ORIGINALES

La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación?

A. Marcas Vila^a, E. Mariscal Labrador^a, M.A. Muñoz Pérez^b, F. Olid Cobos^a, M.J. Pardo Remesal^a, E. Rubio Simón^a y A. Ruiz Ruiz^a

Equipo de Atención Primaria de Montornès-Montmeló. Institut Català de la Salut. Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària Centre.

Objetivos. El objetivo principal es conocer la relación entre la disfunción familiar y la presencia de trastorno mental. El objetivo secundario es conocer la prevalencia y la distribución de los principales tipos de patología mental en la población atendida en atención primaria.

Diseño y emplazamiento. Estudio descriptivo y transversal realizado en 6 consultas de medicina de familia de un área básica de salud semiurbana.

Método. Se seleccionaron 280 sujetos mediante muestreo aleatorio sistemático de los que acudieron espontáneamente a la consulta. Mediante entrevista se recogieron las variables de estudio: dinámica familiar (medida mediante el test de APGAR familiar), estructura familiar, variables sociodemográficas y presencia de trastorno mental detectado mediante la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-DSM IV).

Resultados. Aceptaron participar 264 sujetos. Un 64,4% era mujer y la media de edad fue de 45,6 años (DE, 16,7). Se detectó patología mental en 87 participantes (33%), siendo la patología más frecuente trastorno de ansiedad generalizada, distimia y depresión mayor. Se encontró alteración de la dinámica familiar en 32 personas (12,3%). No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de presentación de patología mental entre el grupo con disfunción familiar y el resto.

Conclusiones. Los trastornos de salud mental son frecuentes entre los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria. No encontramos asociación entre las alteraciones de la dinámica familiar y los trastornos de salud mental, lo que podría deberse a la dificultad para detectar disfunción familiar con el test de APGAR.

Palabras clave: Atención primaria; Disfunción familiar; Trastorno mental.

FAMILY DYSFUNCTION AS A PREDISPOSING OF MENTAL DISORDERS. IS THERE ANY ASSOCIATION BETWEEN THEM?

Objectives. The main purpose is to describe the relationship between family dysfunction and mental disorder. The secondary objective is to know the prevalence and distribution of mental disorders in primary care attended population.

Design. A cross-sectional study was conducted in a primary care setting.

Patients and methods. Random sample was selected over 280 subjects from consultant population. The variables (family function, family structure, social and economic conditions and mental disorders) were collected through interview. APGAR test and Mini International Neuropsychiatric Interview test were performed.

Results. 264 patients were finally included (64% women). Mean age was 45,6 years (SD 16,7). Mental disorders were detected in 87 patients (33%). The most prevalent disorders were generalized anxiety disorder, dysthymia and major depression. family dysfunction was found in 32 patients (12,3%). Prevalence of mental disorders wasn't statistically different in the group with family dysfunction.

Conclusion. Mental disorders are a common problem between primary care attended population. There wasn't any association between family dysfunction and mental disorders, because of the limitations in the APGAR test in detecting family dysfunction.

(Aten Primaria 2000; 26: 453-458)

^aMédicos de Familia. ^bMédico de Familia. Tutor Extrahospitalario de Medicina Familiar y Comunitaria.

Correspondencia: Miguel Ángel Muñoz Pérez.
C/ Biscaia, 16, 1.º, 2.º. 08440 Cardedeu (Barcelona).
Correo electrónico: 32013mam@comb.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 19-VI-2000.

Introducción

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en la práctica cotidiana del médico de familia. La prevalencia estimada en nuestro país se sitúa en torno al 30%, aunque presenta un alto grado de variabilidad, que depende, entre otros factores, de cuál sea la población en estudio —general o atendida—, del ámbito —rural o urbano— y de las características del instrumento de detección utilizado¹⁻⁵. Dicha prevalencia no difiere sustancialmente de la estimada en otros países de nuestro entorno cultural^{6,7}. Frente a instrumentos diseñados para la detección del «caso psiquiátrico probable», como el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ)⁸, en la línea de aumentar la especificidad se han desarrollado las entrevistas estructuradas de ayuda diagnóstica, basadas en los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales más utilizadas en la actualidad —CIE-10 y/o DSM-IV—. Una de éstas es la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) que, desarrollada inicialmente por D. Sheehan e Y. Lecrubier en 1992, mantiene unas elevadas predicción diagnóstica y fiabilidad interinvestigador propias de este tipo de entrevistas, aportando la ventaja de ser breve y fácil de administrar, por lo que se revela como un instrumento útil tanto en la práctica clínica como en investigación^{9,10}. La entrevista ha sido validada en nuestro medio¹¹, y cuenta con una versión en castellano. Existe consenso acerca de la naturaleza reactiva de la mayoría de problemas de salud mental en atención primaria. Frecuentemente son la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes, muchas veces en rela-

ción con etapas de transición en la vida de la persona¹²⁻¹⁵. Como quiera que entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, parece lógico pensar que la existencia de trastornos en la dinámica familiar pueda incrementar la probabilidad de presentar una dificultad de adaptación en alguno de sus miembros¹⁶⁻¹⁹. La familia funcional es aquella que cumple las funciones sociales que se esperan de ella. Estas funciones son la *equidad generacional* (adecuado juego de roles entre los distintos miembros de la familia), la *transmisión cultural* (aprendizaje de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación), la *socialización* y el *control social* (compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente desviadas)²⁰. Entre los diferentes instrumentos diseñados para evaluar la dinámica familiar destaca por su utilidad —clínica y experimental— el cuestionario APGAR familiar desarrollado y validado por G. Smilkstein^{21,22}, posteriormente validado en nuestro medio por J.A. Bellón et al.²³. Pese a las reservas manifestadas por algunos autores respecto a la sensibilidad²⁴ y utilidad práctica²⁵ de dicho cuestionario, continúa siendo recomendado y ampliamente utilizado para la detección de la disfunción familiar y el grado de ésta. El objetivo principal de nuestro estudio es valorar si existe asociación entre la disfunción familiar detectada mediante el APGAR familiar y la presencia de trastorno mental detectado mediante una entrevista de ayuda diagnóstica estructurada.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de la autopercepción de disfunción familiar y la presencia de patología mental en la población mayor de 15 años en un área básica de salud semiurbana de la provincia de Barcelona (Montornès-Montmeló). Se procedió a un muestreo aleatorio y sistemático de los pacientes atendidos en la consulta espontánea de 6 cupos de medicina de familia durante los meses de enero y febrero de 1999.

El tamaño muestral se calculó para una prevalencia esperada de disfunción familiar del 20% y con una precisión de 0,05, estimándose una muestra necesaria de 243 individuos. Se definió como criterio de exclusión la presencia de enfermedad física o mental que impidiese la participación en el estudio, así como la negativa a participar en el mismo.

Las variables del estudio se recogieron mediante una entrevista realizada por 6 médicos residentes de medicina familiar

TABLA 1. Variables sociodemográficas: descripción y relación con la presencia de trastorno mental según la entrevista MINI-DSM IV

Variable/Categorías	N	(%) ^a	Resultado positivo en MINI-DSM IV		p
			n	(%) ^b	
Sexo					
Mujer	170	(64,4)	69	(40,6)	p = 0,0004
Varón	94	(35,6)	18	(19,1)	
Estado civil					
Soltera/o	58	(22)	11	(19)	p = 0,007
Casada/o	180	(68,2)	62	(34,4)	
Divorciada/o o separada/o	10	(3,8)	4	(40)	
Viuda/o	16	(6,1)	10	(62,5)	
Situación laboral					
Parado	10	(3,8)	4	(40)	p = ns
Activo	159	(60,2)	51	(32,1)	
Jubilado	36	(13,6)	10	(27,8)	
Estudiante	6	(2,3)	1	(16,7)	
Ama de casa	46	(17,4)	18	(39,1)	
Larga enfermedad	7	(2,7)	3	(42,9)	
Nivel de instrucción					
Analfabeto	8	(3)	3	(37,5)	p = ns
Sin estudios	31	(11,7)	11	(35,5)	
Primarios	89	(33,7)	29	(32,6)	
8.º EGB-FP1	78	(29,5)	22	(28,9)	
COU-FP2	41	(15,5)	16	(40)	
Diplomados	11	(4,2)	4	(36,4)	
Licenciados	6	(2,3)	1	(16,7)	
Clase social^c					
Clase I	3	(1,1)	0	(0)	p = ns
Clase II	18	(6,8)	5	(27,8)	
Clase III	31	(11,7)	10	(32,3)	
Clase IV-a	35	(13,3)	14	(40)	
Clase IV-b	67	(25,4)	16	(23,9)	
Clase V	73	(27,7)	25	(34,2)	
Clase VI	24	(9,1)	12	(50)	

^aPorcentaje respecto al total de la muestra.

^bPorcentaje respecto al número de personas de la categoría.

^cDatos referidos a 251 individuos.

y comunitaria de tercer año, previo consentimiento informado de los participantes. Las variables investigadas fueron:

1. Presencia y tipo de patología mental, mediante la entrevista estructurada MINI-DSM IV, en su versión 4.2^{10,11}.
2. Dinámica familiar, con el cuestionario APGAR-familiar²¹, que mide la existencia y grado de disfunción familiar autopercebida por el entrevistado mediante 5 pre-

guntas de respuesta cerrada que puntúan de 0 a 2, categorizándola en disfunción severa (0-3), moderada (4-6) y no disfunción (7-10). Una nueva variable, «presencia o no de disfunción familiar» surgió de agrupar los individuos con disfunción moderada y severa.

3. Estructura familiar, según la clasificación propuesta por De la Revilla et al.²⁶.
4. Utilización de los servicios sanitarios: a partir del número de visitas (no progra-

madas por el médico ni burocráticas) en los últimos 12 meses, se consideraron hiperutilizadoras aquellas personas cuyo número de visitas era igual o superior a la media observada en la muestra más una desviación estándar.

5. Clase social: se ha utilizado la clasificación propuesta por Domingo y Marcos, basada en la Clasificación Nacional de Ocupaciones, que a su vez está fundamentada en el British Register General's Scale [BRG] de 1923, que se renueva cada 10 años^{27,28}.

6. Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, situación laboral, número de convivientes, nivel de instrucción y utilización de servicios sociales.

Para el manejo estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 8.0.

Resultados

Se seleccionaron 280 pacientes, de los cuales 16 declinaron participar por motivos diversos (falta de interés, no disponer de tiempo libre...), incluyéndose finalmente 264 individuos, de los que 170 (64,4%) fueron mujeres. La media de edad fue de 45 años, con una desviación estándar (DE) de 16,7. La media del número de visitas fue de 5,6 (DE, 4,6) (IC del 95%, 5,03-6,17). Solicitaron atención en 10 o más ocasiones 54 personas (20,4%) (IC del 95%, 15-25%), y fueron consideradas hiperutilizadoras a efectos del análisis bivariante. El resto de variables sociodemográficas se describen en la **tabla 1**.

La media de la puntuación del test APGAR familiar fue de 8,43, con una DE de 1,86 (IC del 95%, 8,19-8,65) hallándose disfunción familiar en un 12,6% (n = 33) (IC del 95%, 8-16,2%) de la muestra. En 9 individuos (3,4%) se trató de una disfunción severa. La entrevista estructurada MINI-DSM IV versión 4.2 detectó presencia de patología mental en el 33% (n = 87) (IC del 95%, 27-39%) de los encuestados. La distribución de los tipos de patología mental en la muestra se refleja en la **tabla 2**. La presencia de patología mental en la muestra estudiada se distribuyó con mayor frecuencia en mujeres (40,6 frente a 19,1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p < 0,01). Se detectó patología mental en un 19% de los participantes solteros, en el 34,4% de los casados, en el 40% de los divorciados o separados y en el 62,5% de los viudos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas

TABLA 2. Distribución de los tipos de trastorno mental diagnosticados por la MINI-DSM IV en la muestra estudiada

Tipo de patología, n (%)	n (%)	Mujeres, n (%) ^a	Varones, n (%) ^b
Episodio depresivo mayor	28 (10,6)	23 (13,5)	5 (5,3)
Distimia	26 (9,8)	20 (11,7)	6 (6,4)
Episodio hipomaniaco	3 (1,1)	1 (0,6)	2 (2,1)
Manía	0	—	—
Trastorno bipolar	0	—	—
Trastorno por angustia con agorafobia	9 (3,4)	7 (4,1)	2 (2,1)
Trastorno por angustia sin agorafobia	6 (2,3)	4 (2,4)	2 (2,1)
Agorafobia sin trastorno por angustia	8 (3,0)	6 (3,5)	2 (2,1)
Fobia social	5 (1,9)	3 (1,8)	2 (2,1)
Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)	2 (0,8)	2 (1,2)	—
Trastorno por ansiedad generalizada	36 (13,6)	28 (16,5)	8 (8,5)
Dependencia del alcohol	0	—	—
Abuso de alcohol	3 (1,1)	—	3 (3,2)
Dependencia de drogas	0	—	—
Abuso de drogas	1 (0,4)	1 (0,6)	—
Anorexia nerviosa	0	—	—
Bulimia nerviosa	2 (0,8)	2 (1,2)	—
Anorexia nerviosa, tipo bulimia	0	—	—

^aPorcentaje respecto al total de mujeres.

^bPorcentaje respecto al total de varones.

TABLA 3. Relación entre el APGAR familiar y la presencia de enfermedad mental

	Presencia de enfermedad mental		
	Sí	No	Total
Presencia de disfunción familiar			
Sí (Apgar ≥ 7)	14 (16%)	18 (10%)	32 (12,3%)
No (Apgar < 7)	73 (84%)	156 (90%)	229 (87,7%)
Total	87 (100%)	174 (100%)	261 (100%)
Grado de disfunción familiar			
Severa (Apgar 0-3)	0	9 (3,4%)	9 (3,4%)
Moderada (Apgar 4-6)	14 (16,1%)	10 (5,8%)	24 (9,2%)
No disfunción (Apgar ≥ 7)	73 (83,9%)	155 (89%)	228 (87,4%)
Total	87 (100%)	174 (100%)	261 (100%)

(p < 0,01). Respecto a la utilización de los servicios sanitarios, se detectó trastorno mental en el 44% de los hiperutilizadores, frente al 30% en los normoutilizadores (p < 0,05). No se detectó asociación estadísticamente significativa de la salud mental y el resto de variables (edad, clase social, nivel de instrucción, situación laboral) (**tabla 1**).

Al analizar la presencia de patología mental en función de la dinámica familiar, se observó que existía disfunción familiar en un 16% de los participantes en quienes se había detectado algún trastorno mental, mientras

en el grupo sin dicho trastorno el porcentaje de disfunción familiar era del 10%. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p > 0,05) (**tabla 3**).

Discusión

Analizando los resultados obtenidos, destaca el elevado porcentaje de mujeres, lo que puede ser debido a que la muestra se obtuvo sobre la población que solicitaba asistencia. Este dato concuerda con otros estudios sobre el mismo tipo de población^{1,5,14,18,19,24}.

En lo que atañe a la dinámica familiar, nos llama la atención la baja proporción de disfunción entre los participantes respecto a la bibliografía revisada^{29,30}. Hemos considerado dos aspectos a los que podrían atribuirse estos hallazgos:

1. En primer lugar, algunos de los estudios que hallan porcentajes de disfunción familiar superiores a los obtenidos en el nuestro se llevaron a cabo en poblaciones con niveles socioeconómico y cultural más bajos que el de nuestra población.

2. En segundo término, a pesar de que el test APGAR familiar fue diseñado como un instrumento de cribado, creemos que cuando se obtienen resultados por encima de 6 puntos no siempre podemos descartar la existencia de un cierto grado de disfunción. Nos parece, por tanto, que la sensibilidad del cuestionario podría no ser adecuada, tal y como han manifestado previamente otros autores^{24,25}. Esto podría deberse, como apuntan S. Llorente et al, a una falta, consciente o no, de sinceridad en las respuestas de los entrevistados. Coincidimos con su interpretación de la familia como una esfera privada cuya intimidad, por involucrar a terceras personas, se tiende a preservar más que los aspectos que afectan exclusivamente al individuo.

Por otro lado, la proporción de participantes con trastorno mental no difiere esencialmente de las cifras de prevalencia estimada en la bibliografía previa. Dicha proporción es significativamente superior en mujeres, dato éste que también reflejan la mayoría de los estudios previos^{1,18,26}. Al estudiar la relación entre presencia de enfermedad mental y otras variables, hemos observado una relación con el estado civil, aunque dado el escaso número de sujetos que integra alguna de las categorías no podemos asegurarlo con la suficiente potencia estadística. También hemos encontrado una mayor proporción de personas con trastorno mental en el grupo de los hiperutilizadores, en concordancia con estudios previos que muestran mayor proporción de malestar psíquico en este grupo de población^{24,31}.

Finalmente, respecto al objetivo principal de nuestro estudio, parece existir una mayor proporción de trastorno mental en el grupo con disfunción, aunque no hemos hallado una asociación significativa desde el punto de vista estadístico. Atribuimos

este resultado a la baja proporción de casos de disfunción familiar percibida que hemos registrado, y en parte a la dificultad antes aludida para explorar este ámbito. Ante la necesidad de aproximarnos a la familia como unidad, así como la conveniencia de evaluar la dinámica familiar en nuestras consultas, pensamos que el diseño de un instrumento de cribado no debe anteponer la brevedad y la sencillez de manejo a la sensibilidad necesaria para detectar estos problemas. ¿Es posible, con los instrumentos actuales de medida, tal aproximación?, ¿y, si lo es, es suficiente?

Bibliografía

1. Lou S, Magallón R, Orozco F, Arto A, Pons L, Betorz JJ et al. Estudio epidemiológico en salud mental en una zona de salud. *Aten Primaria* 1990; 7: 338-344.
2. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998; 12: 153-159.
3. Baca E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos JA et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999; 23: 275-279.
4. Martínez R, Baylín A, Ortiz MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria* 1999; 23: 285-288.
5. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *B J Psychiatry* 1997; 170: 529-535.
6. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 85-94.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
8. Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press, 1972.
9. Palao DJ, Márquez M, Jódar I. Epidemiología de los trastornos mentales en

- atención primaria. En: *Guía psiquiátrica en atención primaria*. Madrid: Smith-Kline Beecham, 1994; 13-17.
10. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. 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 (Supl 20): 22-33.
 11. Lecrubier Y. Final report: validation of the MINI in four European countries. Paris: INSERM, Hôpital La Salpêtrière.
 12. Craig TKJ, Boardman AP. ABC of mental health. Common mental health problems in primary care. *BMJ* 1997; 314: 1609-1612.
 13. Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocron L, Fernández C et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1997; 20 (Supl 2): 122-151.
 14. 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: 133-137.
 15. Callahan EJ, Jaén CR, Crabtree BJ, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Stange KC. The impact of recent emotional distress and diagnosis of depression or anxiety on the physician-patient encounter in family practice. *J Fam Pract* 1998; 46: 410-418.
 16. De la Revilla L. La disfunción familiar. *Aten Primaria* 1992; 10: 582-583.
 17. Asen K. Illness and the family. *J R Soc Med* 1985; 78 (Supl 8): 21-25.
 18. Montalbán J. Relación entre ansiedad y disfunción familiar. *Aten Primaria* 1998; 21: 67-76.
 19. Rodríguez E, Gea A, Gómez A, García JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996; 17: 338-341.
 20. Pérez Adán J. Salud social y función familiar. *Humana* 1997; 1: 19-26.
 21. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-1239.
 22. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-311.
 23. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18: 289-296.
 24. Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 100-106.
 25. Mengel M. The use of the Family APGAR in screening for family dysfunction in a family practice center. *J Fam Pract* 1987; 24: 394-398.
 26. De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Ángel M, Pascual J, Cubillo J. Una nueva clasificación demográfica de la

- familia para su uso en atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1991; 8: 104-111.
27. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 321-326.
28. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 87-121.
29. De la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E, Cubillo J. La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Aten Primaria* 1990; 7: 710-712.
30. 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.
31. Rubio ML, Adalid C, Córdón F, Solanas P, Masó D, Fernández D et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22: 627-630.