

ORIGINAL

Consumo de psicofármacos y disfunción familiar

Sonsoles Pérez Cuadrado^{a,*}, Cristina Morán Tiesta^a, Pilar Carreño Freire^b,
Teresa Suárez Del Villar Acebal^c, Estefanía Cámara Sola^a y
Yolanda Beatriz Sánchez Fernández^d

^aCentro de Salud Las Águilas, Área 7, Madrid, España

^bCentro de Salud General Fanjul, Área 7, Madrid, España

^cCentro de Salud Puerta del Ángel, Área 7, Madrid, España

^dCentro de Salud Alcalde Bartolomé, Área 8, Móstoles, Madrid, España

Recibido el 23 de junio de 2008; aceptado el 23 de julio de 2008

Disponible en Internet el 20 de marzo de 2009

PALABRAS CLAVE

Disfunción familiar;
AVE;
Psicofármacos;
Mujeres

Resumen

Objetivo: Conocer la relación entre el consumo de psicofármacos en mujeres y los resultados de los test Apgar y acontecimientos vitales estresantes (AVE).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud General Fanjul (Área 7 de la Comunidad de Madrid).

Participantes: Todas las mujeres de entre 25–65 años de edad que acuden a las consultas de atención primaria durante una semana del mes de marzo de 2005.

Mediciones principales: Encuestas validadas de disfunción familiar (Apgar) y acontecimientos vitales estresantes (escala aditiva de evaluación de reajuste social).

Resultados: Acudieron 625 mujeres, de las que se entrevistó a 121 (19,36%), con una media de edad de $46,8 \pm 12,7$ años. El 90% son españolas. El 55,4% están casadas, el 67% tiene hijos, el 3,3% no tiene estudios y el 75,2% ha cursado estudios primarios y el 21,5%, estudios universitarios. Trabaja fuera de casa el 57,9%. Los antidepresivos son utilizados por el 24% de las mujeres y las benzodiacepinas, por un 30,6%. El consumo de benzodiacepinas aumenta con la edad ($p < 0,001$). Al relacionar el consumo de benzodiacepinas o antidepresivos y la existencia de mayor disfuncionalidad familiar o AVE, no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Aunque de manera intuitiva se podría pensar que los AVE y la disfunción familiar determinan un mayor consumo de psicofármacos, no hemos podido encontrar una relación estadísticamente significativa. Se detecta un mayor consumo de benzodiacepinas a mayor edad.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sonsolesperez@hotmail.com (S. Pérez Cuadrado).

KEYWORDS

Family dysfunction;
SLE;
Psychoactive drugs;
Women

Use of psychoactive drugs and family dysfunction**Abstract**

Objective: To find out the relationship between the use of psychoactive drugs in women and the results of the APGAR and stressful life events (SLE) questionnaires.

Design: Cross-sectional, descriptive study.

Setting: General Fanjul Health Centre in Area 7 of the Community of Madrid.

Participants: All the women between 25–65 years who were seen in Primary Care clinics in one week in March, 2005.

Method: Validated surveys validated of family dysfunction (Apgar) and stressful life events (additive scale of evaluation of social readjustment) were carried on women between 25–65 years who took psychoactive drugs.

Results: Of the 625 women who were seen in the clinics, 121 (19.36%), with a mean age of 46.8 ± 12.7 years, were interviewed. Of these, 90% were Spanish, 55.4% were married, 67% had children, 3.3% had not received schooling, 75.2% had a primary school education, 21.5% with university studies, and 57.9% work outside the home. Antidepressants were used by 24% of the women, with 30.6% taking benzodiazepines. The use of benzodiazepines increases with the age ($p < 0.001$). On having look at the relationship between the use of benzodiazepines or antidepressants and the existence of major family dysfunction or major stressful life events (SLE) we verify that statistically significant differences do not exist.

Conclusions: Although it was intuitively possible to believe that SLE and family dysfunction lead to a higher use of psychoactive drugs, we could not find a statistically significant relationship. We have shown that there is a higher use of benzodiazepines in older women.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La tensión de la vida diaria puede tener un impacto significativo en los patrones de expresión de la salud y de la enfermedad no sólo en lo personal, sino en el entorno del individuo, es decir, la familia¹.

Hay una tendencia a utilizar términos psiquiátricos para detectar situaciones que puedan generar dificultad en el ámbito familiar, principalmente debido a la escasa formación de los médicos de atención primaria²⁻⁴ sobre los ciclos vitales familiares.

Para tener un conocimiento del impacto familiar en el cuidado de la salud y los efectos de la enfermedad en la familia, se han desarrollado escalas numéricas del funcionamiento familiar, como el test de Apgar familiar y la escala de acontecimientos vitales estresantes (AVE)⁵.

El test del Apgar familiar⁶, descrito por Gabriel Smilkstein, permite medir la salud funcional de la familia a través de los siguientes parámetros: adaptabilidad (recursos familiares para la resolución de problemas), participación (cooperación de los miembros de la familia), gradiente de crecimiento (maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo), afecto (relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar) y resolución (tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia). Estos cinco componentes se evalúan mediante una serie de preguntas, de modo que se conoce el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida y la

percepción que éste tiene del propio funcionamiento familiar.

El instrumento de medida de los AVE es una escala aditiva de evaluación de reajuste social (SRSS) de Colmes y Rahe (1967), modificada para adaptarla a nuestro medio por De la Revilla⁷ en 1994. Los AVE son los sucesos que ha padecido el sujeto durante el último año y que actúan como un estímulo que causa un sufrimiento o estrés y origina malestar en el individuo y en la familia. Cada uno de los acontecimientos puntúa, según la gravedad, entre 100 (el acontecimiento más grave) y 11 (el menos relevante), y así se clasifica a los pacientes en riesgo alto (puntuación > 300), riesgo medio (300–199) y riesgo bajo (< 199).

Como queda reflejado en un reciente estudio⁸, los profesionales consideran que existe una asociación positiva entre el consumo de psicofármacos y el sexo femenino y plantean la necesidad de mejorar la formación en relación con el diagnóstico y la psicoterapia para minimizar el creciente uso de dichos fármacos.

El objetivo del presente estudio es conocer la relación entre el consumo de psicofármacos en mujeres y los resultados de los test Apgar y AVE.

Material y método**Diseño**

Estudio descriptivo transversal en el Centro de Salud General Fanjul (Área 7 de la Comunidad de Madrid), durante una semana de marzo de 2005.

Muestra y participantes

La población de estudio la constituyen todas las mujeres de entre 25–65 años de edad que acuden a las consultas de atención primaria en dicho periodo. Se excluye a las mujeres que padecen trastorno psiquiátrico severo, déficit cognitivo-sensorial grave o enfermedad osteomuscular aguda.

Las mujeres eran invitadas a participar en el estudio y tenían que pasar a otra consulta donde dos médicos residentes se encargaban de realizar las encuestas.

La encuesta, de carácter anónimo, incluye variables demográficas, socioeconómicas, nivel de estudios, consumo de benzodiacepinas y antidepresivos y los test Apgar y AVE.

Análisis estadístico

Se empleó los programas SPSS V.11.0 y Epilnfo. Los resultados se expresan en forma de porcentaje (con sus correspondientes intervalos de confianza [IC] del 95%) y medias \pm desviación estandar (DE).

La relación entre el consumo de psicofármacos, la edad y los test de Apgar y AVE fue analizada mediante la prueba de la t de Student para muestras independientes.

Resultados

Acudieron 625 mujeres, de las que se entrevistó a 121 (19,4%), con una media de edad de $46,8 \pm 12,7$ años, cuyas

características principales se recogen en la [tabla 1](#). El 90% son de nacionalidad española.

Los resultados del cuestionario Apgar muestran que el 72,7% de las familias son muy funcionales; el 21,5%, moderadamente disfuncionales y el 5,8%, severamente disfuncionales.

En relación con el número de AVE sufridos en el último año, el 84% de las mujeres presentan riesgo bajo; el 8%, riesgo medio y el 8% restante, riesgo alto.

Respecto al consumo de psicofármacos, los antidepresivos son utilizados por el 24% de las mujeres y las benzodiacepinas, por el 30,6% ([tabla 2](#)). El origen de la prescripción es la consulta de atención primaria en el 78,6% de las mujeres. En el 64,5% de los casos, el diagnóstico está registrado en la

Tabla 2 Duración del consumo de psicofármacos

	Consumo de AD, % (IC del 95%)	Consumo de BZD, % (IC del 95%)
0–6 meses	24,1 (6,8–41,3)	32,4 (16–48,8)
6 meses–1 año	20,7 (8–39,7)	10,8 (3–25,4)
> 1 año	55,2 (35,4–75)	56,8 (39,4–74,1)
Total	24 (16–32)	30,6 (21,9–39,2)

AD: antidepresivos; BZD: benzodicepinas; IC: intervalo de confianza.

Tabla 1 Características de la muestra (n = 121)

	%	IC del 95%
<i>Estado civil</i>		
Solteras	29,8	21–38
Casadas	55,4	46–64
Separadas	9,1	6–14
Viudas	5,8	1,2–10,4
<i>Estudios</i>		
Sin estudios	3,3	1–8,3
Primarios	75,2	67,1–83,3
Superiores	21,5	13,8–29,2
<i>Situación laboral</i>		
Ama de casa	38	29–47,1
Trabajan	57,9	48,6–67,1
En paro	3,3	0,9–8,3
Estudiantes	0,8	0–4,5
Mujeres con hijos	67	59,1–76,5
Conviven con alguna persona dependiente	12,4*	6,1–18,7
Cuidadora principal	13,2	6,8–19,7
Vive sola	9,1	3,6–14,6
Dificultad económica para llegar a fin de mes	26,4	18,2–34,7

IC: intervalo de confianza.

*En todos los casos la mujer encuestada es la cuidadora principal.

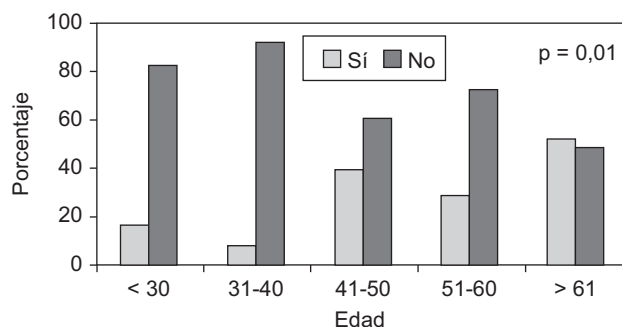


Figura 1 Relación entre el consumo de benzodiacepinas y la edad.

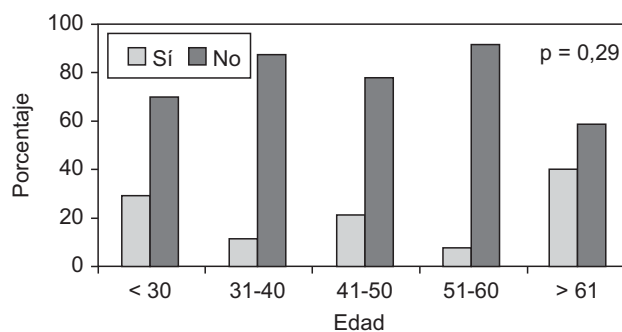


Figura 2 Relación entre el consumo de antidepresivos y la edad.

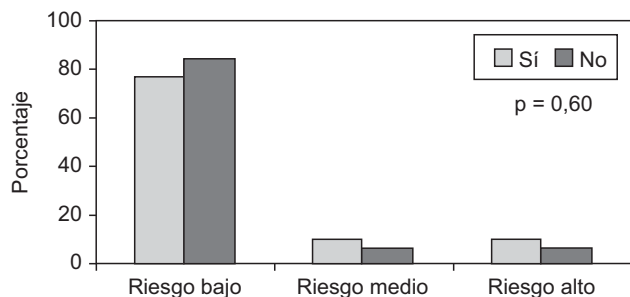


Figura 3 Relación entre el consumo de benzodiazepinas y los acontecimientos vitales estresantes.

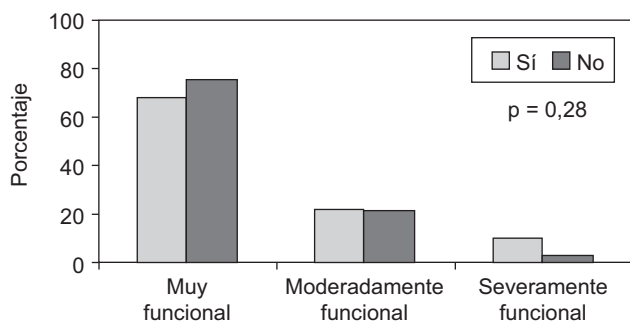


Figura 4 Relación entre el consumo de benzodiazepinas y el test de Apgar familiar.

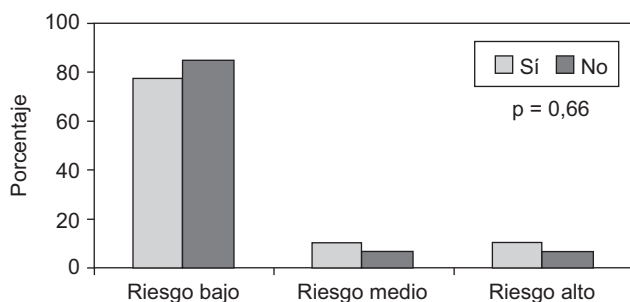


Figura 5 Relación entre el consumo de antidepresivos y los acontecimientos vitales estresantes.

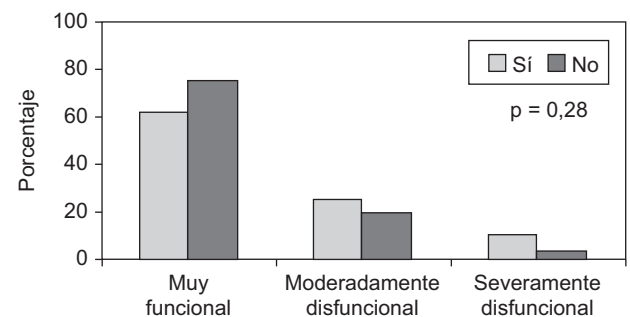


Figura 6 Relación entre el consumo de antidepresivos y el test de Apgar familiar.

historia clínica, y los principales son depresión (11,6%), ansiedad (9,9%) e insomnio (3,3%).

Analizando el consumo de benzodiazepinas respecto a la edad, se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) (fig. 1). Por el contrario, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas con el consumo de antidepresivos ($p = 0,29$) (fig. 2).

Al relacionar el consumo de benzodiazepinas y la existencia de mayor disfuncionalidad familiar o mayor número de AVE, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,28$) (figs. 3 y 4). Tampoco la hubo con el consumo de antidepresivos ($p = 0,29$) (figs. 5 y 6).

Discusión

Aunque de manera intuitiva se podría pensar que los AVE y la disfunción familiar determinan un mayor consumo de psicofármacos, no hemos podido encontrar una asociación estadísticamente significativa entre ellos. Esto puede deberse al tamaño muestral o a las limitaciones que presentan los cuestionarios empleados. En una revisión del cuestionario de AVE, Lobo centra sus críticas en que utiliza una escala aditiva en la que algunos ítems no son totalmente independientes entre sí, por lo que no pueden ser aditivos, es decir, que no distinguen un episodio deseado (casarse) de una dificultad (financiera, social).

Se ha detectado un mayor consumo de benzodiazepinas a mayor edad.

Haría falta profundizar en la adecuación de las prescripciones de psicofármacos, ya que el principal origen de las prescripciones viene del médico de atención primaria.

Se debería aumentar la formación en cuanto a la búsqueda de AVE y disfunción familiar y registrarlo en la historia clínica.

Lo conocido sobre el tema

- La relación entre el consumo de psicofármacos y disfunción familiar ha sido poco estudiada.
- Hay tendencia a utilizar términos psiquiátricos para detectar situaciones de dificultad en el ámbito familiar, quizá por la escasa formación de los médicos de atención primaria sobre los ciclos vitales familiares.
- Se han desarrollado escalas numéricas del funcionamiento familiar: el test de Apgar familiar y la escala de acontecimientos vitales estresantes (AVE), en un intento de cuantificar las funciones de la familia.

Qué aporta este estudio

- Se ha podido encontrar relación estadísticamente significativa entre los AVE y disfunción familiar respecto a un mayor consumo de psicofármacos.
- Se detectado un mayor consumo de benzodiazepinas a mayor edad.
- Se debería aumentar la formación en cuanto a la búsqueda de AVE y disfunción familiar y registrarlo en la historia clínica.

Bibliografía

1. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 1979.
2. Jarabo Crespo Y. Atención familiar y medicina de familia. ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? Tribuna docente en Medicina de Familia. 2002;1:17-25.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, Vol. 1. Barcelona: Harcourt; 2001.
4. Medalie JH. Medicina familiar: principios y práctica. México: Limusa; 1987.
5. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer; 1998.
6. De la Revilla L, Bailón Muñoz E. La atención domiciliaria y la atención familiar en el anciano. FMC. 2003;10:249-54.
7. De la Revilla L.. Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta, Vol. I. Granada: Fundación para el estudio de la Atención a la Familia; 1999.
8. Gil García E, Romo Avilés N, Poo Ruiz M, et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de la investigación cualitativa. Aten Primaria. 2005;35:402-7.

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.009

COMENTARIO EDITORIAL

La coordinación con los servicios de salud mental. Un tema pendiente, manifiestamente mejorable

Coordination with mental health services. A pending subject, manifestly improvable

Ramon Ciurana Misol

CAP La Mina, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España

Desde hace décadas se ha intentado mejorar los procedimientos que permitan coordinar mejor a los médicos de familia y los pediatras con los profesionales de los centros de salud mental. En la mayoría de los casos, las experiencias no han resultado suficientemente satisfactorias^{1,2}. Los motivos que pueden explicar este desencuentro son múltiples y complejos.

Los trastornos de la salud mental, siendo conservadores, suponen aproximadamente el 30% de la carga asistencial para un médico de familia. Entre estos trastornos se incluyen los de evolución aguda o autolimitada y los de evolución crónica, los denominados leves y los graves. La sobrecarga asistencial y las múltiples atribuciones de los profesionales de atención primaria hacen necesario explorar nuevos procedimientos y estrategias para acercarse a la problemática de la salud mental de un modo más eficiente.

Los profesionales de la salud mental y los gestores han elaborado, de forma explícita o implícita, un prontuario de trastornos que a su juicio deberían ser controlados y tratados en atención primaria y otros que deberían ser derivados a los centros de salud mental. En esta decisión los profesionales de atención primaria no han participado y la planificación de los servicios de salud mental se adapta, en general, a este modelo, falto de consenso.

Es comprensible, por otra parte, que los centros de salud mental deban invertir el mayor esfuerzo en los trastornos mentales graves y ofrecer todos los medios necesarios para controlarlos con eficacia³. Las dotaciones de profesionales de la salud mental en los centros hacen necesario que existan unos criterios de derivación.

La cuestión que debe plantearse de entrada es decidir qué personas con trastorno mental pueden ser tratadas más eficientemente en los centros de salud mental y cuáles en las consultas de atención primaria. Tratar determinados trastornos en atención primaria requiere conocimientos, actitudes y habilidades, pero también medios; muchos trastornos mentales considerados «no graves» (somatizaciones, trastornos adaptativos, distimias, trastornos de la personalidad, duelos, trastornos afectivos menores, por mencionar unos cuantos) consumen una gran cantidad de tiempo del dedicado a la asistencia y sería deseable contar con recursos adicionales, probablemente en coordinación con los servicios de salud mental y facilitados por ellos para manejarlos eficazmente, con lo que se evitaría la medicalización innecesaria⁴.

Desde esta realidad uno puede preguntarse: ¿para qué sirve la coordinación con los servicios de salud mental?, ¿qué espera de ella el profesional de atención primaria?

La coordinación debe servir para colaborar conjuntamente en beneficio del paciente. Para ello el profesional de atención primaria debe disponer de mecanismos fluidos de comunicación con los profesionales de salud mental y éstos deben mostrarse accesibles y facilitar, cuando el caso lo requiera, visitas preferentes en un plazo aceptable. Sirve también para orientar al profesional de atención primaria sobre estrategias prácticas de manejo de los casos expuestos y para decidir conjuntamente qué casos deben ser derivados.

El profesional de atención primaria espera de esta colaboración que los centros de salud mental proporcionen el seguimiento de los casos derivados y mantengan informado al profesional que lo ha derivado de la evolución de cada caso