

# Consumo de psicofármacos. Influencia de la disfunción familiar

A. Villena Ferrer<sup>a</sup>, J. M. Téllez Lapeira<sup>b</sup>, S. Morena Rayo<sup>b</sup>, E. Donato Gallart<sup>c</sup> y E. Almar Marqués<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud de Villarrobledo. <sup>b</sup> Centro de Salud Zona VB. <sup>c</sup> Centro de Salud Zona II.

<sup>d</sup> Departamento de Epidemiología. Delegación de Sanidad. Albacete

## Consumption of psychodrugs. Influence of family dysfunction

### Resumen

**Introducción.** El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del consumo de psicofármacos en Atención Primaria, los factores relacionados y la influencia del factor familiar en dicho consumo.

**Métodos.** Estudio observacional y transversal realizado en un centro de salud urbano. Incluimos 434 pacientes, mayores de 14 años demandantes de consulta, seleccionados durante 6 semanas consecutivas mediante muestreo sistemático. Medimos el consumo de psicofármacos y los factores relacionados mediante cuestionario diseñado al efecto y cumplimentado con entrevista personal y revisión de historias clínicas. La presencia de disfunción familiar se determina con el autocumplimentado del test de Apgar familiar.

**Resultados.** Prevalencia del consumo de psicofármacos del 26% (IC 95%: 22-30). El 53% fueron benzodiazepinas y el 27% antidepressivos (73% son ISRS). Encontramos disfunción familiar en el 20% de los consumidores y en el 12% de los que no consumen, diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Mediante regresión logística, tener entre 45-64 años (OR: 3,18) o más de 65 años (OR: 3,29), ser mujer (OR: 2,2), ser ama de casa (OR: 3,07), tener antecedentes psiquiátricos (OR: 15,2) y presentar un Apgar familiar con disfunción familiar grave (OR: 7,19) son las variables que aparecen asociadas al citado consumo.

**Conclusiones.** El consumo de psicofármacos en población demandante de asistencia en Atención Primaria es del 26%. Tener 45 o más años, ser mujer y ama de casa constituyen posibles factores predictores del consumo de psicofármacos. Los antecedentes de patología psiquiátrica y presentar disfunción familiar grave se asocian también de forma independiente y deberían ser tenidos en cuenta en la mejora de la calidad y pertinencia de la prescripción de estos fármacos en Atención Primaria.

**Palabras clave:** Psicofármacos. Familia. Disfunción familiar. Prescripción de fármacos. Atención Primaria.

### Summary

**Introduction.** The objective of this study is to know the prevalence of psychodrug consumption in Primary Health Care, related factors and influence of the family factor on this consumption.

**Methods.** Observational cross sectional study carried out in an urban Health Care Center. A total of 434 patients older than 14 years old, who are health care consumers, were included. They were selected by systematic sampling for 6 consecutive weeks. Psychodrugs consumption and related factors were measured by a questionnaire designed for this purpose. The questionnaire was filled out by personal interview and case history revision. Existence of family dysfunction was determined by self-applied Apgar-family questionnaire.

**Results.** Prevalence of psychodrugs consumption was 26% (95% CI: 22-30). A total of 53% were benzodiazepines and 27% were antidepressants (73% are SSRI). There was family dysfunction in 20% of consumers and 12% of non-consumers, which is a statistically significant difference ( $p < 0.01$ ). By logistic regression, being between 45-64 years old (OR: 3.18), or more than 65 years old (OR: 3.29), being female (OR: 2.2), being a housewife (OR: 3.07), having psychiatric background (OR: 15.2) and having important family dysfunction in the Apgar-family questionnaire (OR: 7.19) were the variables which appeared as associated with this consumption.

**Conclusions.** Consumption of psychodrugs in Primary Health Care consumers is 26%. Being 45 years old or more, female and housewife are possible factors which predict psychodrugs consumption. Psychiatric disease antecedents and having important family dysfunction are also associated independently. These should be kept in mind to improve medical prescription of these drugs in Primary Health Care.

**Key words:** Psychotropic drugs. Prevalence. Family. Family dysfunction. Prescriptions. Drug. Primary Health Care.

### Correspondencia:

Alejandro Villena Ferrer  
Tejares, 72, 5.º A  
02002 Albacete  
Correo electrónico: avillenaferer@ono.com

## INTRODUCCIÓN

Son diversos los estudios que vienen señalando en la última década un incremento del consumo de psicofármacos en Atención Primaria de Salud (APS)<sup>1-3</sup>. Debemos recordar que los psicofármacos constituyen un grupo de sustancias muy heterogéneo que desa-

rolla electivamente su acción sobre las actividades cerebrales induciendo variaciones en el comportamiento, en el estado de ánimo y/o en los procesos ideativos. Su objetivo es restituir el bienestar psíquico del paciente, y en este sentido está demostrada su notable eficacia.

Sin embargo, ninguno está exento, en mayor o menor medida, de efectos adversos, interacciones y situaciones clínicas de riesgo que dificultan su manejo. A esto se añade una variabilidad de respuesta individual de difícil previsión, atribuida a las características intrínsecas del fármaco y a diversos factores propios del individuo: determinantes genéticos, personalidad y componentes psiquiátricos, características sociofamiliares, edad, etc. Así, en los ancianos es bien conocida su mayor susceptibilidad a presentar alteraciones cardiorrespiratorias, cognitivas o fenómenos de respuesta paradójica, e incluso se ha descrito un aumento del número de fracturas de cadera en ancianos consumidores de benzodiazepinas de larga duración<sup>4</sup>.

El aumento en la prescripción de psicofármacos corre paralelo a la elevada prevalencia de trastornos mentales. Éstos son un grupo cualitativa y cuantitativamente importante de motivos de consulta en APS: en un 50% de pacientes que acuden a la consulta subyace algún factor psicosocial como desencadenante de su demanda<sup>5</sup> y del 20 al 30% se corresponden con un trastorno mental bien definido<sup>5-8</sup>. Además, de cada 20 casos diagnosticados sólo uno es derivado al nivel especializado<sup>9</sup> y, por tanto, una alta proporción de estos pacientes es abordada por el médico de familia.

Otros factores no específicamente derivados del paciente con patología psiquiátrica se han relacionado con la prescripción de los psicofármacos: la limitación de tiempo para el abordaje no farmacológico, deficiencias formativas, problemas de coordinación entre niveles o la introducción de nuevos fármacos con menos efectos secundarios<sup>7,10,11</sup>.

Del mismo modo es conocido que la pérdida del cumplimiento de alguna de las funciones de la familia (afectivas, sociales, de cuidados, etc.) puede generar problemas de salud en alguno/s de sus miembros<sup>12</sup>, hasta el punto de que, como se ha visto, los pacientes procedentes de familias disfuncionales consultan en una mayor proporción por problemas de salud o por motivos mal definidos<sup>13</sup>, es decir, generan problemas de salud que obligan a demandar atención en muchos casos como hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios. En este contexto parece razonable plantearnos que en este grupo de población se crean las condiciones necesarias para un mayor consumo de psicofármacos, y si esto es así podríamos utilizar la variable consumo de psicofármacos como indicador para la detección y estudio de alteraciones funcionales familiares.

Nuestro objetivo es, por tanto, conocer la prevalencia del consumo de psicofármacos en usuarios demandantes de atención en un centro de salud, identificar factores relacionados con dicho consumo y determinar la influencia del factor disfunción familiar.

## MÉTODOS

Realizamos un estudio transversal descriptivo en una zona básica de salud urbana (Centro de Salud V-B de Albacete). Dispone de seis consultas de medicina general con una población asignada, mayor de 14 años, de unas 12.000 personas, predominando clase la media-baja. El 85% de la población tiene historia abierta.

La selección de los participantes en el estudio se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático de entre los pacientes que acuden a las consultas de medicina de familia durante 6 semanas consecutivas entre los meses de marzo y abril de 1998. Incluimos pacientes mayores de 14 años que, tras ser informados, aceptan participar en el estudio y no tienen deficiencia mental.

El tamaño muestral es de 434 sujetos para una proporción del 50% de consumo de psicofármacos con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y una precisión del 5%.

A todos los pacientes seleccionados se les realiza entrevista personal, revisión de la historia clínica y de la tarjeta de tratamientos prolongados, en su caso, para confirmar la presencia del consumo.

Consideramos como caso (variable dependiente) pacientes que consumen o han consumido psicofármacos durante al menos 30 días, bien de forma continuada o intermitente, en el último año.

Incluimos en el cuestionario de recogida de datos, diseñado al efecto, las variables sociodemográficas, el tipo familiar (extensa, nuclear, monoparental, sin familia, equivalentes de la familia) y antecedentes psiquiátricos (diagnósticos según la clasificación de Trastornos Mentales CIE-10 para Atención Primaria). Cuando el paciente es consumidor de psicofármacos se completa el cuestionario identificando: psicofármacos consumidos (registrados según nombre comercial y principio activo y reagrupados para su análisis según clasificación Nomenclator), consumo de asociaciones fijas, tiempo de consumo, médico prescriptor (psiquiatra, médico de Atención Primaria, otros) y motivo o problema de salud por el que se prescribe.

Todos los pacientes autocumplimentan el test de Apgar familiar con ayuda por parte de personal entrenado y ajeno al estudio en el caso de limitación sensorial o analfabetismo. Este test es un instrumento de percepción de la función familiar, validado en nuestro medio<sup>14</sup> y utilizado con frecuencia para la detección y graduación de disfunción familiar. Puntuaciones comprendidas entre 7 y 10 reflejan función familiar normal, entre 4 y 6 disfunción familiar leve y entre 0 y 3 disfunción familiar grave.

El análisis estadístico incluye: cálculo de la prevalencia del consumo de psicofármacos y su distribución, análisis descriptivo de cada variable, estudio bivalente utilizando pruebas de comparación de proporciones para variables cualitativas (Chi cuadrado [con corrección de Yates si es necesario según valores de la tabla] y prueba exacta de Fisher cuando alguna de las frecuencias es inferior a 2) y de comparación de medias para variables cualitativas y cuantitativas (*t* de Student y *U* de Mann-Whitney). Por último realizamos el análisis multivariante

mediante un modelo de regresión logística cuya variable dependiente es el consumo de psicofármacos y las variables independientes las que en el análisis bivariante resultan asociadas al consumo. Se toma como categoría de referencia el grupo de edad de 15 a 44 años, sexo varón, situación laboral activo, no saber leer o escribir, no tener antecedentes psiquiátricos y Apgar familiar indicativo de normofunción. El nivel de significación estadística se fija en  $\alpha = 0,05$ . Para todos los cálculos se establece un IC 95%. Se realiza el análisis mediante el programa informático Epi Info versión 6 y se utiliza el programa Egret para el modelo de regresión logística.

## RESULTADOS

De los 434 pacientes iniciales sólo seis corresponden a pérdidas, por lo que finalizaron el estudio 428 y obtuvimos, por tanto, una participación del 98,7%. El 64,3% de la población estudiada fueron mujeres, la edad media en años fue  $51,6 \pm 20,1$  desviación estándar (DE), la si-

tuación laboral más frecuentemente encontrada fue la de ama de casa (33,2%), el nivel de estudios primarios fue el predominante (53,3%), en el 84,1% de los casos convivían padres e hijos y los antecedentes psiquiátricos estaban presentes en el 34,1% de los pacientes evaluados. Los datos descriptivos de la población evaluada se pueden ver con mayor detalle en la columna de totales de la **tabla 1**.

La prevalencia del consumo de psicofármacos hallada fue del 26% (IC 95%: 22-30). De los 161 psicofármacos consumidos por estos pacientes, el 53% (IC 95%: 48-60) fueron benzodiacepinas, el 27% (IC 95%: 21-33) correspondió a antidepresivos (especialmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que representaron el 73% del total de antidepresivos) y sólo el 3% fueron asociaciones fijas. El tiempo de consumo fue mayor de 12 meses en el 50,3% de los casos, el médico de APS fue el prescriptor inicial en el 54,7% de los fármacos consumidos, mientras que el psiquiatra lo fue en el 37,9%. Los motivos de prescripción más frecuentes fueron los trastornos depresivos y de ansiedad. La patología no psiquiátrica fue motivo de prescripción en el 6% de los casos. La **tabla 2** refleja con más extensión las características del consumo descritas.

**TABLA 1. Características de la población en relación al consumo de psicofármacos**

Variables	Sí consumen n = 111 (25,9%)	No consumen n = 317 (74,1%)	Totales n = 428 (100%)	Significación estadística
	n (%)	n (%)	n (%)	p
<b>Grupos de edades</b>				< 0,01
15-44 años	21 (19,0)	137 (43,2)	158 (36,9)	
45-64 años	37 (33,3)	77 (24,3)	144 (26,6)	
65 o más años	53 (47,7)	103 (32,5)	156 (36,5)	
<b>Sexo</b>				< 0,05
Varón	26 (23,4)	127 (40,1)	153 (35,7)	
Mujer	85 (76,6)	190 (59,9)	275 (64,3)	
<b>Situación laboral</b>				< 0,01
Activo	20 (18,0)	101 (31,9)	121 (28,3)	
Parado	5 (4,5)	15 (4,7)	20 (4,7)	
Jubilado	29 (26,1)	81 (25,6)	110 (25,7)	
Ama de casa	54 (48,6)	88 (27,8)	142 (33,2)	
Estudiante	3 (2,8)	32 (10,0)	35 (8,1)	
<b>Estudios</b>				< 0,05
No escribir/leer	19 (17,1)	33 (10,4)	52 (12,1)	
Primarios	63 (56,8)	165 (52,1)	228 (53,3)	
FP/BUP/equival.	24 (21,6)	70 (22,1)	94 (22,0)	
Universitarios	5 (4,5)	49 (15,5)	54 (12,6)	
<b>Tipo familiar</b>				> 0,05
Padres e hijos	87 (78,4)	273 (86,1)	360 (84,1)	
Solo con hijos	10 (9,0)	23 (7,3)	33 (7,7)	
Solo sin hijos	14 (12,6)	21 (6,6)	35 (8,2)	
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>				< 0,01
Sí	87 (78,4)	59 (18,6)	146 (4,1)	
No	24 (21,6)	258 (81,4)	282 (65,9)	

**TABLA 2. Características del consumo de psicofármacos**

Características del consumo n = 161*	n	%	IC 95 %
<b>Psicofármacos</b>			
Benzodiacepinas (BDZ)	86	53	46-60
Hipnóticos no BDZ	8	5	2-8
Antidepresivos	44	27	21-33
No selectivos	12	(27%)**	14,1-39,9
Selectivos	32	(73%)**	60,1-85,9
Neurolépticos	9	6	3-9
Asociación fija	5	3	1-5
Otros	9	6	3-9
<b>Tiempo de consumo</b>			
≤ 12 meses	81	50,3	43,3-57,3
> 12 meses	80	49,7	42,7-56,7
<b>Origen de la prescripción</b>			
Médico de APS	88	54,7	47,7-61,7
Psiquiatra	61	37,9	30,9-44,9
Otros	12	7,5	3,5-11,5
<b>Motivo de la prescripción</b>			
Patología no psiquiátrica	10	6	3-9
Depresión	59	37	30-44
Trastorno ansiedad	31	19	13-25
Trastorno mixto ansiosodepresivo	20	12,5	7,5-17,5
Trastorno del sueño no orgánico	33	20,5	14,5-26,5
Otros	8	5	2-8

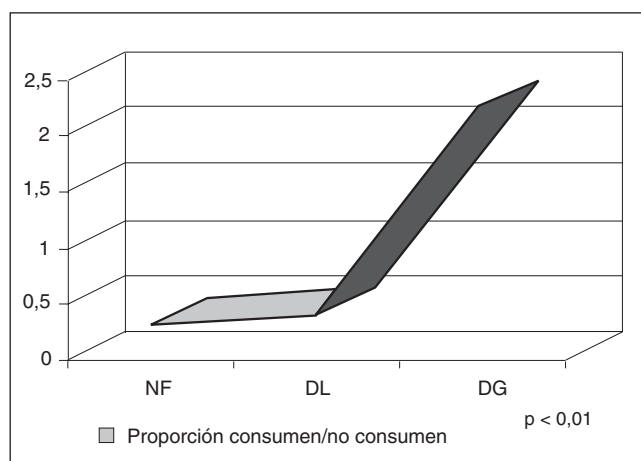
\*Total de psicofármacos prescritos en los 111 consumidores hallados.

\*\*Del total de antidepresivos prescritos. APS: atención primaria de salud.

Al realizar el análisis bivalente en función del consumo de psicofármacos encontramos que la edad (tener 45 o más años), ser mujer, ser ama de casa, poseer un nivel de estudios primarios y tener antecedentes psiquiátricos presentaron diferencias estadísticamente significativas con el grupo de no consumidores. El tipo familiar no parece influir (tabla 1).

Respecto a los resultados obtenidos con el test de Apgar familiar detectamos disfunción familiar en el 14% (IC 95%: 10,9-17,1) del total de sujetos estudiados, en el 20% (IC 95%: 12,8-27,2) de los consumidores y en el 12% (IC 95%: 8,5-15,5) de los que no consumen, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) en estos hallazgos. Al determinar el grado de disfunción familiar y relacionarlo con el consumo de psicofármacos las diferencias aparecen fundamentalmente en los pacientes con disfunción grave, que representan el 8% de consumidores frente al 1% de no consumidores ( $p < 0,01$ ). Estas diferencias se hacen más evidentes cuando se determina la proporción de pacientes que consumen respecto a los que no consumen en cada categoría de función o disfunción familiar, obteniéndose una proporción del 0,31 en el grupo de pacientes con normofunción y del 0,39 en los que presentan disfunción leve frente al 2,25 que se encuentra en el grupo de la disfunción grave (fig. 1).

Considerando como variable dependiente el consumo de psicofármacos y las variables independientes las que aparecen relacionadas en el análisis bivalente, aplicamos la regresión logística múltiple con los resultados siguientes (tabla 3): tener 65 años o más (odds ratio [OR]: 3,29; IC 95%: 1,9-6,0) o pertenecer al grupo de edad de 45-64 años (OR: 3,18; IC 95%: 1,6-5,4), ser mujer (OR: 2,2; IC 95%: 1,3-3,6), ser ama de casa (OR: 3,07; IC 95%: 1,6-5,4), tener antecedentes psiquiátricos previos (OR: 15,2; IC 95%: 8,9-25,8) y presentar un Apgar familiar con disfunción familiar grave (OR: 7,19; IC 95%: 2,0-23,0) son las variables que aparecen asociadas al consumo de psicofármacos.



**Figura 1.** Grado de disfunción familiar y consumo de psicofármacos. La proporción de consumidores de psicofármacos es mayor en el grupo de pacientes con disfunción familiar grave, siendo la diferencia estadísticamente significativa. NF: normofunción; DL: disfunción leve; DG: disfunción grave.

**TABLA 3.** Factores de riesgo relacionados con el consumo de psicofármacos\*

Variable	Odds ratio	IC 95%
<b>Grupos de edad</b>		
15-44 años	1	
45-64 años	3,18	1,6-5,4
65 años o más	3,29	1,9-6,0
<b>Sexo</b>		
Varón	1	
Mujer	2,2	1,3-3,6
<b>Situación laboral</b>		
Activo	1	
Parado	1,67	0,6-5,3
Jubilado	1,79	0,8-3,2
Ama de casa	3,07	1,6-5,4
Estudiante	0,47	0,1-1,8
<b>Estudios</b>		
No sabe leer/escribir	1	
Primarios	0,66	0,3-1,3
FP/BUP o equivalente	0,60	0,3-1,2
Universitarios	0,18	0,1-0,6
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>		
Sí	15,2	8,9-25,8
No	1	
<b>Apgar familiar</b>		
Normofuncional	1	
Disfunción moderada/leve	1,26	0,6-2,5
Disfunción grave	7,19	2,0-23,0

\* Tener 45 años o más, ser mujer, ser ama de casa, tener antecedentes psiquiátricos previos y presentar un Apgar familiar con disfunción familiar grave son las variables que aparecen asociadas al consumo de psicofármacos.

## CONCLUSIONES

El consumo de psicofármacos en población demandante de asistencia en Atención Primaria hallada en nuestro estudio es del 26%, resultado que no difiere sustancialmente del estimado por otros autores, tanto en estudios transversales realizados con población similar<sup>2</sup> o con población anciana<sup>15</sup>, como en investigaciones prospectivas llevadas a cabo en otros países<sup>6</sup>, con cifras que oscilan entre el 21 y el 30%. Cabría preguntarse si este nivel de prescripción de psicofármacos nada despreciable responde a las necesidades reales de la población demandante o, por el contrario, tiene su origen en aspectos relacionados con déficit de formación, tiempo o comunicación médico-paciente.

En cuanto a los grupos farmacológicos constatamos, coincidiendo con otros estudios<sup>2,15</sup>, que las benzodiacepinas son los psicofármacos más consumidos en nuestro medio y que los ISRS suponen un elevado porcentaje (73%) dentro de las prescripciones de antidepresivos de acuerdo con la tendencia observada en los últimos años por otros autores<sup>3,16</sup>.

Se han publicado diversos estudios que relacionan el consumo de psicofármacos en su conjunto<sup>2,6,15</sup> o de al-

guno de sus grupos<sup>17,18</sup> con variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil o situación laboral. En este sentido y mediante regresión logística nuestros hallazgos indican que tener 45 o más años, ser mujer y trabajar como ama de casa constituyen posibles factores predictores independientes del consumo de psicofármacos, resultados que parecen confirmar los de los trabajos anteriores, aunque hemos de señalar que este perfil de pacientes coincide con el grupo más frecuentador de los servicios de Atención Primaria<sup>19</sup>.

Asimismo, tener antecedentes de patología psiquiátrica y presentar un resultado en el test de Apgar familiar indicativo de disfunción familiar grave se asocian de forma estadísticamente significativa e independiente al consumo de psicofármacos. Sin embargo, no hemos encontrado estudios de similares características que incluyan entre sus variables la presencia de antecedentes psiquiátricos. En este punto cabría determinar si el mayor consumo observado en nuestro estudio en pacientes que presentan algún antecedente psiquiátrico es consecuencia de una mayor incidencia de problemas mentales o de una mayor predisposición por parte del médico para la instauración de tratamiento farmacológico.

Son escasos los indicadores que permiten relacionar motivos de consulta en Atención Primaria con disfunción familiar<sup>13</sup> y parece tentador plantear, a la luz de nuestros resultados, la posibilidad de utilizar el consumo de psicofármacos como indicador de disfunción familiar grave. Sin embargo, creemos que debemos ser cautos a la hora de interpretar estos hallazgos. En primer lugar, por las limitaciones que impone el tipo de diseño del estudio (carácter descriptivo y transversal); en segundo término, y aunque no hemos hallado estudios previos que analicen prescripción de psicofármacos y disfunción familiar, sí encontramos trabajos de similares características que relacionan problemas de salud mental y disfunción familiar con resultados contradictorios, a favor o en contra, de tal asociación<sup>20,21</sup>. Por último hemos de tener en cuenta que el test de Apgar familiar, a pesar de estar validado en nuestro medio y ser ampliamente utilizado en el abordaje de problemas familiares en la clínica diaria, es cuestionado en cuanto a su sensibilidad<sup>20</sup> y utilidad práctica<sup>22</sup>, y más que para medir el grado objetivo de disfunción familiar puede resultar útil para detectar la percepción subjetiva que el propio paciente posee de la funcionalidad familiar.

Pensamos, no obstante, que nuestros hallazgos son lo suficientemente sugerentes como para continuar investigando, en especial sobre la calidad y pertinencia de la prescripción de psicofármacos y en su utilidad como sistema centinela que nos alerte de la presencia de situaciones disfuncionales en los pacientes que atendemos en nuestras consultas de Atención Primaria.

## AGRADECIMIENTOS

A los doctores Manuel Montero Núñez, Quintín Olivares Escribano, Carmen Sánchez Castaño, Francisca Gon-

zález González y José Martínez López y a Ana Belén Soria Muñoz (DUE del C. S. Zona V-B) por su colaboración en la recogida y procesamiento de los datos.

## BIBLIOGRAFÍA

- García Delgado R, Pita E. Valoración del consumo de psicofármacos en el ambiente extrahospitalario. *An Psiquiatr* 1990;6:114-7.
- Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Delgado Nicolás MA, Sánchez González R. Consumo de psicofármacos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997;1:101-4.
- Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J, et al. Tendencias en la prescripción de psicotropos. *JAMA (ed. esp.)* 1998;7(7):261-7.
- Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. *N Eng J Med* 1993;13(328):1398-405.
- Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995;16:586-93.
- Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. The prescription of psychotropic drugs in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:359-64.
- Orleans CT, George LK, Houpt JL, Brodie HK. How Primary Care physicians treat psychiatric disorders: a national survey of family practitioners. *Am J Psychiatry* 1985;142(1):52-7.
- Aparicio Basauri V. Atención Primaria y salud mental: vicisitudes de una relación. *Psiquiatría Pública* 1995;7(4):197-202.
- Antonell Caldentey J. Nuevos modelos de relación entre equipos de Atención Primaria y equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación. *Aten Primaria* 1993;12(7):416-21.
- Douglas RL, Christensen DB, Stergachis A. Medical and psychosocial factors predictive of psychotropic drugs use in the elderly patients. *Am J Pharmacol* 1990;80:31-5.
- Gené J, Blay C, Soler M. Risk factors in the use of benzodiazepines. *Family Practice* 1988;5:283-8.
- Dickinson Bannack ME, Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, González Quintanilla E, Fernández Ortega MA, Corzo Coello MT, et al. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Aten Primaria* 1998;5:275-82.
- De la Revilla L, de los Ríos AM. La utilización de los servicios de salud y motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994;13:73-6.
- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria* 1996;18(6):289-96.
- García Fernández JJ, González Pérez C, Martín Sánchez MD, Sánchez Baragaño MA, Bernardo Vega J, Menéndez Rodríguez MA. Consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos. *Rev San Hig Pub* 1994;68:303-10.
- Díaz Madero A, López Ferreras A, Ruiz-Clavijo Díez MT, Vargas Aragón ML. Evolución del consumo de antidepresivos en el área de Zamora desde 1996 a 1999. *Aten Primaria* 2001;28:333-9.
- Rispau Falgàs A, Soler Vila M, García Bayo I, Caramés Durán E, Espín Martínez A, García Pulido C. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. *Aten Primaria* 1998;22:440-3.

18. Escrivá Ferrairó R, Pérez Díez A, Lumbreras García C, Molina París J, Sanz Cuesta T, Corral Sánchez MA. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria* 2000;25:107-10.
19. Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P, Alonso Fernández M. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;17:100-7.
20. Marcas Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E, et al. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental ¿Existe tal asociación? *Aten Primaria* 2000;26:453-6.
21. Rodríguez Fernández E, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, García González JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996;17:338-41.
22. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, et al. Does the family Apgar effectively measure family functioning? *J Fam Pract* 2001;50:19-25.