 0,413 | 0,503 | 4,028 | 0,000 |
| Gravedad de falta de colaboración | 1,752 | 0,584 | 0,357 | 2,999 | 0,006 |
| Proceder de HP | 0,712 | 0,334 | 0,247 | 2,129 | 0,043 |
| Movilidad | -1,409 | 0,507 | -0,326 | -2,781 | 0,010 |

N = 32 casos; R-cuadrado corregida = 0,681; F = 14,395; gl = 4 + 27; p < 0,001; Durbin-Watson = 2,367.

5. Discusión

5-1. ¿Qué aporta el presente estudio?.

Se ha efectuado un estudio transversal de utilización de medicamentos en un colectivo de sujetos con retraso mental, haciendo especial énfasis en el uso de los psicofármacos y factores asociados.

Se ha obtenido información básica de 862 sujetos; en 172 de los cuales la información se precisó mediante el empleo del ICAP. Esta cifra supone el 11% de la población de sujetos con retraso mental censados en nuestra provincia (8.171 sujetos) ⁸. Representa una fracción de la *población usuaria de recursos específicamente diseñados para sujetos con retraso mental*. Ello explica la frecuencia relativamente baja de sujetos con retraso mental leve en la población observada (11%), y que se trate de una población eminentemente formada por adultos jóvenes, como indican los percentiles de edad 10 y 90, que corresponden respectivamente a 16 y 49 años, siendo la mediana 29 años; también explica la elevada proporción de sujetos en régimen de internamiento institucional.

A diferencia de otros estudios efectuados en nuestro medio, se ha tratado de recoger todas las medicaciones que empleaban los sujetos observados, los métodos empleados para la clasificación de los fármacos (sistema ATC), y para cuantificar las dosis de los mismos (DDD), son inequívocos y universalmente aceptados ^{34, 35, 37}. También es el único estudio que trata de establecer los factores que determinaron la probabilidad de que un sujeto fuese tratado con psicofármacos y las dosis que recibiría.

Pocos estudios se han preocupado por la medicación de "somática" que reciben los sujetos con retraso mental. Aspectos como la intensidad del tratamiento, medida como cantidad de DDD de fármacos de un grupo, o la frecuencia de la práctica de la politerapia, solo han merecido la atención de algunos pocos estudios. Estos aspectos son especialmente examinados en el presente estudio, y tiene una relación directa con la calidad farmacoterapéutica.

La hipótesis de trabajo se ha visto confirmada. Los sujetos con retraso mental son frecuentemente medicados, los principales fármacos empleados son

anticonvulsivantes, antipsicóticos, ansiolíticos, y antiparkinsonianos. La influencia de aspectos “culturales” en el tratamiento farmacológico también queda demostrada al emerger, en los análisis de regresión múltiple, la pertenencia a determinados centros asistenciales como variables independientes, significativamente condicionantes del tratamiento.

5-2. Prevalencia de utilización de fármacos.

5-2-1. Medicación en general.

La prevalencia global de uso de medicación ha sido del 53%; mayor para los sujetos internados en instituciones (80%); que para los residentes en hogares familiares (40%). Estas cifras están en concordancia con las escasas referencias bibliográficas al respecto.

Se comunicó que recibían algún tipo de medicación el 51% de los sujetos de un hospital de larga estancia específico para retrasados mentales⁴². Un estudio que trataba de caracterizar el patrón de prescripción de fármacos, en el departamento pediátrico de un hospital específico para sujetos con retraso mental, encontró que la frecuencia de sujetos medicados era del 68%, oscilando según las salas desde el 49% al 92%⁴³. Otro estudio informó que el 66% de 260 sujetos de una institución para afectados de retraso mental, recibieron al menos un tipo de medicación a lo largo de tres meses, y que el 56% tomaron de forma continua al menos un fármaco durante este tiempo⁴⁴. En una muestra aleatoria de sujetos con retraso mental acogidos en residencias, se observó que el 73% recibía al menos un fármaco, este porcentaje varió del 64% para los residentes en instituciones privadas, al 89% para los residentes en instituciones públicas⁴⁵. En una institución para adultos con retraso mental, se halló que el 88% de los residentes disponía de algún tipo de diagnóstico médico o psiquiátrico que justificara el uso continuo o intermitente de algún tipo de fármaco; siendo la frecuencia de uso de fármacos del 81%⁴⁶. En un estudio, entre sujetos con retraso mental que viven en instituciones u hogares de grupo, se encontró que la prevalencia de uso de fármacos era del 57%⁴⁷. En el conjunto de 3 instituciones para sujetos con deficiencias mentales

severas y profundas, dependientes de una fundación, la prevalencia de uso de algún tipo de medicación fue del 70% ³¹.

El número total de fármacos por sujeto medicado, varió de 1 a 8 en la población del presente estudio. Dos tercios (65%) de los sujetos medicados recibían más de un fármaco simultáneamente, y 4 de cada 10 (41%) recibían más de 2 fármacos simultáneamente. Estos datos señalan la importancia de considerar los riesgos derivados de interacciones entre medicamentos.

Hughes ⁴² encontró que la frecuencia de uso simultáneo de más de un fármaco era del 78%; y la frecuencia de uso de más de 2 fármacos del 58%, en la población de sujetos con discapacidad intelectual estudiada por él. Ningún otro autor, de los revisados, informó sobre el número total de fármacos por sujeto.

Así mismo, ningún autor, de los revisados, ha informado sobre la intensidad total de la farmacoterapia, expresada como número de DDD por sujeto y día. En este estudio se ha encontrado que, por término medio, cada sujeto medicado recibía 2,34 DDD. Resultando llamativa la amplia variabilidad del número de DDD por sujeto (rango 0,08-13,85 DDD; ds 2,16 DDD). Cuando un fármaco era empleado en un sujeto, por término medio, se utilizaba a dosis "plenas", como indicó el valor medio (0,94) del cociente "nº DDD por sujeto / nº de fármacos por sujeto".

5-2-2. Medicación somática.

El veinte por ciento de los sujetos observados recibían medicación para problemas "somáticos". La mayoría de estos sujetos (72%) recibían un solo fármaco para problemas somáticos, pero el 13% recibía 3 ó más fármacos "somáticos" simultáneamente. La dosis media de fármacos somáticos por sujeto y día, fue 2,05 DDD; siendo el valor medio del cociente "número DDD de fármacos somáticos por sujeto y día / número de fármacos somáticos por sujeto y día", de 1,53; indicando el empleo de dosis superiores a las standards.

Entre los subgrupos de medicamentos somáticos destacó, por la frecuencia de uso, el de "medicamentos para el tracto alimentario y metabolismo" (13%). Le siguieron los grupos "medicamentos para el sistema cardiovascular" (3%), y "medicamentos para la sangre y órganos hematopoyéticos" (2%). Dentro del grupo de medicamentos para el tracto gastrointestinal sobresalieron, como más frecuentemente utilizados, laxantes (7%), antidiabéticos (2%), vitaminas (2%) y antiúlceras péptica (<2%). Los porcentajes anteriores se refieren a la fracción de sujetos de la población observada (862 sujetos), que recibían fármacos de la categoría indicada.

Pocos estudios han informado sobre el tipo y la frecuencia de utilización de medicación "somática" entre sujetos con retraso mental. Silva⁴⁴ informó que el 10% de los sujetos que estudió recibían laxantes, y este fue el grupo de fármacos, "somáticos" más frecuentemente empleados. Intagliata y Rinck⁴⁵ también encontraron que los laxantes eran el grupo de fármacos "somáticos" consumidos por mayor número de sujetos (22%) en la población estudiada por ellos. Otro estudio⁴⁸ encontró que el 29% de los sujetos residentes en una institución para retrasados mentales recibían laxantes. Los datos sobre utilización de otros grupos de medicamentos, aportados por los estudios anteriores, y otros, son difíciles de comparar entre sí, y con los del presente trabajo, debido a que no especificaron el sistema empleado para la clasificación de fármacos. Pero antidiabéticos, vitaminas, antianémicos y hormonas tiroideas han sido los tipos de fármacos regularmente consumidos por las poblaciones de sujetos con retraso mental, en las que se ha estudiado el uso de medicación "somática"^{43-45, 48}.

Un trabajo específicamente diseñado para estudiar la utilización de medicación somática en adultos con retraso mental residentes en dos hospitales⁴⁹, encontró que el 36% y el 43% de los sujetos recibían medicación "somática", y de ellos la mitad recibía un solo fármaco de este tipo. En ambos hospitales y para ambos sexos aumentaba el uso de medicamentos al aumentar la edad; siendo los fármacos gastrointestinales el grupo más frecuentemente prescrito (13%), seguido del dermatológico (10%) y del cardiovascular (10%). El nivel de retraso mental se relacionó de forma inversa con el uso de fármacos gastrointestinales, antianémicos, y suplementos vitamínicos y minerales, y directamente con el uso de fármacos cardiovasculares.

Se ha comunicado que los sujetos con RM de más edad, las mujeres y los sujetos con mayor grado de deficiencia, consumen más medicamentos laxantes, antiácidos y otros medicamentos gastrointestinales ⁴⁷.

Un estudio ⁵⁰, específicamente dirigido, encontró una la prevalencia de uso de laxantes entre sujetos con retraso mental institucionalizados del 26%, que correlacionó positiva e independientemente con el género femenino, falta de capacidad ambulatoria, y disfunción motora.

Es posible que el consumo de laxantes y antiácidos trate de compensar efectos adversos de los psicofármacos. El estreñimiento, y la esofagitis por reflujo relacionada con relajación de esfínter esofágico inferior y gastroparesis, pueden ser debidos al efecto anticolinérgico de muchos psicofármacos ⁵¹.

Pero también es posible que exista una relación inversa con el consumo de psicofármacos. Un sujeto con retraso mental que siente molestias gastrointestinales, puede manifestar su malestar mediante agitación psicomotriz al carecer de otros vehículos de expresión, y en consecuencia recibir psicofármacos en lugar de laxantes o antiácidos. Los cambios conductuales en sujetos con retraso mental, pueden realmente ser expresión de enfermedades físicas ⁵².

Por ejemplo, la prevalencia de esofagitis por reflujo entre sujetos con retraso mental se ha estimado en el 6-10%, frente al 2% en la población general ⁵³⁻⁵⁴. Muchos de los síntomas que deben hacer sospechar de su presencia son de tipo inespecífico, como alteraciones conductuales.

Los datos aportados de consumo de medicación somática, suponen una información indirecta de la percepción que se tiene sobre los problemas de salud "somática" que padece el colectivo de sujetos con retraso mental. Y la frecuencia de consumo de medicación "somática" encontrada en la población del presente estudio es inferior a la hallada en los trabajos anteriormente descritos. Ello debe interpretarse en términos de problemas de salud percibidos.

Al comparar los datos de sujetos con retraso mental, frente a los de dos poblaciones de sujetos sin retraso, asegurados y no asegurados; se encontró que los primeros presentaban mayores tasas de problemas neuropsicológicos (convulsiones,

perdida sensorial, y otros); y menores tasas de algunos problemas crónicos o conductas insalubres, como hipertensión, diabetes, migrañas y otras cefaleas crónicas, depresión o ansiedad, obesidad, y abuso de sustancias o tabaquismo ⁵⁵.

Estos resultados contrastan con los que se obtuvieron al examinar médicamente una muestra aleatoria de sujetos con retraso mental, con el fin de identificar en ellos desordenes médicos. Comparado con la población general, el grupo de estudio tenía significativamente aumentados los riesgos cardiovascular, de consulta medica, de hospitalización, y de mortalidad; se halló un promedio de 5,4 trastornos médicos por persona, la mitad de los cuales no habían sido detectados previamente ⁵⁶.

De todas las entidades nosológicas consideradas como trastornos mentales, el retraso mental ocupó el tercer lugar en la tasa estandarizada de mortalidad ⁵⁷ por causas naturales y no naturales, después de los grupos "abusadores de fármacos de prescripción más drogas ilegales" y "opiómanos". Si se considera la tasa estandarizada de mortalidad por causas no naturales, el retraso mental ocupó el último lugar, no siendo diferente la mortalidad observada de la esperada. Pero al considerar la tasa estandarizada de mortalidad por causas naturales, el retraso mental pasó a ocupar el segundo lugar, solo superado, y de forma no estadísticamente significativa, por "abusadores de fármacos de prescripción más drogas ilegales". Siendo las causas de mortalidad natural más frecuentes, en el retraso mental, las respiratorias, infecciosas, circulatorias, neoplásicas y digestivas.

El uso de anticonceptivos hormonales fue muy bajo (<1%). Fenómeno observado en la bibliografía que aporta datos al respecto ^{45-45, 48}. Se encontró que el uso de anticonceptivos por mujeres con retraso mental era 58 veces menor que el consumo de estas sustancias por mujeres normales ⁵⁸. Ello debe responder, probablemente, al uso de medios de anticoncepción alternativos ⁵⁹, de tipo físico o quirúrgico, o bien a una actitud que niega la sexualidad del deficiente e impide su uso ⁶⁰, o simplemente una menor necesidad y capacidad sexual de los sujetos con retraso mental. Una explicación alternativa sería atribuible al método de recogida de datos empleado en este trabajo, es posible que el uso de anticonceptivos de depósito pautados cada varios meses, como medroxiprogesterona acetato ⁶¹ pudieran no haberse contabilizado, pero creemos que

esta explicación no es adecuada, la frecuencia de uso de antipsicóticos depot comunicada no difirió de la esperable, como se comentará más adelante.

5-2-3. Medicación antiepiléptica.

En la población estudiada en el presente trabajo, la frecuencia de uso de anticonvulsivantes fue 23%. Es análoga a la encontrada en estudios previos, que ha variado desde 12% hasta 37% ^{27, 29, 31, 42-46, 48, 62-70}.

La fracción de sujetos clasificados como epilépticos fue 18%, inferior a la de uso de antiepilépticos. Esto puede indicar que los anticonvulsivantes estuvieran siendo empleados con "función de psicofármaco", fundamentalmente como estabilizadores el ánimo y como antiagresivos ⁷¹ (carbamazepina o valproico) o como ansiolítico-hipnóticos (fenobarbital) ⁴⁴.

En el estudio de Silva ⁴⁴ se reconoce que algunos de los sujetos recibían fenobarbital como ansiolítico-hipnótico, y no como anticonvulsivante. Un sujeto del estudio de Schadev ²⁷ recibía anticonvulsivantes sin poseer diagnóstico de epilepsia.

El empleo de anticonvulsivantes para control de conductas desadaptativas, debe tener en cuenta que ellos mismos pueden ser causa de efectos adversos conductuales. Estos fármacos se han asociado con vocalizaciones disruptivas, agitación, conducta autolesiva, conducta destructiva ⁷² y heteroagresividad ⁷³, e influyen adversamente sobre los procesos de aprendizaje, discriminativos y de memoria, al causar deterioro neuropsicológico y cognitivo ⁷⁴.

Los problemas psicopatológicos originados por los anticonvulsivantes pueden manifestarse durante los intentos de retirada ⁷⁵, haciendo pensar falsamente que los anticonvulsivantes ejercían un efecto benéfico, cuando no era así. El treinta y ocho por ciento de un grupo de sujetos a los que se les retiró completamente la medicación anticonvulsiva, antes de su incorporación a un ensayo clínico con un anticonvulsivo en investigación, desarrollaron psicopatología de moderada a severa, y esta no pudo explicarse por incrementos en las crisis, ni por factores demográficos, ni por la historia psiquiátrica previa.

Por otra parte, los trabajos de Spencer ⁴², Intagliata y Rinck ⁴⁵, y Lajo y cols ³¹, aportaron datos que pueden señalar un abuso del diagnóstico de epilepsia en los sujetos con retraso mental, o bien la frecuencia con que estos, que en algún momento habían padecido crisis epilépticas, podían prescindir del tratamiento farmacológico. El trabajo de Spencer ⁴² informó de una prevalencia de epilepsia del 25%, y de uso de antiepilépticos del 24%, quedando un 1% de sujetos clasificados como epilépticos y que no recibían medicación anticonvulsivante. En el trabajo de Intagliata y Rinck ⁴⁵ se informó que un 3% de los sujetos con historia de epilepsia no recibían medicación anticonvulsiva en el momento del estudio. El trabajo de Lajo y cols ³¹ informó de un 40% de epilépticos en la población que estudia, quedando un 5% de la población que fue considerada "epiléptica" pero no tratada con anticonvulsivantes.

En el presente trabajo no se ha contabilizado, debido a razones metodológicas, el número de sujetos que estaban diagnosticados de epilepsia pero no recibían prescripción específica.

Se ha informado de la retirada completa de la medicación antiepiléptica en un niño con retraso mental e historia de epilepsia severa, a los 3 años de seguimiento interdisciplinario ⁷⁶. Carratalá y cols ⁷⁷ informaron que fue posible eliminar todos los fármacos antiepilépticos en el 15% de un colectivo de sujetos adultos con retraso mental e historia de epilepsia. Delgado y cols ⁷⁸ encontraron que en niños con parálisis cerebral que habían permanecido al menos dos años continuados libres de crisis, la frecuencia de recidiva de crisis a los 2 años, tras retirada del tratamiento antiepiléptico, fue del 42%. Se ha comunicado la posibilidad de reducir o suprimir la medicación antiepiléptica al 65% de los sujetos epilépticos con comorbilidad psíquica, y al 56% de los epilépticos con otros trastornos neurológicos permanentes ⁷⁹.

Los sujetos con discapacidad psíquica pueden padecer crisis pseudoepilépticas o crisis psicógenas, no fingidas. La necesidad de atención, la frustración, el abuso sexual y haber presenciado verdaderas crisis epilépticas, favorecen la manifestación de las pseudocrisis ⁸⁰. En un estudio sobre conductas que sugerían epilepsia ⁸¹, encontraron una frecuencia de pseudocrisis del 40%, de las cuales, el 25% también se acompañaban de verdaderas crisis, y casi la mitad de los pacientes con pseudocrisis recibían medicación anticonvulsivante.

Un estudio⁸² mostró una reducción en la frecuencia de uso de anticonvulsivantes entre sujetos con retraso mental no institucionalizados, a medida que avanzaba la edad. En este estudio se comunicó que recibían prescripciones de anticonvulsivantes el 31% de los preescolares, el 17% de los casos en escuelas especiales y el 18% de los adultos. Esto puede significar tanto la posibilidad de retirar, ya a edades tempranas, el tratamiento anticonvulsivante en una importante proporción de casos; como una importante mortalidad temprana entre los niños preescolares con retraso mental y convulsiones.

Carbamazepina fue el anticonvulsivante empleado por mayor número de sujetos, en la población del presente estudio; fenobarbital ocupó el segundo lugar. Es llamativo el elevado uso de fenobarbital, ya que es un anticonvulsivante que debiera ser considerado de segunda línea⁸³, dados sus efectos adversos sobre el estado de alerta, el humor y la conducta. Se ha comunicado que aproximadamente el 90% de un grupo de sujetos a los que se sometió a una reducción de las dosis de barbitúricos anticonvulsivantes, mantuvieron el grado previo de control de las crisis y mejoraron las conductas diana⁸⁴.

La mitad de los sujetos tratados con anticonvulsivantes, en la población aquí estudiada, recibían un solo fármaco de este grupo, y un tercio recibían 2, solo 3 sujetos recibían 4 fármacos anticonvulsivantes de forma simultánea. En todos los centros, excepto en uno donde no había sujetos tratados con antiepilépticos, se encontró la práctica de la "politerapia antiepiléptica".

Si bien la politerapia puede ser necesaria para el control de las crisis en algunos sujetos⁷⁶, en general es una práctica no recomendable⁸⁵. El control de la epilepsia con monoterapia se ha asociado con mejoría en el control de las crisis y disminución de los efectos adversos⁸⁶⁻⁸⁷. Poindexter y cols informaron de la reducción, con el tiempo, de la frecuencia de politerapia antiepiléptica en una cohorte estable de sujetos con retraso mental institucionalizados⁸⁴. Spencer⁴² encontró que de 135 sujetos que tomaban fármacos antiepilépticos, solo el 53% recibía monoterapia. Briggs⁶⁶ informó que el 43% de 218 sujetos en tratamiento con anticonvulsivantes, recibían más de un fármaco de este grupo. Branford⁷⁰ informó de una tasa de polifarmacia antiepiléptica del 31%,

solo el 4% de la muestra recibía 3 antiepilépticos simultáneamente, y ningún sujeto recibió más de 3. Singh y Towle⁸⁸ comunicaron una frecuencia del 40% de polifarmacia antiepiléptica en sujetos con retraso mental no internados, y relacionaban esta práctica con el padecimiento de crisis mixtas e incontroladas.

En todas las referencias mencionadas, la frecuencia de politerapia antiepiléptica fue inferior a la hallada en el presente estudio.

La dosis total diaria de fármacos antiepilépticos por sujeto tratado, en la población estudiada, varió entre 0,13 y 5,00 DDD, media 1,45 DDD (ds: 1,02), mediana 1,05 DDD; mientras que el "cociente dosis de antiepilépticos / número de antiepilépticos" por sujeto, varió entre 0,13 y 3,00 DDD/fármaco, valor medio 0,85 DDD (ds: 0,42), mediana 0,80 DDD. Estos valores indican que los sujetos tratados con antiepilépticos, suelen recibir dosis bajas (< 1 DDD) de varios fármacos diferentes de forma simultánea, para terminar recibiendo, por término medio, dosis totales aceptables (= 1 DDD). Los estudios revisados no informaron al respecto.

5-2-4. Psicofármacos.

En la población estudiada, la fracción de usuarios de psicofármacos fue del 30%. Se consideró como "psicofármaco", cualquier sustancia incluida en los grupos³⁵ anatómo-terapéuticos N05 (psicolépticos), N06A (antidepresivos) y N06BA (simpaticomiméticos de acción central). La fracción de sujetos que recibían psicofármacos y/o "otros fármacos para la conducta" fue del 32%. Si se contabilizan los sujetos que recibían psicofármacos, y/o "otros fármacos para la conducta" y/o antiepilépticos, se alcanzaría la fracción del 45% de sujetos tratados con fármacos psicoactivos.

La frecuencia de uso de fármacos psicotrópicos encontrada ocupa una posición media-superior, entre las descritas en la bibliografía²⁶.

Sewell y Werry⁸⁹ encontraron una prevalencia del 40% de uso de fármacos psicotrópicos, que definieron como los administrados para obtener sedación o para control de la conducta. Tu y Smith⁹⁰, hallaron una prevalencia de uso de medicación

psicotrópica del 42%. Inoue ⁹¹ encontró una frecuencia del 37% de uso de medicación psicotrópica, entre sujetos con retraso mental institucionalizados. Intagliata y Rincks ⁴⁵ encontraron una prevalencia media de uso de psicotropos del 43%, menor para los residentes en la comunidad 36%, que para los residentes en instituciones públicas 54%. Aman y cols ⁸² estudiaron el uso de psicofármacos en sujetos con retraso mental no institucionalizados, encontrando que solo el 2% de preescolares recibían medicamentos de este tipo, porcentaje que se mantuvo en el 3% entre niños de escuelas especiales, pero que alcanzó el 14% entre los sujetos adultos. El estudio de Cullinan y cols ⁶⁵, efectuado sobre sujetos escolarizados con retraso mental leve, encontró una frecuencia global de uso de psicofármacos del 15%. Buck y Sprague ⁹² informaron una prevalencia anual de uso de psicofármacos del 29%, entre sujetos con retraso mental que residen en la comunidad y estaban asegurados por Medicaid. Clarke y cols ⁹³, encontraron mayor prevalencia de consumo de psicofármacos en hospitales para sujetos con retraso mental (40%), que entre sujetos que viven en residencias de la comunidad (19%) y que entre los que viven en hogares familiares (10%); a pesar de que la prevalencia de trastornos de conducta no difirió en los tres lugares. En el estudio de Linaker ⁴⁶ la prevalencia de uso diario de psicofármacos fue del 40%. En un estudio ⁹⁴ encontraron, entre los sujetos residentes en hogares grupales, una prevalencia del 18% de consumo de sustancias psicoactivas, término que incluía lo que en este estudio se entiende como psicofármacos y como "otros fármacos para problemas de conducta", y excluía los fármacos anticonvulsivantes. Un estudio ⁶⁸ similar al anterior, pero que incluyó en el cómputo de sustancias psicoactivas a los antiparkinsonianos, pero no a "otros fármacos para problemas de conducta", ni a los antiepilépticos, encontró una prevalencia de uso de psicofármacos del 19% entre sujetos con retraso mental que viven en la comunidad. Pary ⁶⁹ encontró que recibían algún tipo de psicofármacos el 56% de los adultos atendidos por una clínica especializada en manejo de sujetos con retraso mental; este mismo autor en otro estudio ⁹⁵ informó de una frecuencia de uso de psicofármacos notablemente mayor (77%) en un mismo ambiente. En el estudio de Franco y cols ²⁹, la frecuencia de uso de psicofármacos fue 24%, con valores que oscilaron entre 4% y 52% según los centros. En el estudio de Lajo y cols ³¹, la fracción de sujetos que recibían psicofármacos alcanzó el 43%.

Uno de los principales problemas para la comparación de resultados entre estudios, es la ausencia de una definición inequívoca de términos como psicotropicos, psicofármacos y psicoactivos, y de la especificación de los fármacos que se incluyen bajo estas denominaciones.

El uso simultáneo de varios psicofármacos fue una práctica frecuente y común. Entre los sujetos, del presente estudio, tratados con psicofármacos, el 41% recibían más de uno simultáneamente, y el 13% recibían más de dos. Cinco fue el número máximo de psicofármacos diferentes por sujeto.

Bates y cols ⁹⁶ definieron "cofarmacia" como el uso simultáneo de varios fármacos de diferente clase, y "polifarmacia" como el uso simultáneo de varios fármacos de la misma clase. Consideraron que la cofarmacia podía ser una práctica apropiada en algunas situaciones, pero que la polifarmacia es siempre una práctica inadecuada. En el presente estudio no ha sido considerada esta diferencia y al hablar de polipsicofarmacia o simplemente polifarmacia o politerapia se hace referencia, siempre, a la suma de ambas situaciones, a menos que hablemos expresamente de cofarmacia.

Sewell y Werry ⁸⁹ comunicaron que el 60% de los sujetos que ellos estudiaron recibían 2 ó más psicofármacos, y el 20% tres ó más. Tu y Smith ⁹⁰ encontraron una frecuencia de polifarmacia del 25%. Intagliata y Rinck ⁴⁵ comunicaron frecuencias mucho más bajas de polipsicofarmacia, encontrando esta práctica en el 9%, y 18%, de los sujetos residentes en instituciones de la comunidad, y de residentes en instituciones públicas, respectivamente. Bates y cols ⁹⁶, sobre una muestra de sujetos medicados, acerca de cuyo diagnóstico psiquiátrico se logró un acuerdo unánime, hallaron que el 28% recibían simultáneamente más de un psicofármaco; cofarmacia en el 20%; y polifarmacia en el 8% restante. Buck y Sprague ⁹² comunicaron una frecuencia de "copsicofarmacia" del 46%; si de este porcentaje se excluía la asociación de un antiparkinsoniano y un antipsicótico, el porcentaje de "copsicofarmacia" se reducía al 24%; ningún sujeto de este estudio recibía simultáneamente dos psicofármacos de la misma categoría. Zaharia y Struxness ⁶⁸ encontraron que recibían más de un psicofármaco simultáneamente el 27% de la muestra estudiada por ellos, 2% de polifarmacia y 25% de cofarmacia. En el estudio efectuado por Burd y cols ⁹⁴, entre residentes en hogares grupales, se encontró que el 33% de los sujetos tratado con fármacos psicoactivos recibía simultáneamente más de un fármaco de dicha categoría,

que incluyó psicofármacos, "otros fármacos para problemas de conducta" y anticonvulsivos; en la mitad de las situaciones se trataba de cofarmacia y la otra mitad polifarmacia. En el estudio de Franco y cols ²⁹ se encontró que el 58% de los sujetos medicados con psicofármacos, recibían simultáneamente 2 ó más de estas sustancias, y el 28% recibían 3 ó más; un sujeto llegó a recibir 6 psicofármacos diferentes de forma simultánea.

No se ha analizado que factores pudieran estar asociados con la práctica de la polipsicofarmacia, en la población del presente estudio.

Al intentar encontrar que factores explicativos de la polipsicofarmacia en sujetos con retraso mental, Tu y Smith ⁹⁰ encontraron que no se relacionaba con el CI, ni con el sexo de los sujetos, pero que estaba asociada con una interacción entre edad y eficacia terapéutica. La eficacia terapéutica se relacionó con la polifarmacia de forma diferente para distintos grupos de edad. La polifarmacia producía una respuesta desfavorable entre los sujetos con edad superior a 30 años, pero ocurría lo contrario para edades por debajo de los 30 años.

Nichol y cols ⁹⁷, sobre población general, encontraron como factores que determinaban el riesgo de recibir polipsicofarmacia, de mayor a menor importancia, acudir a consulta psiquiátrica, recibir diagnóstico de manía, esquizofrenia, o depresión o efectuar una queja psiquiátrica, y por último la zona geográfica de residencia. Argumentaron, como explicación de sus resultados, que los sujetos que acudieron al psiquiatra podrían ser más graves o con patologías más resistentes que los que no llegaron a consulta psiquiátrica (filtrados por el médico de familia), y también la mayor maestría de los psiquiatras en el manejo de los psicofármacos que les permitiría prácticas "prohibidas" a otros médicos.

El promedio de dosis diaria de psicofármacos por sujeto tratado con este tipo de sustancias, en la población estudiada aquí, fue 1,40 DDD, (ds 1,68 DDD); el valor mediana fue 0,68 DDD y los valores extremos 0,05 DDD y 9,92 DDD. Estos valores indican una distribución muy asimétrica, donde una gran fracción de sujetos recibía dosis bajas y muy bajas y unos pocos recibían dosis que se pueden considerar extremadamente altas.

Pero si se considera, además, el cociente "n° DDD psicofármacos/ n° de psicofármacos", se encuentra el valor promedio de 0,79 DDD/psicofármaco (ds: 0,70 DDD/psicofármaco), mediana 0,59 DDD/psicofármaco. Lo que indica que en la mayoría de los sujetos recibían dosis bajas de varios psicofármacos.

Este hallazgo es concordante con el trabajo de Rosholm y cols ⁹⁸, efectuado sobre población general, quienes encontraron que en 9 de las 10 combinaciones de psicofármacos más prevalentes, la media de dosis día de cada fármaco era significativamente menor que cuando estas sustancias se empleaban como agentes únicos.

5-2-5. Antipsicóticos.

La fracción de sujetos de la población estudiada que recibía psicofármacos fue del 23%; de los cuales aproximadamente el 8% los recibían en forma depot (2% de la población total).

En la bibliografía, la prevalencia de uso de antipsicóticos varió según los estudios. Spencer ⁴² encontró una prevalencia de uso de antipsicóticos del 22%. En la población estudiada por Sewell y Werry ⁸⁹, la prevalencia de uso de antipsicóticos fue del 24%. Silva ⁴⁴ encontró una prevalencia de sujetos tratados con antipsicóticos del 21%. Entre los sujetos residentes en instituciones de la comunidad, la frecuencia de uso de antipsicóticos (29%) fue menor que la encontrada en el mismo estudio para sujetos residentes en instituciones estatales (45%), resultando la frecuencia global de uso de antipsicóticos del 35% ⁴⁵. Martin y Agran ⁶⁴ comunicaron que el 32% de la población estudiada por ellos recibía fármacos antipsicóticos. El estudio de Fishbacher ⁴⁸ indicó, en un grupo de sujetos hospitalizados, una prevalencia de uso de neurolépticos del 32%, y de neurolepticos depot del 6%. En instituciones para cuidados a largo plazo de sujetos con retraso mental, se encontró que el 25% de los sujetos recibían neurolépticos ⁹². Otro estudio ⁹⁹, también entre sujetos institucionalizados, encontró una frecuencia global de uso de antipsicóticos del 27%, variando ampliamente (del 11% al 60%) entre las ocho instituciones que componían la población estudiada. El estudio de Thinn y cols ⁶⁷ reflejó el consumo de fármacos psicoactivos (psicofármacos y anticonvulsivantes) entre sujetos

que habían sido transferidos a la comunidad desde un hospital, encontrando que el 39% de estos sujetos recibían tratamiento antipsicótico. Wressell y cols ¹⁰⁰ encontraron que el 25% de los sujetos de un hospital para sujetos con retraso mental recibían antipsicóticos, un 8% de ellos (2% del total de sujetos hospitalizados) los recibían en forma depot. En el estudio de Linaker ⁴⁶ el 42% de todos los sujetos de un hospital recibían neurolépticos; al considerar los diagnósticos, encontró que la prevalencia de uso de antipsicóticos fue 38% entre los sujetos con trastorno de ansiedad, 39% entre los sujetos sin diagnóstico, 48% entre los sujetos con esquizofrenia y 50% entre los sujetos con trastorno de adaptación, las diferencias entre categorías diagnósticas no fueron significativas. Aún mayor fue la cifra informada por Sachdev ²⁷, el 62% de los sujetos que residían en una institución para cuidados a largo plazo de sujetos con retraso mental, estaban recibiendo antipsicóticos en el momento del estudio; además, informó que el 89% de los residentes en dicha institución habían recibido antipsicóticos en algún momento durante su estancia. Al estudiar la prevalencia de uso de fármacos psicoactivos entre sujetos que residían en hogares grupales, Burd y cols ⁹⁴ encontraron que el 10% de estos sujetos recibían neurolépticos. Hogg ¹⁰¹ encontró, entre sujetos con retraso mental profundo y múltiples discapacidades que vivían en el hogar paterno, una prevalencia de uso de antipsicóticos del 5% para los niños y del 8% para los adultos. En el estudio de Pary ⁶⁹ la frecuencia de uso de neurolépticos fue del 32%. Spreat y cols ¹⁰² comunicaron que el 45% de los sujetos que residían en una institución estaban recibiendo antipsicóticos. El estudio de Branford ⁷⁰ encontró que recibían antipsicóticos el 23% de una muestra de sujetos con retraso mental; si esta muestra se dividía según la acomodación, la prevalencia de uso de antipsicóticos era del 44% entre los sujetos cuyas residencias dependían del sistema nacional de salud, y del 13% entre los residentes en hogares privados. Entre los sujetos de una asociación de afectados, Franco y cols ²⁹ encontraron una prevalencia de uso de antipsicóticos del 13%. En el estudio de Lajo y cols ³¹ se informó que recibían neurolépticos el 23% de los sujetos acogidos en instituciones destinadas a afectados severos y profundos.

La frecuencia de "politerapia antipsicótica", considerada como la fracción de sujetos tratados con antipsicóticos que recibían simultáneamente 2 ó más de estos fármacos, en la población a estudio ha sido del 34%, el 5% recibía 3 antipsicóticos.

Silva ⁴⁴ informó que de 55 sujetos que recibían antipsicóticos, se practicó politerapia antipsicótica en el 22%. En el estudio de Intagliata y Rinck ⁴⁵ la polifarmacia antipsicótica solo se produjo en el 4% de los sujetos que recibían estos fármacos. Bates y cols ⁹⁶ refirieron una frecuencia de politerapia antipsicótica del 10%. Ninguno de los sujetos del amplio estudio de Buck y Sprague ⁹² recibía 2 ó más antipsicóticos simultáneamente. En el grupo de sujetos estudiado por Sachdev ²⁷ la frecuencia de politerapia antipsicótica fue del 40%, el 3% recibía 3 antipsicóticos simultáneamente. Ninguno de los sujetos del estudio de Spreat y cols ¹⁰² recibía más de un antipsicótico. Branford ⁷⁰ comunicó una frecuencia global de polifarmacia antipsicótica del 8%.

La frecuencia de polifarmacia antipsicótica en la población aquí estudiada ha sido mayor que las referidas en la bibliografía, con la excepción del estudio de Sachdev. La frecuencia de polifarmacia antipsicótica observada, parece reflejar una práctica habitual en nuestro medio. En un estudio sobre la calidad de prescripción de antipsicóticos, efectuado en una muestra de pacientes psiquiátricos crónicos ¹⁰³, se encontró una prevalencia de polifarmacia antipsicótica del 38%. Debe puntualizarse que la polifarmacia antipsicótica es considerada como un índice de mala calidad asistencial ¹⁰⁴, su práctica debe quedar adecuadamente justificada en la historia clínica del paciente, y los expertos consideran que nunca debe producirse con una frecuencia mayor del 10%.

La dosis diarias total de antipsicóticos que recibían los sujetos tratados, variaron entre 0,03 y 7,42 DDD de antipsicótico/sujeto, valor medio 1,02 DDD (ds: 1,23), mediana 0,57 DDD/sujeto. Estas cifras indican, además de una amplia variabilidad, que la mayoría de los sujetos que recibían antipsicóticos lo hacían a dosis bajas, a pesar de que algunos pocos recibían dosis extraordinariamente altas.

La proporción de sujetos menores de 16 años fué del 10%, por tanto, la participación de una población pediátrica no parece justificar el bajo valor de la mediana, especialmente si se observa que la media de las dosis de antipsicóticos, empleadas en un centro de adultos era inferior a 0,5 DDD, mientras que en otro centro para niños la media de las dosis empleadas fue superior a 1 DDD.

Pocos estudios han indicado el promedio de dosis diaria total de neurolépticos recibidas por los sujetos estudiados. De algunos estudios ^{43-45, 48, 64, 66, 68, 89, 92} se puede deducir que, las medias de las dosis diarias de antipsicóticos por sujeto tratado, se

encontraban entre 0,5DDD y 1 DDD, pero la forma de expresar los resultados no permite calcular la magnitud exacta. No obstante, los estudios que informaron con exactitud de la media de dosis diaria total de neurolépticos que recibían los sujetos, proporcionan un abanico más amplio, entre 0,3DDD y 1,5 DDD ^{100, 102, 105-108}.

El trabajo de Linaker ⁴⁶ es muy ilustrativo, ya que compara la dosis de antipsicóticos que recibía un grupo de sujetos con retraso mental y las dosis notificadas en la población general, expresadas como DDD/1000 habitantes por día. El grupo de sujetos con retraso mental recibía 376 DDD/1000 sujetos con RM-día, frente 10 DDD/1000 sujetos-día en la población general. Efectuando los cálculos adecuados en los 862 sujetos estudiados aquí, se obtiene la cifra de 234 DDD/1000 sujetos con RM-día. Efectuando la corrección correspondiente a la fracción de sujetos medicados, la cifra obtenida es igual en ambos estudios, los sujetos con RM medicados con antipsicóticos recibían cada día por término medio 1 DDD de tales fármacos.

Sachdev ²⁷ informó que la media de dosis diarias que recibían los sujetos tratados con antipsicóticos que él estudió, era equivalente a 645 mg de clorpromazina, ó 2,15 DDD de fármacos antipsicóticos. Notablemente superior a la hallada en cualquiera de los centros incluidos en el presente estudio.

La magnitud de la media de la dosis diaria de neurolépticos entre los sujetos tratados, en la población aquí estudiada, se encuentra en la zona media del abanico descrito en la bibliografía.

Los antipsicóticos son fármacos ampliamente empleados para el control de conductas autolesivas, heteroagresivas, estereotipias e hiperactivas en sujetos con retraso mental, pero la efectividad y racionalidad de esta modalidad terapéutica no está siempre claramente establecida. Cuando se emplean en estas indicaciones las dosis diarias suelen ser del orden de 0,3 a 0,7 DDD, frente a 1 DDD para el tratamiento de los trastornos psicóticos ^{28, 109}.

Los antipsicóticos son utilizados frecuentemente para el control de las conductas agresivas, y son los agentes de elección si tal conducta es secundaria a psicosis. Los antipsicóticos inyectables de alta potencia, como haloperidol, pueden emplearse para control de la agresividad aguda, empleando la técnica conocida como "tranquilización rápida". La efectividad de los antipsicóticos para control de las conductas agresivas crónicas no ha sido fehacientemente demostrada, incluso puede tener un efecto

paradójico sobre estas conductas ¹¹⁰. El efecto antiagresivo a largo plazo de los antipsicóticos parece deberse a un efecto depresor inespecífico ²⁵ al que parece desarrollarse tolerancia ¹¹¹.

Los antipsicóticos han sido, y son, los fármacos más frecuentemente empleados para el control de las conductas autolesivas ¹¹⁰. La suspersensibilidad de neuronas dopaminérgicas en el sistema estriado ha sido implicada en la génesis de las conductas autolesivas, concretamente a receptores D1 supersensibles. Por tanto, no cabe esperar que los antipsicóticos, que fundamentalmente ejercen un bloqueo D2, desplieguen una acción antiautolesiva específica y distinta de la acción específicamente antipsicótica o de la sedante inespecífica. Los ensayos clínicos muestran que la acción antiautolesiva de los antipsicóticos es irregular, inespecífica y conlleva los típicos efectos adversos ¹¹².

Las estereotipias son conductas repetitivas, mecánicas, persistentes y topográficamente invariables, que parecen no cumplir ninguna función adaptativa ⁷¹. Estas conductas dificultan la interacción con el ambiente, y la adquisición de hábitos y destrezas adaptativas. La investigación animal y clínica ha implicado la sobreactividad del sistema dopaminérgico como un factor contribuyente. Algunos estudios controlados indican efectos beneficiosos de los antipsicóticos sobre estas conductas. Se ha postulado que, si aparecen otros efectos positivos en la conducta del sujeto tratado con antipsicóticos, puede deberse a que el sujeto está menos sometido a estereotipias. Los sujetos con mayor tendencia a responder de forma beneficiosa serían aquellos caracterizados por mayor nivel de estereotipias, y no tanto por agresividad o impulsividad ¹¹³.

En general el término hiperactividad se emplea para referirse al síndrome de hiperactividad por déficit de atención. Pero en la mayoría de la bibliografía relacionada con la deficiencia mental éste término es empleado de forma inespecífica para referirse a un amplio abanico de conductas aberrantes, fundamentalmente conductas disruptivas. Los neurolépticos parecen ser útiles para el control de la hiperactividad en sujetos con CI<46 ²⁸.

En la población estudiada, los tres antipsicóticos más frecuentemente empleados fueron, por este orden, tioridazina, levomepromazina, y haloperidol. Los tipos de antipsicóticos utilizados señalan, claramente, la intención sedante de su empleo.

La somnolencia causada por la medicación, si es intensa o se prolonga a lo largo del tiempo, puede interferir adversamente con el aprendizaje, el mantenimiento de conductas adaptativas. Los efectos colaterales anticolinérgicos centrales pueden afectar a la memoria, el aprendizaje y la conducta; y los periféricos pueden alterar la conducta al aumentar la incomodidad del sujeto. La disforia y la akatisia inducida por los antipsicóticos suponen una fuente importante de sufrimiento para los sujetos que las padecen, resultando en conductas que pueden confundirse con agitación psicomotriz y hostilidad, y son muy difíciles de detectar ya en sujetos con retraso moderado. Fenómenos como la discinesia y la akatisia tardías, son de aparición insidiosa, y pueden confundirse con estereotipias, conduciendo a la falsa interpretación de que los sujetos con retraso mental realmente necesitan continuar el tratamiento antipsicótico ¹¹⁴. Se ha demostrado que los antipsicóticos pueden interferir negativamente y de forma significativa, con el aprendizaje de los sujetos con retraso mental, en algunos casos sin aportar beneficios sobre las conductas desadaptativas ¹¹⁵. Gualtieri y cols ¹¹⁶ diagnosticaron discinesia tardía en el 34% de una muestra de jóvenes con retraso mental, encontrado una relación directa entre la gravedad de la misma y la dosis total acumulada de neurolépticos recibida. En el estudio de Rao y cols ¹¹⁷ la prevalencia de discinesia tardía fue del 21%, y la prevalencia de parkinsonismo fue del 60%, hallaron una asociación entre discinesia tardía y parkinsonismo. Sachdev ¹¹⁸ identificó discinesias tardías en el 34% de sujetos con retraso mental e historia de uso de antipsicóticos, el 4% padecían akatisia crónica, la presencia de algún tipo de síntoma pseudoparkinsoniano se encontró en el 31% de los sujetos, 30% temblor ligero y 22% rigidez. Bodfish y cols ¹¹⁹ encontraron una prevalencia del akatisia del 18%, entre sujetos con retraso mental que recibían antipsicóticos, frente al 5% entre sujetos que no estaban recibiendo estos fármacos.

El "síndrome neuroléptico maligno", es una complicación poco frecuente, pero letal, del uso de fármacos antipsicóticos, la posibilidad de supervivencia de los afectados depende fundamentalmente de la precocidad del diagnóstico ¹²⁰, lo que requiere personal altamente especializado. La morbilidad por este trastorno yatrogénico es doble, 21%, entre sujetos con retraso mental que en la población general, 12% ¹²¹⁻¹²².

Un aspecto controvertido pero que, de confirmarse, tendría una relevancia crucial en la práctica de la farmacoterapia de los problemas conductuales del retraso mental, es el riesgo de "psicosis tardía inducida por neurolépticos" ¹⁶, hacia cuya

existencia apuntan la aparición de nuevos problemas conductuales al retirar estos fármacos ^{116, 123}, y una tendencia progresiva hacia el alza en las dosis de mantenimiento de los sujetos a medida que avanza el tiempo ¹²⁴.

5-2-6. Ansiolítico-hipnóticos.

Recibían ansiolítico-hipnóticos (incluye los subgrupos N05B y N05C) ³⁴ el 12% de los sujetos incluidos en este estudio.

El uso de ansiolítico-hipnóticos por sujetos con retraso mental, es un aspecto menos frecuentemente estudiado que el uso de antipsicóticos.

Sewell y Werry ⁸⁹ indicaron que el 33% de los sujetos de su estudio tenían vigente una prescripción de hipnóticos, señalaban que usualmente eran de tipo PRN (si no duerme). De los datos aportados por Hughes ⁴³ se deduce que el 16% de los sujetos recibieron prescripciones de ansiolítico-hipnótico-sedantes. De los datos de Silva ⁴⁴, que entre el 28% y el 30% de los sujetos recibían fármacos ansiolítico-hipnóticos. A partir de los datos de Inoue ⁹¹, se puede estimar que el 6% de los sujetos recibían ansiolíticos, y el 4% recibían hipnóticos-seantes, pero no informó de la frecuencia de uso conjunto de ambas clases de fármacos. Intagliata y Rinck ⁴⁵ encontraron una prevalencia de uso de ansiolíticos del 6%, de hipnóticos del 4%, y de uno de ambos tipos de fármacos del 10%, entre sujetos residentes en instituciones de la comunidad; siendo del 17%, 9% y 26% respectivamente entre sujetos residentes en instituciones públicas; al parecer no se practicó la polifarmacia ni la cofarmacia dentro de estos grupos; si se considera el total de sujetos estudiados, la prevalencia calculada de uso global de ansiolítico-hipnóticos fue del 13%. En el estudio de Martin y Agran ⁶⁴ se informó, sin mayor precisión que entre el 3% y el 6% de los sujetos recibían ansiolítico-hipnóticos. Bates y cols ⁹⁶ encontraron entre sujetos con retraso mental y enfermedad mental unánimemente diagnosticada, una frecuencia de uso de ansiolítico-hipnóticos del 6%. Fischbacher ⁴⁸ informó que recibían tranquilizantes menores el 4% de los sujetos, y que el 3% recibía hipnóticos de forma regular, y aproximadamente un 6% adicional recibía también hipnóticos pero solo los fines de semana que pasaban en sus hogares de origen, o de forma condicionada (si no duerme). Bucks y Sprague ⁹² señalaron que durante un

intervalo de tiempo de un año, el 6% de los residentes en instituciones para cuidados a largo plazo, recibieron en algún momento fármacos ansiolítico-hipnóticos. Briggs ⁶⁶ informó de un aumento de la prevalencia de uso de estos fármacos, desde el 0,5% en 1984 hasta el 3% en 1987. En el estudio de Thinn y cols ⁶⁷ se informó que el 8% de los sujetos recibían benzodiazepinas. En el grupo de sujetos estudiado por Linaker ⁴⁶ el 5% recibían hipnótico-seadantes, fundamentalmente entre los diagnosticados de esquizofrenia, seguidos de los diagnosticados de trastorno de ansiedad. En el estudio de Sachdev ²⁷, entre sujetos internados en las salas de larga estancia para oligofrénicos dependientes de un hospital psiquiátrico, recibían ansiolítico-hipnóticos el 21% de los sujetos. Entre sujetos residentes en hogares grupales, la frecuencia encontrada de uso de fármacos ansiolítico-hipnóticos fue del 2% ⁹⁴. Cuando se estudiaron individuos con retraso mental profundo y múltiples incapacidades, residentes en el hogar familiar, se encontró que 29% de los niños, y el 25% de los adultos, recibían mediación con función sedante ¹⁰¹. Parry ⁶⁹ encontró que recibían ansiolítico-hipnóticos el 13% de los adultos que recurrieron a los servicios de una clínica especializada. En el estudio de Branford ⁷⁰, considerando el total de individuos estudiados, el 2% de los sujetos recibían ansiolíticos, y el 3% hipnóticos; pero si se consideraba el lugar de residencia, se observó que el 5% de los residentes en instituciones dependientes del sistema nacional de salud recibían ansiolíticos, y una fracción igual recibía hipnóticos; mientras que entre los residentes en la comunidad estos porcentajes bajaban al 2% para ambos grupos de fármacos. Franco y cols ²⁹, en una asociación de afectados, encontró que el 4% de los sujetos recibían ansiolítico-hipnóticos. Sin embargo, Novell y cols ¹²⁵ informaron de una prevalencia de uso de estos fármacos del 24%. De los datos aportados en el trabajo de Lajo y cols ³¹, se deduce que recibían ansiolítico-hipnóticos el 18% de los sujetos residentes en instituciones para afectados severos y profundos.

En comparación con los datos expuestos, la prevalencia de uso de ansiolítico-hipnóticos encontrada en el presente estudio ocupa una posición intermedia.

En la población observada aquí, las dos benzodiazepinas más frecuentemente utilizadas han sido diazepam y clorazepato dipotásico, ambas de vida media larga y de metabolización hepática que conduce a metabolitos activos. La tercera benzodiazepina más utilizada ha sido clonazepam, pero no ha sido considerada como ansiolítico sino como anticonvulsivante ³⁵, por lo que el fármaco ansiolítico-hipnótico que ocupó el

tercer lugar en la frecuencia de uso fue clobazam. Como ocurre con los antiepilépticos, que en ocasiones son usados como psicofármacos, también benzodiazepinas diferentes de clonazepam (por ejemplo clobazam) pueden ser utilizadas como antiepilépticos ¹²⁶; y clonazepam puede ser utilizado como ansiolítico ¹²⁷.

En la mayoría de los casos los ansiolítico-hipnóticos son empleados para control de la hiperactividad, la agresividad, la agitación, la conducta desorganizada, así como para inducir y mantener el sueño ¹²⁵. Las benzodiazepinas son efectivas a corto plazo (menos de 2 semanas) para el manejo de estas situaciones debido a sus propiedades sedantes, pero a largo plazo surge tolerancia al efecto sedante ^{111, 128}.

En el conjunto de sujetos estudiados en este trabajo, el número de ansiolítico-hipnóticos diferentes recibidos por un mismo sujeto, varió entre 1 y 3. Doce recibían más de 1 y solo 1 sujeto recibía simultáneamente 3 fármacos ansiolítico-hipnóticos. La práctica de "polifarmacia ansiolítica-hipnótica" se produjo en 8 de los centros participantes.

En el diseño del estudio hemos considerado conjuntamente los fármacos ansiolítico y los fármacos hipnóticos y sedantes. Es muy posible que algunos de los casos de "polifarmacia ansiolítica-hipnótica" se deba al empleo, por ejemplo" de una benzodiazepina con intención ansiolítica, más otra benzodiazepina con función hipnótica. Los criterios de calidad psicofarmacoterapéutica ¹⁰⁴ no consideran esta asociación criticable por sí misma, al menos desde los datos consignados en este trabajo, con la excepción del sujeto que recibía simultáneamente 3 fármacos ansiolítico-hipnóticos.

Es opinión personal del autor, que el uso simultáneo de un ansiolítico y un hipnótico debería ser siempre criticable, ya que la diversidad farmacocinética de las benzodiazepinas, y otros fármacos ansiolíticos o hipnóticos, actualmente disponibles permite seleccionar un agente único para la totalidad de las posibles situaciones clínicas.

El promedio de dosis de ansiolítico-hipnótico que recibía cada sujeto tratado con este tipo de fármaco fue 1,45 DDD (DS 1,40), rango de variación 0,3-8,25, mediana 1,00 DDD.

La escasa información disponible sobre las dosis de ansiolítico-hipnóticos empleadas al tratar sujetos afectados de retraso mental, es poco propensa a ser sometida a comparaciones, debido a la heterogeneidad metodológica; pero efectuando algunas transformaciones de los datos originales se pueden efectuar algunas comparaciones.

En el estudio de Silva ⁴⁴, la dosis diaria de ansiolítico-hipnóticos, en los sujetos tratados, osciló entre 0,7 y 2 DDD; siendo la media de 1,3 DDD/sujeto/día. Martin y Agran ⁶⁴ refirieron una dosis media algo mayor de 1 DDD. Del estudio de Intagliata y Rinck ⁴⁵ se puede deducir que, los sujetos tratados con ansiolítico-hipnóticos empleaban dosis entre 0,5-6 DDD por día, con un valor promedio en torno a 1,5 DDD/sujeto/día. Fischbacher ⁴⁸ y Buck y Sprague ⁹² también informaron de dosis medias de 1,5 DDD/sujeto/día.

El estudio de Linaker ⁴⁶ comparó el consumo de ansiolítico-hipnóticos de un colectivo de sujetos con retraso mental con el de la población general, obteniendo cifras algo inferiores para los primeros, 50,3 DDD/1000 sujetos/día y 59.3 DDD/1000 sujetos/día, respectivamente. Como solo recibían ansiolítico-sedantes el 5% de los sujetos con RM, se estima que la dosis diaria media por sujeto tratado fue 1 DDD.

Zaharia y Struxness ⁶⁸ refirieron dosis de ansiolítico-hipnóticos algo inferiores a 1 DDD. Sachdev ²⁷ informó que la dosis media de ansiolítico-hipnóticos en peso equivalente de diazepam fue 12,5 mg/día, es decir, 1,3 DDD/sujeto tratado /día.

Las dosis de fármacos ansiolítico-hipnóticos empleadas en los sujetos del presente estudio, son de magnitud similar a las descritas por otros autores.

La dosis promedio por fármaco ansiolítico-hipnótico empleado en cada sujeto de nuestro estudio fue de 1,24 DDD/fármaco ansiolítico-hipnótico (ds: 1,05), mediana 1,00 DDD/fármaco. Teniendo esto en cuenta, puede concluirse que cuando se decidía emplear un fármaco ansiolítico-hipnótico, se utilizaban dosis plenas. Al contrario que ocurría con los antipsicóticos, algunos pocos sujetos recibían dosis bajas, pero la mayoría de los usuarios de ansiolítico-hipnóticos recibían dosis plenas e incluso altas.

Ningún estudio de los revisados aborda este aspecto, pero si se tiene en cuenta la frecuencia informada de polifarmacia ansiolítica-hipnótica y las dosis por sujeto estimadas; aspectos comentados unos párrafos más arriba, se concluye que la situación al respecto debía ser análoga a la encontrada entre los sujetos de este estudio.

En la decisión de uso continuo de benzodiazepinas y fármacos afines, se deben considerar los riesgos de dependencia y "abuso", y de efectos adversos sobre la conducta diana que se pretende tratar, y sobre las esferas psicomotora y cognitiva^{111, 113, 125, 129-132}. Los efectos ansiolítico e hipnótico y el efecto amnésico de las benzodiazepinas están funcionalmente relacionados. Los déficits de memoria ocasionados por estos fármacos son relativamente selectivos, y están causados fundamentalmente por dificultades en la adquisición de nueva información, y de aprender nuevas tareas para uso a largo plazo. La magnitud del efecto parece estar relacionado con la dosis y los niveles plasmáticos, es más intenso en el periodo inmediatamente siguiente a cada dosis, y aunque se desarrolla cierta tolerancia, el déficit de memoria tiende a persistir mientras se sigue administrando el medicamento¹³³. El uso concomitante de fármacos con actividad anticolinérgica central puede potenciar los efectos amnésicos.

Entre los fenómenos conductuales adversos atribuidos al tratamiento con benzodiazepinas, se encuentran: angustia y violencia, conducta impulsiva y autolesiva, conducta depresiva, conducta maniforme, conducta delirante y alucinatoria, síntomas de abstinencia, dependencia física y abuso¹³⁴.

El presente estudio no estuvo dirigido hacia la detección o registro de efectos adversos atribuibles a los ansiolítico-hipnóticos.

5-2-7. Uso de otros psicofármacos.

Diez sujetos de la población aquí estudiada recibían **antidepresivos**. La prevalencia de uso de antidepresivos informada en la bibliografía ha variado entre del 1 al 8%^{27, 29, 45-46, 48, 64, 69-70, 92, 94}. La media de dosis de antidepresivo fue 0,57 DDD, mediana 0,36 DDD, indicando un uso como ansiolítico-hipnótico más que como antidepresivo. Un estudio⁴⁶ informó de dosis aún menores, 0,25 DDD/sujeto tratado /día. El resto de estudios^{45, 64, 92} informaron del empleo de dosis promedio plenas de 0,9 á 1,5 DDD/ sujeto tratado/ día.

Un estudio¹³⁵ trató de identificar predictores de respuesta al tratamiento antidepresivo en sujetos con retraso mental severo o profundo. Concluyó que se debe

dar prioridad al tratamiento antidepresivo cuando el sujeto presente una edad social relativamente alta, combinada con síntomas de depresión, psicosis o rabietas. En aquellos sujetos con menor edad social y conductas autolesivas o de hiperactividad la respuesta positiva es menos probable.

Meins ¹³⁶ encontró que los antipsicóticos fueron los fármacos más empleados para tratar la depresión en sujetos con retraso mental, de modo que el 45% de los sujetos con depresión recibían antipsicóticos, y el 11% recibían antidepresivos, el resto no eran tratados.

Los antidepresivos se han mostrado útiles, además de para los trastornos depresivos, para síndromes tan diversos como el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por déficit de atención y la bulimia ¹³⁷.

Los antidepresivos tricíclicos poseen efectos adversos, de tipo anticolinérgico similares a los que poseen los antipsicóticos, además, pueden ocasionar hipotensión ortostática, con afectación psicomotriz, y problemas cardíacos en personas sensibles ¹¹³. Los nuevos antidepresivos como los inhibidores de recaptación de serotonina y otros, poseen un perfil de efectos secundarios diferente, posiblemente afecten menos a la función cognitiva al ocasionar menor sedación y carecer de efectos anticolinérgicos significativos ¹³⁷, pero también está pendiente su evaluación en sujetos con retraso mental. Algunos estudios indican su utilidad para control de conductas agresivas y autoagresivas ^{111-112, 138-140}.

Tres sujetos recibían **litio**. La prevalencia de uso de litio, entre sujetos con retraso mental, informada en otros estudios varió desde <1 % hasta el 5% ^{27, 29, 45, 48, 64, 66, 68-69, 91, 92, 94, 106-107}. Este fármaco se ha mostrado útil en el control y profilaxis de la enfermedad bipolar ¹³⁷, también como tratamiento de conductas agresivas y autoagresivas de sujetos con retraso mental ^{28, 111, 128}. Este fármaco no afecta al estado de alerta, las funciones cognitivas, la memoria, ni el tiempo de reacción ¹²⁵. Por estos motivos sorprende el bajo nivel de utilización. Su empleo encuentra los inconvenientes de la necesidad de control estrecho de la litemia, y los efectos adversos como poliuria con el consiguiente riesgo de enuresis, deshidratación y daño renal, y las molestias gastrointestinales, riesgo de hipotiroidismo, y aumento de peso ¹¹⁰.

Dos sujetos estaban recibiendo **psicoestimulantes** (metilfenidato). La prevalencia de uso de psicoestimulantes en otros estudios^{29, 45, 62, 92, 94, 106} generalmente ha sido <1%. Pero los psicoestimulantes fueron los fármacos más frecuentemente prescritos a escolares con discapacidades del aprendizaje⁶⁵, un grupo notoriamente diferente del contemplado en este estudio. Los psicoestimulantes son claramente efectivos para el control de los síntomas de hiperactividad por déficit de atención, en sujetos con retraso mental leve o moderado¹⁴¹. Los resultados son menos consistentes cuando se administran a sujetos con retraso mental más profundo y en otros trastornos del desarrollo. Además, existe la preocupación de que puedan empeorar otras conductas desadaptativas como estereotipias o tics. No obstante, muchos sujetos con retraso mental de moderado a profundo mejoran drásticamente con estos fármacos. El principal predictor de respuesta positiva es la presencia clara de síntomas nucleares del trastorno de hiperactividad por déficit de atención (hiperactividad, impulsividad y falta de atención), en oposición a conducta disruptiva generalizada. La edad, el cociente intelectual y otros diagnósticos asociados poseen menor capacidad predictora de la respuesta. Otros problemas que frenan su empleo son el riesgo de dependencia y tolerancia, la posibilidad de insomnio, pérdida de apetito y de peso y la aparición de dolor abdominal¹²⁵.

5-2-8. Otros fármacos para problemas conductuales.

Solo el 5% de los sujetos estudiados recibían lo que hemos denominado "otros fármacos para problemas conductuales", y las dosis empleadas eran plenas e incluso altas, aunque algunos pocos sujetos recibían dosis bajas.

El diseño del estudio infravalora la frecuencia de uso de esta categoría de fármacos. Los sujetos que tomaban piridoxina junto a isoniazida (Cemidon B6[®]), clorazepato (Dorken[®]), pirazetam (Memorino[®]), o con otras vitaminas, no fueron considerados al contar la frecuencia de uso de esta vitamina. En la composición de algunos medicamentos se incluye ácido gamma-amino-butírico (GABA), ácido gamma-amino-beta-hidroxi-butírico (GABOB) y alfa-amino-glutarato de magnesio bromhidrato

(BGM): (Gamalate B6[®], Redutona[®]), pero no se les ha considerado como un principio activo independiente. Los sujetos que recibían las especialidades farmacéuticas mencionadas, no fueron contabilizados, por ello, entre los que recibían "otros fármacos para problemas de conducta". Por tanto, estos aportes de piridoxina, GABOB, GABA, y BGM, no han sido considerados al contabilizar el número de principios activos diferentes por sujeto, y tampoco en el cálculo de las dosis diarias definidas.

El grupo de "otros fármacos para problemas de conducta" está específicamente creado para servir de cajón de sastre en este trabajo, por tanto, no existen en la bibliografía datos con que comparar de forma directa. A modo orientativo, se indican a continuación algunas cifras de prevalencias relativas a grupos de medicamentos que en el presente estudio habrían sido clasificados como "otros fármacos para problemas de conducta". Poindexter ¹⁰⁶ comunicó que el uso de antihistaminicos con función de psicofármacos osciló entre 0,5-1%, a lo largo de un periodo de 10 años. Burd y cols ⁹⁴ reportaron una frecuencia de uso del 2%, para un conjunto de fármacos fundamentalmente compuesto por beta-bloqueantes, clonidina e hidroxicina. Franco y cols ²⁹ comunicaron que el 1% de la población recibía fármacos nootropos, vitaminas y/o otros. En la población estudiada por Lajo y cols ³¹ menos del 1% recibían naltrexona.

Naltrexona. La racionalidad de su empleo se fundamenta en hipótesis que explican las conductas autolesivas como disregulaciones del sistema opioide (hipótesis analgésica e hipótesis adictiva). En los estudios clinicos, solo la mitad de los sujetos con conductas autolesivas responden a este fármaco, que se muestra más eficaz en aquellos sujetos con autoagresiones muy graves y aparatosas ^{28, 112-113, 125, 142-144}.

Beta-bloqueantes. El propranolol es el fármaco más representativo de este grupo, cuyo empleo conduce a una reducción progresiva del estado de ansiedad, de los ataques de auto y heteroagresividad, de la verbalización ofensiva y amenazante y de la impulsividad, y de la akatisia inducida por neurpolépticos. Las respuestas positivas son más frecuentes en sujetos caracterizados por hiperactividad, excitabilidad y un permanente estado de activación autonómica. Los riesgos de su empleo son fundamentalmente la aparición de broncoespasmos, hipotensión y/o bradicardia, pero no produce sedación, ni parece afectar al aprendizaje ^{28, 111-113, 125, 145}.

Piridoxina, piridoxal, piridoxamina. Fue el “grupo” de “otros fármacos para problemas de conducta” más utilizado por la población del presente estudio. Se ha propuesto que la vitamina B6, y algunos de sus derivados, pudieran beneficiar el aprendizaje y la conducta de sujetos afectados por el síndrome de Down y en autistas. Los estudios realizados al efecto no han mostrado los beneficios pretendidos. Por el contrario, las megadosis de piridoxina pueden ocasionar efectos colaterales, como polineuropatías sensoriales graves e irreversibles, por tanto, su uso se desaconseja.¹¹³.

GABA + GABOB + BGM. Se trata de fármacos gabamiméticos, de cuya asociación se ha postulado efectos benéficos sobre la conducta de sujetos con retraso mental de leve a moderado, fundamentalmente reduciendo la hiperactividad y agitación, aumentando las habilidades sociales, y los rendimientos psicomotor y académico. No parecen ocasionar efectos adversos significativos¹⁴⁶. La evidencia de su eficacia consiste en ensayos abiertos, y merecería la ejecución de ensayos adecuadamente controlados que demostraran fehacientemente estas interesantes propiedades.

Piracetam. Pertenece a una categoría de medicamentos que se ha dado en llamar nootropos, indicando que mejoran la inteligencia y la capacidad cognitiva, pero la evidencia de su eficacia no es convincente, ni estadística ni clínicamente¹³⁷.

Antagonistas del calcio (nimodipino y nicardipino) han sido propuestos para el tratamiento de la demencia, revertir las secuelas de accidentes cerebrovasculares, y otros problemas neurológicos, con la finalidad de mejorar o paliar el deterioro de la memoria, y las conductas aberrantes. Ninguno de estos beneficios ha sido adecuadamente demostrado. Estos fármacos pueden ocasionar parkinsonismo, hipotensión, cefaleas y otros problemas^{71, 147}. Betahistina posee también propiedades vasodilatadoras cerebrales, su uso se propugna para mejorar conductas que son consecuencia de tinnitus y sensación vertiginosa¹⁴⁸.

Los antihistamínicos (prometazina, difenhidramina), se emplean como hipnóticos¹⁴⁹. Pizotifeno es un agente antimigrañoso utilizado para mejorar la conducta alimentaria al aumentar el apetito¹⁵⁰. Citicolina es un agente colinomimético¹⁵⁰, propuesto como capaz de mejorar la memoria, pero no hay evidencia experimental que apoye esta indicación.

5-2-9. Antiparkinsonianos.

El ocho por ciento de los sujetos de la población estudiada recibían antiparkinsonianos anticolinérgicos, en todos menos un caso, asociados a antipsicóticos. Prevalencia de uso que se encuentra en la zona intermedia en comparación con otras descritas en la bibliografía, del 2% al 15% ^{29, 31, 46, 48, 64, 69-70, 92}.

En la población del presente estudio, 1 de cada 3 sujetos tratados con antipsicóticos recibían también antiparkinsonianos. En otros estudios, la fracción de sujetos con retraso mental tratados con antipsicóticos que recibe antiparkinsonianos, varió entre 1 de cada 20 ⁴⁶ y 1 de cada 2 ⁴⁸, pero la mayoría informaron de fracciones de 1/3 a 1/6 ^{29, 31, 64, 69-70, 92}. En dos estudios efectuados en nuestra provincia, sobre pacientes psiquiátricos en general, las fracciones de sujetos tratados con antipsicóticos que usan antiparkinsonianos fueron, en uno de ellos de 1/3 ¹⁰³ y en el otro de 5/6 ¹⁵¹. La menor frecuencia de uso de antiparkinsonianos entre sujetos con retraso mental, con respecto al colectivo general de enfermos mentales, probablemente se deba al empleo de dosis relativamente bajas de antipsicóticos en los primeros con respecto a los segundos.

Las dosis de antiparkinsonianos fueron, en general, bajas, como indica el valor medio 0,47 DDD, lo que hace pensar fundamentalmente en una función profiláctica de efectos extrapiramidales. La finalidad de uso del agente antiparkinsoniano no se ha sido recabada en el impreso de recogida de datos. Muy pocos estudios publicados informan sobre la dosis media por sujeto tratado con antiparkinsonianos, variando de 0,3 DDD a 1,0 DDD ^{46, 48, 64, 92}.

La mayoría de los sujetos con retraso mental que toman antiparkinsonianos pueden prescindir de los mismos. Hancock y cols ¹⁰⁷ informaron que ninguno de los sujetos que recibían antiparkinsonianos al inicio del periodo estudiado seguía tomándolos al final del mismo.

El uso de antiparkinsonianos anticolinérgicos debe tener en cuenta que estos fármacos tienen sus propios efectos adversos periféricos y centrales, en especial la pérdida de memoria, merma de las capacidades cognitivas, y el efecto euforizante con el consiguiente riesgo de abuso; todos los cuales pueden repercutir sobre la conducta, sin olvidar los fenómenos de retirada ^{132, 152-155}.

5-3. Factores asociados con el uso y dosis de psicofármacos.

Los resultados de todos los análisis de regresión múltiple efectuados, han puesto de manifiesto la influencia del lugar de asistencia, en el riesgo de ser tratado con psicofármacos en general, con antipsicóticos, y con ansiolítico-hipnóticos. Junto al factor proceder de determinados centros, intervienen características demográficas (edad y sexo), y características diagnósticas (patología dual y epilepsia) y conductuales (frecuencia y/o gravedad de distintos problemas de conducta, frecuencia de crisis, y intensidad de la supervisión necesaria), y el empleo de otros tipos de fármacos.

Es más, en los tres grupos poblacionales analizados (total, internados, y evaluados con ICAP), después del padecimiento de diagnóstico dual, el principal factor determinante del riesgo de ser tratado con psicofármacos o con antipsicóticos fue "proceder de HP".

Sin embargo, el centro de procedencia no fue un factor que condicionara significativamente la probabilidad de recibir ansiolítico-hipnóticos, al considerar la población total, ni el subgrupo de sujetos internados, pero sí al considerar los sujetos valorados con ICAP.

Los análisis de regresión lineal múltiple efectuados para identificar los factores que influían significativamente en la dosis de psicofármacos en conjunto, de antipsicóticos y de ansiolítico-hipnóticos, para los 3 grupos poblacionales estudiados, implicaron la procedencia de algunos centros.

5-3-1. Variables demográficas.

5-3-1-A. Sexo.

En los análisis bivariantes, el sexo se mostró como un factor significativamente discriminatorio de las dosis de psicofármacos que recibían los sujetos internados; de las dosis de antipsicóticos en la población total y en la población internada; y de las dosis de ansiolítico-hipnóticos de los tres grupos estudiados (total, internados, y evaluados con ICAP).

Sin embargo, en los análisis de regresión logística, el sexo solo poseyó capacidad predictiva del uso de ansiolítico-hipnóticos entre la población internada. Si se reside en un internado, ser varón reducía la probabilidad de ser tratado con ansiolítico-hipnóticos.

En los análisis de regresión lineal múltiple, el sexo solo intervino en la determinación de las dosis de antipsicóticos que recibiría el sujeto, considerando toda la población. Ser varón implicaba recibir mayores dosis; mientras que ser mujer no suponía modificación de la dosis.

La mayoría de los estudios no encontraron asociación entre sexo y uso de medicación^{27, 45-46, 64, 82, 92, 94, 97, 101, 156}, o bien esta era contradictoria.

Un estudio⁴⁴ encontró que el porcentaje de mujeres que recibían ansiolítico-hipnóticos era significativamente mayor que el de hombres; pero no hubo diferencias significativas para otras categorías de fármacos.

Tu y Smith⁹⁰ encontraron mayor prevalencia de uso de psicofármacos entre internos de sexo femenino. Entre niños con discapacidad leve en los primeros años de escolarización, los varones tuvieron mayor probabilidad de recibir psicofármacos que las niñas⁶⁵.

Ni Linaker⁴⁶, ni Sachdev²⁷, encontraron que el sexo condicionara, de forma significativa, las dosis de neurolépticos. El estudio de Linaker⁴⁶ incluyó como variable independiente el peso del sujeto, el cual se mostró como un factor significativo en la determinación de las dosis de antipsicóticos. Es muy posible que el peso sea más importante que el sexo en este sentido; pero si aquel no es considerado, el sexo, que evidentemente condiciona el peso, puede emerger como factor condicionante de la dosis.

5-3-1-B. Edad.

En los análisis bivariantes, el aumento de la edad se asoció con mayor frecuencia de uso de psicofármacos, y de antipsicóticos, si se considera la población total estudiada o el subgrupo valorado con ICAP; pero no ocurrió así en el subgrupo de sujetos internados. El uso de ansiolítico-hipnóticos se asoció con edades más elevadas, solo si

se considera la totalidad de sujetos, pero no para el subgrupo de internados, ni el de valorados con ICAP.

La edad correlacionó con dosis de psicofármacos en los subgrupos de sujetos internos y de sujetos valorados con ICAP, y con la dosis de antipsicóticos de los sujetos valorados con ICAP. El resto de las correlaciones entre edad y dosis, no fueron significativas.

En los análisis de regresión logística se halló una influencia positiva de la edad sobre el uso de psicofármacos, antipsicóticos y ansiolítico-hipnóticos, indicando un menor riesgo de ser tratado si se es más joven, cuando se consideró el conjunto de todos los sujetos estudiados.

Las regresiones lineales múltiples, indicaron que la edad influía significativamente, y de forma negativa, en la cuantía de la dosis de psicofármacos del grupo internado, y en la dosis de antipsicóticos del grupo valorado con ICAP.

Los estudios que han examinado este punto encontraron resultados dispares. Tu y Smith ⁹⁰ encontraron una fuerte asociación entre edad y uso de psicofármacos, pero al controlar la edad para otras variables, esta asociación desapareció. Ni Stone y cols ⁹⁹, ni Buck y Sprague ⁹², hallaron que la edad fuera un factor predictivo del uso de antipsicóticos. Linaker ⁴⁶ encontró que solo el empleo de sedantes correlacionó, y de forma positiva, con la edad. Sachdev ²⁷ encontró que la edad no correlacionaba con el uso de antipsicóticos, pero sí de forma negativa, aunque no significativa, con la dosis de estos fármacos.

Hogg ¹⁰¹ encontró que los niños eran menos frecuentemente tratados con antipsicóticos que los adultos, pero no ocurría lo mismo para los sedantes, ni para los anticonvulsivantes. Otros han comunicado un aumento de la prevalencia de uso de psicofármacos con la edad ^{43, 156}. Intagliata ⁴⁵ encontró que, en instituciones "privadas" el uso de antipsicóticos aumentaba significativamente con la edad de los sujetos, y atribuía la baja prevalencia de uso entre los más jóvenes al "rechazo de los médicos a prescribir antipsicóticos a niños y adolescentes" ⁸², posiblemente como influencia de la opinión pública, ya que esta correlación no se halló en instituciones públicas. No obstante, otros autores se quejan de que las tasa de utilización de psicofármacos en la población infantil es muy alta, especialmente en instituciones, y de que sigue aumentando alarmantemente ¹⁵⁷. Pary ⁶⁹, estudiando una población de 369 sujetos con

retraso mental, encontró una prevalencia de uso de psicofármacos, del 50% en el grupo con edad entre 20-39 años, del 63% para edad entre 40-54 años y del 66% para mayores de 55 años.

Algunos autores han propuesto que es posible que exista una correlación curvilínea entre edad y uso de psicofármacos, con mayores tasas de utilización entre adultos jóvenes y de mediana edad, que entre niños y ancianos ²⁶. La influencia de la edad sobre el tratamiento es independiente de la presencia de diagnóstico dual; y quizá tenga relación con las precauciones frente a la yatrogenia en niños y ancianos. También es previsible una relación del mismo tipo entre dosis de psicofármacos y edad.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos y del comportamiento entre sujetos con retraso mental parece aumentar a medida que aumenta la edad, fundamentalmente debido al desarrollo de demencias, cuando se considera esta población de un modo global, independientemente de su lugar de residencia. Entre los sujetos mayores de 65 años, la prevalencia de trastorno psiquiátrico fue del 69%, y entre los menores de 65 años del 48% ¹⁵⁸. Se ha estimado que la mitad de los niños y adolescentes con RM padecen trastornos psiquiátricos, fundamentalmente "conducta psicótica" ¹⁵⁹.

Cuando se consideró la subpoblación de sujetos con retraso mental residentes en instituciones, la tendencia fue inversa. La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica disminuye a medida que la población envejece, siendo del 50% en el grupo de edad entre 40-49 años, 30% en el de 50-59 años, 25% en el grupo de 60-69 años y 27% (incluyendo demencias) entre mayores de 69 años; al parecer debido la disminución de los problemas de conducta relacionada con el envejecimiento ¹⁶⁰.

El curso natural de los problemas del comportamiento en los sujetos con retraso mental está poco estudiado. Los datos disponibles indican que en su mayoría son de larga duración ¹⁶¹⁻¹⁶², con pocos cambios en el comportamiento adaptativo en los estudios de seguimiento longitudinal.

Así, el aumento en la prevalencia de uso de psicofármacos, podría deberse a que estos fármacos se administran indefinidamente, sin un punto final identificado ¹¹⁴.

5-3-1-C. Internamiento.

En los análisis bivariantes, vivir internado en una institución, afectó significativamente al uso de psicofármacos y de antipsicóticos, tanto en la población total, como en el subgrupo evaluado con ICAP; y al uso de ansiolítico-hipnóticos en la población total. La condición de interno no afectó a las dosis de ninguna categoría de psicofármaco considerada.

Entre los sujetos internados, la duración del internamiento fue significativamente mayor entre los sujetos que recibían psicofármacos y antipsicóticos, que entre los que no los recibían, pero no hubo diferencias al respecto entre quienes tomaban y no tomaban ansiolítico-hipnóticos. La duración del internamiento no afectó a las dosis de ninguna de las categorías de fármacos consideradas.

Sin embargo, ni el internamiento, ni la duración del mismo emergieron como variables significativas en ninguno de los análisis de regresión efectuados.

La mayor frecuencia de uso de psicofármacos entre sujetos internados se podría explicar argumentando, que los sujetos eran internados por presentar más graves problemas de conducta ^{21, 109, 162}. Pero lo contrario, el internamiento como causa de problemas conductuales más graves, también podría ser cierto, al menos en algunos medios donde la asistencia a sujetos con retraso mental no ha evolucionado, y los intereses de la institución prevalecen sobre los intereses del individuo ¹⁶³.

Se ha comunicado que la prevalencia de uso de psicofármacos es más alta a medida que el medio es más restrictivo, no cabe duda que la disciplina y las restricciones en la vida cotidiana impuestas por el internamiento en instituciones son muy superiores a las de la vida familiar. Martin y Agram ⁶⁴ hallaron que el 77% de los sujetos que vivían en instituciones estaban siendo tratados con psicotropos (especialmente neurolépticos e hipnóticos) o anticonvulsivantes, frente a solo el 33% de aquellos que vivan con sus propias familias. Posteriormente Clarke y cols ⁹³ encontraron que el porcentaje de sujetos que recibían psicotrópicos para el control de conductas era, del 10% entre los que vivían en familia, frente al 20-40% de los residentes en instituciones. Cifras similares, referidas al uso de antipsicóticos, se encontraron en otros estudios ^{70, 164}.

La desinstitucionalización no pareció afectar a la frecuencia de uso de psicofármacos, según varios informes ^{67, 100, 124, 165}. En estos informes, el énfasis se puso

en la intervención desinstitucionalización, mientras que los cambios en el tratamiento farmacológico no serían deseables, especialmente la reducción de dosis o la interrupción de la administración de psicofármacos, por miedo a que estas maniobras pudieran dar al traste con el intento de integración en la comunidad.

Poindexter ¹⁰⁶ encontró, entre sujetos internados en instituciones, una reducción tanto de la frecuencia de sujetos tratados con antipsicóticos, como de la dosis empleadas, a lo largo de un periodo de seguimiento de 10 años. Hancock y cols ¹⁰⁷ también encontraron una reducción desde el 30% hasta el 12%; estadísticamente significativa, de la prevalencia de uso de psicofármacos en el transcurso de 10 años, en una población institucionalizada, pero las dosis empleadas tendieron a sufrir un ligero aumento.

Es posible que los aparentes efectos de la duración del internamiento se daban realmente al envejecimiento de la población.

5-3-2. Variables diagnósticas.

5-3-2-A. Grado de retraso mental y nivel funcional.

En los análisis bivariantes, cuando se consideró a todos los sujetos observados, aquellos con retraso mental profundo mostraron una frecuencia significativamente mayor que la esperada de uso de psicofármacos, de antipsicóticos y de ansiolítico-hipnóticos, y aquellos otros con retraso mental moderado y grave recibían antipsicóticos con una frecuencia menor que la esperada. Pero el grado de retraso mental no mostró influencia alguna al considerar solo los sujetos internados, o los sujetos valorados con ICAP. Tampoco las dosis de ninguna categoría de psicofármacos se mostró diferente en función del grado de retraso mental.

Los análisis de regresión multivariantes no mostraron que el grado de retraso mental, como variable independiente, tuviera capacidad predictiva ni de la probabilidad de recibir alguna de las categorías de psicofármacos, ni de las dosis empleadas.

En los sujetos evaluados con ICAP pudo estudiarse la relación entre el uso de psicofármacos y el nivel funcional, expresado como capacidad de uso de lenguaje oral,

o de signos o de símbolos; o mediante los niveles de destrezas adaptativas motoras, sociales y comunicativas, para la vida personal, y para la vida en comunidad, y el índice de independencia general, y la edad equivalente en meses, o la puntuación de servicio.

Se encontró que las destrezas para la vida en comunidad y la puntuación de servicio eran más bajas, de forma estadísticamente significativa, entre los sujetos que recibían psicofármacos. Los sujetos que recibían antipsicóticos presentaron valores significativamente inferiores de la puntuación de servicio que los sujetos que no los recibían. Ni el uso de ansiolítico-hipnóticos, ni las dosis de ninguna de las categorías de psicofármacos, mostraron relación con estas variables.

La regresión logística mostró que la "puntuación de servicio" afectaba significativamente al riesgo de ser tratado con psicofármacos. Ninguna otra variable relacionada con el nivel funcional afectó a este riesgo. El riesgo de ser tratado con antipsicóticos o con ansiolítico-hipnóticos no se modificó significativamente por ninguna de estas variables.

La regresión lineal múltiple tampoco evidenció influencia de estas variables sobre las dosis de ninguna categoría de psicofármacos.

Tú y Smith ⁹⁰ no encontraron diferencias en la frecuencia de uso de psicofármacos entre los sujetos con retraso leve-moderado y los que padecían retraso grave-profundo. Göstason ¹⁸ tampoco encontró diferencias significativas en el uso de psicofármacos, en función del grado de retraso mental. El estudio de Cullinan y cols ⁶⁵ no halló relación entre cociente intelectual y uso de psicofármacos, entre escolares con retraso mental. En los estudios de Buck y Sprage ⁹², de Burd y cols ⁹⁴, y de Sachdev ²⁷, ni el grado de retraso, ni las diversas medidas funcionales mostraron relación ni con el uso de psicofármacos, ni con las dosis de los mismos.

Intagliata y Rinck ⁴⁵ no encontraron relación entre nivel funcional y uso de antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, o sedante-hipnóticos; tanto entre sujetos de residencias públicas (estatales) como privadas (en la comunidad); aunque hallaron una asociación negativa entre el uso de antipsicóticos y el nivel de autodeterminación.

Por el contrario, Martin y Agran ⁶⁵ encontraron una relación inversa entre grado de retraso mental y frecuencia de uso de antipsicóticos, el 74% de los sujetos con retraso leve recibían neurolepticos, en comparación con el 14% de los sujetos con retraso profundo; pero hallaron un patrón inverso para el uso de ansiolíticos, el 14% de los

leves recibían ansiolíticos frente al 29% de los profundos. Los estudios de Stone y cols⁹⁹ y de Linaker⁴⁶ también encontraron una relación positiva entre inteligencia y frecuencia de uso de neurolépticos, por el contrario, las destrezas funcionales, capacidad comunicativa y veracidad, correlacionaron negativamente con las dosis de los mismos.

Ono¹⁶⁶ encontró una asociación positiva entre la dosis de antipsicóticos y la intensidad de la discapacidad.

El nivel de servicio es una puntuación mixta de destrezas adaptativas y problemas conductuales, por tanto, la asociación con el riesgo de recibir psicofármacos es posible que se deba al último, más que al primero, de los dos componentes mencionados. A la vez, la falta de recursos relacionada con menor inteligencia favorece la aparición de problemas de conducta como respuesta a problemas o dificultades triviales.

5-3-2-B. Disfunción sensitivo-motora, y salud física.

El uso de ansiolítico-hipnóticos fue significativamente mayor entre los sujetos que padecían disfunciones sensitivo-motoras, al considerar la población total. Este efecto, observado en los análisis bivariantes, se mantuvo al efectuar el análisis de regresión logística.

Aunque en los análisis bivariantes no se observó asociación entre dosis de antipsicóticos y padecimiento de disfunciones sensitivo-motoras; los análisis de regresión lineal múltiple revelaron que su presencia implicaba reducción de dosis de antipsicóticos, considerando el total de la población.

Entre los sujetos valorados con ICAP, los análisis bivariantes no mostraron asociación significativa de la capacidad visual, la capacidad auditiva, las limitaciones en la movilidad brazo-mano, el confinamiento en cama o silla de ruedas, o la necesidad de ayuda personal para desplazarse, ni con la frecuencia de uso, ni con las dosis empleadas, de cualquiera de las categorías de psicofármacos. No obstante el nivel de significación de la asociación entre las dosis de ansiolítico-hipnóticos y las variables "confinamiento en silla de ruedas" y "necesidad de otra persona para moverse", se aproximaron mucho al nivel prefijado, indicando una tendencia hacia uso de dosis menores de estos fármacos entre las personas con movilidad disminuida.

Ni la presencia de problemas de salud limitantes de las actividades de la vida diaria, ni la frecuencia de necesidad de atención sanitaria, influyeron en la frecuencia de uso, ni en las dosis de las distintas categorías de psicofármacos estudiadas.

En los análisis de regresión lineal múltiple, la falta de movilidad (confinamiento en silla de ruedas o en cama) emergió como un factor significativo que disminuía la dosis de ansiolítico-hipnóticos.

Stone y cols ⁹⁹ encontraron una asociación negativa entre uso de psicofármacos y padecimiento de parálisis cerebral. Aman y cols ¹⁶⁷ observaron que hubo una asociación negativa entre el padecimiento de disfunción sensitivo-motora y el uso de psicofármacos.

Es posible que las dificultades en la movilidad impidan físicamente las conductas disruptivas, que frecuentemente son diana del tratamiento psicofarmacológico ²⁶.

Un estudio ⁴⁵ encontró una asociación directa entre el uso de antipsicóticos, e inversa entre el uso de hipnótico-sedantes, y el grado de desarrollo físico; en este estudio también se halló una correlación positiva entre necesidad de cuidados "médicos" y el uso de ansiolíticos. También se ha encontrado una correlación positiva entre somatización y dosis de antipsicóticos ⁴⁶.

Los sujetos con retraso mental y/o con disfunciones múltiples suelen presentar elevadas tasas de problemas de sueño, que interfieren en el rendimiento y capacidad de habilitación de estos sujetos ¹⁶⁸, el uso de sedantes ha sido relacionado con el padecimiento de problemas de sueño en este grupo de población ¹⁰¹.

Es decir, la falta de movilidad facilitaría adormecimientos a deshoras, dando lugar a problemas de sueño (vigilia) en las horas nocturnas, siendo estos últimos los que motivan la prescripción de sedantes.

5-3-2-C. Epilepsia y frecuencia de crisis.

Los análisis bivariantes mostraron que el padecimiento de epilepsia se asoció a un uso significativamente menos frecuente de antipsicóticos entre los sujetos internados. El uso de ansiolítico-hipnóticos fue más frecuente entre los sujetos diagnosticados de

epilepsia en la población total. Padecer epilepsia no afectó a las dosis de ninguna categoría de psicofármacos, en ninguno de los grupos de población analizados.

Haber padecido crisis epilépticas en el último año, no influyó ni en la frecuencia, ni en la magnitud de las dosis de ninguna categoría de psicofármacos, en los grupos de población analizados.

Sin embargo, la regresión logística hizo emerger el diagnóstico de epilepsia como factor reductor del riesgo de ser tratado con psicofármacos o con antipsicóticos, en la población total; y de recibir ansiolítico-hipnóticos en el subgrupo de sujetos internados. La frecuencia de crisis epilépticas emergió como factor reductor del riesgo de recibir antipsicóticos, entre la población valorada con ICAP.

En los análisis de regresión lineal múltiple, ni el diagnóstico de epilepsia, ni haber sufrido crisis en el último año, afectaron a las dosis de las diferentes categorías de psicofármacos.

La influencia de la epilepsia sobre el uso de psicofármacos fue independiente de la ejercida por el uso de anticonvulsivantes. Padecimiento de epilepsia y uso de antiepilépticos aparecen como variables independientes que participan simultáneamente en varios de los modelos de regresión obtenidos.

Linaker ⁴⁶ no encontró asociación entre historia de crisis epilépticas y frecuencia de uso de antipsicóticos, ni tampoco de ansiolítico-hipnóticos. Pero una reducción del riesgo de recibir psicofármacos, asociada al padecimiento de epilepsia ha sido observada por otros ^{82, 99}.

La asociación negativa entre uso de antipsicóticos y diagnóstico de epilepsia, puede deberse a una actitud de precaución frente al riesgo de convulsiones yatrógenas ¹⁶⁹. La asociación negativa entre epilepsia y uso ansiolítico-hipnóticos entre sujetos internos no resulta fácil de explicar, pero es posible que en este colectivo haya un uso más frecuente de fenobarbital y que ello prevenga contra el uso de ansiolítico-hipnóticos.

5-3-2-D. Diagnóstico psiquiátrico y problemas conductuales.

En los análisis bivariantes, el diagnóstico dual se mostró como una variable asociada al uso de psicofármacos y antipsicóticos en los tres grupos de población, y con el uso de ansiolítico-hipnóticos en la población total y el subgrupo de internados, pero no en el de sujetos valorados con ICAP.

Las dosis de psicofármacos, y de antipsicóticos en la población total, y las de ansiolítico-hipnóticos en el subgrupo de sujetos internados, fueron significativamente mayores entre los sujetos con diagnóstico dual que entre los sujetos sin este tipo de diagnóstico.

Un uso significativamente más frecuente de psicofármacos se asoció con exhibir una o más veces al mes, alguna de las siguientes conductas: autolesivas, destructivas, disruptivas, atípicas y repetitivas, socialmente ofensivas, o retraídas y falta de atención. También con exhibir con gravedad de moderada a crítica, conductas autolesivas, heteroagresivas, destructivas, o disruptivas.

El uso de antipsicóticos se asoció con las mismas variables asociadas al uso de psicofármacos, y con la presencia de conductas retraídas y faltas de atención de moderadas a críticas.

Todos los índices derivados de problemas de conducta (interno, externo, asocial y general) fueron significativamente más negativos entre los usuarios de psicofármacos y de antipsicóticos.

Ningún problema de conducta, ni en su frecuencia o en su gravedad de presentación, ni los índices conductuales derivados, mostraron asociación con el uso de ansiolítico-hipnóticos.

Las dosis de psicofármacos y de antipsicóticos fueron mayores entre quienes presentaban conductas heteroagresivas de gravedad moderada a crítica; y las de ansiolítico-hipnóticos entre los que presentaban conductas heteroagresivas o destructivas de gravedad moderada crítica.

Los índices externo y general correlacionaron significativa y negativamente con las dosis de psicofármacos y con las dosis de ansiolítico-hipnóticos, pero ninguno de los índices derivados correlacionaron con las dosis de antipsicóticos.

Las regresiones logísticas revelaron que la presencia de diagnóstico dual era el factor que influía de forma más importante al riesgo de ser tratado con psicofármacos, y

con antipsicóticos, para la población total y para los dos subgrupos analizados. Ninguna conducta en particular sobresalió independientemente de la presencia de diagnóstico dual.

También fue el factor más importante en el riesgo de recibir ansiolítico-hipnóticos, en el total de la población, y en el subgrupo de sujetos internados. En el grupo valorado con ICAP, emergieron como factores independientes, la frecuencia de conductas no colaboradoras y la gravedad de conductas disruptivas, desapareciendo el diagnóstico dual como variable significativa.

Los modelos de regresión lineal múltiple indicaron que las dosis de psicofármacos y de antipsicóticos dependían de la presencia de diagnóstico dual, cuando se consideraba la población total. Entre los sujetos internados, las dosis de cualquier tipo de psicofármaco fueron independientes de la presencia de diagnóstico dual.

En el grupo valorado con ICAP, la presencia de diagnóstico dual no apareció como significativa. La gravedad de las conductas heteroagresivas y de las socialmente ofensivas, emergieron como factores que incrementaban las dosis de psicofármacos. La gravedad de la heteroagresividad y la falta de colaboración incrementaban las dosis de ansiolítico-hipnóticos. Ninguna de las conductas anormales, tipificadas en ICAP, ni de los índices conductuales derivados, influyeron sobre las dosis de antipsicóticos.

Tu y Smith ⁹⁰ hallaron que el uso de medicación psicotrópica estaba ligado a la presencia de diagnóstico de psicosis. Intagliata y Rinck ⁴⁵ encontraron que, las conductas hiperactivas y las conductas retraídas eran los únicos factores asociados al uso de antipsicóticos en residencias de la comunidad; mientras que las conductas violentas y destructivas, eran los principales factores que se asociaron al uso de antipsicóticos entre los sujetos residentes en instituciones públicas; cuando consideraron el conjunto de ambos tipos residencias, las conductas asociadas al uso de antipsicóticos fueron la violencia y destructividad y la hiperactividad; el uso de ansiolíticos se asoció, para el conjunto de los dos tipos de residencias, con la rebeldía y la presencia de estereotipias; el uso de sedante-hipnóticos con la conducta violenta y destructiva. En instituciones públicas ⁹⁹, los principales predictores del uso de antipsicóticos fueron agresividad, autolesiones y depresión. Entre escolares con retraso mental ⁶⁵, los sujetos medicados presentaron puntuaciones mayores de hiperactividad y de rechazo social. En

el estudio de Linaker ⁴⁶ la presencia de diagnóstico dual emergió como el principal factor condicionante del uso de medicación psicotrópica; y la conducta disruptiva fue el principal factor explicativo de la variabilidad en las dosis. En otro estudio en sujetos internados en un hospital psiquiátrico ²⁷, el diagnóstico psiquiátrico no predijo el uso ni las dosis de antipsicóticos, pero la puntuación general de problemas de conducta correlacionó positivamente con las dosis de estos fármacos, las puntuaciones de estereotipias negativamente. Otros trabajos ^{94, 164, 166, 170} encontraron que la presencia de diagnóstico psiquiátrico o problemas conductuales se asociaban estrechamente al uso y dosis de psicofármacos y de otros fármacos para problemas de conducta.

Pero otros autores han encontrado resultados diametralmente opuestos, así, Clarke y cols ⁹³ informaron que la mayoría de los sujetos residentes en hospitales que estaban recibiendo medicación para modificar su conducta, no disponían de diagnóstico psiquiátrico; además, no parecía haber diferencias en la prevalencia de trastornos de conducta entre los sujetos que residían en el hogar familiar, o en residencias de la comunidad o en hospitales, que justificase las notables diferencias en el uso de psicofármacos.

Los problemas de conducta que, en el retraso mental, conducen con mayor frecuencia al tratamiento con psicofármacos ²⁶, fueron, hiperactividad, agresividad, autolesiones, conducta amenazante, destructividad, y rabietas. En las instituciones, las conductas autolesivas de carácter grave y los problemas de sueño han sido los principales motivos para el uso de psicofármacos; mientras que hiperactividad, agresividad y destructividad han sido las principales causas de su empleo en el medio comunitario.

Las conductas anormales pueden ser consideradas como evidencia de la existencia de un trastorno psiquiátrico. Pero esto no siempre debe ser así, incluso los sujetos con retraso mental emocionalmente bien ajustados, por definición, experimentan dificultades de funcionamiento en su propio medio, y es posible que lleguen a desplegar problemas conductuales similares a los que padecen una patología psiquiátrica ¹⁷¹. Por otra parte, puede observarse síntomas conductuales similares en patologías psiquiátricas diferentes, produciendo un oscurecimiento diagnóstico ¹⁷².

El padecimiento de diagnóstico dual como causa de uso de psicofármacos es lógico, no hay dudas de que el sujeto con retraso mental cuya conducta aberrante sea debida a un trastorno esquizofrénico, adecuadamente diagnosticado, deba ser tratado con antipsicóticos ¹¹⁰. Esta afirmación se basa en la evidencia aportada por estudios efectuados en sujetos no retrasados, ya que existe una carencia total de ensayos clínicos que evalúen la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de sujetos en los que concurren retraso mental y esquizofrenia ¹⁷³.

El problema surge al examinar la correspondencia ⁹⁴ entre diagnóstico psiquiátrico y tratamiento empleado. Matson y cols ¹⁷⁴ observaron una amplia variabilidad en las prácticas farmacoterapéuticas, para idénticos trastornos. Bates y cols ⁹⁶ encontraron, en un colectivo de 242 internos con retraso mental, que solo el 45% de las parejas diagnóstico-tratamiento eran adecuadas, el 16% eran de dudosa adecuación y el 39% eran probablemente incorrectas.

5-3-2-E. Uso de otros fármacos.

En los análisis bivariantes, el uso de antiepilépticos se halló asociado con una mayor probabilidad de recibir psicofármacos en la población total, y de recibir ansiolítico-hipnóticos en la población total y en el grupo de sujetos internados. También se asoció con el uso de dosis mayores de psicofármacos en la población total, y de ansiolítico-hipnóticos solo en la población internada. Las dosis de antiepilépticos no correlacionaron con las dosis de psicofármacos, de antipsicóticos, ni de ansiolítico-hipnóticos.

Los análisis de regresión logística mostraron que el riesgo de ser tratado con psicofármacos, con antipsicóticos, y con ansiolítico-hipnóticos, en el grupo total, dependía significativamente del uso de antiepilépticos. El uso de antiepilépticos también afectó al riesgo de recibir ansiolítico-hipnóticos en el grupo de sujetos internos.

Los análisis de regresión lineal múltiple señalaron que la dosis de psicofármacos, en la población total, y de ansiolítico-hipnóticos en la población total y en el subgrupo de sujetos internados, eran mayores si se utilizaba también anticonvulsivantes; este efecto no se mostró con relación a las dosis de antipsicóticos.

Medicación "somática". El uso de psicofármacos, de antipsicóticos, y de ansiolítico-hipnóticos, estaban asociados con el uso de medicación "somática", cuando se consideró la población total. Las dosis de ansiolítico-hipnóticos fueron menores entre los sujetos que recibían medicación somática y estaban internados.

Pero los análisis de regresión logística no hallaron dependencia del riesgo de recibir alguna de las categorías de psicofármacos con el uso de medicación somática.

Por otra parte, en los análisis de regresión lineal múltiple, el uso de medicación somática solo afectó, negativamente, a las dosis de psicofármacos en la población total, pero no a las dosis de antipsicóticos o de ansiolítico-hipnóticos.

El empleo de "otros fármacos para problemas de conducta", no supuso diferencias en el uso, ni en las dosis de ninguna de las categorías de psicofármacos, ni en los análisis bivariantes, ni en los de regresión multivariante.

El uso de ansiolítico-hipnóticos y el uso de antipsicóticos estuvieron asociados en el conjunto de la población total, pero no en los subgrupos de sujetos internados y de sujetos valorados con ICAP. No hubo correlación entre dosis de antipsicóticos y las dosis de ansiolítico-hipnóticos. El aumento del riesgo de ser tratado con antipsicóticos si el sujeto recibía ansiolítico-hipnóticos (y viceversa), se mantuvo en los análisis de regresión logística.

La influencia del uso de antiepilépticos sobre el uso de las distintas categorías de psicofármacos, así como del uso de ansiolítico-hipnóticos sobre el uso de antipsicóticos y viceversa, refleja la tendencia a la práctica de la cofarmacia. Esto explicaría también la relación entre uso de antipsicóticos y ansiolítico-hipnóticos. La cofarmacia podría tener por objeto un abordaje sintomático de los síndromes psiquiátricos y los problemas conductuales, y frenar la escalada de dosis de las distintas categorías de psicofármacos en los pacientes de control más problemático^{90, 97-98}.

La influencia positiva del uso de antiepilépticos sobre las dosis de psicofármacos y de ansiolítico-hipnóticos, puede reflejar interacciones de tipo farmacocinético, por ejemplo, un aumento del aclaramiento plasmático de los antipsicóticos y de las benzodiazepinas inducido por los antiepilépticos¹⁷⁵.

La influencia de la medicación somática sobre el uso de psicofármacos es de carácter negativo, lo que puede indicar una mayor precaución de uso de psicofármacos entre sujetos médicamente enfermos. También que problemas físicos pueden ser la causa de los problemas de conducta. Si el origen "somático" de la conducta (agitación debida a otalgia) no es identificado, el sujeto es tratado con psicofármacos, el problema no se extingue y las dosis se aumentan. Si el origen "somático" de la conducta anormal es identificado y tratado, puede que también se emplee el tratamiento psicofarmacológico, pero no habría escalada de las dosis de psicofármacos. La escalada de dosis, por no buscar, o no encontrar, el origen "somático" del problema de conducta, es más probable que ocurra entre los sujetos que ya estén siendo tratados con psicofármacos y a los que se les ha puesto una etiqueta dual. Este aspecto se ha comentado al hablar de la prevalencia de uso de medicación somática.

5-3-2-F. Influencia del centro.

Se observaron diferencias significativas entre los centros, en la fracción de sujetos que tomaban cualquiera de los tipos de fármacos estudiados. Diferencias que también se observaron al analizar las dosis de psicofármacos, de ansiolítico-hipnóticos, y de medicación somática, pero no al comparar las dosis de antipsicóticos, ni de fármacos antiepilépticos.

En los análisis de regresión multivariante, la procedencia de determinados centros emergieron como factores significativamente predictores, tanto de la probabilidad de recibir las diferentes categorías de psicofármacos, como de las dosis a recibir.

Las diferencias entre centros son independientes del carácter de internado de algunos de ellos, de la edad de los sujetos que asisten, y de la frecuencia de diagnóstico dual u otros tipos de diagnóstico. Reflejando un conjunto de aspectos que hemos denominado "cultura asistencial" y que incluyen actitudes, expectativas, organización, recursos, ..., todos ellos, aspectos externos al sujeto con retraso mental y que inciden sobre él.

El estudio de Tu y Smith ⁹⁰, encontró que residir en instituciones pequeñas era un factor asociado a mayor riesgo de recibir psicofármacos, que hacerlo en instituciones mayores. En el presente estudio no se ha considerado la variable "tamaño del centro", pero el centro de internamiento con mayor número de sujetos (SF) es el que presentó una frecuencia más baja de uso de psicofármacos, es más, proceder de SF conlleva un riesgo de ser tratado con psicofármacos 5 veces menor que lo contrario.

Martin y Agran ⁶⁴, estudiando una población de sujetos con retraso mental adultos, en residencias y en talleres vocacionales, encontraron que el uso de psicotrópicos y/o anticonvulsivantes se asoció significativamente a emplazamientos más restrictivos (internados) y con no acudir a talleres vocacionales. El presente estudio no consideró la asistencia a talleres, pero un estudio previo ³² informó que en HP había una cantidad considerable de sujetos que no acudían a terapia ocupacional/lúdica, y que este factor se asoció con mayor uso y dosis de antipsicóticos, en comparación con SR.

Intagliata y Rinck ⁴⁵ encontraron que los factores que se asociaron con el uso de antipsicóticos eran diferentes en función de la dependencia patrimonial de la residencia. El uso de ansiolíticos también se vio afectado por el tipo de residencia. Branford ⁷⁰ también observó que la dependencia patrimonial afectaba a la prevalencia de uso de psicofármacos. En ambos estudios, la fracción de sujetos tratados con psicofármacos era mayor entre aquellos cuya residencia dependía del estado (públicas), que entre los que residían en acomodación privada.

Las dosis empleadas también parecen verse afectadas por la dependencia patrimonial ¹⁷⁶. Un efecto de este tipo también había sido observado en un estudio ³³ que comparó, al respecto, tres de los centros de los incluidos en este: HP, SR y SF.

El uso de fármacos psicotrópicos varió ampliamente entre las instituciones participantes en otro estudio ⁹⁹, incluso cuando se controlaron los factores demográficos y conductuales. Linaker ⁴⁶ encontró que las dosis de antipsicóticos correlacionaban positivamente con la disponibilidad de médico, y negativamente con la oferta de actividades y el número de residentes en la institución.

Sin embargo, Buck y Sprague ⁹² no encontraron dependencia entre la frecuencia de uso de psicofármacos, ni tampoco con las dosis empleadas, de ninguna de un

conjunto de variables (costes, personal de plantilla, número de camas) incorporadas para caracterizar los centros asistenciales.

Al considerar la variable centro, se ha querido incluir una serie de características difícilmente tangibles, relacionadas con el personal, y los medios materiales y los programas. Lo que se ha dado en llamar "ambiente" ¹⁷⁷ de la institución y los "factores emotivos" en los cuidadores ¹⁷⁸; pero no hemos recogido medidas específicas, que permitan su evaluación. El empleo, en futuros estudios, de instrumentos que permitan evaluar y compara estos aspectos en los distintos centros, podría aclarar la cuestión.

En el caso de sujetos no internados, la influencia del ambiente y estructura familiar ¹⁷⁹ sobre las conductas y la demanda de asistencia psiquiátrica y uso de medicamentos, también debería ser considerado. Clerici y cols ¹⁷⁸ encontraron una mayor frecuencia, tanto de problemas conductuales como del uso de neurolépticos, entre sujetos con retraso mental cuyas familias podían ser clasificadas como de "alta expresividad emocional", en comparación con aquellos otros cuyas familias se clasificaron como de baja expresividad emocional. La expresividad emocional (que implica reacciones de hostilidad, crítica, sobreimplicación emocional, cordialidad, advertencias positivas) es un método de evaluación de la emotividad que el familiar del paciente experimenta hacia el sujeto enfermo. Aspectos todos ellos que, referidos al personal de las instituciones para retrasados mentales, forman parte de lo que hemos dado en llamar "cultura asistencial".

Un problema adicional procede de la presión ejercida sobre el médico por el cuidador / familiar que convive o trabaja directa y cotidianamente con el sujeto con retraso mental. Cuando se trabaja con sujetos extremadamente afectados, que exhiben graves conductas autolesivas, o ejecutan impredecibles ataques a otras personas, recurrir a los psicofármacos aparece como una opción atractiva, es comprensible la sobrevaloración del psicofármaco como "dardo mágico". Los profesionales implicados en el cuidado cotidiano, frecuentemente trabajan con un soporte mínimo, en las condiciones más duras: personal insuficiente, recursos inadecuados, pocas oportunidades formativas, pocas esperanzas, poco sueldo, y poco contacto con "el mundo exterior" ¹⁸⁰. Los intentos de reducción de dosis pueden ser cuestionados por el personal cuidador, objetando que las conductas anormales pueden aumentar, e interferir

con el plan de cuidados ¹⁰⁵. Cuando al intentar disminuir las dosis de psicofármacos, emergen síntomas conductuales, se plantea un dilema, ¿se trata de un "fenómeno de retirada" transitorio?, o ¿reemerge el problema psiquiátrico que estaba controlado por el fármaco?. Dilucidarlo requiere de un equipo dispuesto a afrontar un periodo transitorio de dificultades ¹⁰⁸.

Las características asociadas a diagnóstico dual fueron: "nivel funcional alto", "conductas extrapunitivas" (agresivas, destructivas, socialmente inaceptables, y resistencia), y "habilidad social reducida"; es decir, los problemas de naturaleza más social conducen con mayor probabilidad al diagnóstico dual. ^{171, 181}.

A pesar de que los problemas "externos" de conductas fueron la principal razón para remitir a los sujetos con retraso mental, a una consulta psiquiátrica, los motivos variaron en función del lugar de referencia ¹⁸² La probabilidad de que un individuo sea referido para evaluación psiquiátrica depende del punto de vista de las personas responsables de su cuidado. Al examinar la percepción que los cuidadores tenían de problemas de conducta de los sujetos con retraso mental, se observó que los mayores índices de concordancia se encontraron al identificar y valorar la agresividad física, el griterío y el abuso verbal ¹⁸³.

Meador y Osborn ¹⁸⁴ estudiaron la gravedad de los trastornos de conducta, y las modalidades terapéuticas empleadas, en personas con retraso mental emplazadas en la comunidad o institucionalizadas. Sus resultados señalaron que, la plantilla de centros insertos en la comunidad tenían considerablemente menos experiencia, y se sentían más incómodos, y valoraban peor, los procedimientos restrictivos para el control de las conductas anormales de los sujetos con retraso mental, como agresividad y destructividad, que los miembros de plantilla en instituciones. Se argumentó que la mayor familiaridad en el uso de tales medidas por el personal de las instituciones es la causa de la mejor valoración de su efectividad.

Es posible que la familiaridad con el uso de antipsicóticos en el HP (debido a su condición de hospital psiquiátrico) explique las diferencias en la frecuencia de uso de antipsicóticos entre esta institución y las otras. En cualquier caso nos encontraríamos dentro de lo que hemos dado en llamar "cultura asistencial".

La "validez social" refleja la significación social de la conducta diana de la farmacoterapia, lo apropiado de los procedimientos aplicados, y la importancia percibida de los resultados; representa una escala relativa de valores culturales ¹⁸⁵. Cuando se trata de adultos sin retraso mental, la validez social queda definitivamente establecida si el sujeto elige iniciar y/o continuar con el tratamiento. La mayoría de los sujetos con retraso mental no disponen de la capacidad de efectuar elecciones de este tipo, y el consentimiento para recibir tratamiento es proporcionado por un familiar o tutor. La validez social de los tratamientos no siempre es concordante con los resultados objetivos sobre la conducta diana; ni iguales para diferentes personas implicadas en el cuidado del sujeto con retraso mental.

Muchos trabajadores, principalmente en hospitales, enfocan su rol profesional como "vigilantes", más que como familiares sustitutos; y su principal propósito, aparte de las funciones básicas de enfermería, es que no suceda ningún abuso del tipo de agresiones mayores, o conductas destructivas, o de cualquier tipo que pudiera cuestionar o interrumpir el régimen establecido; anteponiendo las necesidades institucionales por encima de las del individuo. El aburrimiento y la oferta de actividades inadecuadas, asociados a las alteraciones emocionales, y a la fascinación por los efectos de los fármacos, contribuyen al elevado e inespecífico uso de psicofármacos ¹⁶³.

Sistemáticamente se halla que los cuidadores de los sujetos con retraso mental se sienten marginados en los procesos de toma de decisiones terapéuticas, deseando un mayor grado de participación. Consideran que las técnicas de modificación de conductas serían una alternativa adecuada para el control de las conductas más preocupantes, como agresividad. Consideran la observación cuidadosa de las conductas como la técnica de valoración más adecuada. La mayoría sienten que la formación que han recibido y están recibiendo es insuficiente o inadecuada para manejar correctamente los problemas de conducta y la utilización óptima de los psicofármacos ¹⁸⁶⁻¹⁸⁷.

La situación entre los médicos y especialistas no parece mucho mejor, la discapacidad mental está ausente de la mayoría de los programas de formación para médicos generalistas y de familia, pediatras, psiquiatras, y psicólogos, y personal de enfermería ^{114, 188}.

5-4. Experiencias de optimización del uso psicofármacos.

Muchas publicaciones han informado sobre intentos de optimización, y programas de revisión, del uso de antipsicóticos, con resultados dispares ¹⁰⁹, relacionados con los criterios de selección de sujetos, la velocidad de retirada y el empleo alternativo de diferentes tipos de fármacos y otras modalidades terapéuticas.

Sewell y Werry ⁸⁹ retiraron la medicación psicotrópica crónicamente utilizada en un grupo de 26 sujetos institucionalizados. El estudio duró 4 semanas. En la primera semana se observó a los pacientes con su medicación usual, y se definieron y cuantificaron sus conductas problemáticas. Durante la segunda semana se efectuó una retirada progresiva de los antipsicóticos, que fueron sustituidos por placebos de idéntico aspecto. En las semanas 3 y 4 se evaluaron los cambios en la conducta del sujeto. Con el cambio a placebo, los pacientes se hicieron más hiperactivos, agresivos, desobedientes, ruidosos, irritables, o destructivos, pero tendieron a estar menos retraídos. El cambio, como grupo, fue significativamente a peor; solo las puntuaciones de tres sujetos mejoraron o no cambiaron. Los autores concluyeron que la medicación estaba siendo efectiva, pero apuntaron que era posible que al empeoramiento observado pudiera haber contribuido un fenómeno de rebote colinérgico. Estos autores no explicaron los criterios de selección de los sujetos del estudio.

Inoue ⁹¹, empleando la metodología de "revisión de la utilización de medicamentos", evaluó 680 pacientes, de los cuales 251 recibían medicación psicotrópica. Al cabo de 5 años, había logrado la retirada de 135 medicaciones psicotrópicas en 121 sujetos, reducciones en las dosis entre 25-75% (media 49%) en 91 sujetos adicionales, cambio de medicación en 24 sujetos y aumento de dosis en 7 sujetos. Se consideró que los cambios efectuados dieron resultados positivos, cuando el sujeto mejoró, o no empeoró, al reducir dosis o retirar medicamento, o cuando el sujeto mejoró al introducir un nuevo fármaco o aumentar la dosis. Con estos criterios, las respuestas fueron positivas en más del 96% de los casos, el 50% de los sujetos mostraron mejorías en sus funciones cognitivas, y menos del 4% empeoraron.

James ⁶³ compiló un conjunto de líneas maestras, extraídas del British National Formulary, para la prescripción de fármacos activos sobre el sistema nervioso central. Básicamente: evitar la polifarmacia, ajustar la frecuencia de administración a la duración de acción del fármaco, reducir las dosis e interrumpir la administración de medicamentos que no hubieran producido beneficio. Se establecieron medidas objetivas de los síntomas diana. Las dosis se redujeron gradualmente a intervalos mensuales. Al final del periodo evaluado, el número de tomas de medicación por sujeto se redujo a casi la mitad, la fracción de sujetos con antipsicóticos se redujo en un 10%, la frecuencia de polifarmacia se redujo a la mitad; solo en el 5% de los sujetos se produjo un empeoramiento al reducir las dosis; y la reducción del uso de antiparkinsonianos fue muy superior a la esperada por la reducción del uso de antipsicóticos.

White ⁶² informó de la reducción en un hospital para sujetos con retraso mental, a lo largo de un periodo de 3 años, de la frecuencia de uso de psicofármacos del 47% al 29% (incluyendo las prescripciones condicionales o PRN). La reducción se produjo en todas las categorías de psicofármacos con la excepción de los antidepresivos; también informó de una reducción importante de la polifarmacia. Consideró que los cambios se debieron a factores ligados al cuidado del paciente y a las practicas de prescripción; derivados a su vez de la introducción de nuevos servicios, como psicólogos, fisioterapeutas, y terapeutas ocupacionales en la institución, y del entrenamiento del personal de enfermería en métodos de manejo, y evaluación de conductas.

Glaser y Moreau ¹⁰⁵ compararon los efectos sobre el uso de antipsicóticos, de la revisión de los planes de medicación en sesiones conjuntas del equipo interdisciplinario asistencial, frente a las revisiones e intervenciones por separado de los miembros de dicho equipo. La revisión conjunta por el equipo condujo a que menos pacientes fueran tratados con antipsicóticos, y al empleo de menores dosis. Paralelamente a la reducción de la medicación hubo un aumento en la frecuencia de lesiones menores por auto- o heteroagresividad, pero la gravedad de las lesiones disminuyó, también hubo un descenso en los daños por causa desconocida.

Briggs ⁶⁶ ha notificado que, la proporción de residentes en una institución tratados con psicofármacos, se ha mantenido entre el 16% y el 19% a lo largo de un periodo de 8 años. La estabilidad se atribuyó a un procedimiento de evaluación y seguimiento del uso de psicofármacos, que incluía la revisión del tratamiento por un equipo interdisciplinario, la identificación de conductas diana, y la concurrencia de

formas alternativas de tratamiento. Se efectuaron intentos de reducción de dosis en el 91% de los sujetos, en el 58% pudo retirarse la medicación en algún momento durante el periodo de seguimiento, de los cuales más de dos tercios continuaban libres de psicofármacos al finalizar el estudio. No se halló diferencias al comparar los tipos de conductas desadaptativas entre los sujetos que continuaron recibiendo psicofármacos y aquellos que dejaron de tomarlos.

Poindexter ¹⁰⁶, como ya se ha comentado anteriormente, informó de un progresivo descenso, a lo largo de 10 años, del uso de psicofármacos (desde el 32% al 12%), especialmente antipsicóticos (desde el 30% al 9%), en una cohorte estable de sujetos con retraso mental. Consideró que este efecto se debía a un conjunto de factores como, la mejora en las técnicas de modificación conductual, y de evaluación y toma de decisiones en equipo multidisciplinario, una mayor preocupación de los médicos por los efectos secundarios de los psicofármacos, y mayor precisión en los diagnósticos psiquiátricos; sin descartar el posible efecto del envejecimiento de la población.

Findholt y Emmet ¹⁸⁹ dieron cuenta de como el equipo multidisciplinario logró un mejor ajuste del uso de psicofármacos a las necesidades de los clientes, con importantes reducciones en el uso de medicación y de gastos relacionados.

Wressell y cols ¹⁰⁰, cuatro años después de incorporar en el hospital un programa de "revisión de uso de medicamentos", observaron que se había reducido notablemente la frecuencia de polifarmacia antipsicótica del 25% al 10%, y las dosis diarias por sujeto tratado de 423 (\pm 469) mg a 314 (\pm 594) mg de clorpromazina. Consideraron que, junto a los aspectos normativos, la incorporación del hospital a un programa de formación medica posgraduada, y el esfuerzo realizado por el personal de enfermería para mejorar su formación en psicofarmacología, debieron ser factores decisivos.

Hancock y cols ¹⁰⁷ informaron del cambio en el uso de psicofármacos en un colectivo de sujetos que permanecieron en una institución durante 10 años. Al inicio del periodo de estudio, el 30% de los sujetos recibían antipsicóticos frente a solo el 12% al final del mismo; es decir, habían logrado retirar completamente la medicación en el 73% de los sujetos tratados. Además, las dosis promedio de los que continuaron tratados no fue superior a las que recibía el grupo original, 148 mg de clorpromazina en 1976 y 143 mg en 1988. Consideraron que estos cambios se debieron a la evaluación multidisciplinaria continua del uso de psicofármacos, catalizada por las demandas por efectos adversos, y facilitada por las actividades de Farmacia Clínica. Los farmacéuticos

clínicos elaboraban historias farmacoterapéuticas de los sujetos, revisaban las pertinentes pruebas de laboratorio, monitorizaban mensualmente las respuestas a los medicamentos, y proporcionaban información relevante para la evaluación del uso de los medicamentos de manera organizada y accesible.

Spreat y cols ¹⁰², estudiaron el impacto de la regulación de uso de antipsicóticos en una institución que admitía selectivamente sujetos con retraso mental e historia de autolesiones, agresividad y/o destructividad. El médico de atención primaria era el responsable de toda la medicación, incluso neuroléptica, que recibía el sujeto. Básicamente, la regulación exigía que el tratamiento fuera sancionado por el equipo asistencial, el cual podría proponer un programa alternativo de modificación de conducta, la revisión del tratamiento cada 90 días empleando medidas de la conducta del sujeto, y un ensayo anual de reducción o retirada del tratamiento, además, se efectuaban auditorias internas bimensuales, y externas anuales. En un año de seguimiento, se intentó la reducción de tratamiento en 86 de 121 sujetos tratados con medicación, se logró reducir la dosis de antipsicóticos en 40 de ellos, pero hubo que aumentarlas en 20, en 23 no hubo cambios, y en 3 casos hubo que cambiar de fármacos. En conjunto no hubo diferencias en la magnitud de las dosis antes y después de los intentos de retirada (1,5 DDD).

Lepler y cols ¹⁹⁰ informaron de reducciones en las dosis de psicofármacos en el 75% de los sujetos que fueron evaluados de forma sistemática por un equipo interdisciplinario.

May y cols ¹⁰⁸ seleccionaron un grupo de 23 sujetos que habían estado recibiendo tioridazina durante al menos 10 años, sin signos de discinesia tardía, y en cuya historia había escasos o nulos indicios de que el fármaco reportara algún beneficio. Se efectuó una reducción de dosis a razón del 10% cada tres meses, hasta retirada completa. Durante el periodo de retirada se produjo un aumento progresivo de incidentes conductuales y de la necesidad de sujeción mecánica, que progresivamente disminuyó hasta niveles inferiores a los basales. Los sujetos pudieron clasificarse en tres grupos según la respuesta. Estos grupos no se diferenciaban en edad o grado de retraso mental. Los sujetos del grupo 1 (40%) presentaron un deterioro progresivo, para luego mejorar, hasta el nivel basal, al final de periodo de retirada. Los sujetos del grupo 2 (20%) presentaron una mejoría progresiva y paralela a la reducción de la dosis. Los sujetos del grupo 3 (40%) mostraron un deterioro de la conducta que perduró durante

más de 2 años. El empeoramiento transitorio de la conducta (grupo 1) fue manejado inicialmente con restricción física, reconducción, y reestructuración ambiental. Los persistentes (grupo 2) requirieron una evaluación neuropsiquiátrica cuidadosa y en caso necesario el uso de fármacos alternativos (valproico, carbamazepina, clonidina, propranolol), solo 2 sujetos necesitaron volver al tratamiento antipsicótico.

Una revisión retrospectiva de las historias, a lo largo de 12 meses, tras interrupción del tratamiento neuroléptico, mostró que los individuos con síntomas psicóticos tenían una mayor probabilidad de reinstauración del tratamiento neuroléptico a los 3 y a los 12 meses. La ausencia de ideas delirantes se asoció significativamente con la posibilidad de continuar sin tratamiento neuroléptico a los 3 meses de su interrupción⁹⁵.

Branford¹⁹¹ tras revisar 198 sujetos con retraso mental, consideró conveniente intentar la reducción de dosis de antipsicóticos en 123 casos. Se logró una retirada completa en 43 casos y una reducción de dosis en los 80 casos restantes. Al cabo de un año, en un tercio de los casos en que se logró la retirada completa fue necesario reintroducir el tratamiento, y en la mitad de los que se redujo la dosis hubo un deterioro conductual que obligó a volver a aumentar las dosis.

El tratamiento antipsicótico era eliminado más fácilmente en aquellos sujetos con retraso mental que padecían epilepsia, recibían dosis bajas de neurolépticos sedantes, con psicopatología mínima, y que no eran hiperactivos, ni mostraban estereotipas agresivas¹⁹².

5-5. Resumen

- Los sujetos con retraso mental reciben con frecuencia psicofármacos, principalmente antipsicóticos y, en menor proporción, ansiolítico-hipnóticos (benzodiazepinas). Los anticonvulsivantes, y los antiparkinsonianos son grupos de fármacos que también se emplean con frecuencia en este segmento poblacional.
- La consideración de los problemas afectivos de la población de sujetos con retraso mental no queda reflejada en el uso de fármacos antidepresivos; la frecuencia de uso de antidepresivos y litio es muy baja.
- Entre los fármacos para problemas "somáticos", los laxantes tienen especial importancia, por la frecuencia de su empleo. La frecuencia de uso de medicamentos antiinfecciosos, antiparasitarios y dermatológicos es muy baja, lo que probablemente refleja buenas condiciones higiénicas.
- La presencia de diagnóstico dual (enfermedad psiquiátrica o problema conductual) se ha revelado como el principal factor determinante del uso de psicofármacos. La presencia de problemas conductuales se asocia con el uso de psicofármacos, mientras que la gravedad de los mismos se asocia con las dosis.
- Por el contrario, el padecimiento de epilepsia, especialmente si el control de las crisis es defectuoso, reduce el riesgo de ser tratado con psicofármacos. En el mismo sentido parece actuar el padecimiento de disfunciones sensitivo-motoras.
- Al parecer, factores externos al individuo con retraso mental tienen un peso importante en la decisión de tratarlo con psicofármacos; como queda reflejado por la contribución del centro de procedencia, tanto a la probabilidad de ser tratado con psicofármacos, como a la magnitud de las dosis de los mismos.
- El uso de psicofármacos no siempre está acompañado por un diagnóstico psiquiátrico o conductual que lo justifique.
- Existe un uso frecuente de anticonvulsivantes en ausencia de diagnóstico de epilepsia, lo que hace pensar en su utilización como psicofármacos.
- Es muy frecuente la práctica de la polifarmacia antipsicótica, esto es, el uso simultáneo de dosis bajas de varios antipsicóticos; práctica que es siempre irracional. La politerapia anticonvulsiva también es muy frecuente.

- También queda demostrada la práctica de la cofarmacia psiquiátrica, esto es, el uso simultáneo de diversas categorías de psicofármacos, para el tratamiento de aspectos parciales de un mismo problema.
- Existe una notable resistencia a la innovación terapéutica, como muestra la elevada frecuencia de uso de fármacos que actualmente se consideran de segunda línea, o incluso obsoletos, y no recomendables, como levomepromazina y fenobarbital. Mientras que la frecuencia de uso de nuevos anticonvulsivantes (lamotrigina, vigabatrina, gabapentina, topiramato) y antipsicóticos (risperidona, zuclopentixol, olanzapina) es muy baja. El empleo de medicamentos alternativos a los psicofármacos para el tratamiento de problemas de conducta, con la excepción de los anticonvulsivantes, es infrecuente.
- La edad parece jugar un doble papel, en relación con el uso de psicofármacos. Probablemente se trate de evitar el uso de psicofármacos entre los niños, y entre los ancianos se procura emplear dosis bajas.

La identificación del origen de los problemas conductuales en el retraso mental es una tarea difícil y, por tanto, también lo es cualquier actividad encaminada a su control.

El uso innecesario de un fármaco siempre es un mal uso. El primer paso en la racionalización de uso de fármacos debe consistir en la identificación del objetivo de su empleo, y monitorizar la consecución del mismo. Si un fármaco no reporta un beneficio, no debe ser utilizado, lo mismo puede decirse si los efectos adversos superan a los beneficios; estos criterios implican una reevaluación periódica de la conveniencia de continuar el tratamiento. Se debe simplificar la farmacoterapia, evitando la polifarmacia, empleando la menor dosis efectiva, y pautando esquemas posológicos acordes con las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de la sustancia empleada. Las modificaciones progresivas de las dosis, la consideración de los fenómenos de retirada, y la puesta en práctica de medidas alternativas a la farmacoterapia, son características básicas de los programas de racionalización de uso de psicofármacos.

En el proceso de evaluación, y en la toma de decisiones, debe hacerse participar a todas las personas implicadas en el cuidado directo del paciente, al menos las más significativas. La evaluación del sujeto debe ser global, efectuando las consideraciones ambientales convenientes. Sería deseable el establecimiento de normas y protocolos de uso de psicofármacos, específicos para este grupo de población, que permitiera la auditoría interna por los propios prescriptores.

Diversas especialidades médicas inciden en la asistencia a las personas con retraso mental, psiquiatría, pediatría, neurología y medicina de familia; por lo que deberían incorporarse actividades formativas (que incluyan “la práctica de una farmacoterapia razonada”) específicamente dirigidas hacia los problemas del sujeto con retraso mental, en los respectivos programas de formación especializada y continuada. Lo mismo es aplicable a otras áreas como psicología, farmacia, fisioterapia y enfermería, especialmente implicadas en el cuidado y mantenimiento de la salud de los sujetos con retraso mental.

6. Conclusiones

1. Los sujetos con retraso mental son frecuentemente medicados, en muchas ocasiones con varios fármacos simultáneamente, algunos de los cuales producen efectos adversos que pueden confundirse con los síntomas que pretenden corregir. Ello, unido a las dificultades para la exploración y diagnóstico, puede hacer especialmente difícil, si no imposible, la evaluación de la farmacoterapia en este grupo poblacional. Por tanto, se impone la recomendación de simplificar al máximo la farmacoterapia en el retraso mental.

2. Los problemas de salud de los sujetos con retraso mental parecen ser de índole psiquiátrica, a juzgar por el perfil de utilización de fármacos. Pero debe tenerse en cuenta que las alteraciones conductuales de los sujetos con retraso mental pueden ser debidas tan solo a problemas ambientales, o a problemas de índole "somática". La confusión en la atribución etiológica del problema conductual, no sólo supone la exposición inadecuada del sujeto a los efectos de los psicofármacos, también puede suponer la privación del tratamiento adecuado y la persistencia o agravamiento del problema de salud, el empeoramiento de la calidad de vida del sujeto y la reducción de la esperanza de vida.

3. Si bien la presencia de diagnóstico dual se ha mostrado como el principal factor asociado a la prescripción de psicofármacos, otras características de los sujetos, de índole diagnóstica, farmacoterapéutica y demográfica, también se hallaron relacionadas con el uso de tales sustancias. Con especial fuerza ha emergido el centro del que procede el sujeto, que introduce una gran variabilidad en la probabilidad de ser tratado. Así, ser asistido en determinadas instituciones aumenta notablemente el riesgo de recibir psicofármacos, mientras que en otras este riesgo disminuye. Una situación similar se produjo al considerar la magnitud de las dosis de psicofármacos empleadas. La influencia del centro de procedencia tanto en el riesgo de recibir psicofármacos, como en las dosis empleadas, plantea la necesidad de efectuar estudios específicos para identificar que características de los centros asistenciales son las que influyen en el tratamiento que recibirán los sujetos.

7. Bibliografía

1. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Meditor, Madrid. 1992.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, "DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", Asociación Americana de Psiquiatría, Masson S.A., Barcelona. 1994.
3. American Association on Mental Retardation. "Mental Retardation: definition, classification, and systems of supports", 9º ed, American Association on Mental Retardation, Washington DC. 1992.
4. Bueno M, "Mental Deficiency, concept, epidemiology and preventive measures", en Seva A. "European Handbook of Psychiatry and Mental Health". Antropos editorial, Zaragoza, 1991.
5. UPAPSA, Guía de Recursos para personas con discapacidad psíquica, Provincia de Alicante, 1997.
6. Richardson SA. "Issues in the definition of mental retardation and the representativeness of studies". Rev Dev Disabil, 1989; 10: 285-294.
7. Tomás M. "Deficiencia mental en la comarca de La Safor, estudio epidemiológico". Monografías Sanitarias Salud para Todos - 2000, Serie D, número 8. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, IVESP, Valencia 1991.
8. Sastre García VJ. "Los discapacitados en la Comunidad Valenciana, Mapa Social". Estudios Sociales nº 1. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales y Comité Económico y Social de la Comunidad Valenciana, e Instituto de Investigación en Ciencias sociales, EDICEP, Valencia, 1997.
9. Kaplan HI., Sadok BJ. "Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry", 8º ed, Willians-Wilkins, Baltimore. 1998.
10. Popper Ch.W., Steingard R.J. "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia", en Hales R.E., Yudofsky S.C. y Talbott J.A. "Tratado de Psiquiatría", 2º ed, The American Psychiatric Press - Ancora S.A., Barcelon. 1996.
11. Rodríguez-Sanchez MF; Verasategui C, Fernández J, de-Castro JM "Aspectos genéticos" en Salvador L "Retraso mental y enfermedad psiquiátrica: evaluación, tratamiento y servicios". Monografías en Neurociencias nº4, Ed. Neurociencias, Barcelona, 1995.

12. Campbell M, Malone RP. "Mental retardation and psychiatric disorders". *Hosp Community Psychiatry*, 1991; 42: 374-379.
13. Iverson JC, Fox RA. "Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults". *Res Dev Disabil*, 1989; 10: 77-83.
14. Angel A, Rodríguez-Blázquez MC, Salvador L. "Nuevos aspectos en la epidemiología psiquiátrica del retraso mental", en II Jornadas Científicas de Investigación Sobre Personas con Discapacidad, - Libro de Actas, Organizado por el Instituto de Integración en la Comunidad (INICO), Salamanca 20-22 de Marzo de 1997. Universidad de Salamanca - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Salamanca, 1997.
15. Revuelta A. García L, Alonso F, Hidalgo C. "Trastornos psíquicos en el retraso mental: aspectos epidemiológicos, etiológicos y clínicos". *An Psiquiatr*, 1994; 10: 192-200.
16. Revuelta A. García L, Alonso F, Hidalgo C. "Trastornos psíquicos en el retraso mental: aspectos diagnósticos y terapéuticos". *An Psiquiatr*, 1994; 10: 248-255.
17. Einfeld SL, Aman M. "Issues in the taxonomy of psychopathology in mental retardation". *J Autism Dev Disord*, 1995; 25: 143-167.
18. Göstason R. "Psychiatric illness among the mentally retarded, A Swedish population study". *Acta Psychiatr Scand*, 1985; 71 (S 318).
19. Lund J. "Behavioural symptoms and autistic psychosis in the mentally retarded adults". *Acta Psychiatr Scand*, 1986; 73: 420-428.
20. Lund J. "The prevalence of psychiatric morbidity in mentally retarded adults". *Acta Psychiatr Scand*, 1985; 72: 563-570.
21. Linaker OM, Nitter R. "Psychopathology in institutionalised mentally retarded adults". *Br J Psychiatry*, 1990; 156: 522-525.
22. Hidalgo C. "Aspectos neuropsicológicos en el retraso mental" en Salvador L "Retraso mental y enfermedad psiquiátrica: evaluación, tratamiento y servicios". Monografías en Neurociencias nº4, Ed Neurociencias, Barcelona, 1995.
23. Rodríguez-de-Molina M, Salvador L, García MJ. "Evaluación clínica y psicosocial", en Salvador L "Retraso mental y enfermedad psiquiátrica: evaluación, tratamiento y servicios". Monografías en Neurociencias nº4, Ed Neurociencias, Barcelona, 1995.

24. Montero D. "Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad, adaptación y validación del ICAP", Universidad de Deusto, Bilbao, 1993.
25. Flórez J. "La Farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental". Siglo Cero, 1994; 25(4): 5-25.
26. Singh NN, Ellis CR, Wechsler H. "Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 to 1995". J Child Adolesc Psychopharmacol, 1997; 7: 255-266.
27. Sachdev PS. "Psychoactive drug use in an institution for intellectually handicapped persons". Med J Aust, 1991, 155: 75-79.
28. Baumister AA, Todd ME, Sevin JA. "Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioural disorders in persons with mental retardation". Clin Neuropharmacol, 1993; 16:271-294.
29. Franco MA, García S, Goñi A, Geijo S, Orihuel T, Gómez J, Conde V. "Papel de los psicofármacos en el abordaje de los trastornos psiquiátricos en el retraso mental", en II Jornadas Científicas de Investigación Sobre Personas con Discapacidad, - Libro de Actas, Organizado por el Instituto de Integración en la Comunidad (INICO), Salamanca 20-22 de Marzo de 1997. Universidad de Salamanca - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Salamanca, 1997.
30. Novell R, Costa JM. "Estudio de utilización de psicofármacos en el retraso mental". Psiquiatría Biológica, 1997; 4, (S2): 82
31. Lajo A, Zuhillaga P, Zabala R. "Enfoques de tratamiento farmacológico de los problemas de comportamiento severos", en "Problemas de comportamiento en personas con retraso mental grave". Documentos Puertas Abiertas. Fundación Uliazpi, Guipúzcoa, 1992.
32. De-Anta A, Martí B; Mata G, Pol E, Quesada JA, Van-der-Hofstadt MD, Vegara ML. "Uso de psicofármacos en sujetos adultos con retraso mental ingresados en dos centros distintos". Farm Hosp, 1998; 22: 23-34.
33. Calzado C, Carratalá A, Guarinos N, Moscardó C, Pol E, Quesada JA, Tarazona MV, Torras I. "Factores que determinan el uso de psicofármacos en sujetos con retraso mental adultos institucionalizados, análisis de tres instituciones diferenciadas"; Atención Farmacéutica; Europea Journal of Clinical Pharmacy; en Prensa. 1999.

34. Dukes MNG. "Drug utilization studies, methods and uses". WHO Regional Publications European Series, nº 45, Copenhagen, 1993.
35. "Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index, including Defined Daily Doses (DDDs) for plain substances", January 1996; WHO Collaborative Center for Drug Statistics Methodology, Oslo, 1996.
36. Flórez J, Dierzssen M. "Fármacos nootropos y neuroprotectores, farmacología de las conductas anormales", en Flórez J. "Farmacología humana"; 3ª edición, Barcelona, 1997.
37. Guidelines for ATC classification and DDD assignment.; WHO Collaborative Center for Drug Statistics Methodology. Oslo, 1995.
38. "Catalogo de especialidades farmacéuticas, 1997"; Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 1997.
39. "ICAP. Inventario para la planificación de servicios y programación individual". 1992, Riverside Publishing Co; 1993, Traducción al Castellano, Universidad de Deusto, Mensajero SA.
40. SPSS para Windows, versión 7,5; 2S (6/6/97), versión estándar, SPSS Inc.
41. Ferrán M. "SPSS para Windows, programación y análisis estadístico". McGraw-Hill / Interamericana, Madrid, 1997.
42. Spencer DA. "A survey of medication in a hospital for the mentally handicapped". Br J Psychiatry, 1974; 124:504-508.
43. Hughes PS. "Survey of medication in a subnormality hospital". Br J Subnormal 1977, 23: 88-94.
44. Silva DA. "The use of medication in a residential institution for mentally retarded persons". Ment Retard, 1979; 17: 285-288.
45. Intagliata J, Rinck Ch. "Psychoactive drug use in public and community residential facilities for mentally retarded persons". Psychopharmacol Bull, 1985; 21: 268-278.
46. Linaker OM. "Frequency of and determinants for psychotropic drug use in an institution for the mentally retarded". Br J Psychiatry, 1990; 156: 525-523.

47. van-Schrojenstein-Lantman-de-Valk HM, Kessels AG, Haveman MJ, Maaskant MA, Urlings HF, van-der-Akker M. "Drug use by mentally handicapped persons in institutions and family-replacing residential facilities". *Ned Tijdschr Geneesk*, 1995; 139: 1083-1088 (resumen de Medline).
48. Fischbacher E. "Prescribing in a hospital for the mentally retarded". *J Ment Deficiency Res*, 1987; 31: 17-29.
49. Searle GF, Berelowitz GJ, Wright EC. "The use of drugs for physical conditions in adults with mental retardation". *J Ment Deficiency Res*, 1989; 33: 69-79.
50. van-Winckel M, vander-Stichele R, de-Bacquer D, Bogaert M. "Use of laxatives in institutions for the mentally retarded". *Eur J Clin Pharmacol*, 1999; 54: 965-969.
51. Leipzig RM. "Gastrointestinal and hepatic effects of psychotropic drugs", en Kane JM, Lieberman JA. "Adverse effects of psychotropic drugs". The Guilford Press, London, 1992.
52. McDermont S, Breen R, Platt T, Dhar D, Shelton J, Krishnaswami S. "Do behavior changes herald physical illness in adults with mental retardation?". *Community Ment Health J*, 1997; 32: 85-97.
53. Bohmer CJ, Niezen-de-Boer MC, Klinkenberg-Knol EC, Deville WL, Nadorp JH, Meuwissen SG. "The prevalence of gastroesophageal reflux disease in institutionalized intellectually disabled individuals". *Am J Gastroenterol*, 1999; 94: 804-810.
54. Bohmer CJ, Klinkenberg-Knol EC, Niezen-de-Boer MC, Meuwissen SG. "The prevalence of gastro-oesophageal reflux disease based on non-specific symptoms in institutionalized, intellectually disabled individuals". *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1997; 9: 187-190.
55. McDermontt S, Platt T, Krishnaswami S. "Are individuals with mental retardation at high risk for chronic disease?". *Fam Med*, 1997; 29: 429-434.
56. Beange H, McElduff A, Baker W. "Medical disorders of adults with mental retardation: a population study". *Am J Ment Retard*, 1995; 99: 595-604.
57. Harris EC, Barraclough B. "Excess mortality of mental disorder". *Br J Psychiatry*, 1998; 173: 11-53.
58. Huovinen KJ. "Gynecological problems of mentally retarded women. A case-control study from southern Finland". *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1993; 72: 475-480.

59. David HP, Morgall JM. "Family planing for the mentally disordered and retarded". *J Nev Ment Dis*; 1990; 178: 385-391.
60. Manzano MD, Vicente L, Conde MV. "La educación afectivo-sexual en discapacitados/as psíquicos". *C Med Psicossom*, 1993/1994; S28/29: 45-57.
61. Prevatt B. "Gynecological care for women with mental retardation". *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1998; 27: 251-256.
62. White AJR. "Changing patterns of psychoactive drug use with the mentally retarded". *N Z Med J*, 1983; 91: 686-688.
63. James DH. "Monitoring drugs in hospitals for the mentally handicapped". *Br J Psychiat*, 1983; 142: 163-165.
64. Martin JE, Agran M. "Psycotropic and anticonvulsivant drug use by mentally retarded adults across community residential and vocational placements". *Appl Res Ment Retard*, 1985; 6: 33-49.
65. Cullinan D; Gadow KD, Epstein MH. "Psychotropic drug treatment among learning-disabled, educable mentally retarded, and seriously emotionally disturbed students". *J Abnorm Child Psychol*, 1987, 15: 469-477.
66. Briggs R. "Monitoring and evaluating psychotropic drug use for persons wiht mental retardation: a follow-up report". *Am J Ment Retard*, 1989; 93: 633-639.
67. Thinn K, Clarke DJ, Corbett JA. "Psychotropic drugs and mental retardation: 2. A comparison of psychoactive drug use before and after dischargue from hospital to community". *J Ment Deficiency Res*, 1990, 34: 397-407.
68. Zaharia ES, Struxness L. "Comparative survey of drug use in a community service system". *Ment Retard*, 1991, 29: 191-194.
69. Pary R. "Psychoactive drugs used with adults and elderly adults who have mental retardation". *Am J Ment Retard*, 1993; 98: 121-127.
70. Branford D. "A study of the prescribing for people with learning disabilities living in the comunity and in National Health Service care". *J Intellect Disabil Res*, 1994; 38: 577-586.

71. Novell R, Medinya LI, Teneu L, Costa JM "Tratamiento farmacológico de los trastornos de la conducta en el retraso mental. La alternativa a los neurolépticos" *An Psiquiatr*, 1994; 10: 388-398.
72. Kalachnik JE, Henzel TE, Harder SR, Bauernfeind JD, Engstrom EA. "Antiepileptic drug behavioral side effects in individuals with mental retardation and the use of behavioral measurement techniques". *Ment Retard*, 1995; 33: 374-382.
73. Beran RG, Gibson RJ. "Aggressive behaviour in intellectually challenged patients with epilepsy treated with lamotrigine". *Epilepsia*, 1998; 39: 280-282.
74. Maestú F, Martín P, Sola RG, Ortiz T. "Neuropsicología y deterioro cognitivo en la epilepsia" *Rev Neurol*, 1999; 28: 793-798.
75. Ketter TA, Malow BA, Flamini R, White SR, Post RM, Theodore WH. "Anticonvulsant withdrawal-emergent psychopathology". *Neurology*, 1994; 44: 51-61.
76. Ferngren H, Akerstrom I, Rane A. "Mono- or polipharmacotherapy in institutionalized children with severe mental retardation?. A team approach for optimizing antiepileptic therapy". *Acta Paediatr Scand*, 1991; 80: 458-465
77. Carratalá A; Pol E; Sirvent M, Blasco P. "Control de la terapia antiepiléptica en una población de personas con discapacidad psíquica". *Revista O.F.I.L.*, 1994; 4: 152-156.
78. Delgado MR, Riela AR, Mills J, Pitt A, Browne R. "Discontinuation of antiepileptic drug treatment after two seizure-free years in children with cerebral palsy". *Pediatrics*, 1996; 97: 192-197.
79. Oller-Daurella L y Oller L. "¿Qué se puede lograr en el tratamiento del epiléptico?. Pronóstico de la epilepsia a largo plazo y posibilidades de supresión del tratamiento" Geigy-Farmacéutica, Barcelona, 1985.
80. Buchanan N, Snars J. "Crisis pseudoepilépticas. Guía para el tratamiento". Ed. Ancora S.A. Barcelona 1996.
81. Neill JC, Álvarez N. "Differential diagnosis of epileptic versus pseudoepileptic seizures in developmentally disabled persons". *App Res Ment Retard*, 1986; 7: 285-298.
82. Aman MG; Field CJ, Bridgman GD. "City-wide survey of drug patterns among non-institutionalized mentally retarded persons". *Appl Res Ment Retard*, 1985; 6: 159-171.

83. Coulter DL. "Comprehensive management of epilepsy in persons with mental retardation". *Epilepsia*, 1997; 38 (S4): S24-S31.
84. Poindexter AR, Berglund JA, Kolstone PD. "Changes in antiepileptic drug prescribing patterns in large institutions: preliminary results of a five-years experience". *Am J Ment Retard*, 1993; 98 (S): 34-40.
85. "Anónimo"; "Epilepsy: when to avoid polypharmacy". *Drug Ther Bull*, 1979; 17 (23): 89-91.
86. Shorvon SD, Reynolds EH. "Reduction in polypharmacy for epilepsy". *BMJ*, 1979; 2, 1023-1025.
87. Schmidt D. "Reduction of two-drug therapy in intractable epilepsy". *Epilepsia*, 1983; 24: 368-376.
88. Singh BK, Towle PO. "Antiepileptic drug status in adult outpatients with mental retardation". *Am J Ment Retard*. 1993; 98 (S): 41-46.
89. Sewell J, Werry JS. "Some studies in an institution for the mentally retarded". *N Z Med J*, 1976; 84: 317-319
90. Tu J, Smith JT. "Factors associated with psychotropic medication in mental retardation facilities". *Compr Psychiatry*, 1979; 20: 289-295.
91. Inoue F. "A Clinical Pharmacy service to reduce psychotropic medication use in an institution for mentally handicapped persons". *Ment Retard*, 1982; 20: 70-74.
92. Buck JA, Sprague RI. "Psychotropic medication of mentally retarded residents in community long-term care facilities". *Am J Ment Retard*, 1989; 93: 618-623.
93. Clarke DJ, Kelley S, Thinn K, Corbett JA. "Psychotropic drugs and mental retardation: 1. Disabilities and the prescription of drug for behaviour and for epilepsy in three residential setting". *J Ment Deficiency Res*, 1990; 34: 385-395.
94. Burd L, Fisher W, Vasely BN, Williams M, Kerbeshian J, Leech C. "Prevalence of psychoactive drug use among North Dakota group home residents". *Am J Ment Retard*, 1991; 96. 119-126.

95. Pary RJ. "Discontinuation of neuroleptics in community-dwelling individuals with mental retardation and mental illness". *Am J Ment Retard*, 1995; 100: 207-212.
96. Bates WJ, Smeltzer DJ, Arnoczky SM. "Appropriate and inappropriate use of psychotherapeutic medications for institutionalized mentally retarded persons". *Am J Ment Deficiency*, 1986; 90: 363-370.
97. Nichol MB, Stimmel GL, Lange SC. "Factors predicting the use of multiple psychotropic medications". *J Clin Psychiatry*, 1995; 56: 60-66.
98. Rosholm JU, Hallas J, Gram LF. "Concurrent use of more than one major psychotropic drug (polypharmacy) in out-patients - a prescription data study". *Br J Clin Pharmacol*, 1994; 37: 533-538.
99. Stone RK, Álvarez WF, Ellman G, Hom AC, White JF. "Prevalence and prediction of psychotropic drug use in California Developmental Centers". *Am J Ment Retard*, 1989; 93: 627-632.
100. Wressell SE, Tyrer SP, Berny TP. "Reduction in antipsychotic drug dosage in mentally handicapped patients, a hospital study". *Br J Psychiatry*, 1990; 157: 101-106.
101. Hogg J. "The administration of psychotropic and anticonvulsant drug to children with profound intellectual disability and multiple impairments". *J Intellect Disabil Res*, 1992; 36: 473-488.
102. Sprent S, Serafin C, Behar D, Leiman S. "Tranquilizer reduction trials in a residential program for persons with mental retardation". *Hosp Community Psychiatry*, 1993; 44: 1100-1102.
103. Salinas E, Sirvent M, Gallego M, García M, Muñoz MA, Sánchez MR, Valverde JA, Pol E. "Evaluación del uso de antipsicóticos y antiparkinsonianos en pacientes crónicos institucionalizados". *Farm. Hosp*, 1995; 19: 137-144.
104. Kene JM, Evans DL, Fiester SJ, Mirin SM, Pincus HA, Schatzberg AF, Cole JO, Popper CW. "Psychopharmacological screening criteria, APA committee on research on psychiatric treatments", en Mattson MR. "Manual of Psychiatric quality assurance, a report of the American Psychiatric Association Committee on Quality Assurance". American Psychiatric Association. Washington, 1992.

105. Glaser BA, Morreau LE. "Effects of interdisciplinary team review on the use of antipsychotic agents with severely and profoundly mentally retarded persons". *Am J Ment Retard*, 1986; 90: 371-379.
106. Poindexter A. "Psychotropic drug patterns in a larger ICF/MR facility: a ten-year experience". *Am J Ment Retard*, 1989; 93: 624-626.
107. Hancock RD, Weber SL, Kaza R, Her KS. "Changes in psychotropic drug use in long-term residents of an ICF/MR facility". *Am J Ment Retard*, 1991; 96: 137-141.
108. May P, London EB, Zimmerman T, Thompson R, Mento T, Sprent S. "A study of the clinical outcome of patients with profound mental retardation gradually withdrawn from chronic neuroleptic medication". *Ann Clin Psychiatr*, 1995; 7: 155-160.
109. Branford D. "Antipsychotic drugs in learning disabilities (mental handicap)". *The Pharmaceutical Journal*, 1997; 258: 451-456.
110. Saklad JJ, Curtis JL. "Psychiatric disorders in children, adolescents, and people with developmental disabilities", en Young LLY y Koda-Kimble MA. "Applied therapeutics: the clinical use of drugs", 6ª edición: Applied Therapeutic Inc, Vancouver WA, 1995
111. Pabis DJ y Stanislav SW. "Pharmacotherapy of aggressive behavior". *Ann Pharmacother*, 1996; 30: 278-287.
112. Clarke DJ. "Psychopharmacology of severe self-injury associated with learning disabilities". *Br J Psychiatr*, 1998; 172: 389-394.
113. Aman MG, Singh NN. "Intervención farmacológica". *Siglo Cero*, 1994; 25(4): 27-43.
114. Reiss S, Aman MG. "The international consensus process on psychopharmacology and intellectual disability". *J Intellect Disabil Res*, 1997; 41: 448-455.
115. Carpenter M, Cowart CA, McCallum RS, Bell SM. "Effects of antipsychotic medication on discrimination learning for institutionalized adults who have mental retardation". *Behavioral Residential Treatment*, 1990; 5: 105-120.
116. Gualtieri CT, Schroeder SR, Hicks RE, Quade D. "Tardive dyskinesia in young mentally retarded individuals". *Arch Gen Psychiatry*, 1986; 43: 335-340.

- 117.Rao JM, Cowie VA, Mathew B. "Tardive dyskinesia in neuroleptic medicated mentally handicapped subjects". *Acta Psychiatr Scand*, 1987; 76: 507-513.
- 118.Sachdev P, "Drug-induced movement disorders in institutionalised adults with mental retardation: clinical characteristics and risk factors". *Aust NZ J Psychiatr*; 1992; 26: 242-248.
- 119.Bodfish JW, Newell KM, Sprague RL, Harper VN, Lewis MH: "Akathisia in adults with mental retardation: development of the Akathisia Ratings of Movement Scale (ARMS)". *Am J Ment Retard*, 1997; 101: 413-42.
- 120.Shalev A, Hermesh H, Munitz H. "Mortality from neuroleptic malignant syndrome". *J Clin Psychiatry*, 1989; 50: 18-25.
- 121.Boyd RD. "Neuroleptic malinant syndrome and mental retardation: review and analysis of 29 cases". *Am J Ment Retard*, 1993; 98: 143-155. - publisehed erratum". *Am J Ment Retard*, 1993; 98: 359.
- 122.Fitzgerald B, Middleton JK, Cooper SA. "Adverse effects of summer amongst people with learning disabilities: neuroleptic malignant syndrome". *J. Intellect Disabil Res.* 1997; 41: 273-277.
- 123.Jines BD. "Psicosis tardía", en Shriui CL, Nasrallah HA. "Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia". Editores Médicos, Madrid, 1996.
- 124.Boucher C, Morin L, Dubois A. "Desinstitutionalisation de deficients mentaux severes: impact sur la prescrption des neuroleptiques". *Can J Psychiatry*, 1994; 39: 108-111.
- 125.Novell R, Costa JM. "Psicofármacs i retard mental". *Suports*, 1997; 1: 117-138
- 126.Isojarvi JI, Tukola RA. "Benzodiazepines in the treatment of epilepsy in people with intellectual disability". *J Intellect Disabil Res*, 1998; 42 (S-1): 80-92.
- 127.Stahl SM. "Psicofarmacología esencial, bases neuroquímicas y aplicaciones clínicas". Editorial Ariel-Neurociencia, Barcelona, 1998.
- 128.Smith DA, Perry PJ. "Nonneuroleptic treatment of disruptive behavior in organic mental syndromes" *Ann Pharmacother*, 1992; 26: 1400-1408.
- 129.Grimsley SR. "Anxiety disorders" en Young LLY y Koda-Kimble MA. "Applied therapeutics: the clinical use of drugs" 6º edición: Applied Therapeutic Inc, Vancouver WA, 1995.

- 130.Christian L, Poling A. "Drug abuse in persons with mental retardation: a review". *Am J. Ment Retard*, 1997; 102: 126-136.
- 131.Soldatos CR, Kales A, Bixler EO, Vela-Bueno A. "Behavioral side effects of benzodiazepine hypnotics". *Clin Neuropharmacol*, 1985; 8 (S-1): S112-S117.
- 132."Anónimo". "Drug-induced delirium: diagnosis, management, and prevention". *Drug Ther Perspect*, 1997; 10 (3): 5-9.
- 133.Barbee JG. "Memory, benzodiazepines, and anxiety: Integration of theoretical and clinical perspectives". *J Clin Psychiatry*, 1993; 54 (S-10): 86-87.
- 134.Cole JO, Kando JC. "Adverse behavioral events reported in patients taking alprazolam and other benzodiazepines". *J Clin Psychiatry*, 1993, 54 (S-10): 49-61.
- 135.Langee HR, Conlon M. "Predictors of response to antidepressant medications". *Am J Ment Retard*, 1992; 97: 65-70.
- 136.Meins W. "Wie werden geistig behinderte Erwachsene mit depressiven Störungen psychopharmakologisch behandelt?" *Nervenarzt*, 1996; 67: 216-218. (resumen de Medline).
- 137.Lader M. "Psychiatric disorders". En Avery's "Drug Treatment"; 4^o edition, Adis, Auckland, 1997.
- 138.Hellings JA, Kelly LA, Gabrielli WF, Kilgore E, Shah P. "Sertraline response in adults with mental retardation and autistic disorder". *J Clin Psychiatry*, 1996; 57: 333-336.
- 139.Geldmacher DS, Lerner AJ, Voci JM, Noelker EA, Somple LC, Whitehouse PJ. "Treatment of functional decline in adults with Down syndrome using selective serotonin-reuptake inhibitor drugs". *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 1997; 10: 99-104.
- 140.Branford D, Bhaumik S, Naik B. "Selective serotonin re-uptake inhibitors for the treatment of perseverative and maladaptive behaviours of people with intellectual disability". *J Intellect Disabil Res*, 1998; 42: 301-306.
- 141.Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. "Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle". *J Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1996; 34: 409-432.

142. Campbell M, Adams P, Small AM, McVeigh-Tesch, Curren EL. "Naltrexone in infantile autism". *Psychopharmacol Bull*, 1988; 24: 135-139.
143. Willemsen-Swinkels SHN, Baitelaar JK, Nijhof GJ, van-Engeland H. "Failure of Naltrexone Hydrochloride to reduce self-injurious and autistic behavior in mentally retarded adults, double-blind placebo-controlled studies". *Arch Gen Psychiatry*, 1995; 52: 766-773.
144. Casner JA, Weinheimer B, Gualteri T. "Naltrexone and self-injurious behaviour: a retrospective population study". *J Clin Psychopharmacol*, 1996; 16: 389-394.
145. Markem PA, Stanilav SW. "Schizophrenia" en Young LLY y Koda-Kimble MA. "Applied therapeutics: the clinical use of drugs" 6ª edición: Applied Therapeutic Inc, Vancouver WA, 1995.
146. Novell R, Aguas S, Franco M, Ampudia M, Roig JM, Gutierrez JR, Rey F, Martínez MJ, Orihuela T, Fernández C, Geijo S, Tomas J, Costa JM. "Tratamiento de los trastornos conductuales en niños con retraso mental ligero y moderado. Eficacia y seguridad de Gamalate B6". *Psiquis*, 1998; 19: 265-273.
147. Eadie MJ. "Neurological diseases", en Avery's Drug Treatment, 4ª edición, Adis, Auckland, 1997.
148. Jackson RT, Todd NW, Turner JS. "Ear, nose and throat diseases", en Avery's Drug Treatment, 4ª edición, Adis, Auckland, 1997.
149. Dopheide JA. "sleep disorders" en Young LLY y Koda-Kimble MA. "Applied therapeutics: the clinical use of drugs" 6ª edición: Applied Therapeutic Inc, Vancouver WA, 1995.
150. Parfitt K. "Martindale, the complete drug reference", 32ª ed. Pharmaceutical Press, London, 1999.
151. Blasco P, Guilabert RM, Loro MR, Pico MA, Pomares EM, Pol E. "Prevalencia de movimientos anormales (discinesias tardías) entre pacientes tratados con neurolépticos". *Farm Hosp*, 1995; 16: 355-361.
152. Fleischhacker WW, Barnas Ch, Günther V, Meise U, Stuppäck Ch, Unterweger B. "Mood-altering effects of biperiden in healthy volunteers". *J Affective Disorders*, 1987; 12: 153-157.
153. Kurlan R, Como P. "Drug-induced Alzheimerism". *Arch Neurol*, 1988; 45: 356-357.

154. Rovner BW, David A, Lucas-Blaustein MJ, Conklin B, Filipp L, Tune L. "Self-care capacity and anticholinergic drug levels in nursing home patients". *Am J Psychiatry*, 1988; 145: 107-109.
155. Anónimo. "Managing abuse of anticholinergic medication in patients with psychotic disorders". *Drugs Therap Perspec*, 1996; 8 (4): 11-13.
156. Harper DC, Wadsworth JS, Michael AL. "Psychotropic drug use in older developmentally disabled with behavioral difficulties". *Res Dev Disabil*, 1989; 10: 53-60.
157. Gadow KD. "An overview of three decades of research in pediatric psychopharmacoepidemiology". *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1997; 7: 219-236.
158. Cooper SA. "Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger adults with learning disabilities". *Br J Psychiatry*, 1997; 170, 375-380.
159. Gillberg C, Persson E, Grufman M, Themner U. "Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects". *Br J Psychiatry*, 1986; 149: 68-74.
160. Day KA. "Psychiatric disorder in the middle-aged and elderly mentally handicapped". *Br J Psychiatry*, 1985; 147: 660-667.
161. Eyman RK, Widaman KF. "Life-span development of institutionalized and community-based mentally retarded revisited". *Am J Ment Retard*, 1987; 91:559-569.
162. Reid AH, Ballinger BR. "Behaviour symptoms among severely and profoundly mentally retarded patients, a 16-18 year follow-up study". *Br J Psychiatry*, 1995; 167, 452-455.
163. Kirman B. "Drug Therapy in mental handicap". *Brit J Psychiatry*, 1975; 127: 545-549.
164. Kiernan C, Reeves D, Alborz A. "The use of anti-psychotic drugs with adults with adults with learning disabilities and challenging behaviour". *J Intellect Disabil Res*, 1995; 39: 263-274.
165. Obaydi H, Ev FJ, Puri BK. "A comparison of prescribed medication in learning disability patients before and after resettlement from hospital into the community". *Br J Clin Pract*, 1995; 49: 192-193.
166. Ono Y. "Behavior disorders in persons with mental retardation receiving antipsychotic medication". *Rev Dev Disabil*, 1998; 19: 123-130.

167. Aman MG, Sarphe G, Burrow WH. "Psychotropic drugs in group homes: pervalence and relation to demographic/psychiatric variables". *Am J Ment Retard*, 1995; 99: 500-509.
168. Lancioni GE, O'Reilly MF, Basili G. "Review of strategies for treating sleep problems in persons with severe or profound mental retardation or multiple handicaps". *Am J Ment Retard*, 1999; 104: 170-186.
169. Scaul N, deGreef G, Ney GC. "Psychotropic drugs and seizures", en Kane JM, Lieberman JA. "Adverse effects of psychotropic drugs". The Guilford Press. London, 1992.
170. 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.
171. Borthwick-Duffy SA, Eyman RK. "Who are the dually diagnosed?". *Am J Ment Retard*, 1990; 94: 586-595.
172. White MJ, Nichols CN, Cook RS, Spengler PM, Walker BS, Look KK. "Diagnostic overshadowing and mental retardation: a meta-analysis" *Am J Ment Retard*, 1995; 100: 293-298.
173. Duggan L, Brylewski J. "Effectiveness of antipsychotic medication in people with intellectual disability and schizophrenia: a systematic review". *J Intellect Disabil Res*, 1999; 43: 94-104.
174. Matson JL, Kazdin AE, Senatore V. "Diagnosis and drug use in mentally retarded, emotionally disturbed adults". *Appl Res Ment Retard*, 1984; 5: 513-519.
175. Leipzig RM, Mendelowitz A. "Adverse psychotropic drug-drug interactions", en Kane JM, Lieberman JA. "Adverse effects of psychotropic drugs". The Guilford Press. London, 1992.
176. Branford D, Collacott RA, Thorp C. "The prescribing of neuroleptic drugs for people with learning disabilities living in Leicestershire". *J Intellect Disabil Res*, 1995; 39: 495-500.
177. Valero L, Gavino A, Perez A. "Evaluación ambiental: centros residenciales de adultos con retraso mental en Málaga". *Psiquis*, 1998; 19: 343-352.
178. Clerici M, Beltz J, Bertrando P, Formnara A, Garavaglia R y cols. "Ritardo mentale e ambiente familiare: ruolo dei fattori emotivi". *Minerva Psichiatr*, 1993; 34: 163-172.

179. Infante I, Rodriguez J. "El clima familiar en la conducta adaptativa de adolescentes y adultos jóvenes con retraso mental". *An Psiquiatr*, 1998; 14: 235-243.
180. Parker G. "Developmentally disabled, doubly disadvantaged". *Med J Aust*, 1991; 155: 68-71.
181. Slone M, Durrheim K, Kaminer D, Lachman P. "Issues in the identification of comorbidity of mental retardation and psychopathology in a multicultural context". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999; 34: 190-194.
182. Edelstein TM, Glenwick DS. "Referral reasons for psychological services for adults with mental retardation". *Res Dev Disabil*, 1997; 18: 45-59.
183. Clark AK, Reed J, Sturmey P. "Staff perceptions of sadness among people with mental handicaps". *J Ment Deficiency Res*, 1991; 35: 147-153.
184. Meador DM, Osborn RG. "Prevalence of severe behaviour disorders in persons with mental retardation and treatment procedures used in community and institutional settings". *Behavioral Residential Treatment*, 1992, 7: 299-314.
185. Poling A, LeSage M. "Evaluating psychotropic drugs in people with mental retardation: where are the social validity data?". *Am J Ment Retard*, 1995; 100: 193-200.
186. Singh NN, Ellis CR, Donatelli LS, Williams DE, Ricketts RW, Goza AB, Perlman N, Everly DE, Best AM, Singh YN. "Professional's perceptions of psychotropic medication in residential facilities for individuals with mental retardation". *J Intellect Disabil Res*, 1996; 40: 1-7.
187. Christian L, Snyderski SM, Singh NN, Poling A. "Direct service staff and their perceptions of psychotropic medication in non-institutional settings for people with intellectual disability". *J Intellect Disabil Res*, 1999; 43: 88-93.
188. Goodenough GK, Hole-Goodenough J. "Training for primary care of mentally handicapped patients in US Family Practice Residencies". *J Am Board Fam Pract*, 1997; 10: 333-336.
189. Findholt EN, Emmett CG. "Impact of interdisciplinary team review on psychotropic drug use with persons who have mental retardation". *Ment Retard*, 1990; 28: 41-46.

190. Lepler S, Hodas A, Cotter-Mack A. "Realización de un proceso interdisciplinario de revisión de fármacos psicotrópos para servicios integrados en la comunidad". *Siglo Cero*, 1994; 25(5): 31-38.
191. Branford D. "A review of antipsychotic drugs prescribed for people with learning disabilities who live in Leicestershire". *J Intellect Disabil Res*. 1996; 40: 358-368.
192. Branford D "Factors associated with the successful or unsuccessful withdrawal of antipsychotic drug therapy prescribed for people with learning disabilities". *J Intellect Disabil Res*, 1996; 40: 322-329.

Anexos

Anexo 1. Hoja de recogida de datos.

Estudio de utilización de medicamentos en sujetos con discapacidad psíquica. UPAPSA

| | | | | | |
|---|-----------|------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------|
| Centro: | | Datos recogidos por: | | Fecha: | |
| Nombre del sujeto: | | | residencia : interno, externo | | |
| Nº historia | Edad años | Peso Kg | Talla cm | Sexo V o M | |
| Deficiencia mental (CIE-10): leve , moderada , grave , profunda . | | | Fecha de internamiento: | | |
| Diagnósticos médicos y problemas de salud consignados en la historia: | | | | | |
| Diagnósticos psiquiátricos y problemas conductuales consignados en la historia: | | | | | |
| Medicación actual (toda) | | | | | |
| Medicamento (nombre, potencia y forma farmacéutica) | | Dosis, frecuencia y vía | Composición (principio activo y cantidad) | | Grupo ATC |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Resumen | | | | | |
| Fármacos: Si, No | | Nº total de fármacos | | DDD totales | |
| Medicación somática: Si, No | | Nº fármacos somáticos | | DDD fármacos somáticos | |
| Antiepilépticos: Si, No | | Nº antiepilépticos | | DDD antiepilépticos | |
| Antiparkinsonianos: Si, No | | Nº antiparkinsonianos | | DDD antiparkinsonianos | |
| "Otros fármacos para conducta": Si, No | | Nº "otros fármacos para conducta": | | DDD "otros fármacos para conducta": | |
| Psicofármacos : Si, No. | | Nº psicofármacos | | DDD psicofármacos | |
| Antipsicóticos: Si, No | | Nº antipsicóticos | | DDD antipsicóticos | |
| Ansiolítico-hipnóticos: Si, No | | Nº ansiolítico-hipnóticos | | DDD ansiolítico-hipnóticos | |
| Antidepresivos: Si, No | | Nº antidepresivos | | DDD antidepresivos | |
| Litio: Si, No | | ----- | | DDD litio | |
| Psicoestimulantes: Si, No | | Nº psicoestimulantes | | DDD psicoestimulantes | |
| Diagnóstico dual: Si, No | | Déficit sensitivo-motor: Si, No | | Padece epilepsia: Si, No | |

Subraye o anote lo que corresponda al sujeto evaluado.

En caso de diagnóstico dual o de déficit sensitivo-motor, especificarlos como estén reflejados en la historia clínica del sujeto.

No deje de complimentar el impreso por desconocer algún aspecto, haga constar el dato como "desconocido".

Si tiene dudas a cerca de si un producto es o no un medicamento, anótelos como si lo fuera. Pregunte específicamente por medicamentos para los nervios, para las crisis, inyecciones mensuales o trimestrales, anticonceptivos, para la tensión, para el azúcar, antibióticos, para lombrices,....., y otros que se le ocurran.

No rellene las casillas en cursiva.

Hospital Psiquiátrico, Servicio de Farmacia, Emilio Pol Yanguas; Teléfono: 965/653350

Anexo 2-1. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-HP

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| N ° de sujetos | 47 |
| Sexo varón | 34 / 47; (72,3%) |
| Tipo de centro | Residencial |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 1 / 47; (2,1%) |
| Moderado | 13 / 47; (27,7%) |
| Grave | 11 / 47; (23,4%) |
| Profundo | 22 / 47; (46,8%) |
| Diagnóstico dual presente | 21 / 47; (44,7%) |
| Epilepsia | 7 / 47; (14,9%) |
| Disfunción sensitivo motora | 18 / 47; (38,3%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 46 / 47; (97,9%) |
| Psicofármaco | 39 / 47; (83,0%) |
| Antipsicótico | 33 / 47; (70,2%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 14 / 47 (29,8%) |
| Antidepresivo | 0 / 47; (0,0%) |
| Litio | 0 / 47; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 47; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 47; (2,1%) |
| Antiparkinsoniano | 10 / 47; (21,3%) |
| Antiepiléptico | 12 / 47; (25,5%) |
| Fármacos para problemas somáticos | 23 / 47; (48,9%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 34 / 46; (73,9%) |
| Psicofármaco | 18 / 39; (46,2%) |
| Antipsicótico | 10 / 33; (30,3%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 3 / 14; (21,4%) |
| Antidepresivo | ---- |
| Litio | ----- |
| Psicoestimulante | ----- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 1, (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 10; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 6 / 12; (50,0%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 8 / 23; (44,8%) |

Anexo 2-1. Tabla de características cuantitativas. Centro-HP

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | N ° (válidos / total) |
|--|-------|-------|--------|---------|--------|-----------------------|
| Edad (años) | 49,38 | 10,29 | 28,00 | 52,00 | 70,00 | 47 / 47 |
| Duración del ingreso (años) | 27,49 | 9,86 | 13,00 | 27,00 | 57,00 | 47 / 47 |
| <u>N ° ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 3,27 | 2,55 | 0,08 | 2,58 | 10,95 | 46 / 46 |
| Psicofármacos | 1,94 | 1,88 | 0,08 | 1,17 | 6,00 | 39 / 39 |
| Antipsicóticos | 1,34 | 1,49 | 0,08 | 0,83 | 4,88 | 33 / 33 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 2,23 | 1,57 | 0,50 | 2,00 | 5,00 | 14 / 14 |
| Antidepresivos | --- | --- | ---- | ---- | ----- | ---- |
| Litio | --- | --- | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Psicoestimulantes | --- | ----- | ---- | ---- | ----- | ----- |
| Otros fármacos para conducta | 1,00 | --- | --- | --- | --- | 1 / 1 |
| Antiparkinsonianos | 0,71 | 0,28 | 0,60 | 0,60 | 1,50 | 10 / 10 |
| Antiepilépticos | 1,79 | 1,13 | 0,50 | 1,90 | 4,20 | 12 / 12 |
| Para otros problemas somáticos | 1,98 | 1,62 | 0,83 | 1,00 | 7,62 | 23 / 23 |
| <u>N° ddd/ n° de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,04 | 0,53 | 0,08 | 1,00 | 2,12 | 46 / 46 |
| Psicofármacos | 1,09 | 0,88 | 0,08 | 0,75 | 3,75 | 39 / 39 |
| Antipsicóticos | 0,89 | 0,85 | 0,08 | 0,67 | 3,75 | 33 / 33 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,73 | 0,89 | 0,50 | 2,00 | 3,75 | 14 / 14 |
| Antidepresivos | --- | --- | ---- | ---- | ----- | ---- |
| Litio | --- | --- | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Psicoestimulantes | --- | ----- | ---- | ---- | ----- | ----- |
| Otros fármacos para conducta (1) | -- | --- | --- | --- | --- | ---- |
| Antiparkinsonianos (1) | -- | --- | --- | --- | --- | ----- |
| Antiepilépticos | 1,10 | 0,52 | 0,50 | 1,00 | 2,10 | 12 / 12 |
| Para otros problemas somáticos | 1,22 | 0,69 | 0,75 | 1,00 | 4,00 | 23 / 23 |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a n ° ddd/individuo.

Anexo 2-1. Tabla de variables ICAP. Centro-HP

| Variables ICAP | Cualitativas Casos / Total (%) | Cuantitativas | | |
|---|-----------------------------------|---------------|-------|---------|
| | | Media | D.S. | Mediana |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | 25 / 47; (53,2%) | | | |
| Visión buena con o sin gafas | 37 / 47; (78,7%) | | | |
| Audición buena con o sin audífono | 43 / 47; (91,5%) | | | |
| Sin crisis en el último año | 43 / 47; (91,5%) | | | |
| Sin problemas de salud que limiten la vida diaria | 40 / 47; (85,1%) | | | |
| Necesitan atención sanitaria < 1 vez al mes | 43 / 47; (91,5%) | | | |
| Sin limitaciones en la movilidad mano-brazo | 39 / 47; (83,0%) | | | |
| No está confinado en silla de ruedas o en cama | 44 / 47; (93,6%) | | | |
| No necesita ayuda de otra persona para moverse | 44 / 47 (93,6%) | | | |
| Destrezas motoras, puntuación W | | 458,66 | 21,21 | 466,00 |
| Destrezas sociales y comunicativas, puntuación W | | 468,83 | 21,80 | 477,00 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | 468,19 | 35,40 | 479,00 |
| Destrezas para la vida en comunidad, puntuación W | | 462,34 | 28,34 | 463,00 |
| Independencia general, puntuación W | | 464,47 | 25,32 | 471,00 |
| Edad equivalente, meses | | 52,77 | 34,10 | 48,00 |
| Problemas de conducta, frecuencia < 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | 36 / 47, (76,6%) | | | |
| Heteroagresiva | 39 / 47; (82,9%) | | | |
| Destructiva | 37 / 47; (78,7%) | | | |
| Disruptiva | 26 / 47; (55,3%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 13 / 47; (27,7%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 28 / 47; (59,5%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 20 / 47; (42,6%) | | | |
| No colaboradoras | 38 / 47; (80,9%) | | | |
| Problemas de conducta, de gravedad nula o leve | | | | |
| Autolesiva | 40 / 47; (85,1%) | | | |
| Heteroagresiva | 38 / 47; (80,9%) | | | |
| Destructiva | 37 / 47; (78,7%) | | | |
| Disruptiva | 40 / 47; (85,1%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 34 / 47; (72,4%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 37 / 47; (78,7%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 29 / 47; (61,7%) | | | |
| No colaboradoras | 41 / 47; (87,3%) | | | |
| Índice interno | | -14,53 | 12,28 | -14,00 |
| Índice externo | | -9,43 | 14,37 | -4,00 |
| Índice asocial | | -8,36 | 11,51 | -2,00 |
| Índice general | | -12,32 | 13,90 | -7,00 |
| Puntuación de servicio | | 49,98 | 22,96 | 49,00 |

Anexo 2-2. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-SR

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| n° de sujetos | 64 |
| Sexo varón | 45 / 64; (70,3%) |
| Tipo de centro | Residencia |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 3 / 64; (4,7%) |
| Moderado | 11 / 64; (17,2%) |
| Grave | 19 / 64; (29,7%) |
| Profundo | 31 / 64; (48,4%) |
| Diagnóstico dual presente | 29 / 64; (45,3%) |
| Epilepsia | 19 / 64 (29,7%) |
| Disfunción sensitivo motora | 30 / 64; (46,9%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 48 / 64; (75,0%) |
| Psicofármaco | 32 / 64; (50,0%) |
| Antipsicótico | 26 / 64; (40,6%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 11 / 64; (17,2%) |
| Antidepresivo | 1 / 64 (1,6%) |
| Litio | 0 / 64; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 64; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 0; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 9 / 64; (14,1%) |
| Antiepiléptico | 19 / 64; (29,7%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 28 / 64; (43,8%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 37 / 48; (77,1%) |
| Psicofármaco | 12 / 32; (37,5%) |
| Antipsicótico | 10 / 26; (38,5%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 11; (0,0%) |
| Antidepresivo | 0 / 1 (0,0%) |
| Litio | ---- |
| Psicoestimulante | ---- |
| Otros fármacos para la conducta | ----- |
| Antiparkinsoniano | 0 / 9; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 11 / 19; (57,9%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 9 / 28; (32,1%) |

Anexo 2-2. Tabla de características cuantitativas. Centro-SR

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | N° (válidos / total) |
|--|-------|-------|--------|---------|--------|----------------------|
| Edad (años) | 40,38 | 12,43 | 19,00 | 38,50 | 81,00 | 64 / 64 |
| Duración del ingreso (años) | 13,41 | 10,57 | 1,00 | 14,00 | 45,00 | 64 / 64 |
| <u>N° ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 2,87 | 2,75 | 0,17 | 1,78 | 12,79 | 48 / 48 |
| Psicofármacos | 1,06 | 1,40 | 0,05 | 0,55 | 5,92 | 32 / 32 |
| Antipsicóticos | 0,98 | 1,22 | 0,05 | 0,52 | 3,92 | 26 / 26 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 0,68 | 0,61 | 0,25 | 0,25 | 2,00 | 11 / 11 |
| Antidepresivos | 1,00 | -- | --- | --- | --- | 1 / 1 |
| Litio | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Psicoestimulantes | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otros fármacos para conducta | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antiparkinsonianos | 0,46 | 0,18 | 0,20 | 0,60 | 0,60 | 9 / 9 |
| Antiepilépticos | 2,00 | 1,26 | 0,40 | 1,55 | 4,50 | 19 / 19 |
| Para otros problemas somáticos | 2,12 | 2,33 | 0,17 | 1,32 | 9,61 | 28 / 28 |
| <u>N° ddd/ n° de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,91 | 0,56 | 0,15 | 0,82 | 2,65 | 48 / 48 |
| Psicofármacos | 0,60 | 0,57 | 0,05 | 0,36 | 1,97 | 32 / 32 |
| Antipsicóticos | 0,61 | 0,64 | 0,05 | 0,33 | 1,96 | 26 / 26 |
| Ansiolítico-hipnóticos (1) | --- | --- | -- | --- | --- | --- |
| Antidepresivos (1) | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Litio | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Psicoestimulantes | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otros fármacos para conducta | -- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antiparkinsonianos (1) | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antiepilépticos | 1,07 | 0,47 | 0,38 | 1,03 | 2,25 | 19 / 19 |
| Para otros problemas somáticos | 1,41 | 1,22 | 0,10 | 1,00 | 5,00 | 28 / 28 |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a n° ddd/individuo.

Anexo 2-2. Tabla de variables ICAP. Centro-SR

| Variables ICAP | Cualitativas Casos / Total (%) | Cuantitativas | | |
|---|-----------------------------------|---------------|-------|---------|
| | | Media | D.S.. | Mediana |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | 37 / 64; (57,8%) | | | |
| Visión buena con o sin gafas | 47 / 64; (73,4%) | | | |
| Audición buena con o sin audífono | 58 / 64; (90,6%) | | | |
| Sin crisis en el último año | 56 / 64; (87,5%) | | | |
| Sin problemas de salud que limiten la vida diaria | 52 / 64; (81,3%) | | | |
| Necesitan atención sanitaria < 1 vez al mes | 51 / 64; (79,7%) | | | |
| Sin limitaciones en la movilidad mano-brazo | 55 / 64; (85,9%) | | | |
| No está confinado en silla de ruedas o cama | 47 / 64; (73,4%) | | | |
| No necesita ayuda de otra persona para moverse | 48 / 64; (75,0%) | | | |
| Destrezas motoras, puntuación W | | 454,92 | 22,99 | 459,50 |
| Destrezas sociales y comunicativas, puntuación W | | 463,55 | 21,17 | 462,00 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | 461,44 | 26,79 | 467,00 |
| Destrezas para la vida en comunidad, puntuación W | | 451,00 | 23,84 | 449,00 |
| Independencia general, puntuación W | | 457,86 | 21,53 | 457,00 |
| Edad equivalente, meses | | 41,41 | 30,28 | 32,00 |
| Problemas de conducta, frecuencia < 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | 40 / 64; (62,5%) | | | |
| Heteroagresiva | 45 / 64; (70,3%) | | | |
| Destructiva | 50 / 64; (78,1%) | | | |
| Disruptiva | 28 / 64; (43,8%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 20 / 64; (31,3%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 21 / 64; (32,8%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 30 / 64; (46,9%) | | | |
| No colaboradoras | 37 / 64; (57,8%) | | | |
| Problemas de conducta, de gravedad nula o leve | | | | |
| Autolesiva | 54 / 64; (84,4%) | | | |
| Heteroagresiva | 50 / 64; (78,1%) | | | |
| Destructiva | 59 / 64; (92,2%) | | | |
| Disruptiva | 46 / 64; (71,9%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 47 / 64; (73,4%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 40 / 64; (62,5%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 40 / 64; (62,5%) | | | |
| No colaboradoras | 46 / 64; (71,9%) | | | |
| Índice interno | | -15,59 | 12,55 | -14,00 |
| Índice externo | | -11,80 | 10,23 | -11,00 |
| Índice asocial | | -15,30 | 12,23 | -12,00 |
| Índice general | | -16,02 | 9,58 | -16,00 |
| Puntuación de servicio | | 41,20 | 17,52 | 40,00 |

Anexo 2-3. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-SF

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 90 |
| Sexo varón | 60 / 90; (66,7%) |
| Tipo de centro | Residencia |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 1 / 90; (1,1%) |
| Moderado | 11 / 90; (12,2%) |
| Grave | 33 / 90; (36,7%) |
| Profundo | 45 / 90; (50,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 53 / 90; (58,9%) |
| Epilepsia | 34 / 90; (37,8%) |
| Disfunción sensitivo motora | 36 / 90; (40,0%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 75 / 90; (83,3%) |
| Psicofármaco | 35 / 90; (38,9%) |
| Antipsicótico | 26 / 90; (28,9%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 17 / 90; (18,9%) |
| Antidepresivo | 2 / 90; (2,2%) |
| Litio | 0 / 90; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 90; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 3 / 90; (3,3%) |
| Antiparkinsoniano | 18 / 90; (20,0%) |
| Antiepiléptico | 34 / 90; (37,8%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 48 / 90; (53,3%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 48 / 75; (64,0%) |
| Psicofármaco | 19 / 35; (54,3%) |
| Antipsicótico | 13 / 26; (50,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 2 / 17; (11,8%) |
| Antidepresivo | 0 / 2; (90,0%) |
| Litio | ---- |
| Psicoestimulante | ----- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 3; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 18; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 13 / 34; (38,2%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 10 / 48; (20,8%) |

Anexo 2-3. Tabla de características cuantitativas. Centro-SF.

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº válidos / total |
|--|-------|-------|--------|---------|--------|--------------------|
| Edad (años) | 32,03 | 10,40 | 17,00 | 29,50 | 59,00 | 90 / 90 |
| Duración del ingreso (años) | 8,32 | 4,88 | 1,00 | 9,00 | 14,00 | 90 / 90 |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 3,66 | 2,52 | 0,20 | 2,99 | 13,85 | 75 / 75 |
| Psicofármacos | 2,24 | 2,57 | 0,08 | 1,00 | 9,92 | 35 / 35 |
| Antipsicóticos | 1,51 | 1,78 | 0,08 | 0,67 | 7,42 | 26 / 26 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 2,25 | 2,18 | 0,50 | 1,00 | 8,25 | 17 / 17 |
| Antidepresivos | 0,44 | 0,08 | 0,38 | 0,44 | 0,50 | 2 / 2 |
| Litio | --- | --- | -- | ---- | --- | ---- |
| Psicoestimulantes | ---- | --- | -- | --- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | 0,91 | 0,47 | 0,40 | 1,00 | 1,33 | 3 / 3 |
| Antiparkinsonianos | 0,46 | 0,20 | 0,20 | 0,40 | 0,80 | 18 / 18 |
| Antiepilépticos | 1,34 | 0,78 | 0,20 | 1,00 | 3,70 | 34 / 34 |
| Para otros problemas somáticos | 2,98 | 1,18 | 0,25 | 2,99 | 8,52 | 48 / 48 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,53 | 0,88 | 0,20 | 1,24 | 2,99 | 75/75 |
| Psicofármacos | 1,03 | 0,86 | 0,08 | 0,80 | 3,75 | 35 / 35 |
| Antipsicóticos | 0,74 | 0,56 | 0,08 | 0,57 | 2,47 | 26 / 26 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,95 | 1,65 | 0,50 | 1,00 | 6,25 | 17 / 17 |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio | --- | --- | -- | ---- | --- | ---- |
| Psicoestimulantes | ---- | --- | -- | --- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,89 | 0,34 | 0,20 | 1,00 | 2,00 | 34 / 34 |
| Para otros problemas somáticos | 2,46 | 0,90 | 0,25 | 2,99 | 4,00 | 48 / 48 |

(1). Ningún sujeto recibe más de 1 fármaco del grupo

Anexo 2-4. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-DA

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 55 |
| Sexo varón | 35 / 55; (63,6%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 7 / 50; (14,0%) |
| Moderado | 23 / 50; (46,0%) |
| Grave | 17 / 50; (34,0%) |
| Profundo | 3 / 50; (6,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 8 / 55; (14,5%) |
| Epilepsia | 9 / 50; (16,4%) |
| Disfunción sensitivo motora | 12 / 55; (21,8%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 20 / 55; (36,4%) |
| Psicofármaco | 10 / 55; (18,2%) |
| Antipsicótico | 4 / 55; (7,3%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 6 / 55; (10,9%) |
| Antidepresivo | 0 / 55; (0,0%) |
| Litio | 0 / 55; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 55; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 2 / 55; (3,6%) |
| Antiparkinsoniano | 4 / 55; (7,3%) |
| Antiepiléptico | 12 / 55; (21,8%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 11 / 55; (20,0%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 17 / 20; (85,0%) |
| Psicofármaco | 3 / 10; (30,0%) |
| Antipsicótico | 2 / 4; (50,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 1 / 6; (16,7%) |
| Antidepresivo | ---- |
| Litio | ---- |
| Psicoestimulante | ----- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 2; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 4; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 8 / 12; (66,7%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 2 / 11 (18,2%) |

Anexo 2-4. Tabla de características cuantitativas. Centro-DA.

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------|
| Edad (años) | 29,20 | 9,84 | 12,00 | 28,00 | 57,00 | 55 / 55 |
| Duración del ingreso (años) | ---- | --- | --- | --- | ---- | ---- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 3,08 | 3,03 | 0,33 | 1,90 | 12,97 | 19 / 20 |
| Psicofármacos | 1,98 | 1,97 | 0,13 | 1,25 | 6,33 | 9 / 10 |
| Antipsicóticos | 2,73 | 2,81 | 0,50 | 2,05 | 6,33 | 4 / 4 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,38 | 0,92 | 0,13 | 1,25 | 2,50 | 5 / 6 |
| Antidepresivos | --- | --- | -- | ---- | --- | ---- |
| Litio | --- | --- | -- | ---- | --- | ---- |
| Psicoestimulantes | ---- | --- | -- | --- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | 1,72 | 2,24 | 0,13 | 1,72 | 3,30 | 2 / 2 |
| Antiparkinsonianos | 0,50 | 0,26 | 0,20 | 0,50 | 0,80 | 4 / 4 |
| Antiepilépticos | 1,37 | 1,16 | 0,33 | 1,04 | 4,00 | 12 / 12 |
| Para otros problemas somáticos | 2,35 | 2,80 | 0,40 | 1,00 | 8,87 | 10 / 11 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,00 | 0,71 | 0,17 | 0,94 | 2,65 | 19 / 20 |
| Psicofármacos | 1,29 | 0,93 | 0,13 | 1,25 | 3,17 | 9 / 10 |
| Antipsicóticos | 1,46 | 1,27 | 0,50 | 1,15 | 3,17 | 4 / 4 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,13 | 0,67 | 0,13 | 1,25 | 2,00 | 5 / 6 |
| Antidepresivos | --- | --- | -- | ---- | --- | ---- |
| Litio | --- | --- | -- | ---- | --- | ---- |
| Psicoestimulantes | ---- | --- | -- | --- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,66 | 0,35 | 0,17 | 0,64 | 1,33 | 12 / 12 |
| Para otros problemas somáticos | 2,05 | 2,79 | 0,40 | 1,00 | 8,87 | 10 / 11 |

(1). Ningún sujeto recibe más de 1 fármaco del grupo

Anexo 2-5. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-G

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 39 |
| Sexo varón | 19 / 39; (48,7%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 1 / 39; (2,6%) |
| Moderado | 21 / 39; (53,8%) |
| Grave | 14 / 39; (35,9%) |
| Profundo | 3 / 39; (7,7%) |
| Diagnóstico dual presente | 9 / 39; (23,1%) |
| Epilepsia | 12 / 39; (30,8%) |
| Disfunción sensitivo motora | 5 / 39; (12,8%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 19 / 39; (48,7%) |
| Psicofármaco | 7 / 39; (17,9%) |
| Antipsicótico | 3 / 39; (7,7%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 4 / 39; (10,3%) |
| Antidepresivo | 0 / 39; (0,0%) |
| Litio | 0 / 39; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 39; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 39; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 39; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 12 / 39; (30,8%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 2 / 39; (5,1%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 5 / 19; (26,3%) |
| Psicofármaco | 0 / 7; (0,0%) |
| Antipsicótico | 0 / 3; (0,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 4; (0,0%) |
| Antidepresivo | ---- |
| Litio | ---- |
| Psicoestimulante | ---- |
| Otros fármacos para la conducta | ---- |
| Antiparkinsoniano | ---- |
| Antiepiléptico | 5 / 12; (41,7%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 0 / 2; (0,0%) |

Anexo 2-5. Tabla de Características cuantitativas. Centro-G

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 32,64 | 9,59 | 20,00 | 29,00 | 53,00 | 39 / 39 |
| Duración del ingreso (años) | - | - | - | - | - | - |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,21 | 1,07 | 0,08 | 1,00 | 4,00 | 19 / 19 |
| Psicofármacos | 0,42 | 0,21 | 0,08 | 0,50 | 0,67 | 7 / 7 |
| Antipsicóticos | 0,31 | 0,32 | 0,08 | 0,17 | 0,67 | 3 / 3 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 0,50 | 0,00 | 0,50 | 0,50 | 0,50 | 4 / 4 |
| Antidepresivos | ---- | --- | --- | --- | --- | -- |
| Litio | --- | -- | --- | -- | --- | --- |
| Psicoestimulantes | -- | --- | --- | ---- | ---- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | -- | -- | --- | ---- | --- | -- |
| Antiparkinsonianos | --- | --- | --- | ---- | --- | --- |
| Antiepilépticos | 1,54 | 1,10 | 0,40 | 1,14 | 4,00 | 12 / 12 |
| Para otros problemas somáticos | 0,84 | 0,23 | 0,67 | 0,84 | 1,00 | 2 / 2 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,86 | 0,66 | 0,08 | 0,67 | 3,00 | 19 / 19 |
| Psicofármacos (1) | | | | | | |
| Antipsicóticos (1) | | | | | | |
| Ansiolítico-hipnóticos (1) | | | | | | |
| Antidepresivos | ---- | --- | --- | --- | --- | -- |
| Litio | --- | -- | --- | -- | --- | --- |
| Psicoestimulantes | -- | --- | --- | ---- | ---- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | -- | -- | --- | ---- | --- | -- |
| Antiparkinsonianos | --- | --- | --- | --- | -- | --- |
| Antiepilépticos | 1,09 | 0,74 | 0,40 | 0,90 | 3,00 | 12 / 12 |
| Para otros problemas somáticos (1) | | | | | | |

(1). Ningún sujeto toma más de un fármaco del grupo.

Anexo 2-6. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-D

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 38 |
| Sexo varón | 24 / 38; (63,2%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 2 / 38; (5,3%) |
| Moderado | 18 / 38; (47,4%) |
| Grave | 7 / 38; (18,4%) |
| Profundo | 11 / 38; (28,9%) |
| Diagnóstico dual presente | 3 / 38; (7,9%) |
| Epilepsia | 2 / 38; (5,3%) |
| Disfunción sensitivo motora | 5 / 38; (13,2%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 12 / 38; (31,6%) |
| Psicofármaco | 6 / 38; (15,8%) |
| Antipsicótico | 6 / 38; (15,8%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 1 / 38; (2,6%) |
| Antidepresivo | 0 / 38; (0,0%) |
| Litio | 0 / 38; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 38; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 38; (2,6%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 38; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 4 / 38; (10,5%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 3 / 38; (7,9%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 9 / 12; (75,0%) |
| Psicofármaco | 3 / 6; (50,0%) |
| Antipsicótico | 2 / 6; (33,3%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 1; (0,0%) |
| Antidepresivo | ---- |
| Litio | --- |
| Psicoestimulante | ---- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 1; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | ---- |
| Antiepiléptico | 4 / 4; (100%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 2 / 3 (66,7%) |

Anexo 2-6. Tabla de características cuantitativas. Centro-D

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 30,29 | 9,14 | 19,00 | 28,00 | 49,00 | 38 / 38 |
| Duración del ingreso (años) | - | --- | --- | -- | -- | --- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,65 | 1,58 | 0,10 | 1,06 | 4,90 | 12 / 12 |
| Psicofármacos | 0,69 | 0,47 | 0,10 | 0,70 | 1,25 | 6 / 6 |
| Antipsicóticos | 0,64 | 0,51 | 0,10 | 0,67 | 1,25 | 6 / 6 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 0,25 | -- | -- | -- | -- | 1 / 1 |
| Antidepresivos | - | -- | --- | --- | --- | -- |
| Litio | -- | --- | -- | -- | -- | -- |
| Psicoestimulantes | --- | -- | --- | ---- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | 0,67 | -- | -- | -- | --- | 1 / 1 |
| Antiparkinsonianos | --- | --- | ---- | ---- | ---- | ---- |
| Antiepilépticos | 1,92 | 1,57 | 0,73 | 1,37 | 4,20 | 4 / 4 |
| Para otros problemas somáticos | 2,46 | 2,13 | 1,00 | 1,48 | 4,90 | 3/3 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,70 | 0,42 | 0,10 | 0,65 | 1,63 | 12 / 12 |
| Psicofármacos | 0,46 | 0,33 | 0,10 | 0,43 | 1,00 | 6 / 6 |
| Antipsicóticos | 0,45 | 0,34 | 0,10 | 0,43 | 1,00 | 6 / 6 |
| Ansiolítico-hipnóticos (1) | | | | | | |
| Antidepresivos | - | -- | --- | --- | --- | -- |
| Litio | -- | --- | -- | -- | -- | -- |
| Psicoestimulantes | --- | -- | --- | ---- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos | -- | -- | --- | -- | -- | ---- |
| Antiepilépticos | 0,70 | 0,31 | 0,37 | 0,69 | 1,05 | 4 / 4 |
| Para otros problemas somáticos | 1,12 | 0,46 | 0,74 | 1,00 | 1,63 | 3 / 3 |

(1). Ningún sujeto toma más de un fármaco del grupo.

Anexo 2-7. Tabla de características cualitativas. N° de sujetos (porcentaje). Centro-A

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| N° de sujetos | 74 |
| Sexo varón | 45 / 74; (60,8%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 10 / 72; (13,9%) |
| Moderado | 53 / 72; (73,6%) |
| Grave | 9 / 72; (12,5%) |
| Profundo | 0 / 72; (0,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 10 / 73; (13,7%) |
| Epilepsia | 6 / 73; (8,2%) |
| Disfunción sensitivo motora | 10 / 73; (13,7%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 40 / 73; (54,8%) |
| Psicofármaco | 22 / 72; (30,6%) |
| Antipsicótico | 16 / 72; (22,2%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 9 / 72; (12,5%) |
| Antidepresivo | 1 / 72; (1,4%) |
| Litio | 0 / 72; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 72; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 3 / 72; (4,2%) |
| Antiparkinsoniano | 2 / 72; (2,8%) |
| Antiepiléptico | 13 / 72; (18,1%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 13 / 72; (18,1%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 24 / 39; (61,5%) |
| Psicofármaco | 9 / 22; (40,9%) |
| Antipsicótico | 7 / 16; (43,8%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 9; (0,0%) |
| Antidepresivo | 0 / 1; (0,0%) |
| Litio | --- |
| Psicoestimulante | ---- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 3; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 2; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 9 / 13; (69,2%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 4 / 13; (30,8%) |

Anexo 2-7. Tabla de características cuantitativas. Centro 7-A

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------|
| Edad (años) | 31,46 | 9,00 | 18,00 | 31,00 | 62,00 | 72 / 74 |
| Duración del ingreso (años) | -- | --- | --- | --- | -- | --- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,24 | 0,92 | 0,13 | 1,15 | 3,38 | 39 / 40 |
| Psicofármacos | 0,71 | 0,58 | 0,13 | 0,50 | 2,38 | 22 / 22 |
| Antipsicóticos | 0,49 | 0,41 | 0,03 | 0,37 | 1,50 | 16 / 16 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 0,84 | 0,53 | 0,25 | 0,50 | 1,50 | 9 / 9 |
| Antidepresivos | 0,17 | -- | -- | -- | --- | 1 / 1 |
| Litio | --- | -- | --- | --- | --- | --- |
| Psicoestimulantes | -- | -- | --- | --- | -- | -- |
| Otros fármacos para conducta | 0,92 | 0,57 | 0,27 | 1,25 | 1,25 | 3 / 3 |
| Antiparkinsonianos | 0,40 | 0,28 | 0,20 | 0,40 | 0,60 | 2 / 2 |
| Antiepilépticos | 1,14 | 0,67 | 0,20 | 1,15 | 2,30 | 13 / 13 |
| Para otros problemas somáticos | 1,11 | 0,83 | 0,16 | 1,00 | 3,08 | 13 / 13 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,57 | 0,31 | 0,10 | 0,57 | 1,50 | 39 / 40 |
| Psicofármacos | 0,47 | 0,33 | 0,10 | 0,37 | 1,50 | 22 / 22 |
| Antipsicóticos | 0,30 | 0,18 | 0,03 | 0,33 | 0,75 | 16 / 16 |
| Ansiolítico-hipnóticos (1) | | | | | | |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Psicoestimulantes | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,58 | 0,21 | 0,20 | 0,60 | 0,90 | 13 / 13 |
| Para otros problemas somáticos | 0,72 | 0,30 | 0,16 | 0,75 | 1,07 | 13 / 13 |

(1). Ningún sujeto recibe más de 1 fármaco del grupo.

Anexo 2-8. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-SP

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 38 |
| Sexo varón | 21 / 38; (55,3%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 8 / 38; (21,1%) |
| Moderado | 24 / 38; (63,2%) |
| Grave | 4 / 38; (10,5%) |
| Profundo | 2 / 38; (5,3%) |
| Diagnóstico dual presente | 15 / 38; (39,5%) |
| Epilepsia | 1 / 38; (2,6%) |
| Disfunción sensitivo motora | 0 / 38; (0,0%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 18 / 38; (47,4%) |
| Psicofármaco | 13 / 38; (34,2%) |
| Antipsicótico | 12 / 38; (31,6%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 5 / 38; (13,2%) |
| Antidepresivo | 0 / 38; (0,0%) |
| Litio | 0 / 38; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 38; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 38; (2,6%) |
| Antiparkinsoniano | 5 / 38; (13,2%) |
| Antiepiléptico | 3 / 38; (7,9%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 6 / 38; (15,8%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 10 / 18; (55,6%) |
| Psicofármaco | 5 / 13; (38,5%) |
| Antipsicótico | 4 / 12; (33,3%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 5; (0,0%) |
| Antidepresivo | ----- |
| Litio | ---- |
| Psicoestimulante | ----- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 1; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 5; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 3 / 3; (100%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 1 / 6; (16,7%) |

Anexo 2-8. Tabla de características cuantitativas. Centro-SP

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 32,63 | 9,42 | 20,00 | 29,50 | 56,00 | 38 / 38 |
| Duración del ingreso (años) | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,96 | 1,82 | 0,13 | 1,26 | 6,80 | 18 / 18 |
| Psicofármacos | 1,77 | 1,86 | 0,13 | 1,19 | 5,25 | 13 / 13 |
| Antipsicóticos | 1,26 | 1,00 | 0,13 | 1,19 | 3,00 | 12 / 12 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,58 | 0,93 | 0,50 | 2,00 | 2,50 | 5 / 5 |
| Antidepresivos | -- | -- | --- | -- | --- | --- |
| Litio | -- | --- | --- | --- | --- | -- |
| Psicoestimulantes | -- | -- | --- | --- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | 0,96 | -- | --- | -- | --- | 1 / 1 |
| Antiparkinsonianos | 0,32 | 0,18 | 0,20 | 0,20 | 0,60 | 5 / 5 |
| Antiepilépticos | 1,89 | 0,60 | 1,19 | 2,20 | 2,27 | 3 / 3 |
| Para otros problemas somáticos | 0,68 | 0,53 | 0,08 | 0,50 | 1,33 | 6 / 6 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,83 | 0,43 | 0,13 | 0,86 | 1,61 | 18 / 18 |
| Psicofármacos | 0,87 | 0,51 | 0,13 | 0,93 | 1,61 | 13 / 13 |
| Antipsicóticos | 0,81 | 0,44 | 0,13 | 0,97 | 1,34 | 12 / 12 |
| Ansiolítico-hipnóticos (1) | | | | | | |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio | ---- | --- | --- | --- | ----- | ----- |
| Psicoestimulantes | --- | --- | --- | ---- | ----- | ----- |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,82 | 0,26 | 0,60 | 0,76 | 1,10 | 3 / 3 |
| Para otros problemas somáticos | 0,57 | 0,42 | 0,08 | 0,50 | 1,33 | 6 |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-9. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-T

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 40 |
| Sexo varón | 26 / 40; (65,0%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 9 / 39; (23,1%) |
| Moderado | 21 / 39; (53,8%) |
| Grave | 9 / 39; (23,1%) |
| Profundo | 0 / 39; (0,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 10 / 40; (25,0%) |
| Epilepsia | 5 / 40; (12,5%) |
| Disfunción sensitivo motora | 7 / 40; (17,5%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 14 / 40; (35,0%) |
| Psicofármaco | 8 / 40; (20,0%) |
| Antipsicótico | 7 / 40; (17,5%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 1 / 40; (2,5%) |
| Antidepresivo | 0 / 40; (0,0%) |
| Litio | 1 / 40; (2,5%) |
| Psicoestimulante | 0 / 40; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 40; (2,5%) |
| Antiparkinsoniano | 1 / 40; (2,5%) |
| Antiepiléptico | 5 / 40; (12,5%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 3 / 40; (7,5%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 7 / 14; (50,0%) |
| Psicofármaco | 2 / 8; (25,0%) |
| Antipsicótico | 2 / 6; (33,3%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 1; (0,0%) |
| Antidepresivo | -- |
| Litio | 0 / 1; (0,0%) |
| Psicoestimulante | --- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 1; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 1; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 2 / 5; (40,0%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 1 / 3; (33,3%) |

Anexo 2-9. Tabla de características cuantitativas. Centro-T

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 29,03 | 8,30 | 19,00 | 25,50 | 50,00 | 40 / 40 |
| Duración del ingreso (años) | -- | -- | --- | ---- | --- | --- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,44 | 1,22 | 0,08 | 1,00 | 3,37 | 13 / 14 |
| Psicofármacos | 0,54 | 0,72 | 0,07 | 0,33 | 2,12 | 7 / 8 |
| Antipsicóticos | 0,32 | 0,27 | 0,07 | 0,29 | 0,79 | 6 / 7 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 0,50 | - | - | - | - | 1 / 1 |
| Antidepresivos | - | - | - | -- | -- | - |
| Litio | 1,35 | - | - | -- | -- | 1 / 1 |
| Psicoestimulantes | - | - | - | -- | -- | - |
| Otros fármacos para conducta | 2,87 | - | - | -- | -- | -- |
| Antiparkinsonianos | 0,60 | - | - | -- | -- | -- |
| Antiepilépticos | 1,55 | 1,17 | 0,20 | 1,00 | 2,94 | 5 / 5 |
| Para otros problemas somáticos | 1,37 | 1,15 | 0,67 | 0,75 | 2,70 | 3 / 3 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,69 | 0,46 | 0,08 | 0,67 | 1,69 | 13 / 14 |
| Psicofármacos | 0,31 | 0,23 | 0,07 | 0,25 | 0,71 | 7 / 8 |
| Antipsicóticos | 0,22 | 0,13 | 0,07 | 0,23 | 0,40 | 6 / 7 |
| Ansiolítico-hipnóticos (1) | | | | | | |
| Antidepresivos | - | - | - | -- | -- | - |
| Litio (1) | | | | | | |
| Psicoestimulantes | - | - | - | -- | -- | - |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,90 | 0,41 | 0,20 | 1,00 | 1,30 | 5 / 5 |
| Para otros problemas somáticos | 0,70 | 0,04 | 0,67 | 0,68 | 0,75 | 3 / 3 |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-10. Tabla de Características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-V

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 39 |
| Sexo varón | 23 / 38; (60,5%) |
| Tipo de centro | Educativo |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 2 / 39; (5,1%) |
| Moderado | 29 / 39; (74,4%) |
| Grave | 8 / 39; (20,5%) |
| Profundo | 0 / 0; (0,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 7 / 39; (17,9%) |
| Epilepsia | 5 / 39; (12,8%) |
| Disfunción sensitivo motora | 7 / 39; (17,9%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 7 / 39; (17,9%) |
| Psicofármaco | 1 / 38; (2,6%) |
| Antipsicótico | 1 / 38; (2,6%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 38; (0,0%) |
| Antidepresivo | 0 / 38; (0,0%) |
| Litio | 0 / 38; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 38; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 38; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 38; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 5 / 39; (12,8%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 2 / 38, (5,3%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 2 / 6; (33,3%) |
| Psicofármaco | 0 / 1; (0,0%) |
| Antipsicóticos | 0 / 1; (0,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | -- |
| Antidepresivo | -- |
| Litio | -- |
| Psicoestimulante | -- |
| Otros fármacos para la conducta | -- |
| Antiparkinsoniano | -- |
| Antiepiléptico | 1 / 4; (25,5%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 0 / 2; (0,0%) |

Anexo 2-10. Tabla de características cuantitativas. Centro-V

| | media | D.S. | mínimo | mediana | máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 12,84 | 3,89 | 6,00 | 14,50 | 18,00 | 38 / 39 |
| Duración del ingreso (años) | - | --- | -- | - | - | -- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,93 | 0,50 | 0,40 | 0,90 | 1,78 | 6 / 7 |
| Psicofármacos | 0,1 | -- | -- | - | - | 1 / 1 |
| Antipsicóticos | 0,1 | - | -- | -- | -- | 1 / 1 |
| Ansiolítico-hipnóticos | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Antidepresivos | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Litio | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Psicoestimulantes | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Otros fármacos para conducta | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Antiparkinsonianos | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Antiepilépticos | 1,00 | 0,58 | 0,40 | 0,90 | 1,78 | 4 / 5 |
| Para otros problemas somáticos | 0,75 | 0,35 | 0,50 | 0,75 | 1,00 | 2 / 2 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,64 | 0,22 | 0,40 | 0,57 | 1,00 | 6 / 7 |
| Psicofármacos (1) | | | | | | |
| Antipsicóticos (1) | | | | | | |
| Ansiolítico-hipnóticos | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Antidepresivos | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Litio | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Psicoestimulantes | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Otros fármacos para conducta | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Antiparkinsonianos | ---- | -- | -- | --- | --- | - |
| Antiepilépticos | 0,70 | 0,26 | 0,40 | 0,70 | 1,00 | 4 / 5 |
| Para otros problemas somáticos (1) | | | | | | |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-11. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-AG

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 60 |
| Sexo varón | 35 / 60; (58,3%) |
| Tipo de centro | Educativo |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 1 / 60; (1,7%) |
| Moderado | 18 / 60; (30,0%) |
| Grave | 33 / 60; (55,0%) |
| Profundo | 8 / 60; (13,3%) |
| Diagnóstico dual presente | 20 / 60; (33,3%) |
| Epilepsia | 19 / 60; (31,7%) |
| Disfunción sensitivo motora | 22 / 60; (36,7%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 27 / 60; (45,0%) |
| Psicofármaco | 9 / 59; (15,3%) |
| Antipsicótico | 5 / 59; (8,5%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 3 / 59; (5,1%) |
| Antidepresivo | 0 / 59; (0,0%) |
| Litio | 0 / 59; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 2 / 59; (3,4%) |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 59; (1,7%) |
| Antiparkinsoniano | 2 / 59; (3,4%) |
| Antiepiléptico | 22 / 59; (36,7%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 0 / 59; (0,0%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 14 / 26; (53,8%) |
| Psicofármaco | 2 / 9 (22,2%) |
| Antipsicótico | 1 / 5; (20,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 1 / 3; (33,3%) |
| Antidepresivo | -- |
| Litio | -- |
| Psicoestimulante | 0 / 2; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 1; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 2; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 10 / 21; (47,6%) |
| Fármaco para problemas somáticos | --- |

Anexo 2-11. Tabla de características cuantitativas. Centro-AG

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 12,45 | 4,13 | 5,00 | 13,00 | 18,00 | 60 / 60 |
| Duración del ingreso (años) | -- | -- | --- | --- | --- | ---- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,42 | 1,16 | 0,27 | 0,83 | 4,48 | 25 / 27 |
| Psicofármacos | 1,49 | 1,11 | 0,10 | 1,33 | 3,33 | 9 / 9 |
| Antipsicóticos | 1,33 | 1,27 | 0,10 | 1,33 | 3,33 | 5 / 5 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,75 | 0,90 | 0,75 | 2,00 | 2,50 | 3 / 3 |
| Antidepresivos | -- | - | - | - | - | - |
| Litio | - | - | - | - | - | - |
| Psicoestimulantes | 0,75 | 0,12 | 0,66 | 0,75 | 0,83 | 2 / 2 |
| Otros fármacos para conducta | 1,00 | | | | | 1 / 1 |
| Antiparkinsonianos | 0,20 | 0,00 | -- | -- | -- | 2 / 2 |
| Antiepilépticos | 1,00 | 0,67 | 0,27 | 0,75 | 2,38 | 20 / 22 |
| Para otros problemas somáticos | -- | -- | --- | --- | --- | ---- |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,75 | 0,61 | 0,20 | 0,60 | 3,30 | 25 / 27 |
| Psicofármacos | 1,21 | 1,04 | 0,10 | 0,83 | 3,33 | |
| Antipsicóticos | 1,18 | 1,28 | 0,10 | 0,75 | 3,33 | 5 / 5 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,42 | 0,95 | 0,75 | 1,00 | 2,50 | 3 / 3 |
| Antidepresivos | -- | - | - | - | - | - |
| Litio | - | - | - | - | - | - |
| Psicoestimulantes (1) | | | | | | |
| Otros fármacos para conducta | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,59 | 0,23 | 0,26 | 0,60 | 1,19 | 20 / 22 |
| Para otros problemas somáticos | | ... | | | | |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-12. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-M

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| n° de sujetos | 59 |
| Sexo varón | 32 / 59; (54,2%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 13 / 59; (22,0%) |
| Moderado | 34 / 59; (57,6%) |
| Grave | 12 / 59; (20,3%) |
| Profundo | 0 / 59; (0,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 17 / 59; (28,8%) |
| Epilepsia | 5 / 59; (8,5%) |
| Disfunción sensitivo motora | 9 / 59; (15,3%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 18 / 59; (30,5%) |
| Psicofármaco | 10 / 59; (16,9%) |
| Antipsicótico | 8 / 59; (13,6%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 5 / 59; (8,5%) |
| Antidepresivo | 1 / 59; (1,7%) |
| Litio | 0 / 59; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 59; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 3 / 59; (5,1%) |
| Antiparkinsoniano | 2 / 59; (3,4%) |
| Antiepiléptico | 9 / 59; (15,3%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 2 / 59; (3,4%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 10 / 18; (55,6%) |
| Psicofármaco | 5 / 10; (50,0%) |
| Antipsicótico | 1 / 8; (12,5%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 5; (0,0%) |
| Antidepresivo | 0 / 1; (0,0%) |
| Litio | -- |
| Psicoestimulante | -- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 3; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 2; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 3 / 9; (33,3%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 0 / 2; (0,0%) |

Anexo 2-12. Tabla de características cuantitativas. Centro-M

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 25,47 | 7,39 | 18,00 | 23,00 | 52,00 | 59 / 59 |
| Duración del ingreso (años) | -- | --- | -- | -- | -- | --- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,88 | 1,31 | 0,40 | 1,92 | 5,17 | 18 / 18 |
| Psicofármacos | 1,46 | 1,51 | 0,33 | 0,72 | 5,17 | 10 / 10 |
| Antipsicóticos | 0,72 | 0,41 | 0,08 | 0,67 | 1,33 | 8 / 8 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,62 | 1,43 | 0,60 | 1,00 | 4,00 | 5 / 5 |
| Antidepresivos | 0,75 | | | | | 1 / 1 |
| Litio | - | - | - | - | - | - |
| Psicoestimulantes | | - | -- | - | - | - |
| Otros fármacos para conducta | 1,92 | 0,00 | | | | 3 / 3 |
| Antiparkinsonianos | 0,25 | 0,21 | 0,10 | 0,25 | 0,40 | 2 / 2 |
| Antiepilépticos | 1,31 | 1,04 | 0,20 | 1,00 | 3,50 | 9 / 9 |
| Para otros problemas somáticos | 0,61 | 0,55 | 0,22 | 0,61 | 1,00 | 2 / 2 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,00 | 0,61 | 0,34 | 0,80 | 2,59 | 18 / 18 |
| Psicofármacos | 0,88 | 0,68 | 0,33 | 0,67 | 2,59 | 10 / 10 |
| Antipsicóticos | 0,67 | 0,42 | 0,08 | 0,67 | 1,33 | 8 / 8 |
| Ansiolítico-hipnóticos (1) | | | | | | |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio | | | | | | |
| Psicoestimulantes (1) | | | | | | |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,80 | 0,42 | 0,20 | 0,70 | 1,60 | 9 / 9 |
| Para otros problemas somáticos (1) | | | | | | |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-13. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro -J

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| N° de sujetos | 41 |
| Sexo varón | 30 / 41; (73,2%) |
| Tipo de centro | Residencia |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 0 / 40; (0,0%) |
| Moderado | 1 / 40; (2,5%) |
| Grave | 23 / 40; (57,5%) |
| Profundo | 16 / 40; (40,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 21 / 41; (51,2%) |
| Epilepsia | 13 / 41; (31,7%) |
| Disfunción sensitivo motora | 11 / 41; (26,8%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 32 / 41; (78,0%) |
| Psicofármaco | 22 / 41; (53,7%) |
| Antipsicótico | 18 / 41; (43,9%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 9 / 41; (22,0%) |
| Antidepresivo | 0 / 41; (0,0%) |
| Litio | 2 / 41; (4,9%) |
| Psicoestimulante | 0 / 41; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 2 / 41; (4,9%) |
| Antiparkinsoniano | 4 / 41; (9,8%) |
| Antiepiléptico | 17 / 41; (41,5%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 10 / 41; (24,4%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 23 / 32; (71,9%) |
| Psicofármaco | 9 / 22; (40,9%) |
| Antipsicótico | 3 / 18; (16,7%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 1 / 9; (11,1%) |
| Antidepresivo | --- |
| Litio | 0 / 2; (0,0%) |
| Psicoestimulante | --- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 2; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 4; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 4 / 17; (23,5%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 2 / 10; (20,0%) |

Anexo 2-13. Tabla de características cuantitativas. Centro-J

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|-------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 35,08 | 10,79 | 16,00 | 33,00 | 62,00 | 40 / 41 |
| Duración del ingreso (años) | 5,76 | 2,02 | 1,00 | 7,00 | 7,00 | 41 / 41 |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,99 | 1,48 | 0,08 | 1,99 | 5,36 | 32 / 32 |
| Psicofármacos | 1,03 | 1,05 | 0,08 | 0,51 | 3,17 | 22 / 22 |
| Antipsicóticos | 0,52 | 0,55 | 0,08 | 0,25 | 1,92 | 18 / 18 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,18 | 0,84 | 0,30 | 1,00 | 2,50 | 9 / 9 |
| Antidepresivos | --- | - | --- | --- | --- | ---- |
| Litio | 1,35 | 0,00 | -- | -- | -- | 2 / 2 |
| Psicoestimulantes | -- | -- | -- | -- | -- | --- |
| Otros fármacos para conducta | 1,00 | 0,00 | | | | 2 / 2 |
| Antiparkinsonianos | 0,57 | 0,17 | 0,40 | 0,55 | 0,80 | 4 / 4 |
| Antiepilépticos | 1,12 | 0,63 | 0,40 | 1,00 | 2,70 | 17 / 17 |
| Para otros problemas somáticos | 1,74 | 0,78 | 0,33 | 2,00 | 2,99 | 10 / 10 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,84 | 0,48 | 0,08 | 0,82 | 2,00 | 32 / 32 |
| Psicofármacos | 0,58 | 0,45 | 0,08 | 0,36 | 1,50 | 22 / 22 |
| Antipsicóticos | 0,43 | 0,42 | 0,08 | 0,25 | 1,67 | 18 / 18 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,00 | 0,68 | 0,30 | 1,00 | 2,50 | 9 / 9 |
| Antidepresivos | --- | --- | --- | --- | -- | --- |
| Litio (1) | | | | | | |
| Psicoestimulantes | --- | --- | --- | --- | -- | --- |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,91 | 0,38 | 0,40 | 0,84 | 2,00 | 17 / 17 |
| Para otros problemas somáticos | 1,51 | 0,74 | 0,33 | 1,29 | 2,99 | / 10 |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-14. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro -TM

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 107 |
| Sexo varón | 69 / 107 (64,5%) |
| Tipo de centro | Ocupacional y de empleo |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 26 / 106; (24,5%) |
| Moderado | 46 / 106; (43,4%) |
| Grave | 33 / 106; (31,1%) |
| Profundo | 1 / 106; (0,9%) |
| Diagnóstico dual presente | 14 / 107; (13,1%) |
| Epilepsia | 10 / 107; (9,3%) |
| Disfunción sensitivo motora | 9 / 106; (8,5%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 50 / 107; (46,7%) |
| Psicofármaco | 25 / 107; (23,4%) |
| Antipsicótico | 19 / 107; (17,8%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 9 / 107; (8,4%) |
| Antidepresivo | 4 / 107; (3,7%) |
| Litio | 0 / 107; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 107; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 2 / 107; (1,9%) |
| Antiparkinsoniano | 9 / 107; (8,4%) |
| Antiepiléptico | 24 / 107; (22,4%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 17 / 107; (15,9%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 40 / 50; (80,0%) |
| Psicofármaco | 11 / 25; (44,0%) |
| Antipsicóticos | 7 / 19; (36,8%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 2 / 9; (22,2%) |
| Antidepresivo | 0 / 4; (0,0%) |
| Litio | --- |
| Psicoestimulante | --- |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 2 (50,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 9; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 16 / 24; (66,6%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 8 / 17; (47,1%) |

Anexo 2-14. Tabla de características cuantitativas. Centro-TM

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº válidos / total |
|--|-------|-------|--------|---------|--------|--------------------|
| Edad (años) | 34,51 | 10,09 | 18,00 | 33,50 | 64,00 | 96 / 107 |
| Duración del ingreso (años) | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,86 | 1,20 | 0,10 | 1,77 | 5,00 | 47 / 50 |
| Psicofármacos | 0,97 | 0,74 | 0,10 | 0,75 | 2,71 | 23 / 25 |
| Antipsicóticos | 0,89 | 0,73 | 0,10 | 0,67 | 2,71 | 17 / 19 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 0,70 | 0,47 | 0,15 | 0,75 | 1,50 | 9 / 9 |
| Antidepresivos | 0,23 | 0,08 | 0,17 | 0,21 | 0,33 | 4 / 4 |
| Litio | - | - | - | - | - | - |
| Psicoestimulantes | - | - | - | - | - | - |
| Otros fármacos para conducta | 0,13 | - | - | - | - | 1 / 2 |
| Antiparkinsonianos | 0,43 | 0,13 | 0,20 | 0,40 | 0,60 | 8 / 9 |
| Antiepilépticos | 1,78 | 1,17 | 0,13 | 1,59 | 5,00 | 24 / 24 |
| Para otros problemas somáticos | 1,28 | 0,70 | 0,33 | 1,00 | 2,67 | 15 / 17 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,69 | 0,36 | 0,10 | 0,69 | 1,67 | 47 / 50 |
| Psicofármacos | 0,59 | 0,41 | 0,10 | 0,63 | 1,36 | 23 / 25 |
| Antipsicóticos | 0,63 | 0,47 | 0,10 | 0,63 | 1,36 | 17 / 19 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 0,59 | 0,38 | 0,15 | 0,75 | 1,00 | 9 / 9 |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio | - | - | - | - | - | - |
| Psicoestimulantes | - | - | - | - | - | - |
| Otros fármacos para conducta (2) | | | | | | 1 / 1 |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,85 | 0,36 | 0,13 | 0,91 | 1,67 | 24 / 24 |
| Para otros problemas somáticos | 0,8 | 0,27 | 0,33 | 0,89 | 1,25 | 15 / 17 |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

(2) Solo se conoce la dosis del sujeto que recibe un solo tipo de "otros fármacos para problemas de conducta. Otro recibe 2 de estos fármacos, pero desconocemos a que dosis los recibe.

Anexo 2-15. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-SD

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 10 |
| Sexo varón | 10 / 10; (100%) |
| Tipo de centro | Educativo especial para autista |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 2 / 10; (20,0%) |
| Moderado | 7 / 10; (70,0%) |
| Grave | 0 / 10; (0,0%) |
| Profundo | 1 / 10; 10,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 10 / 10; (100%) |
| Epilepsia | 0 / 10; (0,0%) |
| Disfunción sensitivo motora | 6 / 10; (60,0%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 2 / 10, (20,0%) |
| Psicofármaco | 2 / 10, (20,0%) |
| Antipsicótico | 2 / 10, (20,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 0 / 10; (0,0%) |
| Antidepresivo | 0 / 10; (0,0%) |
| Litio | 0 / 10; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 10; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 10; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 1 / 10; (10,0%) |
| Antiepiléptico | 0 / 10; (0,0%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 0 / 10; (0,0%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 1 / 2; (50,0%) |
| Psicofármaco | 0 / 2; (0,0%) |
| Antipsicóticos | 0 / 2; (0,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | --- |
| Antidepresivo | -- |
| Litio | -- |
| Psicoestimulante | -- |
| Otros fármacos para la conducta | -- |
| Antiparkinsoniano | 0 / 1; (0,0%) |
| Antiepiléptico | --- |
| Fármaco para problemas somáticos | ---- |

Anexo 2-15. Tabla de características cuantitativas. Centro-SD

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|---------------------------------|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 9,00 | 3,62 | 4,00 | 9,00 | 14,00 | 10 / 10 |
| Duración del ingreso (años) | -- | - | -- | -- | -- | --- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,95 | 0,64 | 0,50 | 0,95 | 1,40 | 2 / 2 |
| Psicofármacos | 0,75 | 0,35 | 0,50 | 0,75 | 1,00 | 2 / 2 |
| Antipsicóticos | 0,75 | 0,35 | 0,50 | 0,75 | 1,00 | 2 / 2 |
| Ansiolítico-hipnóticos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Antidepresivos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Litio | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Psicoestimulantes | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Antiparkinsonianos | 0,40 | | | | | 1 / 1 |
| Antiepilépticos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Para otros problemas somáticos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0'60 | 0,14 | 0,50 | 0,60 | 0,70 | 2 / 2 |
| Psicofármacos (1) | | | | | | |
| Antipsicóticos (1) | | | | | | |
| Ansiolítico-hipnóticos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Antidepresivos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Litio | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Psicoestimulantes | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Otros fármacos para conducta | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| Para otros problemas somáticos | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-16. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-O

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 47 |
| Sexo varón | 27 / 47; (57,4%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 7 / 47; (14,9%) |
| Moderado | 19 / 47; (40,4%) |
| Grave | 13 / 47; (27,7%) |
| Profundo | 8 / 47; (17,0%) |
| Diagnóstico dual presente | 11 / 47; (23,4%) |
| Epilepsia | 4 / 47; (8,5%) |
| Disfunción sensitivo motora | 8 / 47; (17,0%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 17 / 47; (36,2%) |
| Psicofármaco | 12 / 47; (25,5%) |
| Antipsicótico | 10 / 47; (21,3%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 4 / 47; (8,5%) |
| Antidepresivo | 1 / 47; (2,1%) |
| Litio | 0 / 47; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 47; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 1 / 47; (2,1%) |
| Antiparkinsoniano | 4 / 47; (8,5%) |
| Antiepiléptico | 6 / 47; (12,8%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 0 / 47; (0,0%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 6 / 17; (35,3%) |
| Psicofármaco | 4 / 12; (33,3%) |
| Antipsicótico | 3 / 10; (30,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 2 / 4; (50,0%) |
| Antidepresivo | 0 / 1; (0,0%) |
| Litio | -- |
| Psicoestimulante | --- |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 1; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 4; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 2 / 6; (33,3%) |
| Fármaco para problemas somáticos | --- |

Anexo 2-16. Tabla de características cuantitativas. Centro-O

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 25,89 | 6,90 | 17,00 | 24,00 | 46,00 | 47 / 47 |
| Duración del ingreso (años) | -- | --- | ---- | ---- | --- | ---- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,88 | 2,20 | 0,10 | 1,00 | 7,34 | 16 / 17 |
| Psicofármacos | 1,70 | 2,35 | 0,10 | 0,50 | 6,94 | 11 / 12 |
| Antipsicóticos | 0,86 | 0,72 | 0,10 | 0,48 | 2,25 | 9 / 10 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 2,25 | 2,06 | 0,50 | 2,00 | 4,50 | 4 / 4 |
| Antidepresivos | 2,00 | - | -- | -- | -- | 1 / 1 |
| Litio | - | --- | -- | ---- | -- | - |
| Psicoestimulantes | ---- | --- | --- | -- | --- | --- |
| Otros fármacos para conducta | 2,10 | - | -- | -- | -- | 1 / 1 |
| Antiparkinsonianos | 0,28 | 0,10 | 0,20 | 0,25 | 0,40 | 4 / 4 |
| Antiepilépticos | 1,54 | 1,71 | 0,33 | 0,90 | 4,95 | 6 / 6 |
| Para otros problemas somáticos | ---- | --- | --- | -- | --- | --- |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,79 | 0,47 | 0,10 | 0,63 | 1,65 | 16 / 17 |
| Psicofármacos | 0,76 | 0,59 | 0,10 | 0,50 | 1,74 | 11 / 12 |
| Antipsicóticos | 0,64 | 0,51 | 0,10 | 0,44 | 1,50 | 9 / 10 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,25 | 0,89 | 0,50 | 1,13 | 2,25 | 4 / 4 |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio | -- | - | ---- | ---- | - | -- |
| Psicoestimulantes | -- | - | ---- | ---- | - | -- |
| Otros fármacos para conducta (1) | | | | | | |
| Antiparkinsonianos (1) | | | | | | |
| Antiepilépticos | 0,87 | 0,44 | 0,33 | 0,78 | 1,65 | 6 / 6 |
| Para otros problemas somáticos | ---- | --- | --- | -- | --- | --- |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-16. Tabla de variables ICAP. Centro-O

| Variables ICAP | Cualitativas Casos / Total (%) | Cuantitativas | | |
|---|-----------------------------------|---------------|-------|---------|
| | | Media | D.S. | Mediana |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | 37 / 47; (78,7%) | | | |
| Visión buena con o sin gafas | 43 / 47; (91,5%) | | | |
| Audición buena con o sin audífono | 44 / 47; (93,6%) | | | |
| Sin crisis en el último año | 46 / 47; (97,9%) | | | |
| Sin problemas de salud que limiten la vida diaria | 41 / 47; (87,2%) | | | |
| Necesitan atención sanitaria < 1 vez al mes | 45 / 47; (95,7%) | | | |
| Sin limitaciones en la movilidad mano-brazo | 44 / 47; (93,6%) | | | |
| No están confinados en silla de ruedas o en cama | 45 / 47; (95,7%) | | | |
| No necesita ayuda de otra persona para moverse | 44 / 47; (93,6%) | | | |
| Destrezas motoras, puntuación W | | 470,43 | 20,44 | 473,00 |
| Destrezas sociales y comunicativas, puntuación W | | 476,91 | 22,12 | 484,00 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | 479,13 | 23,62 | 487,00 |
| Destrezas para la vida en comunidad, puntuación W | | 471,77 | 25,95 | 479,00 |
| Independencia general, puntuación W | | 474,70 | 21,56 | 481,00 |
| Edad equivalente, meses | | 68,32 | 38,47 | 68,00 |
| Problemas de conducta, frecuencia < 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | 44 / 47; (93,6%) | | | |
| Heteroagresiva | 41 / 47; (87,2%) | | | |
| Destructiva | 42 / 47; (89,4%) | | | |
| Disruptiva | 34 / 47; (72,4%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 24 / 47; (51,1%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 31 / 47; (66,0%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 33 / 47; (70,2%) | | | |
| No colaboradoras | 35 / 47; (74,4%) | | | |
| Problemas de conducta, de gravedad nula o leve | | | | |
| Autolesiva | 44 / 47; (93,6%) | | | |
| Heteroagresiva | 45 / 47; (95,7%) | | | |
| Destructiva | 42 / 47; (89,4%) | | | |
| Disruptiva | 40 / 47; (85,1%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 40 / 47; (85,1%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 36 / 47; (76,6%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 40 / 47; (85,1%) | | | |
| No colaboradoras | 39 / 47; (82,9%) | | | |
| Índice interno | | -7,19 | 8,75 | -4,00 |
| Índice externo | | -5,30 | 8,79 | -2,00 |
| Índice asocial | | -8,32 | 10,94 | -4,00 |
| Índice general | | -7,40 | 8,55 | -4,00 |
| Puntuación de servicio | | 60,94 | 18,05 | 67,00 |

Anexo 2-17. Tabla de características cualitativas. Número de sujetos (porcentaje). Centro-HS

| | Casos / Total casos válidos, (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sujetos | 14 |
| Sexo varón | 9 / 14; (64,3%) |
| Tipo de centro | Ocupacional |
| Grado de retraso mental | |
| Leve | 4 / 14; (28,6%) |
| Moderado | 4 / 14; (28,6%) |
| Grave | 5 / 14; (35,7%) |
| Profundo | 1 / 14; (7,1%) |
| Diagnóstico dual presente | 4 / 14; (28,6%) |
| Epilepsia | 3 / 14; (21,4%) |
| Disfunción sensitivo motora | 2 / 14; (14,3%) |
| Toman algún tipo de | |
| Fármaco | 8 / 14; (57,1%) |
| Psicofármaco | 5 / 14; (35,7%) |
| Antipsicótico | 2 / 14; (14,3%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 3 / 14; (21,4%) |
| Antidepresivo | 1 / 14; (7,1%) |
| Litio | 0 / 14; (0,0%) |
| Psicoestimulante | 0 / 14; (0,0%) |
| Otros fármacos para la conducta | 0 / 14; (0,0%) |
| Antiparkinsoniano | 0 / 14; (0,0%) |
| Antiepiléptico | 3 / 14; (21,4%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 3 / 14; (21,4%) |
| Reciben más de un tipo de | |
| Fármaco | 6 / 8; (75,0%) |
| Psicofármaco | 3 / 5; (60,0%) |
| Antipsicótico | 1 / 2; (50,0%) |
| Ansiolítico-hipnótico | 1 / 3; (33,3%) |
| Antidepresivo | 0 / 1; (0,0%) |
| Litio | -- |
| Psicoestimulante | --- |
| Otros fármacos para la conducta | --- |
| Antiparkinsoniano | -- |
| Antiepiléptico | 1 / 3, (33,3%) |
| Fármaco para problemas somáticos | 1 / 3, (33,3%) |

Anexo 2-17. Tabla de características cuantitativas. Centro-HS

| | Media | D.S. | Mínimo | Mediana | Máximo | Nº casos válidos / total |
|--|-------|------|--------|---------|--------|--------------------------|
| Edad (años) | 31,14 | 5,96 | 19,00 | 30,50 | 40,00 | 14 / 14 |
| Duración del ingreso (años) | - | - | - | - | - | -- |
| <u>Nº ddd/ individuo y día</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 1,55 | 0,99 | 0,33 | 1,67 | 3,37 | 8 / 8 |
| Psicofármacos | 1,27 | 0,63 | 0,33 | 1,50 | 2,00 | 5 / 5 |
| Antipsicóticos | 1,10 | 1,27 | 0,20 | 1,10 | 2,00 | 2 / 2 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,33 | 0,29 | 1,00 | 1,50 | 1,50 | 3 / 3 |
| Antidepresivos | 0,13 | - | - | - | - | 1 / 1 |
| Litio | - | - | - | - | - | - |
| Psicoestimulantes | - | - | - | -- | - | - |
| Otros fármacos para conducta | - | - | - | - | - | - |
| Antiparkinsonianos | - | - | - | -- | - | - |
| Antiepilépticos | 0,96 | 0,79 | 0,50 | 0,50 | 1,87 | 3 / 3 |
| Para otros problemas somáticos | 1,11 | 0,79 | 0,50 | 0,83 | 2,00 | 3 / 3 |
| <u>Nº ddd/ nº de fármacos x sujeto</u> | | | | | | |
| Todos los fármacos | 0,75 | 0,32 | 0,17 | 0,79 | 1,12 | 8 / 8 |
| Psicofármacos | 0,88 | 0,49 | 0,17 | 1,00 | 1,50 | 5 / 5 |
| Antipsicóticos | 0,60 | 0,57 | 0,20 | 0,60 | 1,00 | 2 / 2 |
| Ansiolítico-hipnóticos | 1,08 | 0,38 | 0,75 | 1,00 | 1,50 | 3 / 3 |
| Antidepresivos (1) | | | | | | |
| Litio | - | - | - | - | - | - |
| Psicoestimulantes | - | - | - | -- | - | - |
| Otros fármacos para conducta | - | - | - | - | - | - |
| Antiparkinsonianos | - | - | - | -- | - | - |
| Antiepilépticos | 0,65 | 0,25 | 0,50 | 0,50 | 0,94 | 3 / 3 |
| Para otros problemas somáticos | 0,78 | 0,25 | 0,50 | 0,83 | 1,00 | 3 / 3 |

(1) Ningún sujeto toma más de 1 fármaco del grupo, los valores son los mismos que en la fila correspondiente a nº ddd/individuo.

Anexo 2-17. Tabla de variables ICAP. Centro 17-HS

| Variables ICAP | Cualitativas Casos / Total (%) | Cuantitativas | | |
|---|-----------------------------------|---------------|-------|---------|
| | | Media | D.S. | Mediana |
| Lenguaje (habla, signos o símbolos) | 11 / 14; (78,6%) | | | |
| Visión buena con o sin gafas | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Audición buena con o sin audífono | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Sin crisis en el último año | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Sin problemas de salud que limiten la vida diaria | 12 / 14; (85,7%) | | | |
| Necesitan atención sanitaria < 1 vez al mes | 14 / 14; (100%) | | | |
| Sin limitaciones en la movilidad mano-brazo | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| No están en silla de ruedas o en cama | 14 / 14; (100%) | | | |
| No necesita ayuda de otra persona para moverse | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Destrezas motoras, puntuación W | | 469,07 | 19,80 | 469,00 |
| Destrezas sociales y comunicativas, puntuación W | | 474,07 | 21,34 | 478,00 |
| Destrezas para la vida personal, puntuación W | | 473,07 | 26,23 | 477,00 |
| Destrezas para la vida en comunidad, puntuación W | | 470,14 | 23,05 | 476,50 |
| Independencia general, puntuación W | | 471,64 | 21,70 | 477,50 |
| Edad equivalente, meses | | 61,21 | 34,35 | 60,00 |
| Problemas de conducta, frecuencia < 1 vez / mes | | | | |
| Autolesiva | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Heteroagresiva | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Destructiva | 14 / 14; (100%) | | | |
| Disruptiva | 8 / 14; (57,1%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 11 / 14; (78,5%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 12 / 14; (85,7%) | | | |
| No colaboradoras | 10 / 14; (71,4%) | | | |
| Problemas de conducta, de gravedad nula o leve | | | | |
| Autolesiva | 14 / 14; (100%) | | | |
| Heteroagresiva | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Destructiva | 14 / 14; (100%) | | | |
| Disruptiva | 14 / 14; (100%) | | | |
| Atípica y repetitiva | 13 / 14; (92,9%) | | | |
| Socialmente ofensivas | 14 / 14; (100%) | | | |
| Retraídas y falta de atención | 12 / 14; (85,7%) | | | |
| No colaboradoras | 12 / 14; (85,7%) | | | |
| Índice interno | | -1,29 | 8,14 | 2,00 |
| Índice externo | | -1,64 | 4,13 | 0,50 |
| Índice asocial | | -3,00 | 6,25 | 1,00 |
| Índice general | | -2,00 | 4,85 | -0,50 |
| Puntuación de servicio | | 63,07 | 15,99 | 63,50 |

Anexo 3 . Compilación literal de las disfunciones sensorio-motoras, por centros

| | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | AG | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|------------|
| retinopatía diabética | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| desprendimiento bilateral de retina | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| miopía bilateral grave | 2 | | 4 | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 9 |
| perdida visión importante en ambos ojos | 2 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| desprendimiento cristalino | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| cataratas bilaterales | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| problemas graves de visión | | | | 1 | | | | | | 1 | 2 | 1 | | 2 | | | | 7 |
| tuerto | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| ciego | | 5 | 3 | | | | | | | 2 | | | 1 | 1 | | | | 12 |
| cataratas bilaterales congénitas | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| ambliope | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| ptosis palpebral bilateral congénita | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| total visuales | 10 | 9 | 10 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 46 |
| sordera bilateral | 2 | 3 | | | | | 2 | | | | 3 | 1 | | 1 | 1 | | | 13 |
| afasia sensorial | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| hipoacusia | | 2 | 2 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | 1 | 2 | | 2 | | 12 |
| sordomudo | | 1 | | | | | | | | | | 3 | | | | | 1 | 5 |
| total auditivas | 2 | 7 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 3 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 32 |
| hemiplejía espástica | 2 | 1 | 3 | 1 | | 2 | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | 12 |
| hemiparesia | | 1 | 6 | 2 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | | | 13 |
| dificultades manuales (Dupuytren) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| malformación pies | 2 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| amputación de ambas piernas | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| paraplejía | 1 | 6 | 2 | | | | 1 | | | | | | | | | | | 10 |
| tetraplejía espástica | | 3 | 3 | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | | | 9 |
| ataxia muy intensa | | 1 | 5 | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 1 | | 9 |
| cifosis y escoliosis incapacitantes | | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| espondilitis anquilosante incapacitante | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| parálisis cerebral infantil | | | 5 | 4 | 2 | | 5 | | | 1 | 17 | 1 | 4 | 4 | | 3 | | 46 |
| "encamada" | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| "silla de ruedas" | | | 3 | | | | | | | | | | | | | 1 | | 4 |
| cojera traumática | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| malformación caderas | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| miopatía | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| espinia bífida | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 2 |
| esclerosis tuberosa | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 2 |
| diplejía espástica | | | | | | | | | 1 | | | | 3 | | | | 1 | 5 |
| leucodistrofia | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| limitación funcional ambas piernas | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| atrofia lado izquierdo | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| total motrices | 7 | 15 | 31 | 11 | 3 | 5 | 7 | 0 | 3 | 3 | 21 | 2 | 9 | 4 | 1 | 5 | 1 | 128 |
| total | 19 | 31 | 43 | 12 | 5 | 6 | 11 | 0 | 7 | 6 | 26 | 7 | 12 | 10 | 2 | 7 | 2 | 204 |

Anexo 4. Relación de diagnósticos psiquiátricos o conductuales por centro

| | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | AG | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-----------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|----|----|----|----|---|----|-------|
| Agitación psicomotriz | 7 | 5 | 34 | | 2 | 1 | | | | | 3 | | 13 | | | 1 | | 66 |
| Heteroagresividad | 4 | 16 | 7 | | 2 | | | 3 | | | 2 | 3 | 5 | | 1 | | | 43 |
| T. de conducta | | | 3 | 2 | | | 1 | 1 | 3 | 4 | 12 | 10 | 1 | 1 | | 4 | | 42 |
| Ansiedad | | 1 | 6 | | 4 | | | 7 | 6 | | 2 | 3 | 4 | 1 | | | 1 | 35 |
| Autoagresividad | 2 | 13 | 9 | | | 1 | | | | | | | 2 | | 1 | 1 | | 29 |
| Hiperactividad | | 2 | 10 | | | | | 8 | | | | 1 | | | 1 | | | 22 |
| Autismo | | 3 | | | | 1 | | | | | 1 | 2 | 3 | | 10 | | | 20 |
| Insomnio | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | 1 | 5 | | | | 1 | 19 |
| Esquizofrenia | 4 | 1 | | 3 | | | 1 | 6 | | | | 2 | | 1 | | | | 18 |
| T. personalidad | | | | 2 | | | 8 | | 1 | | 3 | | | 1 | | | 1 | 16 |
| T. psicótico | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | | | 9 | | 1 | | 13 |
| Estereotipias | 1 | 3 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 9 |
| Negativismo | | 2 | 3 | | | | | | | | | 2 | | | | | | 7 |
| Conducta antisocial | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 4 | | 5 |
| Conducta obstinada | | | 3 | | | | | | | | | | | 2 | | | | 5 |
| Irritabilidad | | | | | 3 | | | 1 | | | | | | | | | | 4 |
| Manía | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | 4 |
| Anorexia | | | 2 | | | | | | | | | | 1 | | | | | 3 |
| Depresión | | 1 | | | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |
| Masturbación lesiva | | | 2 | | 1 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Pica | | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Abatimiento | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Aislacionismo | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | 2 |
| Alimentación caprichosa | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Alucinaciones | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| Bufé delirante | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Delirios | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | 2 |
| Destruktividad | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Extravagancias | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Intento de suicidio | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Psicosis orgánica | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| S. hiperkinético | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | 2 |
| T. bipolar | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 |
| T. obsesivo compulsivo | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| T. afectividad | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 2 |
| T. personalidad psicopática | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Temores | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 2 |
| Alcoholismo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Amenazas verbales | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Astenia | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Bulimia | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Conducta disruptiva | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Demencia | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Dipsomanía | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Falta de atención | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| Fugas | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Gritos | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Mutismo | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Quejas hipocondríacas | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| S. de Angelman | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| S. de Asperger | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| S. de Gilles de la Tourette | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| S. de Rett | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| S. del maullido del gato | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Soliloquios | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| T. control de impulsos | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| T. personalidad esquizoide | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Verborrea | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |

Anexo 5

Medicamentos utilizados por la población estudiada y principios activos que contienen

| Medicamento (marca) | principios activos |
|----------------------------------|--|
| Acetensil 20 mg comprimidos | enalaprilol |
| Acfol comprimidos | folico acido |
| Adalat OROS | nifedipina |
| Adolonta capsulas | tramadol |
| Aero-red comprimidos | dimeticona |
| Aero-red gotas | dimeticona |
| Akineton ampollas | biperideno |
| Akineton comprimidos | biperideno |
| Akineton retard grageas | biperideno |
| Alapryl comprimidos | halazepam |
| Almax forte 1g comprimidos | almagato |
| Almax forte sobres | almagato |
| Ameride comprimidos | amilorida / hidroclorotiazida |
| Anafranil 75 mg comprimidos | clomipramina |
| Aremis 50 mg comprimidos | sertralina |
| Artane 2 mg comprimidos | trihexifenidilo |
| Artane 5mg comprimidos | trihexifenidilo |
| Atarax 25 mg comprimidos | hidroxizina |
| Atrovent capsulas para inhalador | ipratropio |
| Augmentine 500/125 sobres | amoxicilina / clavulánico |
| Avenoderm crema (PF) | avena coloidal+ oxido de zinc+ alantoina |
| Baripril 5 mg comprimidos | enalaprilol |
| Becozyme C Forte grageas | complejo vitaminas B - C |
| Beglan inhalador | salmeterol |
| Bekunis laxante (PF) | extracto de sen |
| Besitran 100 mg comprimidos | sertralina |
| Bifort comprimidos | cafedrina + teodrenalina |
| Boi-K comprimidos | potasio ascorbato |
| Brainal comprimidos | nimodipino |
| Calcium Sandoz Forte comprimidos | calcio carbonato glubionato |
| Calcomeel gotas (HO) | ----- |
| Capoten 25 mg comprimidos | captoprilol |
| Carnicor viales bebibles | carnitina |
| Celupan comprimidos | naltrexona |
| Cemidon 150 B6 comprimidos | isoniazida / piridoxina |
| Ciclofalina 800 mg sobres | piracetam |
| Cidine sobres | cinitaprida |
| Cisordinol 10 mg comprimidos | zuclopentixol |
| Cisordinol depot ampollas | zuclopentixol decanoato |
| Clarmyl 10 mg comprimidos | clobazam |
| Codeisan comprimidos | codeina |
| Colestid sobres | colestipol |
| Conductasa capsulas | piridoxina |
| Conductasa solución | piridoxina |
| Co-Renitec comprimidos | enalaprilol + hidroclorotiazida |
| Cuprum Metalico (HO) | ----- |
| Daonil comprimidos | glibenclamida |
| Dapaz comprimidos | meprobamato |
| Dayaminal comprimidos | complejo polivitaminico y minerales |
| Depakine 200 mg comprimidos | valproato |
| Depakine 500 mg comprimidos | valproato |

Anexo 5 (continuación)

| Medicamento (marca) | principios activos |
|--------------------------------------|---|
| Depakine solución | valproato |
| Depamide grageas | valpromida |
| Diamicrom comprimidos | gliclazida |
| Diazepam 10 ampollas | diazepam |
| Diazepam 10 mg comprimidos | diazepam |
| Diazepam 5 mg comprimidos | diazepam |
| Disclar capsulas | nicotinato de tocoferol |
| Distraneurine capsulas | clometiazol |
| Diurex comprimidos | xipamida |
| Diurolasa comprimidos | furosemida |
| Dogmatil 50 mg capsulas | sulpiride |
| Dorken 25 mg comprimidos | clorazepato + piridoxina + gabog |
| Dormodor comprimidos | flurazepam |
| Doxium comprimidos | dobesilato calcico |
| Duphalac solución | lactulosa |
| Elebloc 1% colirio | carteolol |
| Elorgan grageas | pentoxifilina |
| Enalapril Ratiopharm 5mg comprimidos | enalapril |
| Epanutin capsulas | fenitoina |
| Epanutin-fenobarbitona capsulas | fenitoina + fenobarbital |
| Epilantin comprimidos | fenitoina + fenobarbital |
| Esidrex comprimidos | hidroclorotiazida |
| Eskazine 2mg grageas | trifluperazina |
| Eskazine 5 mg grageas | trifluperazina |
| Etosuximida capsulas | etosuximida |
| Etumina comprimidos | clotiapina |
| Euglucon comprimidos | glibenclamida |
| Eupnol comprimidos | antifecciosos faríngeos tópicos |
| Evacuol gotas | picosulfato sódico |
| Fabroven capsulas | hesperidina-metocalcona/rusco/ascorbico |
| Facilit comprimidos | alopurinol + benzobromona |
| Fenitoina 25 mg capsulas (FM) | fenitoina |
| Fero-gradumet comprimidos | hierro (II) sulfato |
| Fibra Leo granulado (PF) | pectina de manzana |
| Fidium comprimidos | betahistina |
| Flatoril capsulas | cleboprida + dimeticona |
| Fluimucil sobres | acetilcisteina |
| Gamalate B6 grageas | piridoxina |
| Gardenal comprimidos | fenobarbital |
| Glucobay 50 mg comprimidos | acarbose |
| Glumida 50 mg comprimidos | acarbose |
| Glurenor comprimidos | gliquidona |
| Godabión B6 comprimidos | piridoxina |
| Gratusminal gotas | fenobarbital |
| Halción 0,125 mg comprimidos | triazolam |
| Haloperidol 10 mg comprimidos | haloperidol |
| Haloperidol gotas | haloperidol |
| Hidroxil B1-B6-B12 comprimidos | complejo B |
| Hormeel gotas (HO) | ----- |
| Huberplex 10 mg grageas | clordiazepóxido |
| Huberplex 5 mg grageas | clordiazepóxido |
| Humulina NPH | insulina isofánica |
| Idalprem 5 mg comprimidos | lorazepam |
| Inmunoferon capsulas | glicofopeptical |

Anexo 5 (continuación)

| Medicamento (marca) | principios activos |
|-----------------------------------|--|
| Insulatard NPH | insulina isofánica |
| Interciton capsulas | flavodico acido |
| Labileno 25 mg comprimidos | lamotrigina |
| Lamictal 100 mg comprimidos | lamotrigina |
| Lamictal 200 mg comprimidos | lamotrigina |
| Lamictal 50 mg comprimidos | lamotrigina |
| Lanacordin comprimidos | digoxina |
| Lanacordin solución pediátrica | digoxina |
| Largactil 100 mg comprimidos | clorpromazina |
| Largactil 25 mg comprimidos | clorpromazina |
| Largatrex 100 comprimidos | clorpromazina/trihexifenidilo/heptaminol |
| Laxante Zeninas | aloe+podofilino+cascara sagrada+..... |
| Legalon 150mg capsulas | silibinina |
| Leponex 100 mg comprimidos | clozapina |
| Levothroid 100 mcg comprimidos | levotiroxina |
| Levothroid 50 mcg comprimidos | levotiroxina |
| Lexatin 1,5 mg capsulas | bromazepam |
| Lexatin 3 mg capsulas | bromazepam |
| Limovan comprimidos | zopiclona |
| Limphomyosot gotas (HO) | ----- |
| Lioresal 10 mg comprimidos | baclofeno |
| Liplat 20 mg comprimidos | pravastatina |
| Lixacol comprimidos | mesalazina |
| Lofton comprimidos | buflomedilo |
| Lopid 600 mg capsulas | genfibrozilo |
| Loramet 1mg comprimidos | lormetazepam |
| Loramet 2mg comprimidos | lormetazepam |
| Ludiomil 25 mg comprimidos | maprotilina |
| Ludiomil 75 mg comprimidos | maprotilina |
| Luminal 0,1 comprimidos | fenobarbital |
| Luminal 0,2 ampollas | fenobarbital |
| Luminaletas comprimidos | fenobarbital |
| Majeptil 10 mg comprimidos | tioproperazina |
| Manidon 80 mg grageas | verapamilo |
| Masdil 60 mg comprimidos | diltiazem |
| Meleril 10 mg grageas | tioridazina |
| Meleril 100 mg grageas | tioridazina |
| Meleril 200 mg retard comprimidos | tioridazina |
| Meleril 50 mg grageas | tioridazina |
| Meleril gotas | tioridazina |
| Memorino solución | piracetam + piritinol |
| Meralop comprimidos | keracianina |
| Metotrexato 2,5 mg comprimidos | metotrexato |
| Minodiab comprimidos | glipizida |
| Minoton sobres | magaldrato |
| Modecate ampollas | flufenazina decanoato |
| Mosegor solución | pizotifeno |
| Motilium 10 mg comprimidos | domperidona |
| Motilium solución | domperidona |
| Mysoline comprimidos | primidona |
| Nemactil 10 mg comprimidos | periciazina |
| Nemactil 50 mg comprimidos | periciazina |
| Nemactil gotas | periciazina |
| Neogynona comprimidos | etinilestradiol / levonorgestrel |

Anexo 5 (continuación)

| Medicamento (marca) | principios activos |
|--------------------------------|---|
| Neosidantoina comprimidos | fenitoina |
| Neo-Tomizol comprimidos | carbimazol |
| Neo-Urgenin grageas | equinacea + pigeum + palma enana |
| Neurontin 100 capsulas | gabapentina |
| Neurontin 300 capsulas | gabapentina |
| Neurontin 400 capsulas | gabapentina |
| Nitrazepam comprimidos | nitrazepam |
| Nobritol capsulas | amitriptilina + medazepam |
| Noctamid 1 mg comprimidos | lormetazepam |
| Noiafren 10 mg comprimidos | clobazam |
| Noiafren 20 mg comprimidos | clobazam |
| Nootropil comprimidos | piracetam |
| Normovite antianémico capsulas | folico ac + hierro (II) gluceptato |
| Oponaf sobres | lactitol |
| Orap comprimidos | pimozida |
| Orap fuerte comprimidos | pimozida |
| Ossopan grageas | calcio organico |
| Pankreoflat granulado sobres | pancreatina + dimeticona |
| Pepsamar comprimidos | algeldrato |
| Pepticum capsulas | omeprazol |
| Permisión comprimidos | serenoa repens |
| Pilfood capsulas (PF) | complejo aminoácidos y vitaminas |
| Plenur comprimidos | litio carbonato |
| Posedrine grageas | beclamida |
| Prepulsid 10 mg comprimidos | cisaprida |
| Profer sobres | ferritina |
| Progevera 5 mg comprimidos | medroxiprogesterona |
| Psicosoma solución | prometazina/magnesio glutarato/bromuro |
| Pulmicort 400 Turbuhaler | budesonido |
| Quiedorm comprimidos | quazepam |
| Redoxon 1g comprimidos | ascorbico ácido |
| Redutona comprimidos | fenitoina/fenobarbital/piridoxina/gabob |
| Relif suspensión | nabumetona |
| Renitec 20 mg comprimidos | enalaprilo |
| Risperdal 1 mg comprimidos | risperidona |
| Risperdal 3 mg comprimidos | risperidona |
| Rivotril 0,5 mg comprimidos | clonazepam |
| Rivotril 2 mg comprimidos | clonazepam |
| Rivotril gotas | clonazepam |
| Rohipnol 2 mg comprimidos | flunitrazepam |
| Royen capsulas | calcio acetato |
| Rubifen comprimidos | metilfenidato |
| Sabrillex 50 mg sobres | vigabatrina |
| Sabrillex 500 mg sobres | vigabatrina |
| Seguril comprimidos | furosemida |
| Serenade comprimidos | nitrazepam |
| Serevent inhalador | salmeterol |
| Sibelium comprimidos | flunarizina |
| Silica Marina (HO) | ----- |
| Sinergina comprimidos | fenitoina |
| Sinogan 100 mg comprimidos | levomepromazina |
| Sinogan 25 mg comprimidos | levomepromazina |
| Sinogan gotas | levomepromazina |
| Sintonal comprimidos | brotizolam |

Anexo 5 (continuación)

| Medicamento (marca) | principios activos |
|-------------------------------------|--|
| Somazina gotas | citicolina |
| Somnovit comprimidos | loprazolam |
| Soñodor comprimidos | difenhidramina + piritildiona |
| Stesolid 10 mg enema | diazepam |
| Stilnox comprimidos | zolpidem |
| Tamin 20 comprimidos | famotidina |
| Tanidina 150 mg comprimidos | ranitidina |
| Tardyferon grageas | hierro (II) sulfato + mucoproteasa |
| Tar-plus (PF) | coalatar saponinado |
| Tegretol 200 mg comprimidos | carbamazepina |
| Tegretol 400 mg comprimidos | carbamazepina |
| Dermosacusi aureomicina | clortetraciclina |
| Tertensif comprimidos | indapamida |
| Theo-dur 200 mg comprimidos | teofilina |
| Tiaprizal comprimidos | tiaprida |
| Tikild grageas | ticlopidina |
| Topasel ampollas | algestona acetofenido / estradiol enantato |
| Trankimazin 0,25 comprimidos | alprazolam |
| Trankimazin 0,5 mg comprimidos | alprazolam |
| Trankimazin 1 mg comprimidos | alprazolam |
| Trankimazin 2 mg comprimidos | alprazolam |
| Trankimazin 2 mg retard comprimidos | alprazolam |
| Tranxilium 10 capsulas | clorazepato |
| Tranxilium 15 mg capsulas | clorazepato |
| Tranxilium 5 mg capsulas | clorazepato |
| Tranxilium 50 comprimidos | clorazepato |
| Tranxilium pediátrico 2,5 mg sobres | clorazepato |
| Trialmin 300 capsulas | genfibrozilo |
| Tri-Hachemina comprimidos | inositol + pantoténico + aminobenzoico |
| Tryptizol 10 mg comprimidos | amitriptilina |
| Tryptizol 25 mg comprimidos | amitriptilina |
| Valium 10 comprimidos | diazepam |
| Valium 5 comprimidos | diazepam |
| Venosmil capsulas | hidrosmina |
| Ventolin inhalador | salbutamol |
| Ventolin jarabe | salbutamol |
| Vitamina D3 gotas | colecalfiferol |
| Zarontin jarabe | etosuximida |
| Zasten solución | ketotifeno |
| Zolben comprimidos | paracetamol |
| Zyloric 300 mg comprimidos | alopurinol |
| Zyprexa 10 mg comprimidos | olanzapina |
| Zyprexa 5 mg comprimidos | olanzapina |
| Zyrtec 10 mg comprimidos | cetirizina |

(HO) = producto homeopático

(PF) = artículo de parafarmacia

(FM)= fórmula magistral

Anexo 6. Número de sujetos que recibían cada medicamento por centro

| Medicamento marca | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-----------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| Acetensil 20 mg comp | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| Acfol comp | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Adalat OROS | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Adolonta caps | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Aero-red comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Aero-red gotas | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Akineton amp | 1 | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | 4 |
| Akineton comp | 8 | 8 | 15 | 3 | | | 1 | 1 | 1 | | 2 | 1 | 3 | 4 | | 4 | | 51 |
| Akineton retard gg | 1 | | 2 | | | | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | | | 10 |
| Alapryl comp | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Almax forte 1g comp | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Almax forte sobres | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 3 |
| Ameride comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Anafranil 75 mg comp | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Aremis 50 mg comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Artane 2 mg comp | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | | 3 | | | | 6 |
| Artane 5mg comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Atarax 25 mg comp | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Atrovent caps inhal | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Augmentine 500/125 sobres | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Avenoderm crema</i> | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Baripril 5 mg comprimidos | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Becozyne C Forte gg | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |
| Beglan inhal | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | 2 |
| <i>Bekunis laxante</i> | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Besitran 100 mg comp | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Bifort comp | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Boi-K comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Brainal comp | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Calcium Sandoz Forte compr. | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| <i>Calcomeel gotas</i> | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Capoten 25 mg comp | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| Carnicor viales bebs | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| Celupan comp | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Cemidon 150 B6 comp | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| Ciclofalina 800 mg sobres | | | 3 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 4 |
| Cidine sobres | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Cisordinol 10 mg comp | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Cisordinol depot amp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | 2 |
| Clarmyl 10 mg comp | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Codeisan comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Colestid sobres | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Conductasa caps | | | | | | | | 1 | 1 | | | | 3 | | | | | 5 |
| Conductasa sol | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Co-Renitec comp | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Cuprum Metalico</i> | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Daonil comp | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 3 |
| Dapaz comp | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Dayamineral comp | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Depakine 200 mg comp | | 1 | 1 | 1 | 2 | | | 4 | 2 | | 4 | | | 6 | | | | 21 |
| Depakine 500 mg comp | | 2 | 7 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | | 4 | 1 | 8 | | 1 | | 35 |
| Depakine sol | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | | 2 | 9 | 1 | | | | 1 | | 18 |
| Depamide gg | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Dermosacusi Aureomicina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |

Anexo 6º (continuación)
Número de sujetos que recibían cada medicamento por centro

| medicamento marca | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-----------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| Diamicrom comp | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Diazepam 10 amp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Diazepam 10 mg comp | 4 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| Diazepam 5 mg comp | 2 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 1 | | 5 |
| Disclar caps | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Distraneurine caps | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Diurex comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Diurolasa comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Dogmatil 50 mg caps | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Dorken 25 comp* | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | 2 |
| Dormodor comp | | | 3 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Doxium comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Duphalac sol | | 10 | 38 | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | 51 |
| Elebloc 1% colirio | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Elorgan gg | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| Enalapril 5mg comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Epanutin caps | | 2 | 1 | 2 | 3 | | | 2 | 1 | | | | 2 | 2 | 5 | | | 20 |
| Epanutin-fenobarbitona caps | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Epilantin comp | | | 2 | | 1 | 1 | | | | | | | 1 | 1 | 2 | | | 8 |
| Esidrex comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Eskazine 2mg gg | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Eskazine 5 mg gg | 1 | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | 4 |
| Etosuximida caps | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Etumina comp | | 1 | 6 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | 12 |
| Euglucon comp | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | 2 |
| Eupnol comprimidos | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Evacuol gotas | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Fabroven caps | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Facilit comp | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Fenitoina 25 mg caps FM | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Fero-gradumet comp | 1 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| Fibra Leo granulado | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Fidium comp | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Flatoril caps | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Fluimucil sobres | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Gamalate B6 gg | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Gardenal comp | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Glucobay 50 mg comp | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Glumida 50 mg comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 2 |
| Glurenor comp | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Godabión B6 comp | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 2 |
| Gratusminal gotas | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Halción 0,125 mg comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Haloperidol 10 mg comp | 5 | 2 | 6 | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | 2 | 2 | | 1 | 21 |
| Haloperidol gotas | 2 | 6 | 1 | | | 2 | 2 | 1 | 2 | | 1 | | 6 | 5 | 3 | | | 31 |
| Hidroxil B1-B6-B12 comp | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Hormeel gotas | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Huberplex 10 mg gg | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Huberplex 5 mg gg | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Humulina NPH | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 3 |
| Idalprem 5 mg comp | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Inmunoforon caps | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Insulatard NPH | 1 | 1 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Interciton caps | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |

Anexo 6º (continuación)

Número de sujetos que recibían cada medicamento por centro

| medicamento marca | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-----------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| Labileno 25 mg comp | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Lamictal 100 mg comp | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | | 1 | | | 4 |
| Lamictal 200 mg comp | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Lamictal 50 mg comp | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Lanacordin comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Lanacordin sol pediátrica | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Largactil 100 mg comp | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 |
| Largactil 25 mg comp | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | | | | 4 |
| Largatrex 100 comp | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 2 |
| Laxante Zeninas | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Legalon 150mg caps | | 1 | | | | | 2 | | | | | | | | 2 | | | 5 |
| Leponex 100 mg comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Levothroid 100 mcg comp | | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | 6 |
| Levothroid 50 mcg comp | | | | 1 | | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | | | 1 | 6 |
| Lexatin 1,5 mg caps | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | 2 | | | 4 |
| Lexatin 3 mg caps | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Limovan comp | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Lymphomyosot gotas | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Lioresal 10 mg comp | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Liplat 20 mg comp | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | 2 |
| Lixacol comp | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Lofton comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Lopid 600 mg caps | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | 2 |
| Loramet 1mg comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | 2 |
| Loramet 2mg comp | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | | | 2 |
| Ludiomil 25 mg comp | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Ludiomil 75 mg comp | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Luminal 0,1 comp | 8 | 9 | 17 | 1 | 4 | 1 | | | | | 1 | | 6 | 5 | | 2 | | 54 |
| Luminal 0,2 amp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Luminaletas comp | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | 3 |
| Majeptil 10 mg comp | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Manidon 80 mg gg | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Masdil 60 mg comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Meleril 10 mg gg | | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | | | 3 | | 1 | 9 |
| Meleril 100 mg gg | 5 | 2 | 3 | | | 1 | 2 | 1 | | | | | 1 | 2 | | | | 17 |
| Meleril 200 mg retard compr | 4 | 2 | | | 1 | 1 | 2 | 2 | | | 1 | 1 | 1 | 2 | | | | 17 |
| Meleril 50 mg gg | 3 | 4 | 5 | | | 1 | 3 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 4 | 1 | | | 25 |
| Meleril gotas | | 1 | | | 1 | 1 | 2 | | | | 2 | 2 | | | | 1 | | 10 |
| Memorino sol | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Meralop comp | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Metotrexato 2,5 mg comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Minodiab comp | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Minoton sobres | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Modecate amp | 2 | 2 | | 1 | | | 1 | 5 | | | | | | | 4 | | | 15 |
| Mosegor sol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Motilium 10 mg comp | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Motilium sol | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Mysoline comp | 1 | | | | | | 2 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 7 |
| Nemactil 10 mg comp | | 1 | 4 | | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 8 |
| Nemactil 50 mg comp | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 3 |
| Nemactil gotas | | 1 | | | | | 4 | | | | | | 1 | 1 | | | | 7 |
| Neogynona comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Neosidantoina comp | 2 | 6 | 3 | | | | | | | | 5 | | 2 | 2 | | | 1 | 21 |
| Neo-Tomizol comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |

Anexo 6º (continuación)

Número de sujetos que recibían cada medicamento por centro

| medicamento marca | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| Neo-Urgenin gg | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Neurontin 100 caps | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| Neurontin 300 caps | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | 3 |
| Neurontin 400 caps | | | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | 6 |
| Nitrazepam comprimidos | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Nobritol caps | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | 3 |
| Noctamid 1 mg comp | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | 2 |
| Noiafren 10 mg comp | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | 4 |
| Nootropil comp | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Normovite antianémico caps | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Oponaf sobres | 4 | 1 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| Orap 1 mg comp | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Orap fuerte comp | | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| Ossopan gg | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Pankreoflat granulado sobres | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pepsamar comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pepticum caps | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Permisón comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pilfood caps | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Plenur comp | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | | | | 3 |
| Posedrine gg | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |
| Prepulsid 10 mg comp | | | 2 | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | 4 |
| Profer sobres | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Progevera 5 mg comp | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Psicosoma sol* | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pulmicort 400 Turbuhaler | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Quiedorm comp | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Redoxon 1g comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Redutona comp* | | | | 2 | | | | | | | | 1 | | 2 | | | | 5 |
| Relif suspensión | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Renitec 20 mg comp | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Risperdal 1 mg comp | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Risperdal 3 mg comp | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 3 | | 7 |
| Rivotril 0,5 mg comprimidos | | 1 | | | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 6 |
| Rivotril 2 mg comp | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 3 | 1 | | | | 1 | | 8 |
| Rivotril gotas | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Rohipnol 2 mg comp | 6 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| Royen caps | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Rubifen comp | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | 2 |
| Sabrillex 50 mg sobres | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Sabrillex 500 mg sobres | | | | 1 | | | 1 | | | | 2 | 1 | 1 | | | | | 6 |
| Seguril comp | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Serenade comp | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Sibelium comp | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Silica Marina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Sinergina comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| Sinogan 100 mg comp | 8 | 2 | 6 | 1 | | | | | | | | | 3 | 1 | 1 | | | 22 |
| Sinogan 25 mg comp | 8 | 11 | 6 | | 1 | | 3 | | | | | 1 | 4 | | 1 | | | 35 |
| Sinogan gotas | 4 | 1 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 7 |
| Sintonal comp | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Somazina gotas | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Somnovit comp | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Soñodor comp | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Stesolid 10 mg enema | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |

Anexo 6º (continuación)
Número de sujetos que recibían cada medicamento por centro

| medicamento marca | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-------------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| Stilnox comp | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Tamin 20 comp | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| Tanidina 150 mg comp | | | 4 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 5 |
| Tardyferon gg* | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Tark-plus | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Tegretol 200 mg comp | 2 | 2 | 6 | 3 | 5 | 1 | 6 | 1 | 1 | | 5 | 1 | 2 | 4 | | | | 39 |
| Tegretol 400 mg comp | 4 | 4 | 7 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | | 1 | 2 | 4 | 7 | | 2 | 1 | 46 |
| Tertensif comp | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Theo-dur 200 mg comp | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Tiaprizal comp | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Tikild gg | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Topasel amp | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Trankimazin 0,25 comp | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Trankimazin 0,5 mg comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | 2 |
| Trankimazin 1 mg comp | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | 2 |
| Trankimazin 2 mg comprimdos | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Trankimazin 2 mg retard comp | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Tranxilium 10 caps | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | 5 |
| Tranxilium 15 mg caps | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| Tranxilium 5 mg caps | 1 | 6 | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | 9 |
| Tranxilium 50 mg comp | 1 | | 4 | | | | | 1 | | | | | | | | | | 6 |
| Tranxilium pediátrico 2,5 mg sobres | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| Trialmin 300 caps | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Tri-Hachemina comp | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Tryptizol 10 mg comp | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Tryptizol 25 mg comp | | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| Valium 10 comp | | | 2 | | | | | 2 | | | 1 | | 3 | | | 1 | | 9 |
| Valium 5 comp | | 2 | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | 2 | 1 | | | | 9 |
| Venosmil caps | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Ventolin inhal | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Ventolin jarabe | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Vitamina D3 gotas | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Zarontin jarabe | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Zasten sol | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Zolben comp | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Zyloric 300 mg comp | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Zyprexa 10 mg comp | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Zyprexa 5 mg comp | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Zyrtec 10 mg comp | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| medicamento marca | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |

Anexo 7º. Frecuencia de uso de los distintos medicamentos, orden decreciente

| Medicamento (marcas) | n ° | Medicamento (marcas) | n ° | Medicamento (marcas) | n ° |
|-----------------------------|------------|---------------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| Luminal 0,1 comp | 54 | Lamictal 100 mg comp | 4 | Aero-red comp | 1 |
| Akineton comp | 51 | Largactil 25 mg comp | 4 | Aero-red gotas | 1 |
| Duphalac sol | 51 | Lexatin 1,5 mg caps | 4 | Alapryl comp | 1 |
| Tegretol 400 mg comp | 46 | Noiafren 10 mg comp | 4 | Almax forte 1g comp | 1 |
| Tegretol 200 mg comp | 39 | Noiafren 20 mg comp | 4 | Ameride comp | 1 |
| Depakine 500 mg comp | 35 | Prepulsid 10 mg comp | 4 | Anafranil 75 mg comp | 1 |
| Sinogan 25 mg comp | 35 | Almax forte sobres | 3 | Aremis 50 mg comp | 1 |
| Haloperidol gotas | 31 | Becozyme C Forte gg | 3 | Artane 5mg comp | 1 |
| Meleril 50 mg gg | 25 | Daonil comp | 3 | Atarax 25 mg comp | 1 |
| Sinogan 100 mg comp | 22 | Etosuximida caps | 3 | Atrovent caps para inhal | 1 |
| Depakine 200 mg comp | 21 | Gardenal comp | 3 | Augmentine 500/125 sobres | 1 |
| Haloperidol 10 mg comp | 21 | Humulina NPH | 3 | <i>Avenoderm crema</i> | 1 |
| Neosidantoina comp | 21 | Luminaletas comp | 3 | Baripril 5 mg comprimidos | 1 |
| Epanutin caps | 20 | Minodiab comp | 3 | <i>Bekunis laxante</i> | 1 |
| Depakine sol | 18 | Nemactil 50 mg comp | 3 | Besitran 100 mg comp | 1 |
| Meleril 100 mg gg | 17 | Neurontin 300 caps | 3 | Bifort comp | 1 |
| Meleril 200 mg retard comp | 17 | Plenur comp | 3 | Boi-K comp | 1 |
| Modecate amp | 15 | Posedrine gg | 3 | Brainal comp | 1 |
| Cemidon 150 B6 comp | 13 | Acetensil 20 mg comp | 2 | <i>Calcomeel gotas</i> | 1 |
| Etumina comp | 12 | Acfol comp | 2 | Carnicor viales bebs | 1 |
| Akineton retard gg | 10 | Adalat OROS | 2 | Celupan comp | 1 |
| Meleril gotas | 10 | Beglan inhal | 2 | Cidine sobres | 1 |
| Meleril 10 mg gg | 9 | Calcium Sandoz Forte comp | 2 | Clarmyl 10 mg comp | 1 |
| Tranxilium 5 mg caps | 9 | Capoten 25 mg comp | 2 | Codeisan comp | 1 |
| Valium 10 comp | 9 | Cisordinol depot amp | 2 | Colestid sobres | 1 |
| Valium 5 comp | 9 | Dorken 25 mg comp | 2 | Conductasa sol | 1 |
| Epilantin comp | 8 | Elorgan gg | 2 | Co-Renitec comp | 1 |
| Nemactil 10 mg comp | 8 | Euglucon comp | 2 | <i>Cuprum Metalico</i> | 1 |
| Oponaf sobres | 8 | Glumida 50 mg comp | 2 | Dapaz comp | 1 |
| Rivotril 2 mg comp | 8 | Godabi6n B6 comp | 2 | Dayamineral comp | 1 |
| Fero-gradumet comp | 7 | Hidroxil B1-B6-B12 comp | 2 | Depamide gg | 1 |
| Mysoline comp | 7 | Lamictal 200 mg comp | 2 | Dermosacusi Aureomicina | 1 |
| Nemactil gotas | 7 | Largactil 100 mg comp | 2 | Diamicrom comp | 1 |
| Risperdal 3 mg comp | 7 | Largatrex 100 comp | 2 | Diazepam 10 amp | 1 |
| Rohipnol 2 mg comp | 7 | Limovan comp | 2 | Disclar caps | 1 |
| Sinogan gotas | 7 | Liplat 20 mg comp | 2 | Distraneurine caps | 1 |
| Artane 2 mg comp | 6 | Lopid 600 mg caps | 2 | Diurex comp | 1 |
| Levothroid 100 mcg comp | 6 | Loramet 1mg comp | 2 | Diurolasa comp | 1 |
| Levothroid 50 mcg comp | 6 | Loramet 2mg comp | 2 | Dogmatil 50 mg caps | 1 |
| Neurontin 400 caps | 6 | Nobritol caps | 3 | Doxium comp | 1 |
| Rivotril 0,5 mg comprimidos | 6 | Noctamid 1 mg comp | 2 | Elebloc 1% colirio | 1 |
| Sabrillex 500 mg sobres | 6 | Orap comp | 2 | Enalapril 5 mg comp | 1 |
| Tranxilium 50 comp | 6 | Orap fuerte comp | 2 | Epanutin-fenobarbitona caps | 1 |
| Conductasa caps | 5 | Rubifen comp | 2 | Esidrex comp | 1 |
| Diazepam 10 mg comp | 5 | Seguril comp | 2 | Eskazine 2mg gg | 1 |
| Diazepam 5 mg comp | 5 | Sinergina comp | 2 | Eupnol comprimidos | 1 |
| Legalon 150mg caps | 5 | Sintonal comp | 2 | Evacuol gotas | 1 |
| Redutona comp | 5 | Tamin 20 comp | 2 | Fabroven caps | 1 |
| Tanidina 150 mg comp | 5 | Theo-dur 200 mg comp | 2 | Facilit comp | 1 |
| Tranxilium 10 caps | 5 | Trankimazin 0,5 mg comp | 2 | Fenitoina 25 mg caps FM | 1 |
| Akineton amp | 4 | Trankimazin 1 mg comp | 2 | Fibra Leo granulado | 1 |
| Ciclofalina 800 mg sobres | 4 | Tranxilium 15 mg caps | 2 | Fidium comp | 1 |
| Cisordinol 10 mg comp | 4 | Tranxilium pediat. 2,5 mg sobr. | 2 | Flatoril caps | 1 |
| Dormodor comp | 4 | Trialmin 300 caps | 2 | Fluimucil sobres | 1 |
| Eskazine 5 mg gg | 4 | Tryptizol 25 mg comp | 2 | Gamalate B6 gg | 1 |
| Insulatard NPH | 4 | Adolonta caps | 1 | Glucobay 50 mg comp | 1 |

Anexo 7º (continuación). Frecuencia de uso de los distintos medicamentos, orden decreciente

| Medicamento (marcas) | n ° | Medicamento (marcas) | n ° | Medicamento (marcas) | n ° |
|---------------------------|-----|------------------------------|-----|--------------------------------|-----|
| Glurenor comp | 1 | Mosegor sol | 1 | Sibelium comp | 1 |
| Gratusminal gotas | 1 | Motilium 10 mg comp | 1 | <i>Silica Marina</i> | 1 |
| Halción 0,125 mg comp | 1 | Motilium solución | 1 | Somazina gotas | 1 |
| <i>Hormeel gotas</i> | 1 | Neo- Urbenin gg | 1 | Somnovit comp | 1 |
| Huberplex 10 mg gg | 1 | Neogynona comp | 1 | Soñodor comp | 1 |
| Huberplex 5 mg gg | 1 | Neo-Tomizol comp | 1 | Stesolid 10 mg enema | 1 |
| Idalprem 5 mg comp | 1 | Neurontin 100 caps | 1 | Stilnox comp | 1 |
| Inmunoferon caps | 1 | Nitrazepam comprimidos | 1 | Tardyferon gg | 1 |
| Interciton caps | 1 | Nootropil comp | 1 | <i>Tark-plus</i> | 1 |
| Labileno 25 mg comp | 1 | Normovite antianémico caps | 1 | Tertensif comp | 1 |
| Lamictal 50 mg comp | 1 | Ossopan gg | 1 | Tiaprizal comp | 1 |
| Lanacordin comp | 1 | Pankreoflat granulado sobres | 1 | Tikild gg | 1 |
| Lanacordin sol pediátrica | 1 | Pepsamar comp | 1 | Topasel amp | 1 |
| <i>Laxante Zeninas</i> | 1 | Pepticum caps | 1 | Trankimazin 0,25 comp | 1 |
| Leponex 100 mg comp | 1 | Permisón comp | 1 | Trankimazin 2 mg comprimidos | 1 |
| Lexatin 3 mg caps | 1 | <i>Pilfood caps</i> | 1 | Trankimazin 2 mg retard compr. | 1 |
| <i>Lymphomyosot gotas</i> | 1 | Profer sobres | 1 | Tri-Hachemina comp | 1 |
| Liorezal 10 mg comp | 1 | Progevera 5 mg comp | 1 | Tryptizol 10 mg comp | 1 |
| Lixacol comp | 1 | Psicosoma sol | 1 | Venosmil caps | 1 |
| Lofton comp | 1 | Pulmicort 400 Turbuhaler | 1 | Ventolin inhal | 1 |
| Ludiomil 25 mg comp | 1 | Quiedorm comp | 1 | Ventolin jarabe | 1 |
| Ludiomil 75 mg comp | 1 | Redoxon 1g comp | 1 | Vitamina D3 gotas | 1 |
| Luminal 0,2 amp | 1 | Relif suspensión | 1 | Zarontin jarabe | 1 |
| Majeptil 10 mg comp | 1 | Renitec 20 mg comp | 1 | Zasten sol | 1 |
| Manidon 80 mg gg | 1 | Risperdal 1 mg comp | 1 | Zolben comp | 1 |
| Masdil 60 mg comp | 1 | Rivotril gotas | 1 | Zyloric 300 mg comp | 1 |
| Memorino sol | 1 | Royen caps | 1 | Zyprexa 10 mg comp | 1 |
| Meralop comp | 1 | Sabrillex 50 mg sobres | 1 | Zyprexa 5 mg comp | 1 |
| Metotrexato 2,5 mg comp | 1 | Serenade comp | 1 | Zyrtec 10 mg comp | 1 |
| Minoton sobres | 1 | | | | |

Anexo 8º. Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético de principios activos) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|--|----|----|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| Acarbosa | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 3 |
| Acetilcisteína | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Algeldrato | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Algestona acetofenido/estradiol enant | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Almagato | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | 4 |
| Aloe+podofilino+cáscara sagrada+..... | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Alopurinol | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Alprazolam | | | 3 | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | | 2 | | 8 |
| Amilorida | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Amitriptilina | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 3 | | | | 1 | 6 |
| Amoxicilina / clavulánico | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Antifécciosos faríngeos tópicos | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Ascorbico ácido | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Avena coloidal + zin óxido + alantoina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Baclofeno | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Beclamida | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | 3 |
| Benzobromona | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Betahistina | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Biperideno | 9 | 8 | 17 | 3 | | | 2 | 3 | 1 | | 2 | 1 | 4 | 7 | 1 | 4 | | 62 |
| Bromazepam | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | 5 |
| Brotizolam | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Budesonido | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Buflomedilo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Cafedrina + teodrenalina | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Calcio acetato | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Calcio carbonato glubionato | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Calcio orgánico | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Captoprilo | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| Carbamazepina | 6 | 6 | 12 | 6 | 5 | 3 | 10 | 2 | 4 | | 6 | 3 | 6 | 10 | | 2 | 1 | 82 |
| Carbimazol | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Carnitina | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| Carteolol | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Cetirizina | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Cinitaprida | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Cisaprida | | | 2 | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | 4 |
| Citicolina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Cleboprida | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Clobazam | | 1 | 1 | | 1 | | 2 | | | | 2 | | 1 | | | | 1 | 9 |
| Clometiazol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Clomipramina | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Clonazepam | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | 1 | 4 | 1 | | 1 | | 1 | | 14 |
| Clorazepato | 2 | 6 | 4 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 1 | | 1 | 1 | | 2 | | 1 | 1 | 26 |
| Clordiazepóxido | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| Clorpromazina | | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | | | | 8 |
| Clortetraciclina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Clotiapina | | 1 | 6 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | 12 |
| Clozapina | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Coaltar saponinado | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Codeína | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Colecalciferol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |

| Anexo 8º.(continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|--------------|
| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
| Colestipol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Complejo aminoácidos y vitaminas | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Complejo B | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Complejo polivitaminico y minerales | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Complejo vitaminas B - C | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |
| Diazepam | 6 | 2 | 4 | 3 | 1 | | 3 | | | | 1 | | 5 | 2 | | 2 | | 29 |
| Difenhidramina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Digoxina | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Dimeticona | | | 2 | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 4 |
| Diltiazem | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Dobesilato calcico | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Domperidona | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | 2 |
| Enalaprilol | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | 6 |
| Equinacea + pigeum + palma enana | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Etinilestradiol / levonorgestrel | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Etosuximida | | | 3 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 4 |
| Famotidina | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| Fenitoina | 2 | 9 | 6 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | | | 5 | 4 | 5 | 11 | | | 2 | 57 |
| Fenobarbital | 9 | 11 | 19 | 4 | 5 | 2 | | 1 | | 1 | 2 | 2 | 7 | 9 | | 2 | | 74 |
| Ferritina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Flavodico acido | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Flufenazina decanoato | 2 | 2 | | 1 | | | 1 | 5 | | | | | | 4 | | | | 15 |
| Flunarizina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Flunitrazepam | 6 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| Flurazepam | | | 3 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Folico acido | | 2 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 3 |
| Furosemida | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Gabapentina | | 1 | | 2 | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 | | 2 | 1 | 10 |
| Genfibrozilo | | 2 | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | 4 |
| Glibenclamida | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | 2 | | | 1 | 5 |
| Gliclazida | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Glicofopeptical | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Glipizida | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Gliquidona | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Halazepam | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Haloperidol | 7 | 8 | 7 | 1 | | 2 | 2 | 1 | 3 | | 1 | | 7 | 7 | | 5 | 1 | 52 |
| Heptaminol | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 2 |
| Hesperidina-metocalcona + rusco... | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Hidroclorotiazida | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Hidrosmina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Hidroxizina | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Hierro (II) gluceptato | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Hierro (II) sulfato | 1 | 6 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 8 |
| Indapamida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Inositol + pantoténico+ aminobenzoico | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Insulina isofánica | 1 | 1 | | 3 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 7 |
| Ipratropio | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Isoniazida / piridoxina | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| Keracianina | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Ketotifeno | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |

| Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
| Lactitol | 4 | 1 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| Lactulosa | | 10 | 38 | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | 51 |
| Lamotrigina | | 2 | | | | 1 | 1 | | | | 2 | | | 2 | | | | 8 |
| Levomepromazina | 20 | 14 | 12 | 1 | 1 | | 3 | | 2 | | | 1 | 7 | 1 | | 1 | | 63 |
| Levotiroxina | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | 9 |
| Litio carbonato | | | | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | | 3 |
| Loprazolam | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Lorazepam | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Lormetazepam | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | 6 |
| Magaldrato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Maprotilina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Medazepam | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | 3 |
| Medroxiprogesterona | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Meprobamato | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Mesalazina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Metilfenidato | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | 2 |
| Metotrexato | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Nabumetona | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Naltrexona | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Nicotinato de tocoferol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Nifedipina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Nimodipino | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Nitrazepam | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| Olanzapina | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| Omeprazol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pancreatina | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| Paracetamol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pectina de manzana | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pentoxifilina | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| Periciazina | 2 | 2 | 4 | | | | 4 | | 1 | | | | 3 | 2 | | | | 18 |
| Picosulfato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pimozida | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | 4 |
| Piracetam | | | 3 | | | | | | | | 1 | | | 2 | | | | 6 |
| Piridoxina | | | | | | | 3 | 1 | 1 | | | 3 | | | | | 1 | 9 |
| Piritildiona | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pizotifeno | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Potasio ascorbato | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Pravastatina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| Primidona | 1 | | | | | | 2 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 7 |
| Prometazina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Quazepam | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Ranitidina | | | 4 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 5 |
| Risperidona | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 4 | | 8 |
| Salbutamol | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 2 |
| Salmeterol | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | 2 |
| Sen extracto | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Serenoa repens | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Sertralina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 2 |

| Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|---|----|
| Listado de principios activos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Silibinina | | 1 | | | | | 2 | | | | | | | 2 | | | 5 | |
| Sulpiride | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Teofilina | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | |
| Tiaprida | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | |
| Ticlopidina | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| Tiopropereazina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| Tioridazina | 12 | 9 | 8 | | 2 | 5 | 10 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 11 | 1 | 1 | 1 | 77 |
| Tramadol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Triazolam | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Trifluoperazina | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | 3 | | | | 5 |
| Trihexifenidilo | 1 | | 1 | 1 | | | | 2 | | | | | 1 | 3 | | | | 9 |
| Valproato | 1 | 4 | 9 | 4 | 3 | 3 | 6 | 1 | 3 | 3 | 13 | 5 | 1 | 12 | | 2 | | 70 |
| Valpromida | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Verapamilo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Vigabatrina | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 2 | | 1 | 1 | | | | 7 |
| Xipamida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Zolpidem | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Zopiclona | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Zuclopentixol | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Zuclopentixol decanoato | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | 2 |

Anexo 9º. Relación de principios activos utilizados, en orden decreciente de frecuencia de uso

| Principios activos | Nº * | Principios activos | nº * | Principios activos | nº |
|-------------------------|------|---|------|---------------------------------------|----|
| Carbamazepina | 82 | Pimozida | 4 | Budesonido | 1 |
| Tioridazina | 77 | Zuclopentixol | 4 | Buflomedilo | 1 |
| Fenobarbital | 74 | Acarbosa | 3 | Cafedrina + teodrenalina | 1 |
| Valproato | 70 | Beclamida | 3 | Calcio acetato | 1 |
| Levomepromazina | 63 | Complejo vitaminas B - C | 3 | Calcio organico | 1 |
| Biperideno | 62 | Folico acido | 3 | Carbimazol | 1 |
| Fenitoina | 57 | Furosemida | 3 | Carnitina | 1 |
| Haloperidol | 52 | Glipizida | 3 | Carteolol | 1 |
| Lactulosa | 51 | Hidroclorotiazida | 3 | Cetirizina | 1 |
| Diazepam | 29 | Litio carbonato | 3 | Cinitaprida | 1 |
| Clorazepato | 26 | Medazepam | 3 | Citicolina | 1 |
| Periciazina | 18 | Alopurinol | 2 | Cleboprida | 1 |
| Flufenazina decanoato | 15 | Brotizolam | 2 | Clometiazol | 1 |
| Clonazepam | 14 | Calcio carbonato glubionato | 2 | Clomipramina | 1 |
| Isoniazida / piridoxina | 13 | Captoprilo | 2 | Clozapina | 1 |
| Clotiapina | 12 | Clordiazepóxido | 2 | Coaltar saponinado | 1 |
| Gabapentina | 10 | Complejo B | 2 | Codeina | 1 |
| Clobazam | 9 | Digoxina | 2 | Colecalciferol | 1 |
| Levotiroxina | 9 | Domperidona | 2 | Colestipol | 1 |
| Piridoxina | 9 | Famotidina | 2 | Complejo amioácidos y vitaminas | 1 |
| Trihexifenidilo | 9 | Heptaminol | 2 | Complejo polivitaminico y minerales | 1 |
| Alprazolam | 8 | Maprotilina | 2 | Difenhidramina | 1 |
| Clorpromazina | 8 | Metilfenidato | 2 | Diltiazem | 1 |
| Hierro (II) sulfato | 8 | Nifedipina | 2 | Dobesilato calcico | 1 |
| Lactitol | 8 | Nitrazepam | 2 | Equinacea + pigeum + palma enana | 1 |
| Lamotrigina | 8 | Olanzapina | 2 | Etinilestradiol / levonorgestrel | 1 |
| Risperidona | 8 | Pentoxifilina | 2 | Ferritina | 1 |
| Flunitrazepam | 7 | Pravastatina | 2 | Flavodico acido | 1 |
| Insulina isofánica | 7 | Salbutamol | 2 | Flunarizina | 1 |
| Primidona | 7 | Salmeterol | 2 | Gliclazida | 1 |
| Vigabatrina | 7 | Sertralina | 2 | Glicofopeptical | 1 |
| Enalaprilol | 6 | Teofilina | 2 | Gliquidona | 1 |
| Lormetazepam | 6 | Zopiclona | 2 | Halazepam | 1 |
| Piracetam | 6 | Zuclopentixol decanoato | 2 | Hesperidina-metocalcona + rusco... | 1 |
| Amitriptilina | 6 | Acetilcisteina | 1 | Hidrosmina | 1 |
| Bromazepam | 5 | Algeldrato | 1 | Hidroxizina | 1 |
| Glibenclamida | 5 | Algestona acetofenido /estradiol enantato | 1 | Hierro (II) gluceptato | 1 |
| Ranitidina | 5 | Aloe+podofilino+ cáscara sagrada+..... | 1 | Indapamida | 1 |
| Silibinina | 5 | Amilorida | 1 | Inositol + pantoténico+ aminobenzoico | 1 |
| Trifluperazina | 5 | Amoxicilina / clavulánico | 1 | Ipratropio | 1 |
| Almagato | 4 | Antifécciosos fáringeos tópicos | 1 | Keracianina | 1 |
| Cisaprida | 4 | Ascorbico ácido | 1 | Ketotifeno | 1 |
| Dimeticona | 4 | Avena coloidal + zin oxido + alantoina | 1 | Loprazolam | 1 |
| Etosuximida | 4 | Baclofeno | 1 | Lorazepam | 1 |
| Flurazepam | 4 | Benzobromona | 1 | Magaldrato | 1 |
| Genfibrozilo | 4 | Betahistina | 1 | Medroxiprogesterona | 1 |

| | | | | | |
|---------------------------|-----------|----------|---------------------------|-----------|---------------------------|
| Anexo 9º (continuación) | | | 1 | | |
| Principios activos | Nº | * | Principios activos | Nº | Principios activos |
| | | | | | Nº |
| Meprobamato | 1 | | Paracetamol | 1 | Pectina de manzana |
| Mesalazina | 1 | | Picosulfato | 1 | Tiaprida |
| Metotrexato | 1 | | Piritildiona | 1 | Ticlopidina |
| Nabumetona | 1 | | Pizotifeno | 1 | Tioproperezina |
| Naltrexona | 1 | | Potasio ascorbato | 1 | Tramadol |
| Nicotinato de tocoferol | 1 | | Prometazina | 1 | Triazolam |
| Nimodipino | 1 | | Quazepam | 1 | Valpromida |
| Omeprazol | 1 | | Sen extracto | 1 | Verapamilo |
| Clortetraciclina | 1 | | Serenoa repens | 1 | Xipamida |
| Pancreatina | 1 | | Sulpiride | 1 | Zolpidem |

Anexo 10. Listado alfabético de principios activos, con grupos anatomoterapéuticos de 0 y 2º nivel, para los grupos N05 y N06 se añade el 3º nivel

| principios activos | | principios activos | | principios activos | |
|--|------|---------------------------------------|------|-------------------------|------|
| Acarbosa | A10 | Complejo aminoácidos y vitaminas | A11 | Lactulosa | A06 |
| Acetilcisteína | R05 | Complejo B | A11 | Lamotrigina | N03 |
| Algedrato | A02 | Complejo polivitamínico y minerales | A12 | Levomepromazina | N05A |
| Algestona acetofenido/estradiol enantato | G03 | Complejo vitaminas B - C | A11 | Levotiroxina | H03 |
| Almagato | A02 | Diazepam | N05B | Litio carbonato | N05A |
| Aloe+podofilino+cáscara sagrada+.... | A06 | Difenhidramina | R06 | Loprazolam | N05C |
| Alopurinol | M04 | Digoxina | C01 | Lorazepam | N05B |
| Alprazolam | N05B | Dimeticona | A02 | Lormetazepam | N05C |
| Amilorida | C03 | Diltiazem | C08 | Magaldrato | A02 |
| Amitriptilina | N06A | Dobesilato calcico | C05 | Maprotilina | N06A |
| Amoxicilina / clavulánico | J01 | Domperidona | A03 | Medazepam | N05B |
| Antifecciosos faríngeos tópicos* | R02 | Enalapril | C09 | Medroxiprogesterona | G03 |
| Ascorbico ácido | A11 | Equinacea + pigeum + palma enana | G04 | meprobamato | N05B |
| Avena coloidal + zin óxido + alantoina | D02 | Etinilestradiol / levonorgestrel | G03 | Mesalazina | A07 |
| Baclofeno | M03 | Etosuximida | N03 | Metilfenidato | N06B |
| Beclamida | N03 | Famotidina | A02 | Metotrexato | L01 |
| Benzobromona | M04 | Fenitoina | N03 | Nabumetona | M01 |
| Betahistina | N07 | Fenobarbital | N03 | Naltrexona | V03 |
| Biperideno | N04 | Ferritina | B03 | Nicotinato de tocoferol | B04 |
| Bromazepam | N05B | Flavodico ácido | C05 | Nifedipina | C08 |
| Brotizolam | N05C | Flufenazina decanoato | N05A | Nimodipino | C08 |
| Budesonido | R03 | Flunarizina | N07 | Nitrazepam | N05C |
| Bufomedilo | C04 | Flunitrazepam | N05C | olanzapina | N05A |
| Cafedrina + teodrenalina | C01 | Flurazepam | N05C | omeprazol | A02 |
| Calcio acetato | A12 | Fólico ácido | B03 | clortetraciclina | D06 |
| Calcio carbonato glubionato | A12 | Furosemida | C03 | pancreatina | A09 |
| calcio orgánico | A12 | Gabapentina | N03 | paracetamol | N02 |
| Captopril | C09 | Genfibrozilo | B04 | pectina de manzana | A06 |
| Carbamazepina | N03 | Glibenclamida | A10 | pentoxifilina | C04 |
| Carbimazol | H03 | Gliclazida | A10 | periciazina | N05A |
| Carnitina | A16 | Glicofosfopeptical | L03 | picosulfato | A06 |
| Carteolol | S01 | Glipizida | A10 | pimozida | N05A |
| Cetirizina | R06 | Gliquidona | A10 | piracetam | N06B |
| Cinitaprida | A03 | Halazepam | N05B | piridoxina | A11 |
| Cisaprida | A03 | Haloperidol | N05A | piritildiona | N05C |
| Citicolina | N07 | Heptaminol | C01 | pizotifeno | N02 |
| Cleboprida | A03 | Hesperidina-metocalcona + rusco... | C05 | potasio ascorbato | A12 |
| Clobazam | N05B | Hidroclorotiazida | C03 | pravastatina | B04 |
| Clometiazol | N05C | Hidrosmina | C05 | primidona | N03 |
| Clomipramina | N06A | Hidroxizina | N05B | prometazina | R06 |
| Clonazepam | N03 | Hierro (II) gluceptato | B03 | quazepam | N05C |
| Clorazepato | N05B | Hierro (II) sulfato | B03 | ranitidina | A02 |
| Clordiazepóxido | N05B | Indapamida | C03 | risperidona | N05A |
| Clorpromazina | N05A | Inositol + pantoténico+ aminobenzoico | A11 | salbutamol | R03 |
| Clotiapina | N05A | Insulina isofánica | A10 | salmeterol | R03 |
| Clozapina | N05A | Ipratropio | R03 | sen extracto | A06 |
| Coaltar saponinado | D05 | Isoniazida / piridoxina | J04 | serenoa repens | G04 |
| Codeína | N02 | Keracianina | S01 | sertralina | N06A |
| Colecalciferol | A11 | Ketotifeno | R06 | silibinina | A05 |
| Colestipol | B04 | Lactitol | A06 | sulpiride | N05A |

Anexo 10 (continuación) Listado alfabético de principios activos, con grupos anatomoterapéuticos de 0 y 2º nivel, para los grupos N05 y N06 se añade el 3º nivel.

| principios activos | | principios activos | | principios activos | |
|--------------------|------|--------------------|------|-------------------------|------|
| teofilina | R03 | triazolam | N05C | vigabatrina | N03 |
| tiaprida | N05A | trifluperazina | N05A | xipamida | C03 |
| ticlopidina | B01 | trihexifenidilo | N04 | zolpidem | N05C |
| tioproperazina | N05A | valproato | N03 | zopiclona | N05C |
| tioridazina | N05A | valpromida | N03 | zuclopentixol | N05A |
| tramadol | N02 | verapamilo | C08 | zuclopentixol decanoato | N05A |

nº fármacos/ nivel

| principios activos / NIVEL | A | T | C | 3º | 2º | 1º |
|--|---|----|---|----|----|----|
| algedrato | A | 2 | | | | |
| almagato | A | 2 | | | | |
| dimeticona (silicona) | A | 2 | | | | |
| famotidina | A | 2 | | | | |
| magaldrato+B47 | A | 2 | | | | |
| omeprazol | A | 2 | | | | |
| ranitidina | A | 2 | | | 7 | |
| cinitaprida* | A | 3 | | | | |
| cisaprida | A | 3 | | | | |
| cleboprida | A | 3 | | | | |
| domperidona | A | 3 | | | 4 | |
| silibinina (silimarina)* | A | 5 | | | 1 | |
| aloe+podofilino+cáscara sagrada+....* | A | 6 | | | | |
| lactitol | A | 6 | | | | |
| lactulosa | A | 6 | | | | |
| pectina de manzana* | A | 6 | | | | |
| picosulfato | A | 6 | | | | |
| sen extracto* | A | 6 | | | 6 | |
| mesalazina | A | 7 | | | 1 | |
| pancreatina* | A | 9 | | | 1 | |
| acarbosa | A | 10 | | | | |
| glibenclamida | A | 10 | | | | |
| gliclazida | A | 10 | | | | |
| glipizida | A | 10 | | | | |
| gliquidona | A | 10 | | | | |
| insulina isofánica | A | 10 | | | 6 | |
| ascorbico ácido | A | 11 | | | | |
| colecalfiferol* | A | 11 | | | | |
| complejo aminoácidos y vitaminas* | A | 11 | | | | |
| complejo B* | A | 11 | | | | |
| complejo vitaminas B - C* | A | 11 | | | | |
| inositol + pantoténico+ aminobenzoico* | A | 11 | | | | |
| piridoxina | A | 11 | | | 7 | |
| calcio acetato | A | 12 | | | | |
| calcio carbonato glubionato | A | 12 | | | | |
| calcio organico* | A | 12 | | | | |
| complejo polivitaminico y minerales* | A | 12 | | | | |
| potasio ascorbato | A | 12 | | | 5 | |
| carnitina | A | 16 | | | 1 | 40 |
| ticlopidina | B | 1 | | | 1 | |
| ferritina* | B | 3 | | | | |
| folico acido | B | 3 | | | | |
| hierro (II) gluceptato | B | 3 | | | | |
| hierro (II) sulfato | B | 3 | | | 4 | |
| colestipol | B | 4 | | | | |
| genfibrozilo | B | 4 | | | | |
| nicotinato de tocoferol* | B | 4 | | | | |

nº fármacos/ nivel

| principios activos / NIVEL | A | T | C | 3º | 2º | 1º |
|---|---|---|---|----|----|----|
| pravastatina | B | 4 | | | 4 | 9 |
| cafedrina + teodrenalina* | C | 1 | | | | |
| digoxina | C | 1 | | | | |
| heptaminol | C | 1 | | | 3 | |
| amilorida | C | 3 | | | | |
| furosemida | C | 3 | | | | |
| hidroclorotiazida | C | 3 | | | | |
| indapamida | C | 3 | | | | |
| xipamida | C | 3 | | | 5 | |
| buflomedilo | C | 4 | | | | |
| pentoxifilina | C | 4 | | | 2 | |
| dobesilato calcico* | C | 5 | | | | |
| flavodico acido* | C | 5 | | | | |
| hesperidina-metocalcona + rusco... * | C | 5 | | | | |
| hidrosmina* | C | 5 | | | 4 | |
| diltiazem | C | 8 | | | | |
| nifedipina | C | 8 | | | | |
| nimodipino | C | 8 | | | | |
| verapamilo | C | 8 | | | 4 | |
| captoprilo | C | 9 | | | | |
| enalaprilo | C | 9 | | | 2 | 20 |
| avena coloidal + zin oxido + alantoina* | D | 2 | | | 1 | |
| coaltar saponinado* | D | 5 | | | 1 | |
| clortetraciclina* | D | 6 | | | 1 | 3 |
| algestona acetofenido/estradiol enantato* | G | 3 | | | | |
| etinilestradiol / levonorgestrel* | G | 3 | | | 3 | |
| medroxiprogesterona | G | 3 | | | | |
| equinacea + pigeum + palma enana* | G | 4 | | | | |
| serenoa repens* | G | 4 | | | 2 | 5 |
| carbimazol | H | 3 | | | | |
| levotiroxina | H | 3 | | | 2 | 2 |
| amoxicilina / clavulánico | J | 1 | | | 1 | |
| isoniazida / piridoxina | J | 4 | | | 1 | 2 |
| metotrexato* | L | 1 | | | 1 | |
| glicofosopeptical* | L | 3 | | | 1 | 2 |
| gabapentina | M | 1 | | | 1 | |
| baclofeno | M | 3 | | | 1 | |
| alopurinol | M | 4 | | | | |
| benzobromarona | M | 4 | | | 2 | 4 |
| codeina | N | 2 | | | | |
| paracetamol | N | 2 | | | | |
| pizotifeno | N | 2 | | | | |
| tramadol | N | 2 | | | 4 | |
| beclamida* | N | 3 | | | | |
| carbamazepina | N | 3 | | | | |
| clonazepam | N | 3 | | | | |
| etosuximida | N | 3 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------|---|---|------|--|--|
| fenitoina | N | 3 | | | |
| fenobarbital | N | 3 | | | |
| gabapentina | N | 3 | | | |
| lamotrigina | N | 3 | | | |
| primidona | N | 3 | | | |
| valproato | N | 3 | | | |
| valpromida | N | 3 | | | |
| vigabatrina | N | 3 | 12 | | |
| biperideno | N | 4 | | | |
| trihexifenidilo | N | 4 | 2 si | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Anexo 11°
 Relación de principios activos
 (fármacos)
 agrupados según grupo ATC.

| | | | |
|-------------------------|---|----|----|
| | | | 1° |
| n° fá r m a | C | 3° | 2° |

Se indica el N° de principios activos distintos para cada nivel ATC.

Los principios activos señalizados con *, no figuraban en el listado oficial y han sido clasificados por el autor.

n° fá
ni

| principios activos / NIVEL | A | T | C | 3º | 2º | 1º |
|----------------------------|---|---|---|----|----|-------|
| clorpromazina | N | 5 | A | | | cont. |
| clotiapina* | N | 5 | A | | | |
| clozapina | N | 5 | A | | | |
| flufenazina decanoato | N | 5 | A | | | |
| haloperidol | N | 5 | A | | | |
| levomepromazina | N | 5 | A | | | |
| litio carbonato | N | 5 | A | | | |
| olanzapina* | N | 5 | A | | | |
| periciazina | N | 5 | A | | | |
| pimozida | N | 5 | A | | | |
| risperidona | N | 5 | A | | | |
| sulpiride | N | 5 | A | | | |
| tiaprida | N | 5 | A | | | |
| tioproperazina | N | 5 | A | | | |
| tioridazina | N | 5 | A | | | |
| trifluperazina | N | 5 | A | | | |
| zuclopentixol | N | 5 | A | | | |
| zuclopentixol decanoato | N | 5 | A | 18 | | |
| alprazolam | N | 5 | B | | | |
| bromazepam | N | 5 | B | | | |
| clobazam | N | 5 | B | | | |
| clorazepato | N | 5 | B | | | |
| clordiazepóxido | N | 5 | B | | | |
| diazepam | N | 5 | B | | | |
| halazepam | N | 5 | B | | | |
| hidroxizina | N | 5 | B | | | |
| lorazepam | N | 5 | B | | | |
| medazepam | N | 5 | B | | | |
| meprobamato | N | 5 | B | 11 | | |
| brotizolam | N | 5 | C | | | |

c
o
s/
ní
v
el

| principios activos / NIVEL | A | T |
|----------------------------------|---|---|
| antifecciosos faríngeos tópicos* | R | 2 |
| budesonido | R | 3 |
| ipratropio | R | 3 |
| salbutamol | R | 3 |
| salmeterol | R | 3 |
| teofilina | R | 3 |
| acetilcisteina | R | 5 |
| cetirizina | R | 6 |
| difenhidramina | R | 6 |
| ketotifeno | R | 6 |
| prometazina | R | 6 |
| carteolol | S | 1 |
| keracianina | S | 1 |
| naltrexona | V | 3 |

| | | | |
|--|--|---|----|
| | | 1 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 5 | |
| | | 1 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 4 | |
| | | | |
| | | 2 | |
| | | 2 | 1 |
| | | 1 | |
| | | | |
| | | | 12 |

total 168 principios activos

**Anexo 11°
(continuación)**

| | | | | | |
|---------------|---|---|---|----|----|
| clometiazol | N | 5 | C | | |
| flunitrazepam | N | 5 | C | | |
| flurazepam | N | 5 | C | | |
| loprazolam | N | 5 | C | | |
| lormetazepam | N | 5 | C | | |
| nitrazepam | N | 5 | C | | |
| piritildiona | N | 5 | C | | |
| quazepam | N | 5 | C | | |
| triazolam | N | 5 | C | | |
| zolpidem | N | 5 | C | | |
| zopiclona | N | 5 | C | 12 | 41 |
| amitriptilina | N | 6 | A | | |
| clomipramina | N | 6 | A | | |
| maprotilina | N | 6 | A | | |
| sertralina | N | 6 | A | 4 | |
| metilfenidato | N | 6 | B | | |
| piracetam | N | 6 | B | 2 | 6 |
| betahistina | N | 7 | | | |
| citicolina | N | 7 | | | |
| flunarizina | N | 7 | | 3 | 68 |

##

Anexo 7º. Frecuencia de uso de los distintos medicamentos, orden decreciente

| Medicamento (marcas) | nº | Medicamento (marcas) | nº | Medicamento (marcas) | nº |
|-----------------------------------|----|--------------------------------|----|-------------------------------------|----|
| Luminal 0,1 comprimidos | 54 | Dormodor comprimidos | 4 | Tranxilium pediátrico 2,5 mg sobres | 2 |
| Akineton comprimidos | 51 | Eskazine 5 mg grageas | 4 | Trialmin 300 capsulas | 2 |
| Duphalac solución | 51 | Insulatard NPH | 4 | Tryptizol 25 mg comprimidos | 2 |
| Tegretol 400 mg comprimidos | 46 | Lamictal 100 mg comprimidos | 4 | Adolonta capsulas | 1 |
| Tegretol 200 mg comprimidos | 39 | Largactil 25 mg comprimidos | 4 | Aero-red comprimidos | 1 |
| Depakine 500 mg comprimidos | 35 | Lexatin 1,5 mg capsulas | 4 | Aero-red gotas | 1 |
| Sinogan 25 mg comprimidos | 35 | Noiafren 10 mg comprimidos | 4 | Alapryl comprimidos | 1 |
| Haloperidol gotas | 31 | Noiafren 20 mg comprimidos | 4 | Almax forte 1g comprimidos | 1 |
| Meleril 50 mg grageas | 25 | Prepulsid 10 mg comprimidos | 3 | Ameride comprimidos | 1 |
| Sinogan 100 mg comprimidos | 22 | Almax forte sobres | 3 | Anafranil 75 mg comprimidos | 1 |
| Depakine 200 mg comprimidos | 21 | Becozyme C Forte grageas | 3 | Aremis 50 mg comprimidos | 1 |
| Haloperidol 10 mg comprimidos | 21 | Daonil comprimidos | 3 | Artane 5mg comprimidos | 1 |
| Neosidantoina comprimidos | 21 | Etosuximida capsulas | 3 | Atarax 25 mg comprimidos | 1 |
| Epanutin capsulas | 20 | Gardenal comprimidos | 3 | Atrovent capsulas para inhalador | 1 |
| Depakine solución | 18 | Humulina NPH | 3 | Augmentine 500/125 sobres | 1 |
| Meleril 100 mg grageas | 17 | Luminaletas comprimidos | 3 | Avenoderm crema | 1 |
| Meleril 200 mg retard comprimidos | 17 | Minodiab comprimidos | 3 | Baripril 5 mg comprimidos | 1 |
| Modecate ampollas | 15 | Nemactil 50 mg comprimidos | 3 | Bekunis laxante | 1 |
| Cemidon 150 B6 comprimidos | 13 | Neurontin 300 capsulas | 3 | Besitran 100 mg comprimidos | 1 |
| Etumina comprimidos | 12 | Plenur comprimidos | 3 | Bifort comprimidos | 1 |
| Akineton retard grageas | 10 | Posedrine grageas | 2 | Boi-K comprimidos | 1 |
| Meleril gotas | 10 | Acetensil 20 mg comprimidos | 2 | Brainal comprimidos | 1 |
| Meleril 10 mg grageas | 9 | Acfol comprimidos | 2 | Calcomeel gotas | 1 |
| Tranxilium 5 mg capsulas | 9 | Adalat OROS | 2 | Carnicor viales bebibles | 1 |
| Valium 10 comprimidos | 9 | Beglan inhalador | 2 | Celupan comprimidos | 1 |
| Valium 5 comprimidos | 9 | Calcium Sandoz Forte compr ef. | 2 | Cidine sobres | 1 |
| Epilantin comprimidos | 8 | Capoten 25 mg comprimidos | 2 | Clarmyl 10 mg comprimidos | 1 |
| Nemactil 10 mg comprimidos | 8 | Cisordinol depot ampollas | 2 | Codeisan comprimidos | 1 |
| Oponaf sobres | 8 | Dorken 25 mg comprimidos | 2 | Colestid sobres | 1 |
| Rivotril 2 mg comprimidos | 8 | Elorgan grageas | 2 | Conductasa solución | 1 |
| Fero-gradumet comprimidos | 7 | Euglucon comprimidos | 2 | Co-Renitec comprimidos | 1 |
| Mysoline comprimidos | 7 | Glumida 50 mg comprimidos | 2 | Cuprum Metalico | 1 |
| Nemactil gotas | 7 | Godabión B6 comprimidos | 2 | Dapaz comprimidos | 1 |
| Risperdal 3 mg comprimidos | 7 | Hidroxil B1-B6-B12 comprimidos | 2 | Dayamineral comprimidos | 1 |
| Rohipnol 2 mg comprimidos | 7 | Lamictal 200 mg comprimidos | 2 | Depamide grageas | 1 |
| Sinogan gotas | 7 | Largactil 100 mg comprimidos | 2 | Dermosacusi Aureomicina | 1 |
| Artane 2 mg comprimidos | 6 | Largatex 100 comprimidos | 2 | Diamicrom comprimidos | 1 |
| Levothroid 100 mcg comprimidos | 6 | Limovan comprimidos | 2 | Diazepam 10 ampollas | 1 |
| Levothroid 50 mcg comprimidos | 6 | Liplat 20 mg comprimidos | 2 | Disclar capsulas | 1 |
| Neurontin 400 capsulas | 6 | Lopid 600 mg capsulas | 2 | Distraneurine capsulas | 1 |
| Rivotril 0,5 mg comprimidos | 6 | Loramet 1mg comprimidos | 2 | Diurex comprimidos | 1 |
| Sabrillex 500 mg sobres | 6 | Loramet 2mg comprimidos | 2 | Diurolasa comprimidos | 1 |
| Tranxilium 50 comprimidos | 6 | Nobritol capsulas | 2 | Dogmatil 50 mg capsulas | 1 |
| Conductasa capsulas | 5 | Noctamid 1 mg comprimidos | 2 | Doxium comprimidos | 1 |
| Diazepam 10 mg comprimidos | 5 | Orap comprimidos | 2 | Elebloc 1% colirio | 1 |
| Diazepam 5 mg comprimidos | 5 | Orap fuerte comprimidos | 2 | Enalapril 5 mg comprimidos | 1 |
| Legalan 150mg capsulas | 5 | Rubifen comprimidos | 2 | Epanutin-fenobarbitona capsulas | 1 |
| Redutona comprimidos | 5 | Seguril comprimidos | 2 | Esidrex comprimidos | 1 |
| Tanidina 150 mg comprimidos | 5 | Sinergina comprimidos | 2 | Eskazine 2mg grageas | 1 |
| Tranxilium 10 capsulas | 5 | Sintonal comprimidos | 2 | Eupnol comprimidos | 1 |
| Akineton ampollas | 4 | Tamin 20 comprimidos | 2 | Evacuol gotas | 1 |
| Ciclofalina 800 mg sobres | 4 | Theo-dur 200 mg comprimidos | 2 | Fabroven capsulas | 1 |
| Cisordinol 10 mg comprimidos | 4 | Trankimazin 0,5 mg comprimidos | 2 | Facilit comprimidos | 1 |

Anexo 7º. (continuación)

| Medicamento (marcas) | n ° | Medicamento (marcas) | n ° |
|--------------------------------|------------|--------------------------------|------------|
| Fenitoina 25 mg capsulas FM | 1 | Progevera 5 mg comprimidos | 1 |
| Fibra Leo granulado | 1 | Psicosoma solución | 1 |
| Fidium comprimidos | 1 | Pulmicort 400 Turbuhaler | 1 |
| Flatoril capsulas | 1 | Quiedorm comprimidos | 1 |
| Fluimucil sobres | 1 | Redoxon 1g comprimidos | 1 |
| Gamalate B6 grageas | 1 | Relif suspensión | 1 |
| Glucobay 50 mg comprimidos | 1 | Renitec 20 mg comprimidos | 1 |
| Glurenor comprimidos | 1 | Risperdal 1 mg comprimidos | 1 |
| Gratusminal gotas | 1 | Rivotril gotas | 1 |
| Halción 0,125 mg comprimidos | 1 | Royen capsulas | 1 |
| <i>Hormeel gotas</i> | 1 | Sabrillex 50 mg sobres | 1 |
| Huberplex 10 mg grageas | 1 | Serenade comprimidos | 1 |
| Huberplex 5 mg grageas | 1 | Sibelium comprimidos | 1 |
| Idalprem 5 mg comprimidos | 1 | <i>Silica Marina</i> | 1 |
| Inmunoferon capsulas | 1 | Somazina gotas | 1 |
| Interciton capsulas | 1 | Somnovit comprimidos | 1 |
| Labileno 25 mg comprimidos | 1 | Soñodor comprimidos | 1 |
| Lamictal 50 mg comprimidos | 1 | Stesolid 10 mg enema | 1 |
| Lanacordin comprimidos | 1 | Stilnox comprimidos | 1 |
| Lanacordin solución pediátrica | 1 | Tardyferon grageas | 1 |
| <i>Laxante Zeninas</i> | 1 | <i>Tark-plus</i> | 1 |
| Leponex 100 mg comprimidos | 1 | Tertensif comprimidos | 1 |
| Lexatin 3 mg capsulas | 1 | Tiaprizal comprimidos | 1 |
| <i>Lymphomyosot gotas</i> | 1 | Tikild grageas | 1 |
| Lioresal 10 mg comprimidos | 1 | Topasel ampollas | 1 |
| Lixacol comprimidos | 1 | Trankimazin 0,25 comprimidos | 1 |
| Lofton comprimidos | 1 | Trankimazin 2 mg comprimidos | 1 |
| Ludiomil 25 mg comprimidos | 1 | Trankimazin 2 mg retard compr. | 1 |
| Ludiomil 75 mg comprimidos | 1 | Tri-Hachemina comprimidos | 1 |
| Luminal 0,2 ampollas | 1 | Tryptizol 10 mg comprimidos | 1 |
| Majeptil 10 mg comprimidos | 1 | Venosmil capsulas | 1 |
| Manidon 80 mg grageas | 1 | Ventolin inhalador | 1 |
| Masdil 60 mg comprimidos | 1 | Ventolin jarabe | 1 |
| Memorino solución | 1 | Vitamina D3 gotas | 1 |
| Meralop comprimidos | 1 | Zarontin jarabe | 1 |
| Metotrexato 2,5 mg comprimidos | 1 | Zasten solución | 1 |
| Minoton sobres | 1 | Zolben comprimidos | 1 |
| Mosegor solución | 1 | Zyloric 300 mg comprimidos | 1 |
| Motilium 10 mg comprimidos | 1 | Zyprexa 10 mg comprimidos | 1 |
| Motilium solución | 1 | Zyprexa 5 mg comprimidos | 1 |
| Neo- Urbenin grageas | 1 | Zyrtec 10 mg comprimidos | 1 |
| Neogynona comprimidos | 1 | | |
| Neo-Tomizol comprimidos | 1 | | |
| Neurontin 100 capsulas | 1 | | |
| Nitrazepam comprimidos | 1 | | |
| Nootropil comprimidos | 1 | | |
| Normovite antianémico capsulas | 1 | | |
| Ossopan grageas | 1 | | |
| Pankreoflat granulado sobres | 1 | | |
| Pepsamar comprimidos | 1 | | |
| Pepticum capsulas | 1 | | |
| Permision comprimidos | 1 | | |
| <i>Pilfood capsulas</i> | 1 | | |
| Profer sobres | 1 | | |

Anexo 8º. Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético de principios activos) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|--|----|----|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| acarbosa | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 3 |
| acetilcisteina | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| algeldrato | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| algestona acetofenido/estradiol enantato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| almagato | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | 4 |
| aloe+podofilino+cáscara sagrada+..... | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| alopurinol | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| alprazolam | | | 3 | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | | 2 | | 8 |
| amilorida | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| amitriptilina | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | 3 | | | 1 | 6 |
| amoxicilina / clavulánico | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| antifécciosos faríngeos tópicos | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| ascorbico ácido | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| avena coloidal + zin oxido + alantoina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| baclofeno | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| beclamida | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |
| benzobromona | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| betahistina | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| biperideno | 9 | 8 | 17 | 3 | | | 2 | 3 | 1 | | 2 | 1 | 4 | 7 | 1 | 4 | | 62 |
| bromazepam | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | 5 |
| brotizolam | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| budesonido | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| buflomedilo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| cafedrina + teodrenalina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| calcio acetato | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| calcio carbonato glubionato | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| calcio organico | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| captoprilo | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| carbamazepina | 6 | 6 | 12 | 6 | 5 | 3 | 10 | 2 | 4 | | 6 | 3 | 6 | 10 | | 2 | 1 | 82 |
| carbimazol | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| carnitina | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| carteolol | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| cetirizina | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| cinitaprida | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| cisaprida | | | 2 | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | 4 |
| citicolina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| cleboprida | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| clobazam | | 1 | 1 | | 1 | | 2 | | | | 2 | | 1 | | | | 1 | 9 |
| clometiazol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| clomipramina | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| clonazepam | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 14 |
| clorazepato | 2 | 6 | 4 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 1 | | 1 | 1 | 2 | | | 1 | 1 | 26 |
| clordiazepóxido | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| clorpromazina | | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | | | | 8 |
| clortetraciclina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| clotiapina | | 1 | 6 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | 12 |
| clozapina | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| coaltar saponinado | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| codeina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| colecalférol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| colestipol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| complejo amioácidos y vitaminas | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| complejo B | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| complejo polivitamínico y minerales | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| complejo vitaminas B - C | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |

Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|---------------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| diazepam | 6 | 2 | 4 | 3 | 1 | | 3 | | | | 1 | | 5 | 2 | | 2 | | 29 |
| difenhidramina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| digoxina | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| dimeticona | | | 2 | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 4 |
| diltiazem | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| dobesilato calcico | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| domperidona | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| enalapril | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | 6 |
| equinacea + pigeum + palma enana | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| etinilestradiol / levonorgestrel | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| etosuximida | | | 3 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 4 |
| famotidina | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| fenitoina | 2 | 9 | 6 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | | | 5 | 4 | 5 | 11 | | | 2 | 57 |
| fenobarbital | 9 | 11 | 19 | 4 | 5 | 2 | | 1 | | 1 | 2 | 2 | 7 | 9 | | 2 | | 74 |
| ferritina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| flavodico acido | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| flufenazina decanoato | 2 | 2 | | 1 | | | 1 | 5 | | | | | | 4 | | | | 15 |
| flunarizina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| flunitrazepam | 6 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| flurazepam | | | 3 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| folico acido | | 2 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 3 |
| furosemida | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| gabapentina | | 1 | | 2 | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 | | 2 | 1 | 10 |
| genfibrozilo | | 2 | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | 4 |
| glibenclamida | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | 2 | | | 1 | 5 |
| gliclazida | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| glicofofopeptical | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| glipizida | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| gliquidona | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| halazepam | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| haloperidol | 7 | 8 | 7 | 1 | | 2 | 2 | 1 | 3 | | 1 | | 7 | 7 | | 5 | 1 | 52 |
| heptaminol | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 2 |
| hesperidina-metocalcona + rusco... | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| hidroclorotiazida | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| hidrosmina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| hidroxizina | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| hierro (II) gluceptato | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| hierro (II) sulfato | 1 | 6 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 8 |
| indapamida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| inositol + pantoténico+ aminobenzoico | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| insulina isofánica | 1 | 1 | | 3 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 7 |
| ipratropio | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| isoniazida / piridoxina | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| keracianina | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| ketotifeno | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| lactitol | 4 | 1 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| lactulosa | | 10 | 38 | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | 51 |
| lamotrigina | | 2 | | | | 1 | 1 | | | | 2 | | | 2 | | | | 8 |
| levomepromazina | 20 | 14 | 12 | 1 | 1 | | 3 | | 2 | | | 1 | 7 | 1 | | 1 | | 63 |
| levotiroxina | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | 9 |
| litio carbonato | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | | | | 3 |

Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-------------------------------|----|----|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| loprazolam | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| lorazepam | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| lormetazepam | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | 6 |
| magaldrato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| maprotilina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| medazepam | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | 3 |
| medroxiprogesterona | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| meprobamato | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| mesalazina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| metilfenidato | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | 2 |
| metotrexato | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| nabumetona | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| naltrexona | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| nicotinato de tocoferol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| nifedipina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| nimodipino | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| nitrazepam | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| olanzapina | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| omeprazol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pancreatina | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| paracetamol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pectina de manzana | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pentoxifilina | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| periciazina | 2 | 2 | 4 | | | | 4 | | 1 | | | | 3 | 2 | | | | 18 |
| picosulfato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pimozida | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | 4 |
| piracetam | | | 3 | | | | | | | | 1 | | | 2 | | | | 6 |
| piridoxina | | | | | | | 3 | 1 | 1 | | | 3 | | | | 1 | | 9 |
| pirtildiona | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pizotifeno | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| potasio ascorbato | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pravastatina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| primidona | 1 | | | | | | 2 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 7 |
| prometazina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| quazepam | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| ranitidina | | | 4 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 5 |
| risperidona | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 4 | | 8 |
| salbutamol | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| salmeterol | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | 2 |
| sen extracto | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| serenoa repens | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| sertralina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 2 |
| silibinina | | 1 | | | | | 2 | | | | | | | 2 | | | | 5 |
| sulpiride | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| teofilina | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| tiaprida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| ticlopidina | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| tioproperazina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| tioridazina | 12 | 9 | 8 | | 2 | 5 | 10 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 11 | 1 | 1 | 1 | 77 |

Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| tramadol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| triazolam | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| trifluperazina | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | 3 | | | | 5 |
| trihexifenidilo | 1 | | 1 | 1 | | | | 2 | | | | 1 | | 3 | | | | 9 |
| valproato | 1 | 4 | 9 | 4 | 3 | 3 | 6 | 1 | 3 | 3 | 13 | 5 | 1 | 12 | | 2 | | 70 |
| valpromida | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| verapamilo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| vigabatrina | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 2 | | 1 | 1 | | | | 7 |
| xipamida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| zolpidem | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| zopiclona | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| zuclopentixol | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| zuclopentixol decanoato | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | 2 |

Anexo 8º. Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético de principios activos) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|--|----|----|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| acarbosa | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 3 |
| acetilcisteina | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| algeldrato | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| algestona acetofenido/estradiol enantato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| almagato | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 4 |
| aloe+podofilino+cáscara sagrada+..... | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| alopurinol | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | 2 |
| alprazolam | | | 3 | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | | 2 | | 8 |
| amilorida | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| amitriptilina | | | 1 | | | 1 | | | | | | | 3 | | | | 1 | 6 |
| amoxicilina / clavulánico | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| antifécciosos faríngeos tópicos | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| ascorbico ácido | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| avena coloidal + zin oxido + alantoina | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| baclofeno | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| beclamida | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |
| benzobromona | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| betahistina | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| biperideno | 9 | 8 | 17 | 3 | | | 2 | 3 | 1 | | 2 | 1 | 4 | 7 | 1 | 4 | | 62 |
| bromazepam | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | 5 |
| brotizolam | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| budesonido | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| buflofedilo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| cafedrina + teodrenalina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| calcio acetato | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| calcio carbonato glubionato | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| calcio organico | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| captoprilo | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| carbamazepina | 6 | 6 | 12 | 6 | 5 | 3 | 10 | 2 | 4 | | 6 | 3 | 6 | 10 | | 2 | 1 | 82 |
| carbimazol | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| carnitina | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| carteolol | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| cetirizina | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| cinitaprida | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| cisaprida | | | 2 | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | 4 |
| citicolina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| cleboprida | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| clobazam | | 1 | 1 | | 1 | | 2 | | | | 2 | | 1 | | | | 1 | 9 |
| clometiazol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| clomipramina | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| clonazepam | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | 1 | 4 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 14 |
| clorazepato | 2 | 6 | 4 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 1 | | 1 | 1 | 2 | | | 1 | 1 | 26 |
| clordiazepóxido | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| clorpromazina | | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | | | | 8 |
| clortetraciclina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| clotiapina | | 1 | 6 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | 12 |
| clozapina | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| coaltar saponinado | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| codeina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| colecalférol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| colestipol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| complejo amioácidos y vitaminas | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| complejo B | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| complejo polivitamínico y minerales | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| complejo vitaminas B - C | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | 3 |

Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|---------------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| diazepam | 6 | 2 | 4 | 3 | 1 | | 3 | | | | 1 | | 5 | 2 | | 2 | | 29 |
| difenhidramina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| digoxina | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| dimeticona | | | 2 | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | 4 |
| diltiazem | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| dobesilato calcico | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| domperidona | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| enalapril | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | 6 |
| equinacea + pigeum + palma enana | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| etinilestradiol / levonorgestrel | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| etosuximida | | | 3 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 4 |
| famotidina | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| fenitoina | 2 | 9 | 6 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | | | 5 | 4 | 5 | 11 | | | 2 | 57 |
| fenobarbital | 9 | 11 | 19 | 4 | 5 | 2 | | 1 | | 1 | 2 | 2 | 7 | 9 | | 2 | | 74 |
| ferritina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| flavodico acido | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| flufenazina decanoato | 2 | 2 | | 1 | | | 1 | 5 | | | | | | 4 | | | | 15 |
| flunarizina | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| flunitrazepam | 6 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| flurazepam | | | 3 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| folico acido | | 2 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 3 |
| furosemida | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| gabapentina | | 1 | | 2 | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 | | 2 | 1 | 10 |
| genfibrozilo | | 2 | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | 4 |
| glibenclamida | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | 2 | | | 1 | 5 |
| gliclazida | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| glicofopeptical | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| glipizida | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| gliquidona | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| halazepam | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| haloperidol | 7 | 8 | 7 | 1 | | 2 | 2 | 1 | 3 | | 1 | | 7 | 7 | | 5 | 1 | 52 |
| heptaminol | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | 2 |
| hesperidina-metocalcona + rusco... | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| hidroclorotiazida | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| hidrosmina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| hidroxizina | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| hierro (II) gluceptato | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| hierro (II) sulfato | 1 | 6 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 8 |
| indapamida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| inositol + pantoténico+ aminobenzoico | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| insulina isofánica | 1 | 1 | | 3 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 7 |
| ipratropio | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| isoniazida / piridoxina | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| keracianina | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| ketotifeno | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| lactitol | 4 | 1 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| lactulosa | | 10 | 38 | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | 51 |
| lamotrigina | | 2 | | | | 1 | 1 | | | | 2 | | | 2 | | | | 8 |
| levomepromazina | 20 | 14 | 12 | 1 | 1 | | 3 | | 2 | | | 1 | 7 | 1 | | 1 | | 63 |
| levotiroxina | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | 9 |
| litio carbonato | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | | | | 3 |

Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-------------------------------|----|----|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| loprazolam | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| lorazepam | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| lormetazepam | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | 6 |
| magaldrato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| maprotilina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| medazepam | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | 3 |
| medroxiprogesterona | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| meprobamato | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| mesalazina | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| metilfenidato | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | 2 |
| metotrexato | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| nabumetona | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| naltrexona | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| nicotinato de tocoferol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| nifedipina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| nimodipino | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| nitrazepam | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| olanzapina | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| omeprazol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pancreatina | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| paracetamol | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pectina de manzana | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pentoxifilina | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| periciazina | 2 | 2 | 4 | | | | 4 | | 1 | | | | 3 | 2 | | | | 18 |
| picosulfato | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pimozida | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | 4 |
| piracetam | | | 3 | | | | | | | | 1 | | | 2 | | | | 6 |
| piridoxina | | | | | | | 3 | 1 | 1 | | | 3 | | | | 1 | | 9 |
| pirtildiona | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pizotifeno | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| potasio ascorbato | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| pravastatina | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| primidona | 1 | | | | | | 2 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 7 |
| prometazina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| quazepam | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| ranitidina | | | 4 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 5 |
| risperidona | | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 4 | | 8 |
| salbutamol | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| salmeterol | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | 2 |
| sen extracto | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| serenoa repens | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| sertralina | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 2 |
| silibinina | | 1 | | | | | 2 | | | | | | | 2 | | | | 5 |
| sulpiride | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| teofilina | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 |
| tiaprida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| ticlopidina | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| tioproperazina | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| tioridazina | 12 | 9 | 8 | | 2 | 5 | 10 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 11 | 1 | 1 | 1 | 77 |

Anexo 8º (continuación). Frecuencia de uso de los fármacos (orden alfabético) por centros

| Listado de principios activos | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | SA | M | J | TM | SD | O | HS | total |
|-------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|----|---|---|----|----|---|----|-------|
| tramadol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| triazolam | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| trifluperazina | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | 3 | | | | 5 |
| trihexifenidilo | 1 | | 1 | 1 | | | | 2 | | | | 1 | | 3 | | | | 9 |
| valproato | 1 | 4 | 9 | 4 | 3 | 3 | 6 | 1 | 3 | 3 | 13 | 5 | 1 | 12 | | 2 | | 70 |
| valpromida | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| verapamilo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| vigabatrina | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 2 | | 1 | 1 | | | | 7 |
| xipamida | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| zolpidem | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| zopiclona | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| zuclopentixol | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| zuclopentixol decanoato | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | 2 |

| Anexo 9º | | Relación de principios activos utilizados, en orden decreciente de frecuencia de uso | | | | | |
|---------------------------|-----------|--|--|-----------|---|---------------------------------------|-----------|
| principios activos | nº | * | principios activos | nº | * | principios activos | nº |
| carbamazepina | 82 | | folico acido | 3 | | Citicolina | 1 |
| tioridazina | 77 | | Furosemida | 3 | | Cleboprida | 1 |
| fenobarbital | 74 | | Glipizida | 3 | | Clometiazol | 1 |
| valproato | 70 | | Hidroclorotiazida | 3 | | Clomipramina | 1 |
| levomepromazina | 63 | | litio carbonato | 3 | | clortetraciclina | 1 |
| biperideno | 62 | | Alopurinol | 2 | | Clozapina | 1 |
| fenitoina | 57 | | Brotizolam | 2 | | coaltar saponinado | 1 |
| haloperidol | 52 | | calcio carbonato glubionato | 2 | | codeina | 1 |
| lactulosa | 51 | | Captoprilo | 2 | | colecalfiferol | 1 |
| diazepam | 29 | | Clordiazepóxido | 2 | | colestipol | 1 |
| clorazepato | 26 | | complejo B | 2 | | complejo amioácidos y vitaminas | 1 |
| periciazina | 18 | | Digoxina | 2 | | complejo polivitaminico y minerales | 1 |
| flufenazina decanoato | 15 | | Domperidona | 2 | | difenhidramina | 1 |
| clonazepam | 14 | | Famotidina | 2 | | diltiazem | 1 |
| isoniazida / piridoxina | 13 | | Heptaminol | 2 | | dobesilato calcico | 1 |
| clotiapina | 12 | | Maprotilina | 2 | | equinacea + pigeum + palma enana | 1 |
| gabapentina | 10 | | Medazepam | 3 | | etinilestradiol / levonorgestrel | 1 |
| clobazam | 9 | | Metilfenidato | 2 | | ferritina | 1 |
| levotiroxina | 9 | | Nifedipina | 2 | | flavodico acido | 1 |
| piridoxina | 9 | | Nitrazepam | 2 | | flunarizina | 1 |
| trihexifenidilo | 9 | | Olanzapina | 2 | | gliclazida | 1 |
| alprazolam | 8 | | Pentoxifilina | 2 | | glicofofopeptical | 1 |
| clorpromazina | 8 | | Pravastatina | 2 | | gliquidona | 1 |
| hierro (II) sulfato | 8 | | Salbutamol | 2 | | halazepam | 1 |
| lactitol | 8 | | Salmeterol | 2 | | hesperidina-metocalcona + rusco... | 1 |
| lamotrigina | 8 | | Sertralina | 2 | | hidrosmina | 1 |
| risperidona | 8 | | Teofilina | 2 | | hidroxizina | 1 |
| flunitrazepam | 7 | | Zopiclona | 2 | | hierro (II) gluceptato | 1 |
| insulina isofánica | 7 | | zuclopentixol decanoato | 2 | | indapamida | 1 |
| primidona | 7 | | Acetilcisteina | 1 | | inositol + pantoténico+ aminobenzoico | 1 |
| vigabatrina | 7 | | Algeldrato | 1 | | ipratropio | 1 |
| enalaprilo | 6 | | algestona acetofenido/estradiol enantato | 1 | | keracianina | 1 |
| lormetazepam | 6 | | aloe+podofilino+cáscara sagrada+..... | 1 | | ketotifeno | 1 |
| piracetam | 6 | | Amilorida | 1 | | loprazolam | 1 |
| amitriptilina | 6 | | amoxicilina / clavulánico | 1 | | lorazepam | 1 |
| bromazepam | 5 | | antinfeciosos faríngeos tópicos | 1 | | magaldrato | 1 |
| glibenclamida | 5 | | ascorbico ácido | 1 | | medroxiprogesterona | 1 |
| ranitidina | 5 | | avena coloidal + zin oxido + alantoina | 1 | | meprobamato | 1 |
| silibinina | 5 | | Baclofeno | 1 | | mesalazina | 1 |
| trifluperazina | 5 | | Benzobromona | 1 | | metotrexato | 1 |
| almagato | 4 | | Betahistina | 1 | | nabumetona | 1 |
| cisaprida | 4 | | Budesonido | 1 | | naltrexona | 1 |
| dimeticona | 4 | | Buflomedilo | 1 | | nicotinato de tocoferol | 1 |
| etosuximida | 4 | | cafedrina + teodrenalina | 1 | | nimodipino | 1 |
| flurazepam | 4 | | calcio acetato | 1 | | omeprazol | 1 |
| genfibrozilo | 4 | | calcio organico | 1 | | pancreatina | 1 |
| pimozida | 4 | | Carbimazol | 1 | | paracetamol | 1 |
| zuclopentixol | 4 | | Carnitina | 1 | | pectina de manzana | 1 |
| acarbosa | 3 | | Carteolol | 1 | | picosulfato | 1 |
| beclamida | 3 | | Cetirizina | 1 | | piritildiona | 1 |
| complejo vitaminas B - C | 3 | | Cinitaprida | 1 | | pizotifeno | 1 |

| | |
|-----------------|--|
| Anexo 9º | Relación de principios activos utilizados, en orden decreciente de frecuencia de uso |
|-----------------|--|

| principios activos | nº | * | principios activos | nº | * | principios activos | nº |
|---------------------------|-----------|----------|---------------------------|-----------|----------|---------------------------|-----------|
| potasio ascorbato | 1 | | sulpiride | 1 | | triazolam | 1 |
| prometazina | 1 | | tiaprida | 1 | | valpromida | 1 |
| quazepam | 1 | | ticlopidina | 1 | | verapamilo | 1 |
| sen extracto | 1 | | tioproperazina | 1 | | xipamida | 1 |
| serenoa repens | 1 | | tramadol | 1 | | zolpidem | 1 |

Anexo 10º

Listado alfabético de principios activos, con grupos anatomoterapéuticos de 1º y 2º nivel;
para los subgrupos N05 y N06 se añade el 3º nivel

| principios activos | | principios activos | | principios activos | |
|---|------|-------------------------------------|------|--|------|
| acarbosea | A10 | coaltar saponinado | D05 | indapamida | C03 |
| acetilcisteína | R05 | codeína | N02 | inositol + pantoténico+ aminobenzoico | A11 |
| algeldrato | A02 | colecalfierol | A11 | insulina isofánica | A10 |
| algestona acetofenido/estradiol enantato | G03 | colestipol | B04 | ipratropio | R03 |
| almagato | A02 | complejo aminoácidos y vitaminas | A11 | isoniazida / piridoxina | J04 |
| aloe+podofilino+cáscara sagrada+..... | A06 | complejo B | A11 | keracianina | S01 |
| alopurinol | M04 | complejo polivitaminico y minerales | A12 | ketotifeno | R06 |
| alprazolam | N05B | complejo vitaminas B - C | A11 | lactitol | A06 |
| amilorida | C03 | diazepam | N05B | lactulosa | A06 |
| amitriptilina | N06A | difenhidramina | R06 | lamotrigina | N03 |
| amoxicilina / clavulánico | J01 | digoxina | C01 | levomepromazina | N05A |
| antifécciosos faríngeos tópicos* | R02 | dimeticona | A02 | levotiroxina | H03 |
| ascorbico ácido | A11 | diltiazem | C08 | litio carbonato | N05A |
| avena coloidal + zin óxido + alantoina | D02 | dobesilato calcico | C05 | loprazolam | N05C |
| baclofeno | M03 | domperidona | A03 | lorazepam | N05B |
| beclamida | N03 | enalaprilol | C09 | lormetazepam | N05C |
| benzobromona | M04 | equinacea + pigeum + palma enana | G04 | magaldrato | A02 |
| betahistina | N07 | etinilestradiol / levonorgestrel | G03 | maprotilina | N06A |
| biperideno | N04 | etosuximida | N03 | medazepam | N05B |
| bromazepam | N05B | famotidina | A02 | medroxiprogesterona | G03 |
| brotizolam | N05C | fenitoina | N03 | meprobamato | N05B |
| budesonido | R03 | fenobarbital | N03 | mesalazina | A07 |
| buflomedilo | C04 | ferritina | B03 | metilfenidato | N06B |
| cafedrina + teodrenalina | C01 | flavodico ácido | C05 | metotrexato | L01 |
| Calcio acetato | A12 | flufenazina decanoato | N05A | nabumetona | M01 |
| calcio carbonato glubionato | A12 | flunarizina | N07 | naltrexona | V03 |
| calcio orgánico | A12 | flunitrazepam | N05C | nicotinato de tocoferol | B04 |
| captoprilol | C09 | flurazepam | N05C | nifedipina | C08 |
| carbamazepina | N03 | folico ácido | B03 | nimodipino | C08 |
| carbimazol | H03 | furosemida | C03 | nitrazepam | N05C |
| carnitina | A16 | gabapentina | N03 | olanzapina | N05A |
| carteolol | S01 | genfibrozilo | B04 | omeprazol | A02 |
| cetirizina | R06 | glibenclamida | A10 | clortetraciclina | D06 |
| cinitaprida | A03 | gliclazida | A10 | pancreatina | A09 |
| cisaprida | A03 | glicofosfopeptical | L03 | paracetamol | N02 |
| citicolina | N07 | glipizida | A10 | pectina de manzana | A06 |
| cleboprida | A03 | gliquidona | A10 | pentoxifilina | C04 |
| clobazam | N05B | halazepam | N05B | periciazina | N05A |
| clometiazol | N05C | haloperidol | N05A | picosulfato | A06 |
| clomipramina | N06A | heptaminol | C01 | pimozida | N05A |
| clonazepam | N03 | hesperidina-metocalcona + rusco... | C05 | piracetam | N06B |
| clorazepato | N05B | hidroclorotiazida | C03 | piridoxina | A11 |
| clordiazepóxido | N05B | hidrosmina | C05 | piritildiona | N05C |
| clorpromazina | N05A | hidroxizina | N05B | pizotifeno | N02 |
| clotiapina | N05A | hierro (II) gluceptato | B03 | potasio ascorbato | A12 |
| clozapina | N05A | hierro (II) sulfato | B03 | pravastatina | B04 |

| Anexo 10° | | | | | |
|--|------|---------------------------|------|---------------------------|------|
| Listado alfabético de principios activos, con grupos anatomoterapéuticos de 1º y 2º nivel; | | | | | |
| para los subgrupos N05 y N06 se añade el 3º nivel | | | | | |
| principios activos | | principios activos | | principios activos | |
| primidona | N03 | silibinina | A05 | trihexifenidilo | N04 |
| prometazina | R06 | sulpiride | N05A | valproato | N03 |
| quazepam | N05C | teofilina | R03 | valpromida | N03 |
| ranitidina | A02 | tiaprida | N05A | verapamilo | C08 |
| risperidona | N05A | ticlopidina | B01 | vigabatrina | N03 |
| salbutamol | R03 | tioproperazina | N05A | xipamida | C03 |
| salmeterol | R03 | tioridazina | N05A | zolpidem | N05C |
| sen extracto | A06 | tramadol | N02 | zopiclona | N05C |
| serenoa repens | G04 | triazolam | N05C | zuclopentixol | N05A |
| sertralina | N06A | trifluperazina | N05A | zuclopentixol decanoato | N05A |

Anexo 11º Relación de principios activos (fármacos) agrupados según grupo ATC. Se indica el Nº de principios activos distintos para cada nivel ATC. Los principios activos señalizados con *, no figuraban en el listado oficial y han sido clasificados por el autor.

| principios activos / NIVEL | nº fármacos/ nivel | | | | | |
|--|--------------------|----|---|----|----|----|
| | A | T | C | 3º | 2º | 1º |
| algeldrato | A | 2 | | | | |
| almagato | A | 2 | | | | |
| dimeticona (silicona) | A | 2 | | | | |
| famotidina | A | 2 | | | | |
| magaldrato+B47 | A | 2 | | | | |
| omeprazol | A | 2 | | | | |
| ranitidina | A | 2 | | | 7 | |
| cinitaprida* | A | 3 | | | | |
| cisaprida | A | 3 | | | | |
| cleboprida | A | 3 | | | | |
| domperidona | A | 3 | | | 4 | |
| silibinina (silimarina)* | A | 5 | | | 1 | |
| aloe+podofilino+cáscara sagrada+....*. | A | 6 | | | | |
| lactitol | A | 6 | | | | |
| lactulosa | A | 6 | | | | |
| pectina de manzana* | A | 6 | | | | |
| picosulfato | A | 6 | | | | |
| sen extracto* | A | 6 | | | 6 | |
| mesalazina | A | 7 | | | 1 | |
| pancreatina* | A | 9 | | | 1 | |
| acarbosa | A | 10 | | | | |
| glibenclamida | A | 10 | | | | |
| gliclazida | A | 10 | | | | |
| glipizida | A | 10 | | | | |
| gliquidona | A | 10 | | | | |
| insulina isofánica | A | 10 | | | 6 | |
| ascorbico ácido | A | 11 | | | | |
| colecalfiferol* | A | 11 | | | | |
| complejo aminoácidos y vitaminas* | A | 11 | | | | |
| complejo B* | A | 11 | | | | |
| complejo vitaminas B - C* | A | 11 | | | | |
| inositol + pantoténico+aminobenzoico* | A | 11 | | | | |
| piridoxina | A | 11 | | | 7 | |
| calcio acetato | A | 12 | | | | |
| calcio carbonato glubionato | A | 12 | | | | |
| calcio organico* | A | 12 | | | | |
| complejo polivitaminico y minerales* | A | 12 | | | | |
| potasio ascorbato | A | 12 | | | 5 | |
| carnitina | A | 16 | | | 1 | 40 |
| ticlopidina | B | 1 | | | 1 | |
| ferritina* | B | 3 | | | | |
| folico acido | B | 3 | | | | |
| hierro (II) gluceptato | B | 3 | | | | |
| hierro (II) sulfato | B | 3 | | | 4 | |
| colestipol | B | 4 | | | | |
| genfibrozilo | B | 4 | | | | |
| nicotinato de tocoferol* | B | 4 | | | | |
| pravastatina | B | 4 | | | 4 | 9 |

Anexo 11º Relación de principios activos (fármacos) agrupados según grupo ATC. Se indica el Nº de principios activos distintos para cada nivel ATC. Los principios activos señalizados con *, no figuraban en el listado oficial y han sido clasificados por el autor.

| principios activos / NIVEL | nº fármacos/ nivel | | | | | |
|---|--------------------|---|---|----|----|----|
| | A | T | C | 3º | 2º | 1º |
| cafedrina + teodrenalina* | C | 1 | | | | |
| digoxina | C | 1 | | | | |
| heptaminol | C | 1 | | | 3 | |
| amilorida | C | 3 | | | | |
| furosemida | C | 3 | | | | |
| hidroclorotiazida | C | 3 | | | | |
| indapamida | C | 3 | | | | |
| xipamida | C | 3 | | | 5 | |
| buflomedilo | C | 4 | | | | |
| pentoxifilina | C | 4 | | | 2 | |
| dobesilato calcico* | C | 5 | | | | |
| flavodico acido* | C | 5 | | | | |
| hesperidina-metocalcona + rusco... * | C | 5 | | | | |
| hidrosmina* | C | 5 | | | 4 | |
| diltiazem | C | 8 | | | | |
| nifedipina | C | 8 | | | | |
| nimodipino | C | 8 | | | | |
| verapamilo | C | 8 | | | 4 | |
| captoprilo | C | 9 | | | | |
| enalaprilo | C | 9 | | | 2 | 20 |
| avena coloidal + zin oxido + alantoina* | D | 2 | | | 1 | |
| coaltar saponinado* | D | 5 | | | 1 | |
| clortetraciclina* | D | 6 | | | 1 | 3 |
| algestona acetofenido/estradiol enantato* | G | 3 | | | | |
| etinilestradiol / levonorgestrel* | G | 3 | | | | |
| medroxiprogesterona | G | 3 | | | 3 | |
| equinacea + pigeum + palma enana* | G | 4 | | | | |
| serenoa repens* | G | 4 | | | 2 | 5 |
| carbimazol | H | 3 | | | | |
| levotiroxina | H | 3 | | | 2 | 2 |
| amoxicilina / clavulánico | J | 1 | | | 1 | |
| isoniazida / piridoxina | J | 4 | | | 1 | 2 |
| metotrexato* | L | 1 | | | 1 | |
| glicofosfopeptical* | L | 3 | | | 1 | 2 |
| nabumetona | M | 1 | | | 1 | |
| baclofeno | M | 3 | | | 1 | |
| alopurinol | M | 4 | | | | |
| benzobromarona | M | 4 | | | 2 | 4 |

Anexo 11º Relación de principios activos (fármacos) agrupados según grupo ATC. Se indica el Nº de principios activos distintos para cada nivel ATC. Los principios activos señalizados con *, no figuraban en el listado oficial y han sido clasificados por el autor.

| principios activos / NIVEL | nº fármacos/ nivel | | | | | |
|----------------------------|--------------------|---|---|----|----|----|
| | A | T | C | 3º | 2º | 1º |
| codeína | N | 2 | | | | |
| paracetamol | N | 2 | | | | |
| pizotifeno | N | 2 | | | | |
| tramadol | N | 2 | | | 4 | |
| beclamida* | N | 3 | | | | |
| carbamazepina | N | 3 | | | | |
| clonazepam | N | 3 | | | | |
| etosuximida | N | 3 | | | | |
| fenitoína | N | 3 | | | | |
| fenobarbital | N | 3 | | | | |
| gabapentina | N | 3 | | | | |
| lamotrigina | N | 3 | | | | |
| primidona | N | 3 | | | | |
| valproato | N | 3 | | | | |
| valpromida | N | 3 | | | | |
| vigabatrina | N | 3 | | | 12 | |
| biperideno | N | 4 | | | | |
| trihexifenidilo | N | 4 | | | 2 | |
| clorpromazina | N | 5 | A | | | |
| clotiapina* | N | 5 | A | | | |
| clozapina | N | 5 | A | | | |
| flufenazina decanoato | N | 5 | A | | | |
| haloperidol | N | 5 | A | | | |
| levomepromazina | N | 5 | A | | | |
| litio carbonato | N | 5 | A | | | |
| olanzapina* | N | 5 | A | | | |
| periciazina | N | 5 | A | | | |
| pimozida | N | 5 | A | | | |
| risperidona | N | 5 | A | | | |
| sulpiride | N | 5 | A | | | |
| tiaprida | N | 5 | A | | | |
| tioproperazina | N | 5 | A | | | |
| tioridazina | N | 5 | A | | | |
| trifluperazina | N | 5 | A | | | |
| zuclopentixol | N | 5 | A | | | |
| zuclopentixol decanoato | N | 5 | A | 18 | | |
| alprazolam | N | 5 | B | | | |
| bromazepam | N | 5 | B | | | |
| clobazam | N | 5 | B | | | |
| clorazepato | N | 5 | B | | | |
| clordiazepóxido | N | 5 | B | | | |
| diazepam | N | 5 | B | | | |
| halazepam | N | 5 | B | | | |
| hidroxizina | N | 5 | B | | | |
| lorazepam | N | 5 | B | | | |
| medazepam | N | 5 | B | | | |
| meprobamato | N | 5 | B | 11 | | |

Anexo 11º Relación de principios activos (fármacos) agrupados según grupo ATC. Se indica el Nº de principios activos distintos para cada nivel ATC. Los principios activos señalizados con *, no figuraban en el listado oficial y han sido clasificados por el autor.

| principios activos / NIVEL | nº fármacos/ nivel | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|---|---|----|----|----|
| | A | T | C | 3º | 2º | 1º |
| brotizolam | N | 5 | C | | | |
| clometiazol | N | 5 | C | | | |
| flunitrazepam | N | 5 | C | | | |
| flurazepam | N | 5 | C | | | |
| loprazolam | N | 5 | C | | | |
| lormetazepam | N | 5 | C | | | |
| nitrazepam | N | 5 | C | | | |
| piritildiona | N | 5 | C | | | |
| quazepam | N | 5 | C | | | |
| triazolam | N | 5 | C | | | |
| zolpidem | N | 5 | C | | | |
| zopiclona | N | 5 | C | 12 | 41 | |
| amitriptilina | N | 6 | A | | | |
| clomipramina | N | 6 | A | | | |
| maprotilina | N | 6 | A | | | |
| sertralina | N | 6 | A | 4 | | |
| metilfenidato | N | 6 | B | | | |
| piracetam | N | 6 | B | 2 | 6 | |
| betahistina | N | 7 | | | | |
| citicolina | N | 7 | | | | |
| flunarizina | N | 7 | | | 3 | 68 |
| antinfeciosos faríngeos tópicos* | R | 2 | | | 1 | |
| budesonido | R | 3 | | | | |
| ipratropio | R | 3 | | | | |
| salbutamol | R | 3 | | | | |
| salmeterol | R | 3 | | | | |
| teofilina | R | 3 | | | 5 | |
| acetilcisteina | R | 5 | | | 1 | |
| cetirizina | R | 6 | | | | |
| difenhidramina | R | 6 | | | | |
| ketotifeno | R | 6 | | | | |
| prometazina | R | 6 | | | 4 | 12 |
| carteolol | S | 1 | | | | |
| keracianina | S | 1 | | | 2 | 2 |
| naltrexona | V | 3 | | | 1 | 1 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| total 168 principios activos | | | | | | |

| Anexo 12° | | Frecuencia de uso de los grupos ATC de 1º nivel | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----|---|----|----|----|---|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|-------|-------|--|
| ATC | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | AG | M | J | TM | SD | O | HS | Total | % | |
| A | 9 | 18 | 45 | 6 | 1 | 3 | 7 | 3 | 3 | 1 | 0 | 3 | 3 | 8 | 1 | 1 | 1 | 113 | 13,11 | |
| B | 4 | 8 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 19 | 2,20 | |
| C | 4 | 5 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 26 | 3,02 | |
| D | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,35 | |
| G | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0,58 | |
| H | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1,16 | |
| J | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 1,62 | |
| L | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,23 | |
| M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,35 | |
| N | 42 | 43 | 57 | 16 | 17 | 9 | 29 | 14 | 12 | 5 | 27 | 15 | 29 | 43 | 2 | 16 | 6 | 382 | 44,32 | |
| P | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | |
| R | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 10 | 1,16 | |
| S | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,23 | |
| V | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,12 | |

| Anexo 13º; Frecuencia de uso de los grupos de 2º nivel ATC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|---|----|----|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----------|-------|
| ATC | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | AG | M | J | TM | SD | O | HS | 2º nivel | % |
| A02 | 2 | 1 | 5 | | | | | 2 | 1 | | | | | 2 | | | | 13 | 1,51 |
| A03 | | | 3 | | | | | 1 | 1 | | | | 2 | | | | | 7 | 0,81 |
| A05 | | 1 | | | | | 2 | | | | | | | 2 | | | | 5 | 0,58 |
| A06 | 4 | 12 | 41 | 1 | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | 61 | 7,08 |
| A07 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| A09 | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| A10 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | | | 1 | | | | | 2 | | 1 | | 18 | 2,09 |
| A11 | | 2 | 2 | 1 | | | 4 | 1 | 1 | | | 3 | | 2 | 1 | | | 17 | 1,97 |
| A12 | 1 | 2 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | 5 | 0,58 |
| A16 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| B01 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| B03 | 1 | 6 | | | | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | | 10 | 1,16 |
| B04 | 2 | 2 | 1 | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | 1 | 8 | 0,93 |
| C01 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | | 1 | | | | 5 | 0,58 |
| C03 | 2 | 3 | | 1 | | | 2 | | | | | | | | | | | 8 | 0,93 |
| C04 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | | | 4 | 0,46 |
| C05 | | | | | | | 2 | | | | | | 1 | | | | | 3 | 0,35 |
| C08 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | 5 | 0,58 |
| C09 | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | | | | | | 3 | | | | | 7 | 0,81 |
| D02 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| D05 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| D06 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| G03 | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 3 | 0,35 |
| G04 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | 0,23 |
| H03 | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | 10 | 1,16 |
| J01 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| J04 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 | 1,51 |
| L01 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| L03 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| M01 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| M03 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 0,12 |
| M04 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | 2 | 0,23 |
| N02 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | 0,35 |
| N03 | 12 | 19 | 34 | 12 | 12 | 4 | 13 | 3 | 5 | 5 | 22 | 9 | 17 | 24 | | 6 | 3 | 200 | 23,20 |
| N04 | 10 | 9 | 18 | 4 | | | 2 | 5 | 1 | | 2 | 2 | 4 | 9 | 1 | 4 | | 71 | 8,24 |
| N05 | 39 | 32 | 34 | 10 | 7 | 6 | 22 | 13 | 8 | 1 | 8 | 9 | 22 | 25 | 2 | 12 | 5 | 255 | 29,58 |
| N06 | | 1 | 5 | | | | 1 | | | | 3 | 1 | | 6 | | 1 | 1 | 19 | 2,20 |
| N07 | | | | | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | 3 | 0,35 |
| R02 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 0,12 |
| R03 | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | | 5 | 0,58 |
| R05 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 0,23 |
| R06 | | | | 2 | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | 4 | 0,46 |
| S01 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 0,12 |
| S02 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 0,12 |
| V03 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 0,12 |

N° DE S U J E T O S

| Anexo 14.: N° de sujetos que recibían medicamentos de los subgrupos de 3º nivel solo para grupos N05 y N06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|----|----|----|----|----|-------|-------|
| ATC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATC | HP | SR | SF | DA | G | D | A | SP | T | V | AG | M | J | TM | SD | O | HS | TOTAL | % |
| N05A | 33 | 26 | 26 | 4 | 3 | 6 | 16 | 12 | 7 | 1 | 5 | 8 | 19 | 19 | 2 | 10 | 2 | 199 | 23,09 |
| N05B | 10 | 9 | 12 | 4 | 4 | 1 | 8 | 5 | 1 | | 3 | 5 | 8 | 8 | | | 2 | 80 | 9,28 |
| N05C | 9 | 2 | 6 | 3 | | | 1 | | | | | | 2 | 1 | | 4 | 2 | 30 | 3,48 |
| N06A | | 1 | 2 | | | | | | | | | 1 | | 4 | | 1 | 1 | 10 | 1,16 |
| N06B | | | | | | | | | | | 3 | | | 2 | | | | 5 | 0,58 |

Anexo 15

| Listado de "otros farmacos para problemas de conducta" utilizados | | | |
|--|------------------|----------------|------------------|
| centro | sujeto nº | fármaco | marca |
| Santa Faz | 115 | piracetam | Ciclofalina |
| Santa Faz | 130 | piracetam | Ciclofalina |
| Santa Faz | 187 | piracetam | Ciclofalina |
| Doble Amor | 228 | prometazina | Psicosoma jarabe |
| Doble Amor | 238 | difenhidramina | Soñodorm comp |
| Deamparados | 292 | betahistina | Fidium |
| APADIS | 339 | piridoxina | Godabión B6 |
| APADIS | 340 | piridoxina | Godabión B6 |
| APADIS | 343 | piridoxina | Conductasa caps |
| San Pascual | 430 | piridoxina | Conductasa caps |
| Torreta | 456 | piridoxina | Conductasa caps |
| Ángel de la G | 486 | piracetam | Nootropil comp |
| Maigmo | 506 | piridoxina | Conductasa caps |
| Maigmo | 507 | piridoxina | Conductasa caps |
| Maigmo | 524 | piridoxina | Conductasa caps |
| Juvalcoy | 564 | nimodipino | Brainal |
| Juvalcoy | 589 | naltrexona | Celupan |
| Terramar | 603 | piracetam | Memorino |
| Terramar | 610 | citicolina | Somazima |
| Terramar | 610 | piracetam | Ciclofalina |
| Oriol | 838 | piridoxina | Gamalate B6 |

Anexo 16

Listado de medicamentos que carecían de DDD oficialmente establecida, habiéndoseles asignado una DDRP (dosis diaria recomendada en el prospecto) y grupo ATC

| principios activos / NIVEL | A | T | C | marca | DDRP |
|---|---|----|---|--------------------------------|-----------------------------|
| cinitaprida* | A | 3 | | Cidine sobres | 3 mg (3 sobres) |
| silibinina (silimarina)* | A | 5 | | Legalon 150 capsulas | 450 mg (3 capsulas) |
| aloe+podofilino+cáscara sagrada+....* | A | 6 | | Laxante Zeninas pildoras | 1 pildora |
| pectina de manzana* | A | 6 | | Fibra Leo granulado | 5 cucharaditas |
| sen extracto* | A | 6 | | Bekunis Laxante granulado | 1 cucharadita |
| pancreatina* | A | 9 | | Pancreoflat polvo | 3 sobres (x) |
| colecalfierol* | A | 11 | | Vitamina D3 gotas | 6 gotas=0,1mg=4000ui |
| complejo aminoácidos y vitaminas* | A | 11 | | Dayamineral comprimidos | 1 comprimido |
| complejo B* | A | 11 | | Hidroxil B1-B6-B12 comprimidos | 3 comprimidos |
| complejo vitaminas B - C* | A | 11 | | Becozyme C forte grageas | 1 gragea |
| inositol + pantoténico+ aminobenzoico* | A | 11 | | Tri-Hachemina comprimidos | 4 comprimidos |
| calcio organico* | A | 12 | | Ossopam grageas | 6 grageas |
| complejo polivitaminico y minerales* | A | 12 | | Pilfood capsulas | 1 capsula |
| ferritina* | B | 3 | | Profer sobres | 300 mg (1 sobre) |
| nicotinato de tocoferol* | B | 4 | | Disclar capsulas | 300 mg (3 capsulas) |
| cafedrina + teodrenalina* | C | 1 | | Bifort comprimidos | 3 comprimidos |
| dobesilato calcico* | C | 5 | | Doxium 250 mg comprimidos | 500 mg (2 comprimidos) |
| flavodico acido* | C | 5 | | Interciton capsulas | 400 mg (4 capsulas) |
| hesperidina-metocalcona + rusco... * | C | 5 | | Fabroven capsulas | 2 cpasulas |
| hidrosmina* | C | 5 | | Venosmil capsulas | 600 mg (3 capsulas) |
| avena coloidal + zin oxido + alantoina* | D | 2 | | Avenoderm sobres | 1 aplicación |
| coaltar saponinado* | D | 5 | | Tar-plus | 1 aplicación |
| clortetraciclina* | D | 6 | | Dermosa Cusi Aureomicina | 1 aplicación |
| algestona acetofenido/estradiol enantato* | G | 3 | | Topasel ampollas | 1 ampolla c/28 días |
| etinilestradiol / levonorgestrel* | G | 3 | | Neogynona grageas | 1 gragea (21 días al mes) |
| equinacea + pigeum + palma enana* | G | 4 | | Neo Urogenin grageas | 2 grageas |
| serenoa repens* | G | 4 | | Permisón comprimidos | 320 mg (4 comprimidos) |
| metotrexato* | L | 1 | | Metotrexato 2,5 mg comprimidos | 5 comprimidos / semana (xx) |
| glicofosfopeptical* | L | 3 | | Inmunoferon capsulas | 500 mg (1 capsula) |
| beclamida* | N | 3 | | Poosedrine grageas | 1,5 g (3 grageas) |
| clotiapina* | N | 5 | A | Etumina comprimidos | 60mg (1,5 comprimidos) |
| olanzapina* | N | 5 | A | Zyprexa comprimidos | 20 mg |
| antinfeciosos faríngeos tópicos* | R | 2 | | Eupnol comprimidos | 3 comprimidos |

(x) Pancreoflat contiene también dimeticona y enzimas pancreáticas, la DDRP se refiere solo a la pancreatina, a la que habrá que sumar el nº de DDD correspondientes a la dimeticona

(xx) la DDRP indicada corresponde con la dosis que toma el único sujeto que lo recibe