



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

PREVALENCIA DE POLIFARMACIA PSIQUIÁTRICA  
EN ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE CONSULTORIO  
EXTERNO DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA

PREVALENCE OF PSYCHIATRIC POLYPHARMACY IN OLDER  
ADULTS IN THE AMBULATORY SERVICE OF A  
PSYCHIATRIC HOSPITAL IN LIMA

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO

AUTORES

RENATO ANDRE FELIX CERDAN

DIANA FANNY LOPEZ HUAMAN

ASESOR

SANTIAGO MARTIN STUCCHI PORTOCARRERO

LIMA - PERÚ

2024



## **JURADO**

Presidente: Dra. Tania Tello Rodriguez

Vocal: Dr. Paulo Jorge Martin Ruiz Grosso

Secretario: Dra. Paola Marcelina Casas Vasquez

  

Fecha de Sustentación: 20 de noviembre de 2024

  

Calificación: Aprobado

**ASESOR DE TESIS**

**ASESOR**

Dr. Santiago Martin Stucchi Portocarrero

Médico Psiquiatra del Hospital Víctor Larco Herrera

ORCID: 0000-0002-5344-5420

## **DEDICATORIA**

*A mis padres, Donato y Gladys, por ser mi fuente inacabable de fuerza y amor; y a mi abuelito, Loli, por ser mi luz y esperanza cada noche, antes de ir a dormir.*

Renato Andre Felix Cerdan

*A Dios, por darme fortaleza y sabiduría en cada paso; a María Auxiliadora, por su constante protección; a mis padres, Melecio y Fanny, quienes con su amor incondicional, sacrificio y apoyo constante me han impulsado a alcanzar mis sueños; y a mi abuelita Agripina, quien es mi fuente de inspiración y guía constante desde el día que partió. Su amor y su presencia en mi corazón me acompañan siempre.*

Diana Fanny Lopez Huaman

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos al doctor Santiago Stucchi Portocarrero por su desinteresado apoyo a nuestro proyecto, sin su predisposición y seguimiento este proyecto no sería posible; así mismo, agradecemos al Hospital Víctor Larco Herrera, en particular a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación y a la Oficina de Estadística e Informática, sin su colaboración y accesibilidad este trabajo no podría haber sido realizado.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado por los investigadores

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Similitud 13% | Marcas de alerta



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

Facultad de  
MEDICINA

PREVALENCIA DE POLIFARMACIA PSIQUIÁTRICA EN  
ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE CONSULTORIO  
EXTERNO DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA

PREVALENCIA OF PSYCHIATRIC POLYPHARMACY IN OLDER  
ADULTS IN THE AMBULATORY SERVICE OF A  
PSYCHIATRIC HOSPITAL IN LIMA

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

AUTORES  
RENATO ANDRE FELIX CERDAN  
DIANA FANNY LOPEZ HUAMAN

ASESOR  
SANTIAGO MARTIN STUCCHI PORTOCARRERO

LIMA - PERÚ  
2024

Informe estándar

Informe en inglés no disponible [Más información](#)

13% Similitud estándar

Filtros

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

- 1 Internet  
duict.upch.edu.pe 2%  
6 bloques de texto | 102 palabra que coinciden
- 2 Internet  
pesquisa.bvsalud.org 1%  
8 bloques de texto | 79 palabra que coinciden
- 3 Internet  
worldwidescience.org 1%  
7 bloques de texto | 68 palabra que coinciden

## TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	5
III. MATERIALES Y MÉTODOS	6
IV. RESULTADOS	8
V. DISCUSIÓN	10
VI. CONCLUSIONES	20
VII. REFERENCIAS	21
VIII. TABLAS	30

## RESUMEN

**Introducción:** Estudios nacionales e internacionales establecen una asociación entre la polifarmacia psiquiátrica y desenlaces negativos, tales como el incremento de la fragilidad, deterioro cognitivo y disminución de la calidad de vida de los pacientes, en particular los adultos mayores. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica en la población estudiada, y su asociación con el sexo, la edad y el diagnóstico. **Materiales y métodos:** El estudio es de tipo observacional descriptivo transversal retrospectivo, y se llevó a cabo en una muestra de 933 pacientes adultos mayores del servicio de consultorio externo del Hospital Víctor Larco Herrera. Se realizó un análisis univariado para determinar la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica, mientras que para determinar la asociación entre variables se realizó un análisis bivariado, empleando la prueba de Chi Cuadrado y la de U de Mann-Whitney. **Resultados:** Se encontró un 81,35% de polifarmacia, y asociación significativa con el sexo, mas no con la edad. Asimismo, hubo asociación entre 7 trastornos mentales diagnosticados y la presencia de polifarmacia psiquiátrica, debido a que el valor p respecto a la prueba de Chi Cuadrado de Pearson o prueba de Fisher, según sea el caso, obtuvo valores de  $p < 0,05$ . Los psicofármacos más indicados fueron los antipsicóticos (69,43%), los ansiolíticos (65,21%), los antidepresivos (52,70%), los anticolinérgicos (23,45%) y los estabilizadores del ánimo (20,42%). El 41,50% recibía 2 psicofármacos; el 33,72% 3 psicofármacos; el 17,26% 4 psicofármacos; el 6,46% 5 psicofármacos; el 0,92% 6 psicofármacos, y el 0,13% 8 psicofármacos. **Conclusiones:** Existe una elevada prevalencia de polifarmacia psiquiátrica en la población estudiada, principalmente en las personas con los diagnósticos de esquizofrenia y trastorno bipolar, y en forma

particular en la población femenina. Los medicamentos más recetados fueron los antipsicóticos, los antidepresivos y las benzodiacepinas.

**Palabras clave:** Adulto mayor, polifarmacia, psicofármacos, hospitales psiquiátricos, psiquiatría. (Fuente: DeCS BIREME)

## ABSTRACT

**Introduction:** National and international studies establish an association between psychiatric polypharmacy and negative outcomes, such as increased frailty, cognitive impairment and decreased quality of life in patients, particularly older adults. **Objectives:** To determine the prevalence of psychiatric polypharmacy in the study population, and its association with sex, age and diagnosis. **Materials and methods:** The study is observational, descriptive, cross-sectional, retrospective, and was carried out on a sample of 933 older adult patients from the outpatient service of the Víctor Larco Herrera Hospital. A univariate analysis was performed to determine the prevalence of psychiatric polypharmacy, while to determine the association between variables, a bivariate analysis was performed, using the Chi Square test and the Mann-Whitney U test. **Results:** An 81,35% of polypharmacy was found, and a significant association with sex, but not with age. Likewise, there was an association between 7 diagnosed mental disorders and the presence of psychiatric polypharmacy, since the p value for the Pearson Chi Square test or Fisher test, as the case may be, obtained values of  $p < 0,05$ . The most prescribed psychotropic drugs were antipsychotics (69,43%), anxiolytics (65,21%), antidepressants (52,70%), anticholinergics (23,45%) and mood stabilizers (20,42%). 41,50% received 2 psychotropic drugs; 33,72% 3 psychotropic drugs; 17,26% 4 psychotropic drugs; 6,46% 5 psychotropic drugs; 0,92% 6 psychotropic drugs, and 0,13% 8 psychotropic drugs. **Conclusions:** There is a high prevalence of psychiatric polypharmacy in the population studied, mainly in people diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder, and particularly in the female population.

The most commonly prescribed medications were antipsychotics, antidepressants and benzodiazepines.

**Keywords:** Adulto mayor, polifarmacia, psicofármacos, hospitales psiquiátricos, psiquiatría. (Fuente: DeCS BIREME)

## I. INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores constituyen el grupo etario de mayor consumo farmacológico, debido no solo al deterioro propio del envejecimiento, sino también al acúmulo de enfermedades crónicas y a ciertos hábitos prescripcionales (1). La polifarmacia, definida como el uso de múltiples fármacos en un paciente, implica un mayor riesgo de desarrollar efectos adversos, debido a una menor eliminación de los medicamentos asociada a la edad, además de una asociación con la disminución de las capacidades física y cognitiva. Asimismo, la polifarmacia incrementa la posibilidad de interacción farmacológica y de la “prescripción cascada” (2). La polifarmacia psiquiátrica se define como la prescripción de dos o más medicamentos psiquiátricos simultáneamente a un paciente (3).

En Latinoamérica se cuenta con un estudio cubano de polifarmacia en adultos mayores, que encontró que el grupo farmacológico más frecuentemente recetado son los hipotensores, seguidos de los diuréticos, los psicofármacos, los analgésicos y los antidiabéticos (1). Un estudio mexicano (4) encontró una asociación entre polifarmacia y fragilidad (OR: 1,92), y además una asociación entre polifarmacia y actividades instrumentales de la vida diaria (OR: 3,43), lo cual se traduce en que cuanto mayor sea la polifarmacia, menor será la capacidad funcional para realizar actividades diarias de casa y en la comunidad de forma independiente. También encontró una asociación estadísticamente significativa con mayor número de caídas, mayor discapacidad a través del score WHODAS, y una menor calidad de vida al aplicar la escala SF-36.

Uno de los resultados clínicos que afecta a los adultos mayores y se encuentra asociado a polifarmacia es la capacidad funcional, la cual ha sido motivo de varios estudios, entre ellos el de Jyrkkä et al. (5), de cohorte prospectivo (2004-2007), que reportó una dificultad en las tareas diarias del 48% al 74% durante el seguimiento en el grupo de pacientes que recibían polifarmacia excesiva (10 fármacos a más). Otro resultado clínico es el deterioro cognitivo, que ha demostrado tener asociación con la polifarmacia (OR=1,83, p=0,019) en el estudio de Niikawa et al. (6). El estudio de Dhalwani et al. (7) encontró que las personas con polifarmacia tenían una tasa de caídas 21% mayor en comparación con aquellas sin polifarmacia. El metaanálisis de Leelakanok et al. (8) describió una asociación significativa entre polifarmacia y mortalidad (ORa=1,08 [IC del 95 %: 1,04-1,12]). A su vez, un estudio en Sao Paulo (9) concluyó que aquellos adultos mayores con polifarmacia tienen un 77,2% de probabilidad de supervivencia, en comparación al 85,5% de aquellos que no la reciben.

Los estudios de prevalencia de polifarmacia psiquiátrica son escasos; a nivel nacional se cuenta con el de Stucchi-Portocarrero y Saavedra (10), del 2018, que reportó una prevalencia de polifarmacia psiquiátrica de 84,4% en pacientes con esquizofrenia, y además una prevalencia de 40,5% de pacientes que reciben más de un antipsicótico. A nivel internacional se encuentra el de Brett et al. (11), que encontró una prevalencia de polifarmacia psiquiátrica según su definición secundaria (superposición de psicofármacos mayor a 14 días) del 11,1% al inicio del estudio (2006), y del 12% al final del mismo (2015), y además una prevalencia de polifarmacia psiquiátrica según la definición principal (superposición de

psicofármacos mayor a 60 días) del 4,8% en el 2006, y del 5,2% en el 2015. En el mismo estudio, se halló la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica según la clase de psicotrópico, siendo la antipsicótica la mayor: 5,9% en el 2006 y 7,3% en el 2015. Otro estudio de prevalencia es el de Carmona-Huerta et al. (12), el cual obtuvo como resultado una prevalencia de polifarmacia psiquiátrica de 81,4%, y de 14,2% en el caso de polifarmacia antipsicótica, definida esta última como el uso concomitante de más de un antipsicótico. Un tercer estudio es el de Brett, del 2020 (13), de tipo transversal, que reportó prevalencias de 16,6%, 4,4% y 1,6%, al utilizar 2, 3 o 4 o más psicofármacos, respectivamente.

Son escasos los estudios de polifarmacia psiquiátrica en adultos mayores; dentro de ellos se encuentra el de Biering y Hjaltadottir (14), el cual mencionó una prevalencia del 30,6% en promedio durante el periodo de estudio (2003-2018), y una prevalencia de polifarmacia antipsicótica del 26%. Este dato es contrastable con otros estudios en los que se determinó una prevalencia de polifarmacia psiquiátrica entre 13 y 90% (15). Trabajos del 2004 realizados en la India reportan prevalencias de polifarmacia psiquiátrica entre 9 y 72,72%; además, un estudio del 2008 en una población de adultos mayores de 60 años en Bambui encontró que el 44,8% recibía entre 2 a 4 medicamentos y el 25,5% recibía 5 o más (15). Otro estudio realizado el 2017 en los Estados Unidos respalda la idea de que existe una tendencia al incremento en la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica en los últimos años, siendo los psicofármacos más prescritos los antidepresivos (61,7%), y su uso concomitante con sedantes hipnóticos la combinación más frecuentemente prescrita (23,1%) (16). Este último dato coincide con otro estudio del 2013, en el

cual se comenta que la polifarmacia multi-clase es el tipo más prevalente, encontrada en el 20,9% de los pacientes, siendo la combinación de SSRI con benzodiazepinas la más común (15). Otro estudio evaluó el riesgo de caída en adultos mayores asociado al consumo de benzodiazepinas, antidepresivos y/o antipsicóticos, y concluyó que aquel es mayor en pacientes que reciben polifarmacia y en aquellos que consumen benzodiazepinas ( $p<0,01$ ) y/o antidepresivos ( $p<0,01$ ), mas no en aquellos que consumen antipsicóticos (17).

Teniendo en cuenta los cambios fisiológicos y metabólicos asociados con la edad, la tolerabilidad de la terapia farmacológica, los efectos adversos por medicamento y las comorbilidades psiquiátricas en el adulto mayor, se debe mantener un buen seguimiento clínico en el uso de psicofármacos, sobre todo en aquellos pacientes que reciben polifarmacia, ya que su prescripción representa un riesgo. Contar con un estudio de prevalencia de polifarmacia psiquiátrica en este grupo de pacientes puede servir de base para otros estudios que sustenten el evitar prescripciones innecesarias o de alto riesgo para el adulto mayor.

## **II. OBJETIVOS**

### **Principal:**

- Determinar la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica en una muestra de adultos mayores del servicio de consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

### **Secundarios:**

- Determinar la asociación entre la presencia de polifarmacia psiquiátrica y el sexo, la edad y el trastorno mental diagnosticado.
- Determinar la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica según el tipo de psicofármaco y según el número de psicofármacos empleados.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo transversal retrospectivo. La población objetivo estuvo compuesta por pacientes de 60 años o más que fueron atendidos en el servicio de consultorio externo del Hospital Víctor Larco Herrera desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023. Como criterio de exclusión se consideró a los pacientes que no contaban con medicación prescrita en la última atención.

El tamaño de la muestra se determinó en 933 pacientes, calculado a través de la fórmula de tamaño de muestra para población finita, y se seleccionó a los pacientes empleando un método de muestreo aleatorio simple. La variable dependiente del estudio fue la presencia de polifarmacia psiquiátrica, definida como la prescripción de dos o más psicofármacos en simultáneo, mientras que las variables independientes incluyeron el sexo, la edad, el trastorno mental diagnosticado, el tipo de psicofármaco y el número de psicofármacos. Los datos fueron recolectados a partir de las historias clínicas digitalizadas del hospital en cuestión. La recolección de datos se llevó a cabo por parte de los investigadores siguiendo un cronograma y ficha de recolección de datos previamente establecidos.

Se estableció un análisis univariado para determinar la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica según cada objetivo planteado, y se realizó un análisis bivariado para determinar la asociación entre variables, empleando el software SPSS versión 29.0.2.0. Para determinar la asociación entre variables cualitativas se empleó la prueba de Chi Cuadrado. Según el caso de las variables y sus frecuencias se optó por reportar el valor p utilizando esta última prueba, o en su defecto, la prueba exacta de Fisher, garantizando la fiabilidad de los resultados obtenidos. Mientras

que, para determinar la asociación entre una variable cuantitativa y una cualitativa, siendo que la variable cuantitativa en cuestión, la edad, no siguió un patrón de normalidad, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. El estudio fue aprobado por los comités de ética de la investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Víctor Larco Herrera. Se garantizó la confidencialidad de los datos de los pacientes involucrados en el estudio mediante la codificación de su información personal.

#### **IV. RESULTADOS**

Del total de 933 pacientes estudiados observamos que el 81,35% (759 pacientes) presentaba polifarmacia psiquiátrica (Tablas 1 y 2). Se observó además que existe una asociación estadística significativa entre el sexo femenino y la presencia de polifarmacia psiquiátrica, debido a que la significación asintótica bilateral obtuvo como resultado 0,019 (menor a 0,05) (Tabla 3). Para determinar la asociación entre la edad y la presencia de polifarmacia psiquiátrica, se aplicó el estadístico Kolmogorov-Smirnov, el cual evalúa la normalidad de los datos, apreciándose un valor menor a 0,05, por lo que se deduce que estos datos no siguen una distribución normal (Tabla 3). Por tal razón, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney, la cual no reveló una diferencia significativa ( $p > 0,05$ ) (Tabla 3).

En cuanto al objetivo de determinar la asociación entre trastorno mental diagnosticado y la presencia de polifarmacia psiquiátrica, se corroboró mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson la existencia de asociación para los diagnósticos de trastorno de ansiedad, no especificado ( $p < 0,001$ ); esquizofrenia paranoide ( $p = 0,028$ ); trastorno afectivo bipolar, no especificado ( $p = 0,019$ ); trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniáco presente ( $p = 0,029$ ); trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento ( $p = 0,035$ ); trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión ( $p = 0,037$ ), y trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente ( $p = 0,044$ ) (Tabla 4).

En cuanto al tipo de psicofármacos prescritos, de los 759 pacientes con polifarmacia psiquiátrica, el 69,43% recibía antipsicóticos; el 65,21% ansiolíticos; el 52,70% antidepresivos; el 23,45% anticolinérgicos; el 22,66% otros psicofármacos, y el 20,42% estabilizadores del ánimo (Tabla 5). Finalmente, se encontró que el 41,50% recibía 2 psicofármacos; el 33,72% 3 psicofármacos; el 17,26% 4 psicofármacos; el 6,46% 5 psicofármacos; el 0,92% 6 psicofármacos, y el 0,13% 8 psicofármacos (Tabla 6).

## V. DISCUSIÓN

Nuestro estudio encontró una alta prevalencia de polifarmacia psiquiátrica en la población geriátrica, lo que coincide con estudios previos. Del mismo modo, el hallazgo de una mayor frecuencia de polifarmacia en la población femenina es consistente con investigaciones previas, como una llevada a cabo en pacientes con enfermedad de Alzheimer, que halló asociación significativa entre la polifarmacia psiquiátrica y el género femenino en ambas cohortes evaluadas: 3 años antes del diagnóstico (OR= 1,15; CI: 1,06-1,24) y 3 años después del diagnóstico (OR= 1,08; CI: 1,02-1,15) (18). También existen estudios que respaldan la asociación entre el sexo femenino y recibir mayor cantidad de fármacos en general, sean psicofármacos o no. Tal es el caso del estudio de Cebrino y Portero de la Cruz, de tipo transversal, comprendido entre 2011 y 2020, realizado en adultos mayores, el cual concluye que existe una prevalencia de polifarmacia significativamente mayor en mujeres (28,1%) que en varones (17,2%) ( $p < 0,001$ ) (19).

Sin embargo, en el estudio de Armstrong y Temmingh (2017), que evaluó prevalencia y factores asociados con polifarmacia antipsicótica en pacientes con enfermedad mental severa, se encontró una asociación significativa entre dicho tipo de polifarmacia y el género masculino ( $p = 0,027$ ) (20). Por su parte, la mayor asociación de polifarmacia con el género femenino se podría deber a una mayor esperanza de vida en las mujeres comparadas con los hombres, lo cual incrementa su exposición a enfrentar procesos crónicos; asimismo, otra explicación sería que las mujeres reportarían más señales y síntomas durante una consulta médica, lo que llevaría a una mayor prescripción por parte del profesional (21).

No se determinó asociación entre la edad de los participantes y la polifarmacia psiquiátrica. Tal es el caso también del estudio de Dolder y Mckinsey, realizado en una unidad psiquiátrica geriátrica, en donde se evaluó la polifarmacia antipsicótica, y no se observó asociación entre aquella y la edad, con un OR=0,97 (CI: 0,93-1,01) (22). El estudio de Orsel et al. en 2018, cuya muestra constó de pacientes con demencia de Alzheimer, halló una asociación entre polifarmacia psicotrópica y la edad menor de 75 años, la cual incluye al grupo de pacientes menores de 65 años y de 65 a 75 años (OR =1,18, CI: 1,08-1,29); por otro lado, concluyen la no asociación entre el grupo de pacientes mayores de 85 años y la polifarmacia psicotrópica (OR=1) (18). No obstante lo anterior, existen estudios que afirman la asociación entre polifarmacia y edad avanzada; tal es el caso del estudio de Sim et al. en 2004, que encontró una asociación entre polifarmacia y edad avanzada ( $p<0,001$ ) en una población de personas con esquizofrenia (23).

Según nuestros resultados es válido afirmar que existe asociación entre el diagnóstico de esquizofrenia y la presencia de polifarmacia psiquiátrica. Diferentes revisiones publicadas entre 2007 y 2009 coinciden en que la polifarmacia antipsicótica no es superior a la monoterapia excepto en el grupo de pacientes que responden parcialmente a la clozapina, en quienes sí se conseguiría un efecto adicional agregando otro antipsicótico (24); sin embargo, es menester aclarar que la falta de respuesta a la clozapina es considerada la excepción y no la regla. El metaanálisis más reciente indica que se obtendría una mejoría de los síntomas negativos solo si la terapia de aumento se realiza con aripiprazol; del mismo modo, data actual sugiere que específicamente esta combinación se asociaría a menor riesgo de recaída en pacientes con esquizofrenia comparada con la monoterapia con

clozapina (24). En concordancia con lo último mencionado, el estudio de Tiihonen et al. en 2019 obtiene resultados en favor de la polifarmacia antipsicótica. Su estudio está basado en 62250 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados entre 1972 y 2014 en Finlandia (25). En ellos se realizó un periodo de seguimiento con un tiempo medio de 14,1 años por paciente, durante el cual el 58,8% de ellos fue rehospitalizado (25). Los resultados obtenidos muestran que el riesgo más bajo de rehospitalización psiquiátrica se observó con el uso de clozapina más aripiprazol, siendo 14% menor (HR 0,86; 95% CI, 0,79-0,94;  $p < 0,001$ ) que con clozapina sola, la monoterapia asociada con los mejores resultados (25). Cuando los primeros 90 días fueron censurados de todos los períodos de tratamiento para eliminar posibles períodos de polifarmacia artificial que pudieran haber ocurrido cuando un antipsicótico se cambió a otro, la superioridad de clozapina más aripiprazol sobre la monoterapia con clozapina respecto al riesgo de rehospitalización psiquiátrica fue aún más evidente (diferencia, 18%; HR 0,82; 95% CI, 0,75-0,89;  $p < 0,001$ ) (25).

Existe también una asociación entre el diagnóstico de trastorno bipolar (TB) y la polifarmacia psiquiátrica. La base de datos de Medco reveló que entre 8073 pacientes con TB tipo 1, el 33% fue expuesto al menos a 4 psicofármacos de modo concomitante (26). Analizando la información extraída del STEP-BD, el estudio más importante realizado en pacientes con TB realizado a la fecha, el cual incluye a 4035 pacientes con TB, se encuentra que el 28% de los participantes recibía 2 psicofármacos, 22% recibía 3 y 18% recibía 4 psicofármacos o más, esto último definido como polifarmacia compleja (PC), y de estos pacientes en PC, 510 presentaban TB tipo 1 y 171 TB tipo 2 (27). En una variante del estudio STEP-BD

con pacientes hospitalizados, se determinó que los que recibían farmacoterapia para el trastorno bipolar consumían una media de 3,31 +/- 1,46 psicofármacos al momento de la hospitalización, siendo que el 55% tomaba 3 o más psicofármacos y el 36% cumplía con la definición de PC (27).

Por otro lado, el programa de vigilancia de drogas europeo *Arzneimittelüberwachung in der Psychiatrie* (AMSP), que involucró a 2246 pacientes con depresión bipolar entre 1994 y 2009, reveló que la prevalencia de polifarmacia psiquiátrica fue tan alta como del 85%; además, en el 2012 reportaron que el 6,4% de los pacientes cumplían con la definición de PC (27).

Un estudio enfocado específicamente en la PC es el de Golden et al., que se desarrolló entre 2005 y 2015 en 2712 pacientes hospitalizados con diagnóstico de TB, a los cuales se subdividió en 4 grupos: BP-M (TB tipo 1 maníaco), BP-D (TB tipo 1 depresivo), BP-Mx (TB tipo 1 mixto) y BP-II (TB tipo 2) (28). En ellos se estudió la presencia de PC, la cual estuvo presente en el 21% de la muestra, con la mayor proporción en los pacientes con BP-D (48%) y la menor en los pacientes con BP-M (12,3%) (28). A diferencia de los demás estabilizadores del ánimo, el litio solo se asoció con PC en los pacientes con BP-M y BP-II, lo cual sugiere su superioridad (28). Estudios como el de Hayes et al. en 2016 muestran que la monoterapia con litio en comparación a la monoterapia con valproato, olanzapina o quetiapina, está asociada a un mayor tiempo hasta el “fracaso del tratamiento”, lo cual retrasaría la necesidad de psicofármacos adicionales (28).

Existe evidencia de que, bajo ciertas circunstancias, combinar psicofármacos sería más eficaz que la monoterapia para una o más fases del TB: Sachs et al. en el 2002 mostraron una tasa de respuesta de 53% con la combinación de risperidona más un estabilizador del ánimo versus una tasa de respuesta de 30% con la monoterapia con un estabilizador del ánimo ( $p=0,002$ ). Yatham et al. en el 2002 mostraron una tasa de respuesta de 59% con la combinación de risperidona más un estabilizador del ánimo versus una tasa de respuesta de 41% con la monoterapia con un estabilizador del ánimo ( $p<0,05$ ). Tohan et al. en el 2002 mostraron una tasa de respuesta de 67,7% con la combinación de olanzapina más un estabilizador del ánimo versus una tasa de respuesta de 44,7% con la monoterapia con un estabilizador del ánimo ( $p=0,001$ ). Sachs et al. en el 2004 mostraron una tasa de respuesta de 54,3% con la combinación de quetiapina más un estabilizador del ánimo versus una tasa de respuesta de 32,6% con la monoterapia con un estabilizador del ánimo ( $p=0,005$ ) (26).

Nuestro estudio logró establecer la asociación entre ciertos tipos de trastorno de ansiedad y depresión y la presencia de polifarmacia psiquiátrica. El estudio de Mojtabai y Olfson, que se llevó a cabo con datos del *National Ambulatory Medical Care Survey* (NAMCS), con una muestra de 13079 visitas por consultorio a psiquiatras por adultos de 18 años o más con el diagnóstico de algún trastorno mental (29), mostró que entre 1996 y 2006 el porcentaje de visitas con 2 o más psicofármacos se incrementó de 42,6% a 59,8% ( $OR=2,1$ ,  $p<0,001$ ), y el de aquellas con 3 o más psicofármacos aumentó de 16,9% a 33,2% ( $OR=2,6$ ,  $p<0,001$ ) (29). Tanto el diagnóstico de depresión mayor como el de trastorno de ansiedad se vieron asociados a la prescripción de polifarmacia psiquiátrica ( $OR=2,12$ ,  $p<0,001$ ;

OR=1,57,  $p<0,001$ , respectivamente) (29). También, durante el periodo de estudio, los antidepresivos (61,7%) fueron el tipo de psicofármaco más comúnmente prescrito, seguido por los sedantes-hipnóticos (31,5%) (29).

Por su parte, el estudio de Wongpakaran et al. en 2018, analizó data secundaria del *Depressive Disorders, Anxiety Disorders, Suicide Risk and the Associated Factors among Elderly Thai People Program* (DAS Study) conducido entre enero del 2012 y abril del 2013, con una muestra de 803 pacientes de 60 años o más (30). En este estudio se determinó que, tanto el trastorno de ansiedad (OR=4,402,  $p<0,001$ ) como el trastorno depresivo (OR=1,47,  $p=0,014$ ), fueron predictores significativamente asociados a la polifarmacia psiquiátrica (30).

En el estudio de Rhee y Rosenheck, publicado en 2019, con data del *National Ambulatory Medical Care Surveys* (NAMCS), llevado a cabo en pacientes con trastornos depresivos de quienes se obtuvo una muestra de 6685 visitas a consulta, los antidepresivos fueron el grupo farmacológico más prescrito (22,7%), seguidos por los sedantes-hipnóticos (14,8%) (31). Entre los tipos de polifarmacia psiquiátrica entre-clase, el más común fue el de antidepresivo más sedante-hipnótico (30,7%), seguido por la combinación de antidepresivo más antipsicótico (16,4%) (31). Adicionalmente, se determinó la asociación entre el diagnóstico concomitante de un trastorno depresivo más un trastorno de ansiedad con la prescripción de polifarmacia psiquiátrica ( $p=0,002$ ) y, de manera puntual, con la prescripción de un antidepresivo más un sedante-hipnótico ( $p<0,001$ ) (31).

En lo referente al tipo de psicofármacos utilizados, estudios reportados en el 2020 por Yang et al., realizados en 15 ciudades de Asia, encontraron una prevalencia de polifarmacia antipsicótica de 42,2% (32). Estudios recientes en Estados Unidos hallaron una prevalencia de polifarmacia antipsicótica de 27,2% (32). En su estudio del 2020, Farrell et al. determinaron una prevalencia de polifarmacia antipsicótica de 54,93%, siendo la combinación más común la de clozapina más risperidona (32). El estudio de Gallego et al., del 2012, sugiere un incremento de la polifarmacia antipsicótica en Estados Unidos de 34% desde 1980 (33).

Otros estudios, como el de Hálfðánarson et al., realizado el 2017, nos muestran que entre 2005 y 2014 la prevalencia de uso de antipsicóticos aumentó en 11 de las 17 poblaciones estudiadas, lo que es atribuible a la mayor disponibilidad de antipsicóticos atípicos; en el caso particular de Colombia, el aumento fue del 91,2% (34). Por otro lado, la prevalencia de uso de antipsicóticos de segunda generación incrementó en todas las poblaciones estudiadas, siendo el mayor incremento relativo en Japón (217,6%) (34). En cuanto a antipsicóticos específicos, el estudio de Hálfðánarson et al. evidenció que, en el 2014, el más usado fue la quetiapina, seguido por la risperidona y la olanzapina, lo cual se mantiene si nos limitamos a la población adulta mayor (34).

Las condiciones para las cuales estos fármacos son prescritos han incrementado; en referencia a ello, Carton et al., en el 2015, estimó que el 40 a 75% de todas las prescripciones de antipsicóticos eran para condiciones no aprobadas, mientras que Morrens et al., en el mismo año, encontraron que solo el 30% de las prescripciones de antipsicóticos eran para trastornos psicóticos (34).

Respecto a las benzodiazepinas, Olfson et al. describieron que, en Canadá, el 8,4% de su población las usaba en el 2006, y un 3,5% contaba con prescripción de estos medicamentos por más de 100 días. A su vez, entre los estadounidenses de 18 a 80 años, el 5,2% recibió al menos una prescripción de benzodiazepinas durante el 2008 (35). Por otro lado, Kurko et al. reportaron que, según estudios realizados en la década del 2000, la prevalencia anual de uso de benzodiazepinas fue de 6% en Noruega, 18% en Taiwán y 24% en Corea del Sur (36). Blanco et al. ofrece data más reciente en un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos entre 2015 y 2016, con una muestra de 102000 adultos que participaron en la NSDUH (*National Surveys on Drug Use and Health*), el cual estimó que 30,5 millones (12,5%) de adultos estadounidenses usaron benzodiazepinas, 5,2 millones (2,1%) realizaron un mal uso de dichos medicamentos y 0,5 millones (0,19%) cumplieron con los criterios para trastornos por consumo de benzodiazepinas: 0,3 millones para dependencia y 0,2 millones para abuso (37).

Olfson et al. en el 2014 determinaron que el uso prolongado de benzodiazepinas, definido como el uso de estas por al menos 120 días, se incrementó en los estadounidenses de manera constante con la edad, de 0,4% en el grupo de 18 a 35 años a 2,7% en el grupo de 65 a 80 años, y que además, un tercio de los adultos mayores tratados con benzodiazepinas las usaba de modo prolongado (35).

En lo referente a los antidepresivos, el estudio de Hollingworth et al. en 2010, realizado en Australia, mostró que el uso total de antidepresivos para todas las edades creció en un 41% entre 2002 y 2007 (38).

En cuanto a los motivos por los cuales se prescriben los antidepresivos, Abbing-Karahagopian et al., en 2014, señalaron a la depresión como la principal indicación para prescribir antidepresivos (57%), seguida de los trastornos de ansiedad y del sueño (39). En contraste, Hollingworth et al., en el 2010, mencionaron que la prevalencia de prescripción de medicación antidepresiva es el doble en trastornos ansiosos que en trastornos afectivos (38). Específicamente, Abbing-Karahagopian et al. comentaron que la prevalencia de prescripción de ISRS mostró una ligera tendencia al incremento entre los años 2001 y 2009 (39), en tanto que Hollingworth et al., en el 2010, encontraron que los ISRS son los antidepresivos más prescritos, y que su uso en todas las edades se incrementó en un 44% entre 2002 y 2007; además, determinaron que el antidepresivo más prescrito fue la sertralina, seguido por la venlafaxina y el citalopram (38).

En lo concerniente al número de psicofármacos recetados, contamos con el estudio de Dussias (2010), que evaluó la polifarmacia psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y reportó que el 29% de los pacientes recibían 2 psicofármacos, y el 18% 3 o más psicofármacos. Otro estudio es el de Lunghi et al. (2023), el cual reportó que el porcentaje de pacientes con esquizofrenia que recibía 2 antipsicóticos aumentó de 23,7% en el año 2000 a 29,4% en el 2016, en tanto que el porcentaje de aquellos con 3 antipsicóticos se incrementó de 8,5% en el 2000 a 12,3% en el 2016 (40). Por su parte, la investigación de Roh et al. (2014), hecha en Corea del Sur, encontró que el porcentaje de pacientes con esquizofrenia con 2 antipsicóticos disminuyó de 93,1% en 2005 a 87,6% en 2010, aunque el porcentaje de los que recibían 3 antipsicóticos aumentó de 5,6% en 2005 a 10,3% en 2010

(41). Otro estudio, realizado en el 2016 en Dinamarca, en una población de 8728 personas mayores de 65 años con demencia, reportó que el 25,3% de los participantes tomaban dos o más psicotrópicos diferentes. De estos pacientes, el 79,1% usaba dos psicotrópicos, el 18,3% tres y el 2,6% cuatro (42).

Las fortalezas del presente trabajo fueron el amplio tamaño muestral (933 pacientes) y el acceso a las historias clínicas de uno de los centros de referencia en psiquiatría a nivel nacional como lo es el Hospital Víctor Larco Herrera. Las limitaciones del presente trabajo recaen en la obtención de datos únicamente a partir de las historias clínicas y no de la interacción directa con los pacientes; además, por tratarse de un hospital especializado en psiquiatría y salud mental, no contamos con información detallada ni de las comorbilidades ni de la medicación que no correspondan al ámbito de la salud mental de los participantes.

## **VI. CONCLUSIONES**

- Existe una elevada prevalencia de prescripción de polifarmacia psiquiátrica en la población adulta mayor estudiada.
- La polifarmacia psiquiátrica se asoció al sexo femenino y a ciertos diagnósticos, siendo los más significativos la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno de ansiedad; sin embargo, no se asoció con la edad.
- El tipo de psicofármacos prescritos más prevalente fueron los antipsicóticos, seguidos por los ansiolíticos y los antidepresivos; además, el número de psicofármacos prescritos más prevalente fue de dos.

## VII. REFERENCIAS

1. Martínez C, Pérez V, Carballo M, Larrondo J. Polifarmacia en los adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2005 [cited 21 September 2022];21:1-2. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100012)
2. Rawle M, Cooper R, Kuh D, Richards M. Associations Between Polypharmacy and Cognitive and Physical Capability: A British Birth Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2018 [cited 21 September 2022];66(5):916-923. Available from: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15317>
3. Kukreja S, Kalra G, Shah N, Shrivastava A. Polypharmacy In Psychiatry: A Review. *Mens Sana Monogr* 2013;11:82-99. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Rivera-Almaraz A, Ávila-Funes J. Polypharmacy is associated with multiple health-related outcomes in Mexican community-dwelling older adults. *Salud Pública de México* [Internet]. 2020 [cited 21 September 2022];62(3, may-jun):246. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10903>
4. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Rivera-Almaraz A, Ávila-Funes J. Polypharmacy is associated with multiple health-related outcomes in Mexican community-dwelling older adults. *Salud Pública de México* [Internet]. 2020 [cited 21 September 2022];62(3, may-jun):246. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10903>

5. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2011;20(5):514-522.
6. Niikawa H, Okamura T, Ito K, Ura C, Miyamae F, Sakuma N et al. Association between polypharmacy and cognitive impairment in an elderly Japanese population residing in an urban community. *Geriatrics & Gerontology International*. 2016;17(9):1286-1293.
7. Dhalwani N, Fahami R, Sathanapally H, Seidu S, Davies M, Khunti K. Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [cited 21 September 2022];7(10):e016358. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016358.long>
8. Leelakanok N, Holcombe A, Lund B, Gu X, Schweizer M. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2017;57(6):729-738.e10.
9. Romano-Lieber N, Corona L, Marques L, Secoli S. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2018 [cited 21 September 2022];21(suppl 2). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gwvsnJrsRR4bJ78TggshWvg/?lang=pt#>
10. Stucchi-Portocarrero S, Saavedra J. Polifarmacia psiquiátrica en personas con esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental en Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. 2018 [cited 21 September

2022];81(3):145. Available from:

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3382?articlesBySameAuthor>

11. Brett J, Daniels B, Karanges E, Buckley N, Schneider C, Nassir A et al. Polifarmacia psicotrópica en Australia, 2006 a 2015: un estudio de cohorte descriptivo. *Revista británica de farmacología clínica* [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2022];83(11):2581-2588. Disponible en: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcp.13369>
12. Carmona-Huerta J, Castiello-de Obeso S, Ramírez-Palomino J, Duran-Gutiérrez R, Cardona-Muller D, Grover-Paez F et al. Polifarmacia en una población psiquiátrica hospitalizada: estimación del riesgo y cuantificación del daño. *BMC Psiquiatría* [Internet]. 2019 [citado el 21 de septiembre de 2022];19(1). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2056-0>
13. Brett J, Pearson S, Daniels B, Wylie C, Buckley N. Un estudio transversal del uso de medicamentos psicotrópicos en Australia en 2018: un enfoque en la polifarmacia. *Revista británica de farmacología clínica* [Internet]. 2020 [citado el 21 de septiembre de 2022];87(3):1369-1377. Disponible en: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcp.14527>
14. Biering P, Hjaltadóttir I. La prevalencia de diagnósticos psiquiátricos y medicación psicotrópica en hogares de ancianos islandeses de 2003 a 2018. *Læknablaðið* [Internet]. 2021 [citado el 21 de septiembre de 2022];107(01):11-16. Disponible en: <https://www.laeknabladid.is/tolublod/2021/01/nr/7580>

15. Shrivastava A, Kukreja S, Kalra G, Shah N. Polypharmacy in psychiatry: A review. *Mens Sana Monogr* [Internet]. 2013;11(1):82. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1229.104497>
16. Sarkar S. Psychiatric polypharmacy, etiology and potential consequences. *Curr Psychopharmacol* [Internet]. 2017;6(1):12–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.2174/2211556005666160916124719>
17. Izza M, Lunt E, Gordon A, Gladman J, Armstrong S, Logan P. La polifarmacia, las benzodiazepinas y los antidepresivos, pero no los antipsicóticos, se asocian con un mayor riesgo de caídas en los residentes de hogares de ancianos del Reino Unido: un prospectivo multicentro de estudio. *Medicina Geriátrica Europea* [Internet]. 2020 [citado el 21 de septiembre de 2022];11(6):1043-1050. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-020-00376-1>
18. Orsel K, Taipale H, Tolppanen A-M, Koponen M, Tanskanen A, Tiihonen J, et al. Psychotropic drugs use and psychotropic polypharmacy among persons with Alzheimer’s disease. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2018;28(11):1260–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.04.005>
19. Cebrino J, Portero de la Cruz S. Polypharmacy and associated factors: a gender perspective in the elderly Spanish population (2011-2020). *Front Pharmacol* [Internet]. 2023;14:1189644. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2023.1189644>
20. Armstrong KS, Temmingh H. Prevalence of and factors associated with antipsychotic polypharmacy in patients with serious mental illness: Findings

- from a cross-sectional study in an upper-middle-income country. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017;39(4):293–301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2015>
21. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polypharmacy among the elderly: a population-based study. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20(2):335–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
22. Dolder CR, McKinsey J. Antipsychotic polypharmacy among patients admitted to a geriatric psychiatry unit. *J Psychiatr Pract* [Internet]. 2011;17(5):368–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000405368.20538.cd>
23. Sim K, Su A, Fujii S, Yang S-Y, Chong M-Y, Ungvari GS, et al. Antipsychotic polypharmacy in patients with schizophrenia: a multicentre comparative study in East Asia. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2004;58(2):178–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2004.02102.x>
24. Baandrup L. Polypharmacy in schizophrenia. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* [Internet]. 2020;126(3):183–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/bcpt.13384>
25. Tiihonen J, Taipale H, Mehtälä J, Vattulainen P, Correll CU, Tanskanen A. Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019;76(5):499. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4320>

26. Sachs GS, Peters AT, Sylvia L, Grunze H. Polypharmacy and bipolar disorder: what's personality got to do with it? *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2014;17(07):1053–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s1461145713000953>
27. Fornaro M, De Berardis D, Koshy A, Perna G, Vancampfort D, Stubbs B, et al. Prevalence and clinical features associated with bipolar disorder polypharmacy: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2016;719. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s100846>
28. Golden JC, Goethe JW, Woolley SB. Complex psychotropic polypharmacy in bipolar disorder across varying mood polarities: A prospective cohort study of 2712 inpatients. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;221:6–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.005>
29. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010;67(1):26–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.175>
30. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Sirirak T, Jenraumjit R, Jiraniramai S, Lerttrakarnnon P. Predictors of polypharmacy among elderly Thais with depressive and anxiety disorders: findings from the DAS study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018;18(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-1001-2>
31. Rhee TG, Rosenheck RA. Psychotropic polypharmacy reconsidered: Between-class polypharmacy in the context of multimorbidity in the treatment

- of depressive disorders. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;252:450–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.018>
32. Farrell C, Brink J. The prevalence and factors associated with antipsychotic polypharmacy in a forensic psychiatric sample. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020;11. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00263>
33. Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, Kane JM, Correll CU. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: A systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res* [Internet]. 2012;138(1):18–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.018>
34. Hálfðánarson Ó, Zoëga H, Aagaard L, Bernardo M, Brandt L, Fusté AC, et al. International trends in antipsychotic use: A study in 16 countries, 2005–2014. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2017;27(10):1064–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.07.001>
35. Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2015;72(2):136. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1763>
36. Kurko TAT, Saastamoinen LK, Tähkää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – a systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015;30(8):1037–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.003>

37. Blanco C, Han B, Jones CM, Johnson K, Compton WM. Prevalence and correlates of benzodiazepine use, misuse, and use disorders among adults in the United States. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2018;79(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.18m12174>
38. Hollingworth SA, Burgess PM, Whiteford HA. Affective and anxiety disorders: prevalence, treatment and antidepressant medication use. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2010;44(6):513–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/00048670903555138>
39. Abbing-Karahagopian V, Huerta C, P. C. Souverein, de Abajo F, Leufkens HGM, Slattery J, et al. Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. *Eur J Clin Pharmacol* [Internet]. 2014;70(7):849–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-014-1676-z>
40. Lunghi C, Rochette L, Massamba V, Tardif I, Ouali A, Sirois C. Psychiatric and non-psychiatric polypharmacy among older adults with schizophrenia: Trends from a population-based study between 2000 and 2016. *Front Pharmacol* [Internet]. 2023;14:1080073. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2023.1080073>
41. Roh D, Chang J-G, Kim C-H, Cho H-S, An SK, Jung Y-C. Antipsychotic polypharmacy and high-dose prescription in schizophrenia: a 5-year comparison. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2014;48(1):52–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867413488221>

42. Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Hansen ES, Waldemar G. Psychotropic polypharmacy in patients with dementia: Prevalence and predictors. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2017;56(2):707–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-160828>

## VIII. TABLAS

**Tabla 1**

**Datos de pacientes incluidos en la muestra del estudio**

<b>Características demográficas</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Género</b>		
Femenino	587	62,92
Masculino	346	37,08
<b>Edad (en años)</b>		
Media ( $\pm$ DE)	69,00 $\pm$ 6,98	
<b>Rangos de edad</b>		
60 - 69 años	579	62,06
70 - 79 años	276	29,58
80 - 89 años	69	7,40
$\geq$ 90 años	9	0,96
<b>TOTAL</b>	<b>933</b>	<b>100%</b>

**Datos de pacientes excluidos de la muestra del estudio (\*)**

<b>Género</b>		
Femenino	15	57,69%
Masculino	11	42,31%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

*Nota.* Datos de pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera (2023).

*(\*): Los pacientes excluidos de la muestra no recibieron prescripción médica en la última consulta debido a que, en algunos casos, la razón de la consulta fue la solicitud de un certificado de salud mental, y en otros, el manejo indicado se dirigió al área de psicología, sin que se pueda diferenciar la frecuencia de cada motivo de exclusión.*

**Tabla 2****Prevalencia de polifarmacia psiquiátrica**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Prevalencia (%)</b>	<b>IC 95%</b>
Con polifarmacia psiquiátrica	759	81,35	78,88 - 83,82
Sin polifarmacia psiquiátrica	174	18,65	-
Con polifarmacia compleja	186	19,94	17,37 - 22,51

  

<b>Características demográficas</b>	<b>Polifarmacia Psiquiátrica</b>		<b>Prevalencia de PP (%)</b>	<b>IC 95%</b>
	<b>No</b>	<b>Sí</b>		
<b>Género</b>				
Femenino	96	491	83,65	80,65 - 86,65
Masculino	78	268	77,46	73,05 - 81,87
<b>Edad</b>				
60-69 años	106	473	81,69	78,53 - 84,85
70-79 años	51	225	81,52	76,95 - 86,09
80-89 años	15	54	78,26	68,52 - 88,00
≥ 90 años	2	7	77,78	45,37 - 93,47

*Nota.* Datos de pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera (2023).

*PP:* Polifarmacia psiquiátrica

**Tabla 3****Asociación de polifarmacia psiquiátrica con sexo y edad**

	<b>Valor p</b>	<b>Prueba estadística</b>
<b>Sexo</b>	0,019	Chi cuadrado de Pearson
<b>Edad</b>	<0,001	Kolmogorov-Smirnov
	0,641	U de Mann-Whitney

**Tabla 4****Asociación de polifarmacia psiquiátrica con trastorno mental diagnosticado**

<b>CIE-10</b>	<b>Trastorno mental diagnosticado</b>	<b>Polifarmacia</b>		<b>Valor p</b>
		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado	10	11	<0,001 <sup>a</sup>
F20.0	Esquizofrenia paranoide	253	43	0,028 <sup>a</sup>
F31.9	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	19	0	0,019 <sup>c</sup>
F31.0	Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente	17	0	0,029 <sup>c</sup>
F10.8	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento	0	2	0,035 <sup>b</sup>

F31.7	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	50	5	0,037 <sup>c</sup>
F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	15	0	0,044 <sup>c</sup>
F10.2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia	16	0	0,053 <sup>b</sup>
F32.0	Episodio depresivo leve	11	6	0,075 <sup>a</sup>
F43.2	Trastorno de adaptación	17	8	0,082 <sup>a</sup>
Z63.6	Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa	1	2	0,091 <sup>b</sup>
Z63.2	Problemas familiares relacionado con el apoyo familiar inadecuado	4	3	0,125 <sup>b</sup>
F51.0	Insomnio no orgánico	2	2	0,160 <sup>b</sup>
F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	2	2	0,160 <sup>b</sup>
G47.0	Trastorno del inicio y del mantenimiento del sueño	2	2	0,160 <sup>b</sup>
F33.4	Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión	10	5	0,174 <sup>b</sup>
F01.0	Demencia vascular de comienzo agudo	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F06.0	Alucinosis orgánica	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F15.1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, uso nocivo	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica	0	1	0,186 <sup>b</sup>

F21.X	Trastorno esquizotípico	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F31.5	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F43.9	Reacción al estrés grave, no especificado	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F63.9	Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado	0	1	0,186 <sup>b</sup>
Y49.5	Efectos adversos de otros antipsicóticos y neurolépticos	0	1	0,186 <sup>b</sup>
F32.1	Episodio depresivo moderado	35	12	0,214 <sup>a</sup>
F34.1	Distimia	9	0	0,223 <sup>b</sup>
F00.9	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificado	3	2	0,235 <sup>b</sup>
F06.2	Trastorno delirante orgánico	22	2	0,287 <sup>b</sup>
F02.8	Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte	1	1	0,338 <sup>b</sup>
F06.9	Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	1	1	0,338 <sup>b</sup>
F45.0	Trastorno de somatización	1	1	0,338 <sup>b</sup>
F45.9	Trastorno somatomorfo, no especificado	1	1	0,338 <sup>b</sup>
F72.1	Retraso mental grave, con deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	1	1	0,338 <sup>b</sup>

F60.9	Trastorno de la personalidad, no especificado	15	1	0,339 <sup>b</sup>
F31.3	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado	8	0	0,364 <sup>b</sup>
F02.3	Demencia en la enfermedad de Parkinson	2	1	0,462 <sup>b</sup>
F17.1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco, uso nocivo	2	1	0,462 <sup>b</sup>
F20.2	Esquizofrenia catatónica	2	1	0,462 <sup>b</sup>
F44.8	Otros trastornos disociativos	2	1	0,462 <sup>b</sup>
F70.1	Retraso mental leve, con deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	2	1	0,462 <sup>b</sup>
F43.1	Trastorno de estrés postraumático	13	1	0,487 <sup>b</sup>
F71.1	Retraso mental moderado, con deterioro del comportamiento significativo	13	1	0,487 <sup>b</sup>
F41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	71	19	0,528 <sup>a</sup>
F03.X	Demencia, no especificada	20	6	0,557 <sup>a</sup>
F00.1	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío	3	1	0,563 <sup>b</sup>
F01.3	Demencia vascular mixta, cortical y subcortical	3	1	0,563 <sup>b</sup>
F17.2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, síndrome de dependencia	3	1	0,563 <sup>b</sup>
F22.0	Trastorno delirante	3	1	0,563 <sup>b</sup>

F48.9	Trastorno neurótico, no especificado	3	1	0,563 <sup>b</sup>
F20.5	Esquizofrenia residual	24	7	0,568 <sup>a</sup>
F13.9	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, trastorno mental y del comportamiento, no especificado	5	0	0,590 <sup>b</sup>
F00.0	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano	6	0	0,600 <sup>b</sup>
F13.2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, síndrome de dependencia	6	0	0,600 <sup>b</sup>
F19.2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia	6	0	0,600 <sup>b</sup>
F20.9	Esquizofrenia, no especificada	6	0	0,600 <sup>b</sup>
F25.9	Trastorno esquizoafectivo, no especificado	6	0	0,600 <sup>b</sup>
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	6	0	0,600 <sup>b</sup>
F41.0	Trastorno de pánico	6	0	0,600 <sup>b</sup>
G20.X	Enfermedad de Parkinson	6	0	0,600 <sup>b</sup>
F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	5	2	0,621 <sup>b</sup>
F06.3	Trastornos del humor (afectivos), orgánico	6	2	0,647 <sup>b</sup>
F32.9	Episodio depresivo, no especificado	6	2	0,647 <sup>b</sup>

F42.0	Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas	7	2	0,678 <sup>b</sup>
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	39	10	0,745 <sup>a</sup>
F06.8	Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción	18	3	0,781 <sup>b</sup>
	Otros diagnósticos ( <i>ver Nota</i> )		Variable *	1,000 <sup>b</sup>
Z63.0	Problemas en la relación entre esposos o pareja	1	7	<0,001 <sup>b**</sup>

#### Nota

1. Se ha utilizado el valor *p* de la prueba de Chi-cuadrado para diagnósticos con frecuencias esperadas mayores a 5 en todas las celdas (a).
2. Se ha reportado el valor *p* de la prueba exacta de Fisher para diagnósticos con frecuencias esperadas menores o iguales a 5 en una o más celdas, diferenciándose según sea el caso en prueba bilateral (b) o prueba unilateral (c).
3. Los diagnósticos agrupados bajo "Otros" incluyen: F00.2, F01.1, F01.8, F01.9, F06.4, F06.7, F07.0, F10.0, F10.1, F10.3, F10.5, F10.9, F13.0, F13.1, F13.3, F14.2, F14.5, F15.9, F17.8, F19.5, F19.9, F20.3, F20.4, F20.8, F22.9, F23.8, F25.0, F25.2, F25.8, F29.X, F31.1, F31.2, F31.4, F31.6, F31.8, F32.2, F33.0, F33.8, F33.9, F34.0, F41.3, F42.1, F42.2, F42.9, F51.2, F51.9, F60.2, F60.4, F60.6, F60.7, F60.8, F62.0, F63.0, F70.0, F71.0, F71.9, F72.0, F79.1, F90.0, G21.1, G21.9, G24.8, G24.9, G30.1, G31.2, G40.0, G40.9, R27.0, R45.1, T74.8, Z63.4, Z63.5, Z63.7, Z63.8, Z63.9, Z73.1, Z91.1, [códigos CIE-10], todos con un valor *p* de 1.000 según la prueba de Fisher.
4. (\*) En la fila de "Otros diagnósticos", las frecuencias varían entre los diagnósticos individuales.
5. (\*\*) Aunque el diagnóstico Z63.0 muestra una significancia estadística, no se considera clínicamente relevante debido a la falta de evidencia en la literatura que respalde su asociación con polifarmacia psiquiátrica.
6. Una asociación se considera significativa si el valor *p* < 0,05

**Tabla 5****Prevalencia de polifarmacia psiquiátrica según tipo de psicofármacos**

		<b>Pacientes en polifarmacia psiquiátrica</b>	<b>Prevalencia (%)</b>	<b>IC 95%</b>
Tipos de psicofármacos	Antipsicótico	527	69,43%	66,20 - 72,65
	Ansiolítico	495	65,21%	61,90 - 68,52
	Antidepresivo	400	52,70%	49,12 - 56,28
	Anticolinérgico	178	23,45%	20,20 - 26,70
	Estabilizador del ánimo	155	20,42%	17,20 - 23,64
	Otros	172	22,66%	19,41 - 25,91

*Nota.* Datos de pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera (2023).

**Tabla 6****Prevalencia de polifarmacia psiquiátrica según número de psicofármacos**

Número de psicofármacos		<b>Polifarmacia psiquiátrica</b>		<b>IC 95%</b>
		<b>No</b>	<b>Sí</b>	
1 psicofármaco	Conteo	174	0	
	% Total	100,00%	0,00%	-
2 psicofármacos	Conteo	0	315	
	% Total	0,00%	41,50%	38,00 - 45,00

3 psicofármacos	Conteo	0	258	
	% Total	0,00%	33,72%	30,43 - 37,01
4 psicofármacos	Conteo	0	128	
	% Total	0,00%	17,26%	14,54 - 19,98
5 psicofármacos	Conteo	0	50	
	% Total	0,00%	6,46%	4,70 - 8,22
6 psicofármacos	Conteo	0	7	
	% Total	0,00%	0,92%	0,25 - 1,59
8 psicofármacos	Conteo	0	1	
	% Total	0,00%	0,13%	0,00 - 0,25
<b>Total</b>	<b>Conteo</b>	<b>174</b>	<b>759</b>	
	<b>% Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

---

*Nota.* Datos de pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera (2023).