

ORIGINALES

Familia extensa troncal y enfermedad mental en un área de salud rural

M. Fernández del Palacio^a, J.C. García Domínguez^a, I. López Fernández^a, I. Etxebarria Foronda^a,
M. Díaz de Alda Aizpurúa^a y A. López Díaz^b

Centro de Salud de Tineo. Tineo (Asturias).

Objetivos. Comprobar la asociación entre familia extensa troncal (FET) e incidencia de enfermedad mental (EM).

Diseño. Estudio de casos y controles.

Emplazamiento. Zona Básica de Salud Tineo-Navelgas.

Pacientes. Caso: todo individuo con diagnóstico nuevo de EM recogido en historia clínica (HC) del centro de salud mental (CSM) de referencia, criterios CIE-9-CM, desde el 1-1-1996 al 31-12-1997, vivo o muerto, ≥ 14 años; se incluyeron suicidios e intentos de suicidio sin HC en CSM y se excluyeron diagnósticos de psicosis orgánica, trastorno mental por lesión orgánica específica y retraso mental ($n = 162$).

Control: individuo vivo, ≥ 14 años, sin diagnóstico de EM actual, que habiendo pasado más de un año del alta de una EM, puntuara 5 o menos de 5 en la escala GHQ-28. Se extrajo una muestra aleatoria sistemática del registro de usuarios de la ZBS ($n = 378$). Variables a estudio: edad, sexo, antecedentes familiares (AF) y personales (AP) de EM, hábitat, estado civil, nivel de formación (NF) y número de miembros y generaciones de la familia. Se realizó un análisis univariante (características casos/controles), bivalente (test ji-cuadrado y *odds ratio* bruta), y se ajustó un modelo de regresión logística (*odds ratio* ajustada), mediante el paquete estadístico SPSSW7.1.

Resultados principales. Para la FET resultó una OR de 3,29 (1,69-6,43).

Conclusiones. La FET es factor de riesgo de EM. Se deberían realizar estudios sobre la dinámica y funcionalidad de este tipo de estructura familiar.

Palabras clave: Atención primaria; Enfermedades mentales; Estructura familiar.

EXTENDED MAIN FAMILY AND MENTAL ILLNESS IN A HEALTH RURAL DISTRICT

Objective. To check the association between souche family and the incidence of mental illness.

Design. A case-control study.

Setting. Health Rural Zone (Tineo-Asturias-Spain).

Patients. Case: every person with a new diagnosis of mental illness who has been compiled (CIE-9-CM) the clinical records of the Mental Health Centre. Field-work from 1-1-1996 until 31-12-1997; they could be dead or alive and of fourteen or more years of age, including suicide and suicide attempts without clinical records in the mental health centre and excluding organic psychosis, mental illness caused by organic damage lesion and mentally handicapped ($n = 162$). **Control:** living people of fourteen or more years of age, with diagnosis of current mental illness, after more than one year since their discharge from a mental illness. They will mark five or less than five in the GHQ-28 scale. A systematic random sample was done among all patients registered by computer from the health centre ($n = 378$). We compiled information about: age, sex, family and personal backgrounds of mental illness, rural or urban context, marital status, education level, family structure and GHQ-28. We carried out univariate and bivariate analysis also we adjusted a logistic regression model (SPSSW7.1).

Main results. In the souche family we obtained a odds ratio equal 3,29 (95% CI, 1,69-6,43).

Conclusions. The souche family is a risk of mental illness. Research into dynamics and performance should be done.

(Aten Primaria 2000; 26: 157-161)

^aEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

^bTécnico de Salud. Unidad Docente Provincial de Asturias.

Correspondencia: José Carlos García Domínguez.
C/ Fernández Ladreda, 40-3.º A. 33011 Oviedo (Asturias).
Correo electrónico: aa34734@wanadoo.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-IV-2000.

Introducción

En medicina de familia no siempre tenemos en cuenta el papel que desempeña la familia en los problemas de salud con los que nos enfrentamos a diario en nuestras consultas. De sobra está documentado el importante papel que juega la dinámica familiar en la salud de los individuos, aunque quizás está mucho menos estudiada la forma en que las transiciones entre los distintos tipos de familia pueden constituirse en factor de riesgo para determinadas enfermedades¹.

En nuestra práctica clínica diaria, observamos con frecuencia cómo muchos pacientes con patología mental pertenecen a un mismo tipo de estructura familiar y refieren reiteradamente conflictos relacionados con las normas que rigen los fines familiares². Este tipo de estructura familiar se corresponde con la *familia extensa troncal* (FET), forma familiar predominante en los municipios del Occidente asturiano por condiciones ecológicas, tipo de explotación y aprovechamiento de los recursos del ámbito rural, siendo Tineo uno de los municipios donde esta estructura pervive todavía¹. Así mismo, este tipo de estructura familiar se descubre en toda la franja septentrional de la Península Ibérica y en otras muchas regiones de Europa como Irlanda, Reino Unido, Italia, Francia o Alemania^{2,3}.

Nos hemos planteado si dicho tipo de familia no será un factor de riesgo para la enfermedad mental (EM), con la finalidad de intentar comprender si las transiciones entre tipos de estructura familiar podrían estar en el origen de algunos problemas de salud⁴. En los últimos años se han desarrollado numerosos estudios acerca de cómo la familia desempeña un papel indiscutible en los procesos de salud-enfermedad^{4,5}. La familia, entendida

como grupo de personas relacionadas biológica, emocional o legalmente, que viven en el mismo hogar, es una forma de organización intermedia entre la sociedad y el individuo, siendo para el médico de familia una unidad básica de estudio y tratamiento⁶. Es igualmente una unidad epidemiológica, pues la extensión de determinadas patologías está facilitada por la proximidad entre sus componentes, que comparten un espacio físico que, a su vez, determina la exposición a unos riesgos comunes⁷.

El interés sobre los factores de riesgo para la enfermedad mental (EM) se justifica, si se tiene en cuenta la alta prevalencia de este tipo de trastornos en las consultas de atención primaria, que según los diferentes estudios alcanza cifras del 18-30% de la población demandante^{8,9}. El interés de estos factores de riesgo se basa en una identificación precoz de posibles grupos susceptibles de enfermar que se beneficiarían de programas de intervención con el fin de reducir la incidencia de la enfermedad.

En el Municipio de Tineo, hasta hace aproximadamente 30 años, el modelo dominante de familia era la FET patrilocal y patrilineal, es decir, patrilocal cuando la nueva pareja va a residir después del matrimonio a casa de los padres del varón, y patrilineal en cuanto se expulsa de aquella a los hermanos no herederos al casarse¹⁰. La FET era un modelo ecológico de adaptación al medio que suponía una garantía frente a los períodos de crisis. La conservación de la casería en el tiempo se lograba a través de la sucesión unipersonal y aseguraba tanto la perpetuación de la familia como la división del patrimonio⁸. La organización interna de esta compleja familia estaba rigurosamente determinada y los roles de cada miembro claramente establecidos, prevaleciendo siempre la casería sobre el individuo. El matrimonio de la generación más antigua, abuelos o *amos*, era el protagonista del proceso de toma de decisiones y la acumulación de la capacidad económica. La abuela o ama era la encargada de la organización doméstica y del proceso de *endoculturación*¹⁰, misión que implica la educación de la generación de recambio, con la transmisión de las normas que rigen el funcionamiento de la familia y aseguran en gran parte la pervivencia de la misma¹⁰. Se trata de un proceso complejo, por el cual se transmite el saber

acumulado a lo largo de generaciones en forma de capital social, moral e ideológico, en consonancia con el capital económico y en relación con el entorno ecológico y social; todo ello con el objeto de proporcionar identidad, estabilidad y viabilidad al grupo humano. Aquellas sociedades que siguieron este proceso por vía oral son sociedades estables, aunque, además de la palabra, disponen de otros medios para socializar a sus miembros como los ritos de paso cíclicos, la fiesta, la magia o la brujería, por ejemplo. Esta misión debe ser asimilada por la nueva para ser capaz de cumplirla fielmente cuando llegue al estatus de ama. De esta forma, la función de la mujer se torna imprescindible para la FET, más allá de la mera función reproductora¹⁰. Los sucesores, cuyo matrimonio, en muchos casos, ha sido concertado por los antecesores para la mejora de la casería, están en fase de transición hacia el estatus de *amos* y comprometidos a una serie de derechos y deberes; tienen su sustento y el de su prole asegurado, debiendo poner al servicio de la casa su trabajo y entregarse al cuidado de los *amos* en la enfermedad y la vejez. Los miembros solteros colaterales son mano de obra barata que desempeñan las tareas de menor prestigio, siempre bajo las órdenes del *amo*, teniendo derecho a su estancia en el hogar y el inconveniente de no ser dueños de nada^{10,11}. A pesar de la rígida definición de roles, mantenida por la *endoculturación* de los abuelos, siempre se generaron conflictos entre los miembros de la familia. Los conflictos tienen su origen en la asimetría existente entre tronquistas y colaterales en el proceso de toma de decisiones, en la acumulación de capacidad económica y en el prestigio social. Y por otra parte un conflicto más propio de la FET es el suscitado entre tronquistas, entre el matrimonio más antiguo y el que les relevará. La llegada del nuevo miembro que formará el matrimonio de la segunda generación suscita al mismo tiempo celos entre los miembros colaterales y el matrimonio mayor, al adquirir por consorte derechos que le son negados a los primeros y asumir funciones que pertenecen a los segundos por derecho^{11,12}.

Desde los años sesenta, se inició en las comunidades rurales de Asturias un proceso de cambio debido a la emigración, el turismo, la nueva es-

cuela, los medios de comunicación de masas, sobre todo la televisión, que ha ido modificando la casería asturiana y su organización familiar originando el *proceso de aculturación* es decir, un choque entre elementos de antes y de ahora¹². La verticalidad tradicional, donde los viejos eran los líderes de opinión, ha dado paso a la horizontalidad, siendo ahora los jóvenes los depositarios del nuevo saber y el símbolo del progreso. Este proceso de aculturación sucede cuando dos grupos humanos con culturas distintas entran en contacto, provocándose cambios en los patrones culturales de uno de los grupos o de los dos; se trata de un proceso complejo, no un fenómeno aislado, que consta de varias fases (la difusión y la asimilación) a la vez que forma parte de otro fenómeno más complejo que es el cambio cultural^{13,14}. Así, el nuevo proceso de *enculturación-aculturación* se traduce, de hecho, en dos perspectivas de un mismo fenómeno, *urbanización-desruralización* de la población rural joven y, sobre todo, de la mujer, que parece más receptiva a la cultura urbana y el cambio. Ante esta situación, a los conflictos de la FET se añaden los generados por la inestabilidad que supone todo proceso de cambio^{15,16}.

Habría, por tanto, dos causas por las que la EM sea más frecuente en este tipo de familias: por un lado, la propia estructura y dinámica familiar, que sitúa a algunos miembros de la familia (colaterales) en situaciones de riesgo; y por otro lado el propio proceso de extinción que está teniendo lugar en este tipo de familias¹⁵. Partiendo del supuesto de que el antecedente de FET es más frecuente entre los enfermos mentales que entre la población sin enfermedad mental, hemos realizado un estudio que tiene como objetivo comprobar la asociación entre FET e incidencia de EM.

Material y métodos

El trabajo se realizó durante el año 1998 en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Tineo-Navelgas. Esta ZBS abarca una población de 13.273 habitantes pertenecientes al municipio de Tineo distribuidos en 536,2 km², estando un 71,3% de la población en el área rural. Los profesionales de la ZBS comprenden 10 médicos de familia, 2 pediatras, 11 enfermeras/os, 4 MIR de medicina familiar y comunitaria, distribuidos entre un centro de salud (CS) en Tineo y 3 consultorios periféricos. El cen-

tro de salud mental (CSM) de referencia se halla situado a 28 km de la Villa de Tineo y en él trabajan un psiquiatra, un médico de apoyo, una psicóloga, una enfermera, un auxiliar administrativo y una trabajadora social.

La investigación consistió en un estudio de casos y controles, que tomó como población diana a los individuos de ≥ 14 años que ascendía a 11.873 personas (89,5% de la población total).

Se definió como caso a todo enfermo mental, vivo o muerto, adscrito a la ZBS, que presentara diagnóstico nuevo de EM recogido en su historia clínica (HC), del CSM, entre el 1-1-1996 y el 31-12-1997, según criterios de la CIE-9-CM; también fueron incluidos aquellos individuos que, no poseyendo HC en el CSM, presentasen diagnóstico de suicidio o intento de suicidio; fueron excluidos los que presentaban diagnóstico de psicosis orgánica, trastorno mental por lesiones orgánicas específicas y retraso mental.

Se definió como control al individuo vivo, adscrito a la ZBS, sin diagnóstico de EM actual en su HC, que superara el período de un año desde el alta de su última EM y puntuara ≤ 5 en el General Health Questionnaire de 28 ítems (GHQ).

Se identificaron 162 individuos que cumplían los criterios establecidos para caso y se obtuvo información de 133 (81,1%), 2 se negaron a aportar datos sobre la familia, 9 habían cambiado de domicilio a otra ZBS y 18 no pudieron ser localizados por errores en los datos de filiación.

Para la selección del grupo control se realizó un muestreo aleatorio sistemático a partir de la base de datos que contenía todos los individuos adscritos a la ZBS, una vez eliminados los menores de 14 años. Se extrajeron 378 personas, de las cuales no cumplieron criterios de inclusión 151 (39,7%); de éstos 34 no pasaron el GHQ, 3 habían fallecido, 7 estaban incapacitados para contestar el test, 80 habían cambiado de ZBS y 27 presentaban diagnóstico de EM recogido en su HC. Finalmente se estudiaron 227 personas, de las que 57 (25,1%) fueron pérdidas: 14 no pudieron ser localizados, 28 no entregaron el GHQ y 15 no acudieron a la cita, siendo el tamaño final del grupo control 170.

Las variables del estudio, además de la estructura familiar, fueron: edad, sexo, estado civil, nivel de formación, hábitat, tipo de EM, antecedentes familiares (AF) y antecedentes personales (AP) de EM, número de miembros y generaciones que conforman la familia. Las categorías de la variable tipo de estructura familiar se agruparon en tres nuevas: familia nuclear, FET y resto de familias para el análisis estadístico. Los criterios que definen los diferentes tipos de estructuras familiares se detallan en la tabla 1. El nivel de formación también se agrupó para el análisis en 3 bloques: bajo (0-4 años), medio (5-8) y alto (más de 8). Igualmente el número de miembros se resumió en: 4 o 5 miembros por un lado y el resto por otro.

TABLA 1. Criterios que definen las categorías de la variable estructura familiar

Familia extensa troncal (FET). Tipo de familia extensa que viene dada por la convivencia en el mismo hogar de varias generaciones distintas, de manera que en cada una de ellas sólo exista una unidad marital, además de los miembros solteros que convivan con dichas unidades, incluidos los descendientes de la más joven
Familia nuclear (FN). Tipo de familia formada por 2 individuos que ejercen de padres y sus hijos; quedan incluidas en esta categoría las diferentes variantes de la misma: FN con parientes próximos, FN sin parientes próximos, FN numerosa, FN ampliada, familia binuclear
Familia extensa. Tipo de familia en la que conviven en el mismo hogar más de una generación con vínculo familiar y que no es FET ni FN
Familia monoparental. Tipo de familia constituida por un solo cónyuge y sus hijos
Persona sin familia. Adultos sin pareja, separados o viudos sin hijos, jóvenes que por necesidades del trabajo viven de ese modo
Equivalente familiar. Individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional (homosexuales, comunas religiosas, etc.)

TABLA 2. Características de casos y controles

Variables (n = 133)	Casos (n = 170)		Controles	
	N.º	%	N.º	%
Sexo				
Varones	53	39,8	90	52,9
Mujeres	80	60,2	80	47,1
AF de EM	48	36,1	31	18,2
AP de EM	34	25,6	7	4,1
Nivel de formación				
Bajo	73	54,9	88	51,8
Medio	46	34,6	64	37,6
Alto	14	10,5	18	10,6
Estado civil				
Casado	73	54,9	116	68,2
Soltero	38	28,6	33	19,4
Viudo	17	12,8	19	11,2
Divorciado/Separado	5	3,8	2	1,2
Hábitat rural	85	63,9	114	67,1
N.º de miembros				
4-5 miembros	69	51,9	84	49,4
Resto	64	48,1	86	50,6

AF: antecedentes familiares; EM: enfermedad mental; AP: antecedentes personales.

Se elaboraron 2 plantillas de recogida de datos, una para los casos y otra para los controles, incluyendo ambas la realización del genograma. La información referente a los casos se obtuvo de las HC del CSM y del CS, mientras que la elaboración del genograma y los datos sobre la historia de la vivienda fueron completados mediante entrevista personal o telefónica. Se accedió a los controles mediante cita telefónica, visita a domicilio o aprovechando la consulta a demanda propia o de algún familiar. Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores previa preparación e instrucción.

La información se introdujo en una base de datos (ACCESS) y su análisis se realizó con el paquete estadístico SPSSW7.1. Se realizó un análisis univariante para describir las características de los grupos,

y bivalente mediante el test χ^2 para obtener la odds ratio (OR) bruta.

La fuerza de la asociación entre la exposición y el efecto (OR ajustada) se estimó mediante regresión logística, controlando la existencia de posibles interacciones y confusión.

Resultados

En la tabla 2 se resumen las características de los casos y de los controles, observándose en los casos un mayor porcentaje de mujeres que de varones (60,2 y 39,8%, respectivamente), 34 casos presentan AP de EM (25,6%) y sólo 7 controles presentan dicho AP (4,1%). El 53,1% de los su-

TABLA 3. Distribución de casos y controles según el tipo de estructura familiar

Tipo de estructura Familiar	Casos (n = 133)		Controles (n = 170)		OR* (IC del 95%)
	N	%	N	%	
Familia nuclear	46	34,6	88	51,8	1
Familia extensa troncal	65	48,9	67	39,4	1,86 (1,10-3,13)
Familia extensa	1	0,8	6	3,5	0,32 (0,00-2,77)
Familia monoparental	10	7,5	4	2,4	4,78 (1,28-21,81)
Personas sin familia	11	8,3	5	2,9	4,21 (1,38-12,84)
Equivalente familiar	0	0	0	0	—

IC: intervalo de confianza, y OR: *odds ratio*.

*OR bruta respecto a la categoría familia nuclear.

TABLA 4. Resultados análisis de regresión logística

Variables	β	ES	OR	IC del 95%	p
FET	1,19	0,34	3,29	1,69-6,42	0,0005
Resto de familias	1,30	0,43	3,68	1,56-8,64	0,0028
Antecedentes familiares	0,59	0,29	1,81	1,02-3,22	0,0424
Antecedentes personales	2,29	0,46	9,92	4,01-24,52	0,0000
N.º de miembros	-0,25	0,27	0,77	0,45-1,32	0,3533
Sexo	0,34	0,26	1,41	0,84-2,37	0,1846
Hábitat	-0,61	0,32	0,54	0,28-1,03	0,0613

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; FET: familia extensa troncal; ES: error estándar, y β : coeficiente.

jetos estudiados tienen menos de 4 años de formación académica, siendo 73 casos y 88 controles.

La distribución de la variable de exposición se muestra en la tabla 3, en la que se indican, para cada categoría, las OR brutas, con sus intervalos de confianza (IC) del 95%, respecto de la categoría de referencia (familia nuclear).

Se agrupó la variable estructura familiar en dos categorías, FET y el resto del tipo de familias, obteniéndose una OR bruta de 1,47 con un IC del 95% (0,90-2,38).

En la tabla 4 se detallan los resultados obtenidos en el modelo de regresión logística; la OR para la FET fue de 3,29 (IC del 95%, 1,69-6,42).

Discusión

Los resultados obtenidos en nuestro estudio parecen apoyar la hipótesis de que pertenecer a una FET es factor de riesgo de EM. El conocimiento de la estructura familiar a la que pertenecen nuestros enfermos es importante para valorar con detenimiento sus demandas y estar alerta ante la posible presentación de EM^{4,18}. La elección de un estudio

de casos y controles se debió a nuestra intención de explorar la asociación entre FET y EM y se ajustaba a los recursos disponibles para desarrollarlo. No obstante, a lo largo de la investigación, en nuestro diseño nos encontramos con limitaciones:

Se decidió extraer la muestra de casos del centro de atención especializada por la rigurosidad del diagnóstico al usar criterios de la CIE-9-CM y no incurrir así en sesgo de selección. En nuestro CS no hay establecidos criterios uniformes, ni de diagnóstico ni de derivación, que sirvan como guía de actuación; por tanto, la única fuente fiable de casos era el CSM. No obstante, y aunque se perdieron casos controlados por sus médicos de familia, se tuvo la ventaja de conseguir individuos con patologías menores que llegan al nivel especializado por esta ausencia de criterios en atención primaria. También debe tenerse en cuenta, a este respecto, aquellos individuos que rechazan la EM y, por tanto, la atención especializada, además de los que recurren a la asistencia privada. Debido a las características de la población de estudio, no hay ninguna razón que induzca a pensar que estas pérdidas

difieran de nuestra muestra en lo que a distribución de las variables de estudio se refiere.

En la selección de los controles se utilizó como instrumento de medida el GHQ-28^{10,19}, que constituye una sencilla técnica de identificación de casos psiquiátricos no psicóticos en la comunidad; aunque se ha señalado una menor sensibilidad en ancianos, enfermos crónicos y otros grupos de riesgo, es de uso habitual en estudios epidemiológicos psiquiátricos con índices de validez y poder discriminatorio aceptables. El GHQ-28 ha sido traducido y adaptado por P.E. Muñoz, conservando a su juicio todo su poder discriminatorio.

El problema de las pérdidas de individuos en los estudios, especialmente cuando se trabaja con muestras de sujetos sanos, es uno de los puntos más débiles²⁰. Se encontraron las mismas dificultades de acceso a los individuos que en otros estudios, siendo el grupo control similar a la comunidad en la distribución por sexo y hábitat.

La falta de información para localizar los controles era mejor solventada en las zonas definidas como rurales, gracias al conocimiento que se tiene de los vecinos, cosa que no ocurre en la ciudad; por este motivo, quizás, se hayan perdido más individuos pertenecientes a familias nucleares que a familias extensas troncales, y con ello se haya subestimado el riesgo.

La secuencia temporal entre el factor de riesgo y la EM es fácil de establecer, puesto que la FET siempre es previa a la presentación de la EM, no siendo sencillo de cuantificar el tiempo y la duración de la exposición.

Aunque excede del objetivo de este trabajo, si realmente la FET es factor de riesgo de EM, puede considerarse que las características especiales de este tipo de familia y el momento socioeconómico evolutivo por el que pasan son, posiblemente, los responsables de crear situaciones estresantes, diferentes a las de las FN, que afectan a la esfera del apoyo social. Existen dos hipótesis acerca de qué razones explican que la FET sea factor de riesgo de EM: por un lado, la capacidad de la familia de actuar en los problemas de salud depende de su funcionalidad¹⁹, existiendo la posibilidad de que la FET sea, por su propia estructura y función, capaz de generar EM. Por otro lado, la enfermedad debe entenderse como un pro-

ceso dinámico que interacciona con el ciclo evolutivo de la familia, en función del tipo psicosocial de aquella, la fase de la misma y el ciclo vital familiar^{22,23}; por ello, una segunda hipótesis incide en el hecho de que es la percepción del individuo del destino irreversible de la FET, su extinción como tipología familiar, lo que estaría en el origen de su patogenicidad. La FET puede no haber acumulado recursos para responder a esta nueva etapa que produce desestructuración y alteración de las relaciones entre sus miembros^{22,23}.

Bibliografía

- Gómez Pellón E. La casería asturiana: familia, sucesión y herencia. En: Varios. Enciclopedia de la Asturias popular. El ordenamiento social. Vol. III. Oviedo: LVA, 1992; 17-32.
- Lisón Tolosana C. Invitación a la antropología cultural de España. Madrid: Akal, 1980.
- Lisón Tolosana C. Antropología de los pueblos del norte de España. Madrid: Akal, 1991.
- Kendler KS et al. The determinants of parenting: an epidemiological, multiinformant, retrospective study. *Psychol Med* 1997; 5: 345-348.
- Vocisano C et al. Demographics, family history, premorbid functioning, developmental characteristics, and course of patients with deteriorated affective disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 2: 231-234.
- Barry KL et al. Characteristics of persons with severe mental illness and substance abuse in rural areas. *Psychiatry Serv* 1996; 1: 23-26.
- Ruiz Doblado S et al. Psychiatric disorders in a rural area: descriptive study of 2106 cases. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Ciec Afines* 1997; 3: 223-225.
- Jiménez Cruzado L, González Botella A, Peñarroja González D, Nolasco Bonmatí A, Pérez Navarro I, De la Hoz Rosa J. Factores asociados con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en una zona de salud. *Aten Primaria* 1993; 11: 465-469.
- Limón Mora J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Primaria* 1990; 7: 88-93.
- García Martínez A. La mujer y la sociedad rural asturiana: una mirada antropológica. En: *Perspectivas del mundo rural asturiano*. Oviedo: Caja Rural, 1994; 73-98.
- Rogers EM, Svenning L. La modernización de los campesinos. México: FCE, 1993.
- Acina Franchi J. Perspectivas de la antropología española. Madrid: Ateal, 1978; 88-192.
- Harris M. Antropología cultural. Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- Castro Gómez JA, Blanco Sabio S. Los cambios en la estructura familiar. *FMC* 1996; 3: 209-210.
- Tizón García JL, Ciurana Misol R, Buitrago Ramírez PC, Camón R, Chorrón L et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1997; 20 (2): 122-125.
- García Martínez A. Permanencia y cambio en la casería asturiana. En: Varios. Enciclopedia de la Asturias popular. El ordenamiento social. Vol. III. Oviedo: LVA, 1992; 33-48.
- De la Revilla L, Aybar R, De los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997; 19: 133-136.
- De la Revilla L, Fleitas L, De los Ríos A, Marcos B, Balió E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria* 1998; 21: 219-224.
- Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. Grupo Aula Médica, 1998.
- Loayssa Lara JR, Soto Calpe R, Almagro Fernández-Blanco C. Disfunción familiar y enfermedad. En: Gallo Vallejo FJ et al. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Barcelona: semFYC, 1997; 366-374.
- Roland JS. Chronic illness and the family life cycle. En: Carter E, McGoldrick M. The changing family life cycle. Nueva York: Gardner Press, 1988; 433-446.
- Rof Carballo R, editor. La familia, diálogo recuperable. Madrid: Ed. Rof Carballo, 1976.
- Goody J. La evolución de la familia y del matrimonio en Europa. Barcelona: Herder, 1986.