

ORIGINAL

Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar

Soriano Fuentes S¹, De la Torre Rodríguez R² Soriano Fuentes, L³.

¹ Médico. CS de Tarifa; ² DUE. CS de Tarifa; ³ Psicóloga UNED Algeciras.

FAMILIA, TRASTORNOS MENTALES Y CICLO VITAL FAMILIAR

Objetivo: Analizar la estructura familiar, el ciclo vital familiar (CVF) y la psicopatología que pueda estar presente en las familias estudiadas.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud de ámbito rural.

Población y muestra: 124 pacientes obtenidos mediante muestreo aleatorio sistemático. Constante de muestreo $k = 5$. Precisión del 0,03. Error alfa de 0,05.

Intervenciones: Los instrumentos de medida fueron el modelo de CVF de la OMS modificado por De la Revilla, para el estudio de la familia y el cuestionario MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

Resultados: El tipo de estructura familiar más frecuente es la nuclear con parientes próximos (56,5%), seguido de la monoparental (12,5%) y de la nuclear ampliada (con parientes o agregados) con un 11%. La mayoría de las familias se encuentran en la etapa IV de contracción (27%) seguidos de las etapas III, final de la extensión y de la etapa V, final de la contracción. El 58% de la muestra estudiada refiere presentar algún trastorno psicológico (los más frecuentes son episodio depresivo mayor, distimia, trastorno por angustia y ansiedad generalizada). De la muestra estudiada el 49% tenían antecedentes familiares de patología psiquiátrica (sobre todo de la madre y hermanas) y en el 5% se registró la presencia de suicidio familiar.

Conclusiones: La prevalencia de trastorno psíquico en la muestra es elevada. El 63% se encuentra en las etapas IV o superiores del ciclo vital familiar.

Palabras clave: Familia, psicopatología, ciclo vital.

FAMILY, PSYCHOLOGICAL DISORDERS AND VITAL FAMILY CYCLE

Goal: To analyze family structure, the vital family cycle, and psychological disorders that might exist in the families under study.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: Rural Health Center.

Population and Sample: 124 patients selected by systematic random sampling. Sampling constant $K = 5$. Accuracy = 0.03. Alpha error = 0.05.

Interventions: The measuring instruments were the OMS model, modified by de la Revilla for the family study, and the MINI questionnaire.

Results: The most common family structure is the nuclear one that includes close relatives (56.5%), followed by single-parent families (12.5%), and finally the enlarged nuclear family, including relatives or other relations (11%). Most of the families were found to be in period IV of contraction (27%), followed by period III, end of extension, and period V, end of contraction. 58% of those included in the sample mentioned symptoms related to some sort of psychological disorder (the most common being a major depressive episode, dystemia, anxiety attacks, and general anxiety). Among those studied in the sample, 49% had a family history of psychological disorders (especially from mothers and sisters), and 5% had experienced a relative's suicide.

Conclusion: The prevalence of psychological disorder in this sample is high. 63% are found to be in periods IV or higher of the vital family cycle.

Key words: Family. Psychological disorders. Vital cycle.

Correspondencia: Segundo Soriano Fuentes. C/ Patriarca Dr. Pérez Rodríguez, n.º 34 - 3.º B. 11203 Algeciras (Cádiz). Tlf: 956 092 287-661 409 497. E-mail: 111105046@ono.com

Recibido el 8-11-2002; aceptado para publicación el 19-03-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 2: 130-135

Introducción

Con frecuencia nos encontramos en consulta a personas en las que detrás de las mismas se encuentra un problema de tipo psicosocial donde está implicada la familia².

De la misma manera que no hay dos personas iguales, puede decirse que no hay dos familias iguales aunque desde el punto de vista de su estructura tengan la misma tipología.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o, como ocurre a veces, por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes¹, por los que sin duda todos hemos pasado o tendremos que pasar.

Las fases del ciclo vital familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos¹⁰ y con el tiempo, transformarse en trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, fobias...). Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia^{6, 16, 17}.

Las situaciones clínicas en las que se recomienda un enfoque familiar son conocidas: niños problemáticos^{4, 5} o pacientes con patología confusa con síntomas y signos mal definidos², otras veces es la hiperutilización del sistema^{6, 7}, en otras un mal cumplimiento de los tratamientos³ y a veces nos encontramos con problemas de salud mental o de adicción^{8, 9}.

El objetivo del presente trabajo es analizar la estructura familiar, la psicopatología que pueda estar presente y el ciclo vital de las familias estudiadas en una población de ámbito rural.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 124 pacientes de la población general que acuden por distintos motivos de consulta al centro de Atención Primaria de Facinas (módulo rural dependiente del Centro de Salud de Tarifa, que atiende a una población de aproximadamente 1500 habitantes, incluidos los cortijos y pequeñas barriadas más alejadas del núcleo principal).

Para la estimación del tamaño muestral se asumió un error alfa de 0,05, es decir, un nivel de confianza del 95%, una precisión del intervalo del 3% y una prevalencia previa de referencia del 3,1% que corresponde al consumo de ansiolíticos (lista de subgrupos terapéuticos más consumidos por pensionistas)¹¹, datos estos de un estudio más amplio («Características del consumo de psicofármacos en una población de ámbito rural») del cual forma parte el presente trabajo.

Se realizó un muestreo probabilístico sistemático, estudiando a uno de cada cinco pacientes consecutivos (constante de muestreo $k=5$), en la consulta de demanda, a partir del momento del inicio del estudio que correspondió a los meses de Julio y Agosto del 2000.

Las variables que se registraron fueron:

Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios (ninguno, primarios, medios, superiores), estado civil, (soltero, casado, viudo, separado).

Tipología familiar: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); F. nuclear (padres y sus hijos); F. nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); F. nuclear sin parientes próximos; F. nuclear numerosa; F. nuclear ampliada (con parientes o con agregados); F. monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); F. reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); Personas sin familia (persona que vive sola); Equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional).

Ciclo vital familiar: Etapa I (Formación: Desde el matrimonio al nacimiento primer hijo). Etapa II A (Extensión: desde que nace el primer hijo hasta que cumple 11 años). Etapa II B (Extensión: desde que el primer hijo tiene 11 años hasta que nace el último hijo). Etapa III (Final de la Extensión: desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar). Etapa IV (Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace él último hijo). Etapa V (Final de la contracción: desde que él último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge). Etapa VI (Disolución: desde que muere el primer cónyuge hasta la muerte del superviviente).

Antecedentes familiares de psicopatología.

Antecedentes familiares de suicidio.

Presencia de trastorno psíquico en cada paciente estudiado: anorexia, bulimia, agorafobia, depresión, distimia, ansiedad generalizada, fobia social, manía, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia.

Los instrumentos de medida para el estudio de la estructura de la familia y del ciclo vital familiar fueron la clasificación de Luis de La Revilla y el modelo de la OMS modificado por de La Revilla¹.

Para la presencia de trastorno psíquico se utilizó el MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), entrevista estructurada de breve duración que explora los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales del eje I del DSM-IV¹².

A los pacientes seleccionados mediante el muestreo se les explicaba el estudio que se iba a llevar a cabo y se les invitaba a participar. Tras dar el consentimiento se registraban las variables en la hoja de recogida de datos. Para la variable antecedentes familiares de psicopatología se preguntaba al paciente: ¿alguien en su familia ha padecido o padece de nervios? Si su respuesta era afirmativa se le preguntaba: ¿quién? Igualmente, para la variable antecedentes familiares de suicidio, se preguntaba: ¿tiene Ud. antecedentes familiares de suicidio? ¿Quién?

Las variables cuantitativas se estimaron con sus medias y la desviación estándar y sus intervalos de confianza. Las variables cualitativas se estimaron como porcentajes. La comparación de porcentajes se realizó con la prueba de la χ^2 con la correspondiente significación estadística. La variable presencia de trastorno psíquico, «MINI», (codificada como SI= 1 y NO= 0) al ser categórica binaria permitió que pudiera relacionarse, mediante regresión logística, con otras variables independientes categóricas y/o cuantitativas (ciclo vital, antecedentes familiares de psicopatología, edad, estudios). Las va-

riables que se han introducido en el modelo de regresión fueron: MINI como variable dependiente; ciclo vital familiar como variable exposición; antecedentes familiares de patología nerviosa, edad y estudios como variables de control. Las variables categóricas con k categorías se introducen en el modelo codificadas en k-1 variables binarias (dummy), en nuestro caso, ciclo vital y estudios. La variable antecedentes familiares de psicopatología se ha codificado con 0-1 por tratarse de una variable binaria.

Para las variables de control no se incluyen en el modelo de regresión ni la significación, ni la exponencial ni el IC.

Como índices de ajuste se incluyen el test de Hosmer y Lemeshow y la R² de Nagelkerke. La capacidad predictiva del modelo

se evalúa a través de la sensibilidad y especificidad del modelo junto al área bajo la curva ROC.

Las variables de interacción (modificadoras de efecto) fueron: ciclo vital-antecedentes familiares de psicopatología y ciclo vital-edad.

Las variables se almacenaron en una matriz de datos, se revisaron las anomalías y se trataron con el programa SPSS v. 10.

Resultados

Los datos sociodemográficos de la muestra junto con la tipología, el ciclo vital familiar así como los antecedentes familiares de psicopatología y de suicidio se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Edad (años)		Media	DE	IC 95%	Hombres	Mujeres		
		55,9	15,6	53,1-58,7	33%	67%		
Estado Civil (%)	Solteros	Casados	Viudos	Separados				
	17	69,5	12	1,5				
Estudios (%)	Ninguno	Primarios	Medios	Superiores				
	59	31,5	8	1,5				
Antecedentes Familiares de Psicopatología (*) (%)		SI		NO				
		48,4		51,6				
Antecedentes Familiares de Suicidio (%)		SI		NO				
		5		95				
Tipología de Estructura Familiar (%)	FE	FR	FM	FNSPP	FNPP	FNA	PSF	EF
	2,0	0,8	12,5	8,1	56,5	11	7,1	2,0
Ciclo Vital Familiar (%)		I	IIA	IIB	III	IV	V	VI
		10,5	2,4	4	21,8	26,6	24,2	10,5

(*) Las figuras más representativas han sido la madre y hermana (10%).

Tipología estructura familiar.— FE: Familia Extensa. FNSPP: Familia Nuclear sin Parientes Próximos. FNPP: Familia Nuclear con Parientes Próximos. FNA: Familia Nuclear Ampliada. FR: Familia Reconstituida. EF: Equivalentes Familiares. PSF: Personas sin Familia. FM: Familia Monoparental.

Ciclo Vital Familiar.— I: Formación. IIA: Extensión. IIB: Extensión. III: Final Extensión. IV: Contracción. V: Final Contracción. VI: Disolución.

El 58% de la muestra (n= 72) presenta algún trastorno psíquico. De estos, 14 (34%) son hombres y 58 (70%) son mujeres ($\chi^2= 14,391$; gl= 1; Sig. Asint (bilat)= 0,000).

En la tabla 2 se presentan los resultados del cuestionario MINI en la muestra total y estratificada por sexo junto con el valor de χ^2 y la correspondiente significación estadística.

Tabla 2. Presencia de malestar psíquico (MINI) en la muestra y según sexo

	Muestra		Hombres		Mujeres		χ^2	P
	N= 124	%	N= 41	%	N= 83	%		
Anorexia	0		0		0			
Bulimia	12	9,7	2	4,9	10	12	1,787	,180
Agorafobia	20	16,1	3	7,3	17	20,5	3,939	,180
Depresión	40	32,3	8	19,5	32	38,6	4,796	,029
Distimia	39	31,5	7	17,1	32	38,6	6,269	,012
Ansiedad Generalizada	20	16,1	2	4,9	18	21,7	6,781	,009
Fobia Social	15	12,1	2	4,9	13	15,7	3,442	,064
Manía	9	7,3	4	9,8	5	6	,544	,461
TOC(*)	11	8,9	3	7,3	8	9,6	,189	,664
Trastorno de angustia	24	19,4	4	9,8	20	24,1	3,971	,046

(*) Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de analizar con el método de regresión logística, la relación entre la variable MINI o Trastorno Psíquico (presencia, ausencia) con el ciclo vital familiar ajustado por la edad, estudios y antecedentes familiares.

Las variables con más de dos categorías se introducen en el modelo como variables dummy (k-1 variable binarias). Las categorías de las variables ciclo vital y estudios se han codificado respecto al promedio de categorías.

Tabla 3. Modelo de regresión logística ajustado por la edad, estudios y antecedentes familiares de psicopatología

MODELO	B	SE(B)	P	e ^B	IC95% e ^B	
Ciclo Vital (1)	-3,131	1,340	0,019	0,043	0,00 a 0,60	¹ $\chi^2= 7,67$ (P= 0,466) ² R ² = 0,313 ³ AUC = 0,815 (IC95%: 0,740 a 0,889) Sensibilidad: 72,22% Especificidad: 67,31% Clasificaciones Correctas: 70,16%
Ciclo Vital (2)	-0,328	1,003	0,743	0,720	0,10 a 5,14	
Ciclo Vital (3)	-0,190	0,478	0,690	0,826	0,32 a 2,11	
Ciclo Vital (4)	1,072	0,616	0,082	2,923	0,87 a 9,79	
Ciclo Vital (5)	1,885	0,775	0,015	6,592	1,44 a 30,1	
Ciclo Vital (6)	2,844	0,986	0,003	17,20	2,48 a 118,93	
Edad	-0,064	0,031				
Estudios (1)	-1,996	6,465				
Estudios (2)	-0,974	6,485				
Estudios (3)	4,977	19,366				
Ant. Fam. Psicopatolo (1)	1,598	0,460				
Constante	4,427	6,630				

¹ Test de Hosmer y Lemeshow; ² R² de Nagelkerke; ³ Área bajo la curva ROC.

El resultado de introducir las variables de interacción (ciclo vital-antecedentes familiares de psicopatología y ciclo vital-edad) en el modelo de regresión junto con el resto de variables no fue significativo ($\chi^2= 10,099$; $gl= 11$; $P= 0,521$).

La estimación no paramétrica del área es $AUC= 0,815$ (IC 95%: 0,74 a 0,89) lo que se puede considerar como una medida global del poder de discriminación del modelo¹⁸. Cuanto más próximo a 1, el modelo logístico clasifica de forma satisfactoria respecto a la presencia o ausencia de psicopatología en función del ciclo vital, edad, estudios, y antecedentes familiares de psicopatología.

Discusión

Nos parece interesante resaltar que la edad media de la población estudiada se encuentre por encima de los 55 años, la mayoría de los pacientes no tienen estudios (60%), cerca del 50% tienen antecedentes familiares de enfermedades nerviosas sobre todo la madre y hermanas, los ciclos vitales más frecuentes fueron el III, IV y V y cerca del 60% tienen algún tipo de trastorno psíquico.

Los tipos de familia más representados han sido el nuclear (padres con sus hijos) ya sea con parientes en la misma localidad o sin ellos lo que hemos podido constatar en otras fuentes^{6,7} pero con diferencias respecto a otros tipos de estructura familiar: por ejemplo, las familias extensas, monoparentales o incluso las familias ampliadas. Nos parece interesante resaltar el hecho de que un porcentaje importante de la población está catalogada como persona sin familia (vive sola, es decir, cuando entra en su casa no tiene a nadie a quien hablar o escuchar), al igual que García Lavandera⁷.

Respecto al ciclo vital, De la Revilla et al¹⁰ describen que la mayoría de las familias estudiadas se encuentran en la etapa IV (al igual que nosotros y Varela Ruiz⁷), siguiendo luego las etapas II B y II A. En nuestro caso, le siguen en frecuencia las etapas III (Final de extensión) y V (Final de contracción). La metodología seguida por de la Revilla fue la utilización del genograma para identificar el ciclo vital familiar, instrumento que bien construido identifica perfectamente además de la etapa del ciclo vital otros aspectos del mismo. En el estudio de García Lavandera⁶ las etapas más frecuentes fueron la III seguidas de las V y VI.

Nos llama la atención que cerca del 50% de los pacientes refieran antecedentes familiares de psicopatología y sobre todo que sean la madre y la hermana los miembros más afectados. Esto es lógico pues, pensamos, son los miembros que soportan más cargas familiares, sociales y psíquicas. Además, en la mayoría de ocasiones, son los responsables del cuidado de pacientes crónicos¹³, ancianos y/o incapacitados, eso, sin contar con la parte correspondiente a su familia (pareja e hijos). En nuestro estudio, el 70% de la muestra con algún trastorno psíquico son mujeres.

En un estudio de seguimiento con familias de adolescentes que presentaban mayores riesgos (alto y bajo) para los episodios depresivos mayores la figura de la madre fue significativa¹⁴. Campos Barreiro et al¹⁵ en su estudio sobre morbilidad psíquica en la perimenopausia, donde también analiza otras variables relacionadas con la familia, encuentra un 59% de antecedentes

familiares de alteraciones nerviosas. No hemos podido saber, en este caso, si la madre y la hermana, igualmente eran las más afectadas como en nuestro estudio.

El trastorno psíquico más frecuente observado según el cuestionario MINI ha sido la depresión, distimia, el trastorno por angustia, la ansiedad, la agorafobia y la fobia social. En concordancia con otros autores^{16,17}, las mujeres son las más afectadas por cuadros depresivos y de ansiedad.

Nos planteamos una posible relación entre el tipo de familia y la presencia de patología psíquica, sin embargo, los resultados no fueron significativos ($P= 0,682$; $\chi^2= 4,820$). Aunque no con la tipología familiar, Montalbán Sánchez¹⁶ sí encuentra relación entre el tamaño de la familia (especialmente cuando hay más de 5 miembros) y la presencia de patología nerviosa (ansiedad), concluyendo el autor que son factores de riesgo para la detección de alteraciones en la dinámica de la familia. Esto mismo encuentra J. Biedman¹⁸, entre tamaño familiar grande como agente causal de trastornos de la conducta y disfunción psicosocial en un grupo de jóvenes. Otros autores⁶, sin embargo, en un estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora, incluyen en este segundo grupo el pertenecer a familias pequeñas (junto con otras variables como presencia de malestar psíquico, padecer enfermedades crónicas y tener disfunción familiar).

Igualmente nos planteamos otra relación entre el ciclo vital exclusivamente y la patología nerviosa, como en un principio sería lógico pensar, pues con la evolución de los ciclos vitales y la disolución de las familias aparecen más alteraciones psíquicas. En este sentido, García Lavandera et al⁶, describe asociación entre el malestar psíquico de la población hiperfrecuentadora y los ciclos vitales en que se encuentra esta misma población (la mayoría en las etapas V y VI, (34,6%). En nuestro trabajo, esta relación, al analizarla en una tabla de contingencia tampoco resultó significativa, ($\chi^2= 4,191$; $P= 0,651$). Sin embargo, cambió, cuando se ajustó el ciclo vital por otras variables (edad, estudios, antecedentes familiares de psicopatología) en el modelo de regresión logística. Las variables que resultaron significativas fueron: ciclo vital⁵, ciclo vital⁶, edad y antecedentes familiares de patología nerviosa.

La principal limitación de nuestro estudio ha sido el no haber incluido otro tipo de variables que analizaran la disfunción familiar, como por ejemplo, el test de Apgar familiar presente en trabajos de otros autores^{2,4,6,7,8,9,16}, de cara a relacionarla con los ciclos vitales y otras variables de nuestro estudio con técnicas de regresión. Igualmente no haber incluido la variable que analizara el nivel económico para poder relacionarla con la presencia de malestar psíquico siempre dentro de lo que permite un estudio transversal como el presente. Así como no haber incluido otras variables de ajuste necesarias que pueden influir en la aparición y desarrollo de alteraciones psicológicas.

Otra limitación ha sido que el número de sujetos en algunas variables dummy es pequeño para poder efectuar las estimaciones, lo que conlleva falta de precisión y los IC son grandes).

Como conclusión, diremos que la mayoría de las familias estudiadas se encuentran en las etapas III, IV y V del ciclo vital familiar, que la prevalencia de malestar psíquico en la muestra es elevada y que las variables incluidas en nuestro trabajo más signifi-

tivas han sido el estar en un ciclo vital V o superior, la edad así como el tener antecedentes familiares de patología nerviosa.

Agradecimientos

A Roser Granero por su inestimable ayuda y colaboración. Igualmente a Juan Nieto y Mariano de Vicente (de la Unidad de Investigación), a Antonio Bravo por su generosa aportación y especialmente a todas las familias que han hecho posible este trabajo. Así, como a los revisores que han intervenido en el proceso de corrección previo a la publicación. A todos muchas gracias.

Bibliografía

- De la Revilla L. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Fundación para el estudio de la atención a la familia. Granada: Ed Adhara; 1999.
- De la Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994; 13: 73-76.
- De la Revilla L, Fleitas L. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4ª Ed. Martín Zurro A, Cano Pérez FJ. 1999; 115-129.
- Soriano Faura FJ, Lázaro Armengol C, Roig Orts A. Ansiedad materna, disfunción familiar, morbilidad y frecuentación a las consultas de pediatría. *Aten Primaria* 1997; 20: 385-386.
- Bomba J, Jaklewicz H. Biological and family factors in the chronicity of childhood depression. Longitudinal study. *Psychiatr Pol* 1995 Mar-Apr; 29:161-73.
- García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS, Muñoz Baragaño P y Blanco Suárez AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 18: 484-489.
- Varela Ruiz FJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Med de Familia (And)* 2000; 2: 141-144.
- García Lozano L, Mérida Quiñones F, Mestre Reoyo I, Gallego Parrilla MD, Duarte Romero AJ, Mesa Ramos RG. La depresión en el anciano y el papel de la dinámica familiar. *Aten Primaria* 2000; 25: 62-69.
- Marcas Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? *Aten Primaria* 2000; 26: 453-458.
- De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, de los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria* 1998; 21: 219-224.
- Lázaro del Nogal M. Reacciones adversas a medicamentos. En: *Geriatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Ed J. URIACH & CIA. 1997; 45-52.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH. The MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.
- Puig C, Hernández-Monsalve LM; Gervás JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1992; 10: 550-552.
- Tamplin A, Goodyer IM. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10:170-9.
- Campos Barreiro A, Alonso Safont T, Sánchez Calso, Durbán Peralías FJ, Manget Velasco S. Estudio de morbilidad psíquica en la perimenopausa. Concordancia de diagnóstico entre un equipo de atención primaria y su centro de salud mental de referencia. *Aten Primaria* 1998; 21: 613-616.
- Montalbán Sánchez J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Aten Primaria* 1998; 21: 29-34.
- Sebastián Gallego R, Solá Gonfaus M, Barreto Ramón P, Corral Mata ME, Muñoz López J, Boncompte Vilanova MP. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria* 1998; 22: 491-496.
- Bierdman J, Milberger S, Paranoë SV et al. Family environment risks factors for attention deficit hyperactivity disorder. A test of Rutler's indicators of adversity. *Arch Psychiatri* 1995; 52: 464-470.