

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Cambios en la estructura y en la función familiar de los adolescentes en los últimos 16 años (1997-2013) y su relación con el apoyo social

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

María Inmaculada Mesa Gallardo

Fecha de lectura: 10 de febrero de 2017

Bajo la dirección de los doctores:

Alejandro Pérez Milena

Miguel Pedregal González

Huelva, 2017





Tesis Doctoral

Cambios en la estructura y en la
función familiar de los adolescentes
en los últimos 16 años (1997-2013) y
su relación con el apoyo social

Doctorando: María Inmaculada Mesa Gallardo

Año Académico: 2015/2016



Tesis Doctoral

Cambios en la estructura y en la función familiar de los adolescentes en los últimos 16 años (1997-2013) y su relación con el apoyo social

Programa de doctorado: Ciencias de la Salud

Doctorando: María Inmaculada Mesa Gallardo

Directores: Prof. Dr. D. Alejandro Pérez Milena

Prof. Dr. D. Miguel Pedregal González

Año Académico: 2015/2016

AGRADECIMIENTOS

A mis hijas, Inma y Elena, y a mi marido Víctor, por darle sentido a mi vida y llenarla de ilusiones. Por los días que de alguna manera no he estado. Por estar siempre a mi lado.

A mi madre, por enseñarme a perseguir mis sueños, por su apoyo incondicional y su ayuda siempre que la he necesitado.

A mi hermana María del Mar, a mi cuñado Miguel y mis sobrinos María y Miguel, por su cariño y por estar siempre tan cerca.

A José Luis, por enseñarme el camino.

A mis amigos, a todos, en especial a Idoia, Mari Luz, Alex, Javier, Mari Pili, Rocío, Antonio, Nuria, Larbi, Bea, Antonio, Idina y Carlos, por esperarme y tener siempre una palabra de aliento cuando me he sentido mal y una sonrisa para compartir conmigo. Por todo lo que me han enseñado y han colaborado en mi crecimiento profesional o personal.

A mis compañeros de trabajo, en especial a Blanca, también a Alicia, Lucía, Paqui, Aurora, Fernando, Manuel, María del Mar y Mari, por compartir tantas cosas conmigo y ayudarme en numerosos momentos.

A María Luz Martínez Fernández y al resto del Equipo Directivo del Instituto de Educación Secundaria donde se ha desarrollado la investigación. Por su ayuda y colaboración.

A todos los alumnos del Instituto por su participación desinteresada y sus sinceras respuestas.

A mis pacientes, por hacerme sentir tan feliz durante tanto tiempo.

ÍNDICE:

Abreviaturas y Acrónimos	11
1. Resumen.....	13
2. Introducción	
1. Conceptos y etapas de la adolescencia	19
2. Historia de la adolescencia en las culturas occidentales.....	21
2.1. ¿Hasta cuándo la adolescencia?	28
3. Adolescencia y salud	
3.1. Salud integral en la adolescencia.....	30
3.2. Morbilidad en la población adolescente.....	32
3.3. Modelo ecológico de los determinantes en salud y el desarrollo de los adolescentes	35
4. La teoría de sistemas	39
5. Adolescencia y familia	43
5.1. Bases conceptuales de la familia	43
5.2. Estructura y funcionalidad	46
5.3. Cambios del ciclo vital familiar y problemas ligados.	55
5.4. Formas de estudio e intervención familiar desde Atención Primaria	58
6. Los cambios sociales en la adolescencia	61
6.1. Cambios sociales en la adolescencia.....	61
6.2. Concepto e importancia del apoyo social.....	63
6.3. El apoyo social, la familia y el adolescente	66
3. Objetivos	
Objetivo general	71
Objetivos específicos.....	71
4. Material y métodos	
4.1. Diseño del estudio	75
4.2. Población de estudio	75
4.3. Variables del estudio	76
4.4. Intervenciones Y Recogida De Datos	78
4.5. Aspectos Éticos.....	80
4.6. Análisis De Datos	81
4.7. Estrategia De Búsqueda Bibliográfica.....	82
4.8. Limitaciones de la investigación	82
5. Resultados.....	87
1. Datos generales del estudio	89
2. Estructura y función familiar	90
3. Relación de la función familiar con el sexo y la edad	95
4. Distribución de la estructura familiar según el sexo y la edad.....	100
5. Apoyo social.....	103
6. Resultados del apoyo social según el sexo y la edad.....	104
7. Relación del apoyo social con la función familiar.....	109
8. Distribución del apoyo social según la estructura familiar.....	113

6. Discusión	
1. Cambios en la estructura familiar de los adolescentes	117
2. Cambios en la función familiar de los adolescentes.....	120
4. Validez del test de APGAR- familiar en la población adolescente.....	124
5. Relación entre la estructura y la función familiar.....	128
6. Importancia de la comunicación intrafamiliar y los estilos de crianza para la correcta funcionalidad familiar	130
7. Estilos de crianza	131
8. Influencia de la edad y el sexo en las variables familiares	132
9. Cambios en la percepción del Apoyo social en la adolescencia	133
10. Relación de la percepción de apoyo social con la función y la estructura familiar	137
11. Relación entre la percepción de disfuncion familiar y la percepción de inadecuado apoyo social	139
12. Apoyo social sin relación con la estructura familiar	140
13. El ambiente familiar y social como promotores de salud en la adolescencia	141
7. Conclusiones.....	143
8. Bibliografía	147
9. Anexos	
Anexo 1. Características del Instituto de Educación Secundaria.....	161
Anexo 2. Cuestionario de recogida de datos.....	165
Anexo 3. Estrategia de búsqueda bibliográfica	167
Anexo 4. Escala de la OMS (modificada por De la Revilla, 1994) para valorar el Ciclo Vital Familiar	171
10. Difusión de los resultados	173

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo ecológico de los determinantes de la salud y el desarrollo de los adolescentes	36
Figura 2. Teoría Ecológica de Bronfenbrenner	45
Figura 3. Esquema general del estudio.....	89
Figura 4. Estructura familiar de los adolescentes según el año de estudio.....	90
Figura 5. Función familiar de los adolescentes según el año de estudio	91
Figura 6. Prevalencia de medias de los resultados de la percepción de la función familiar ..	93
Figura 7. Evolución de la percepción de función familiar según el test de apga familiar en adolescentes hombres	95
Figura 8. Evolución de la percepción de función familiar según el test de apgar familiar en adolescentes mujeres	96
Figura 9. Distribución global de las diferentes estructuras familiares según sexo	100
Figura 10. Distribución de las diferentes estructuras familiares según sexo y año de estudio	101
Figura 11. Resultados globales del Test de DUKE-UNC	103
Figura 12. Prevalencias de apoyo social normal en los adolescentes encuestados.....	104
Figura 13. Prevalencias de apoyo total percibido normal en los adolescentes encuestados	104
Figura 15. Prevalencias de apoyo confidencial normal en los adolescentes encuestados según el sexo y el año de estudio	107
Figura 16 Relación global entre el apoyo social total percibido y la función familiar	110
Figura 17. Relación global entre el apoyo afectivo percibido y la percepción de la función familiar	110
Figura 18. Relación global entre el apoyo social confidencial percibido y la percepción de la función familiar	111
Figura 19. Correlación intraclase (valor de la Rho de Spearman) para el test de APGAR familiar y el cuestionario DUKE-UNC en cada año de estudio.....	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1- Clasificación del ciclo vital de la OMS modificada por De la Revilla.	56
Tabla 2. Puntuación media del Test de APGAR familiar en función del año de estudio y según las diferentes estructuras familiares.....	92
Tabla 3. Relación entre la función familiar (Test de APGAR-familiar y la estructura familiar	94
Tabla 4. Puntuación media del test de apgar familiar por sexo y año de estudio	96
Tabla 5. Cambios en la percepción de función familiar (Test de APGAR familiar)	98
Tabla 6. Puntuación media del Test de APGAR-familiar por edad y año de estudio.....	99
Tabla 7. Cambios en la estructura familiar según el sexo y la edad de los adolescentes y el año de estudio	102
Tabla 8. Puntuaciones medias del Test DUKE-UNC	104
Tabla 9. Puntuaciones medias del Test de DUKE-UNC según el año de estudio y la edad media del adolescente	105
Tabla 10. Cambios en la percepción del apoyo social normal (Test de DUKE-UNC) según la edad de los adolescentes y el año de estudio	106
Tabla 11. Puntuación media del Test de APGAR familiar en función de los resultados del apoyo social	109
Tabla 12. Prevalencia del apoyo social normal en los adolescentes según la percepción del apoyo familiar por año de estudio.....	112
Tabla 13. Prevalencia del apoyo social normal en los adolescentes según la estructura familiar	114

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS:

a.C.: Antes de Cristo

ANOVA: Análisis de la varianza con un factor

APGAR: Adaptabilidad, participación, crecimiento (*growth*), afectividad y resolución

ARCO: Acceso, Rectificación, Corrección y Oposición

AS: Apoyo social

AVE: Acontecimiento vital estresante

CVF: Ciclo vital familiar

DS: Desviación Estándar

ESO: Educación secundaria Obligatoria

Etc.: Etcétera

HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children

IC: Intervalo de confianza

IES: Instituto de educación secundaria

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PubMed: Motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE

UCV: Unidad de cambio vital

WOS: Web of Science

RESUMEN

La adolescencia, es una etapa de grandes cambios, un periodo de aprendizaje y autodescubrimiento en el que se pasa de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez a través de una transición dinámica, que se produce de forma gradual y a un ritmo individualizado. Es una etapa de inestabilidad emocional, búsqueda de identidad, autoafirmación e independencia en la que se produce un alejamiento de la familia por parte del adolescente y un acercamiento al grupo de pares. Es un periodo de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas emocionales y de comportamiento. Etapa de rápidos cambios biológicos y psicosociales y momento importante para sentar las bases de una buena salud en la edad adulta y oportunidad para corregir problemas de salud que hayan surgido. Hábitos como el consumo de tabaco y alcohol, hábitos alimenticios y de actividad física, el sobrepeso y la obesidad suelen presentarse a esta edad y tienen un grave impacto en la salud y desarrollo del adolescente de hoy en día.

Las características individuales del adolescente, la estructura familiar, los aspectos relacionales y las características de los padres pueden estar relacionados con los problemas emocionales y de comportamiento de los adolescentes.

Las familias han ido evolucionando, representando la familia nuclear menos del 50% hoy en día, emergiendo otras estructuras como las familias monoparentales, ampliadas y las reconstituidas, que han contribuido a la pluralidad familiar actual. Tanto la estructura como la función familiar influyen en el desarrollo y comportamiento del adolescente. La familia como estructura de sistema, juega un papel fundamental en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano del adolescente, en cuyo interior se educa y el grado de funcionalidad de la familia permitirá que se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse en la vida. Se define la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en la que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del entorno.

Ante acontecimientos vitales estresantes la familia tiene que adaptarse para poder afrontar adecuadamente situaciones difíciles o estresantes. El apoyo social tiene un efecto protector sobre parámetros relacionados con las conductas de salud y la salud en general. El bajo apoyo social influye negativamente en el estado de salud, originando la aparición de síntomas orgánicos, psicológicos y psicosociales.

El objetivo principal de este estudio es conocer la relación entre la estructura familiar de los adolescentes y su percepción de la función familiar. Son objetivos específicos, describir los cambios en el tiempo de la estructura y la percepción de la función familiar, valorar la influencia que tiene la edad y el género en la percepción de la función familiar, relacionar el apoyo social percibido con la función y estructura familiar así como determinar la relación existente entre la edad y el género con el apoyo social percibido por los adolescentes. Para su realización se ha utilizado un método descriptivo transversal mediante encuestas realizadas entre 1997 y 2013, a un total de 2050 adolescentes de 11 a 19 años de un Instituto de Educación Secundaria de una zona urbana de Jaén.

La estructura familiar más frecuente es la nuclear, seguida de las familias monoparentales, ampliadas y reconstituidas, no existiendo grandes diferencias a lo largo de los años del estudio en cuanto a estructuras familiares. La mayoría de los adolescentes perciben una adecuada función familiar, con porcentajes de disfunción leve y graves variables pero inferiores a la cuarta parte de la población estudiada, decreciendo la disfunción familiar, sobre todo la grave a lo largo de los años del estudio a la vez que se incrementa la percepción de funcionamiento familiar adecuado en las familias ampliadas y reconstituidas. No existe una relación clara entre la estructura familiar y la percepción de funcionalidad. No existen diferencias de género en cuanto al funcionamiento familiar y es a los 14,15 y 17 años cuando se percibe más disfunción familiar en los primeros años del estudio. La percepción de apoyo social adecuado es mayoritaria entre los adolescentes, siendo mejor el apoyo afectivo que el confidencial e incrementándose esta percepción a lo largo del estudio. Las mujeres perciben mayor apoyo social que los hombres, no existiendo diferencias en cuanto a la edad o la estructura familiar. Tanto los resultados del test de APGAR familiar como los del test de DUKE-INC se encuentran relacionados con la percepción adecuada de función familiar y la relación de buen apoyo social. La disfunción familiar es más frecuente si el apoyo social es insatisfactorio en los adolescentes.

INTRODUCCIÓN

1. CONCEPTO Y ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de la vida comprendido entre la niñez y la adultez.

También se define, de manera más amplia, como el tiempo situado entre el comienzo de la maduración sexual (pubertad) y la edad adulta. La entrada a la adolescencia está marcada por un cambio físico (la pubertad), mientras que el final de este periodo lo determina un cambio psicosocial: asumir un rol de adulto, lo que hace que se hayan fijado diferentes edades para el final de esta etapa. Es una época de aprendizaje y autodescubrimiento en la que se pasa de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez mediante una transición dinámica, que discurre de forma gradual y a un ritmo individualizado.

Los cambios que experimenta el adolescente suponen crecimiento y maduración en todos los aspectos de la vida. En ambos sexos, la pubertad supone la transformación del cuerpo infantil en el cuerpo adulto de la mujer o del hombre. Tanner desarrolló unas tablas que ha sido y son utilizadas universalmente para evaluar el desarrollo puberal. Estas tablas definen los cambios físicos que se producen en esta etapa basándose en las características sexuales externas primarias y secundarias, tales como el tamaño de las mamas genitales, volumen testicular y desarrollo de vello púbico y axilar. Clasifica y divide las transformaciones puberales en cinco etapas sucesivas, que van del niño (grado I) al adulto (grado V).

Las etapas de la adolescencia también pueden definirse según criterios cronológicos, psicosociales y culturales.

A lo largo de la historia, las diferentes culturas han necesitado establecer las diferencias entre niños y adultos en la sociedad. Cada cultura eligió distintas maneras de diferenciarlos socialmente. En ocasiones esta transición se hizo de una forma rápida, a través de ritos de paso puberales en los que los niños pasaban de forma repentina a adultos. En otras culturas se optó por una transición más lenta, creando una etapa vital intermedia entre la niñez y la adultez: la adolescencia.

Según el criterio cronológico, se diferenciarían primera adolescencia (10-14 años) y segunda adolescencia (15-19 años). Sin embargo, es preferible usar un criterio evolutivo para diferenciar estas etapas, ya que el criterio cronológico no tiene en cuenta las grandes variaciones individuales y la influencia de los factores psicosociales (Arnett, 2008; Pérez Milena, 2007). El desarrollo psicosocial marcaría una primera adolescencia (12-14 años), una segunda adolescencia (15-17 años) y una adolescencia tardía (18-21 años).

Según el contexto sociocultural se distinguen tres periodos, la adolescencia temprana (10-14 años), la adolescencia tardía (15-18 años) y la adultez emergente (19-25 años) (Arnett, 2008; Bras, 2003).

La adolescencia temprana, que coincidiría con la pubertad, está caracterizada por la preocupación por la imagen, la exigencia de privacidad (poseer un "territorio propio"), la reafirmación y rebelión, los conflictos con las normas parentales, la menor comunicación con la familia y mayor con el grupo de pares del mismo sexo, el comienzo de los pensamientos abstractos y las operaciones formales, con tendencia a los extremismos, con escala simple de valores, gran impulsividad y variaciones del estado de ánimo. En las niñas se produce la menarquía. En la adolescencia media irrumpe el inicio de la autoaceptación, la maduración, el inicio de relaciones con el otro sexo, el idealismo, pérdidas de tiempo, cansancio permanente, sensación de omnipotencia e invulnerabilidad, y el experimentalismo (o ponerse a prueba). Hay una iniciación en prácticas de riesgo (drogas, conducción de vehículos, deportes) y en el rol sexual y la actividad genital. La adolescencia final o tardía, o prejuvenil conlleva una autoaceptación e independencia, mayor realismo y formación de parejas (Bras, 2003).

Existen también otros factores relacionados, como la alimentación, vinculada a las condiciones socioeconómicas, que pueden influir en un desarrollo puberal.

La adolescencia, por lo tanto, puede interpretarse como un fenómeno social, cultural e históricamente determinado, donde el adolescente es el producto y el agente, en todo el proceso de constitución.

2. HISTORIA DE LA ADOLESCENCIA EN LAS CULTURAS OCCIDENTALES

En la antigua Grecia (S.IV y V a.C.), Platón y Aristóteles veían la adolescencia como la tercera fase diferenciada de la vida, después de la infancia (que iba desde el nacimiento hasta los siete años) y la niñez (desde los siete a los 14 años). En sus doctrinas extendían la adolescencia desde los 14 años 21 años. Ambos veían la adolescencia como una etapa de la vida en la que se comienza a razonar. En su libro “La República”, Platón argumenta que la educación sería no debería comenzar hasta la adolescencia. Es a esa edad cuando la mente está lista para aplicar la razón al aprendizaje. Aristóteles, que era su discípulo, opinaba de forma parecida y pensaba que es en la adolescencia cuando somos capaces de ejercer la razón y hacer elecciones racionales. Dado que durante la adolescencia todavía priman los impulsos y aparecen los deseos sexuales, no es hasta el final de la adolescencia cuando la razón se establece plenamente.

En la Roma antigua, hasta el siglo II a.C., no existía un período de edad a la que se pudiese dar el nombre de adolescencia o de juventud. La pubertad fisiológica, celebrada con una ceremonia religiosa en la que el púber se quitaba la toga pretexta y la bula, símbolos de la infancia, para ponerse la toga viril, traje solemne de los ciudadanos romanos, marcaba el paso del niño a la edad adulta. El púber, *filius familias*, podía así participar en los comicios, acceder a la magistratura, alistarse en la milicia ciudadana con los mismos derechos y deberes que su padre. Se le reconocía jurídicamente capaz de actuar y cuando su padre moría adquiría la personalidad jurídica (Lutte, 1991). En ese tiempo, la vida estaba dividida en tres fases: la infancia, la edad adulta y la vejez. Esta forma de dividir la vida es común en muchas culturas y podemos pensar que era la regla general en el comienzo de las sociedades humanas.

A principios del siglo II a.C., nace la juventud en un momento en el que se habían producido profundos cambios en el sistema económico. Se produjo una gran expansión territorial de Roma y esto llevó consigo a la producción de cambios sociales significativos. La afluencia de metales preciosos y el comercio provocaron importantes cambios económicos, se crearon grandes latifundios y se llegó al desarrollo completo de la esclavitud como medio fundamental de producción (Giuliano, 1979).

En los años 193–192 a.C. el senado aprueba la Lex Plaetoria, “acta de nacimiento de un nuevo grupo social” que “instituyó una acción penal contra el que hubiese abusado de la inexperiencia de un joven de edad inferior a 25 años en un negocio jurídico”. Unos diez años

más tarde, la Lex Villia Annalis limitaba la participación de los jóvenes en los cargos públicos. La madurez social que antes se reconocía inmediatamente después de la pubertad y la participación en cargos públicos se retrasa hasta los 25 años (Lutte, 1991).

La juventud o la adolescencia hacen pues su aparición histórica como una fase de subordinación, de marginación, de limitación de derechos y de recursos, como incapacidad de actuar como los adultos, como fase de semidependencia entre la infancia y la edad adulta. En la ideología oficial, las leyes que sancionan la creación de una nueva clase de edad, se presentan como medidas para defender a los jóvenes. La aparición de los jóvenes como grupo social sólo se produce en las clases privilegiadas y sólo interesa a los varones: las mujeres no salen nunca de una condición de minoridad social. La adolescencia podía ser considerada como un privilegio si la comparamos con la condición de los jóvenes o de los muchachos de las clases desfavorecidas o de los esclavos. Pero en comparación con la condición precedente de ausencia de adolescencia, la juventud se estructura como una fase de subordinación y de marginación con respecto a los adultos de las clases privilegiadas, y, en ciertos aspectos, devuelve a estos jóvenes a la condición de incapacidad jurídica que caracteriza a los niños, las mujeres y los esclavos.

Durante la edad media y la época preindustrial, la juventud duraba aproximadamente de los 7-10 años a los 25-30 años y se situaba entre la dependencia de la infancia y la relativa independencia de la edad adulta caracterizada por el matrimonio y la herencia. La pubertad se manifestaba con cuatro años de retraso con respecto a la época actual y no se alcanzaba la plena fuerza física hasta los 25-30 años.

En el siglo XVI en algunas sociedades europeas los jóvenes solían participar en los que los historiadores han llamado servicio del ciclo de la vida, entre los 18 y los 25 años. Durante periodos variables de alrededor de 5-7 años, los jóvenes se dedicaban al servicio doméstico, agrícola o entraban como aprendices en comercios y oficios (Ben-Amos, 1994).

Algo similar sucedió en Estados Unidos pero en el siglo XVII. En este caso los servicios se prestaban en casa de un familiar o amigo de la familia.

Durante los siglos XVII al XIX, en Estados Unidos, a medida que la economía crecía y se industrializaba y se dejaba de depender tanto de la agricultura, los jóvenes dejaban sus casas para irse a las grandes ciudades, donde solos, sin el apoyo de la familia, comenzaron a ser considerados un problema social en muchos aspectos. Por eso se crearon instituciones de control social, asociaciones religiosas, sociedades literarias, centros cristianos para jóvenes de

ambos sexos donde los jóvenes eran supervisados por adultos (Youniss & Smollar, 1987) según Youniss y Smollar citando a Kett. Este método funcionó bastante bien y se produjo una reducción de la delincuencia, consumo de alcohol y problemas de los adolescentes.

La industrialización cambió radicalmente la situación de los adolescentes. Este fue un proceso largo y complejo, que empezó en el siglo XVI y se completó en el siglo XIX. En esta época, en el período de la juventud, se crearon la infancia escolar y la adolescencia. Se substituyó el aprendizaje en las corporaciones por la educación. Gillis y Kett describieron la invención de la adolescencia (Ariès, 2001; Gillis, Tilly, & Shorter, 2013). Según Gillis, la adolescencia apareció en la clase burguesa en las últimas décadas del siglo XIX y derivó de un conjunto complejo de factores ligados a la industrialización y al desarrollo capitalista de la sociedad. En este período se acentuó la distancia entre las clases sociales: la burguesía acumulaba el capital y el poder a expensas de los campesinos y de los artesanos, que desposeídos de su oficio eran condenados a vender su fuerza para el trabajo. Es cuando aparece el proletariado, sometido a duras condiciones de trabajo y a menudo víctima del desempleo, en particular los jóvenes, muchos de los cuales eran expulsados del mundo del trabajo como consecuencia de los progresos de la mecanización. La familia que, anteriormente, era de tipo patriarcal, se transformó en familia nuclear compuesta por los padres y algunos hijos que ya no dejan su casa a los siete años, sino que permanecen en ella hasta que se casan. Primero son las clases privilegiadas las que renuncian a la tradición de enviar a los niños como sirvientes a otras familias y las muchachas fueron las primeras en quedarse en casa en espera y deseo del matrimonio. Esto también lo observó Ariès en la sociedad francesa. Se empieza a cuestionar que los hijos se vayan a aprender a casas ajenas y el retorno al hogar es más frecuente y se hace antes. La familia, que hasta entonces no se había ocupado de la educación de los hijos desarrolla cada vez más un sentimiento de responsabilidad hacia ellos, y se convierte en un lugar en el que hay afecto y adopta una estructura nuclear (Ariès, 2001).

Muchos jóvenes comienzan a frecuentar regularmente la escuela, sobre todo los que necesitaban un título universitario para poder suceder a sus padres que ejercían profesiones liberales. La escuela, que en los siglos anteriores acogía a personas de todas las edades, a partir de ahora se especializa por grupos de edad: la escuela primaria para la infancia y la escuela secundaria para la adolescencia. Para evitar las rebeliones de los jóvenes, la escuela adoptó un estilo militar: se daban las órdenes con silbato, los estudiantes tenían que alinearse en filas y podían sufrir penas de prisión. El ideal que se les proponía a los adolescentes era el

de la obediencia ciega del soldado (Ariès, 2001). Además los educadores animaban a los jóvenes a practicar los deportes de grupo, se exaltaban las proezas físicas, los músculos, la virilidad. El deporte alejaba a los muchachos del mundo de las jóvenes a las que se las consideraba ahora como débiles, emotivas e inestables. Los movimientos de juventud contribuyeron también a la creación de la adolescencia moderna. Gillis analizó en especial el movimiento de los Scouts en Inglaterra y de los Wandervogel en Alemania que atrajeron sobre todo a los jóvenes de las clases media y burguesa, mientras que los de las clases populares no querían alistarse en unas organizaciones cuya finalidad era hacer aceptar el orden social existente. Se caracterizaban por una exaltación de la naturaleza y de la fuerza física y por una visión romántica de la juventud a la que se creía capaz de regenerar a la sociedad. Estos movimientos que se proclamaban apolíticos eran en realidad fuerzas políticas, dirigidas por adultos de las clases privilegiadas que transmitían sus valores. La decisión de los nazis en 1933 de enrolar a todos los jóvenes en la “Juventud hitleriana” completó la tendencia a la supervisión compulsiva de los adolescentes (Gillis et al., 2013).

Hasta el siglo XIX, los jóvenes se resistieron a las tentativas de limitar sus libertades. Sus rebeliones se manifestaron de formas variadas: revueltas estudiantiles, participación en las revoluciones y, en el caso de los jóvenes de medios populares, participación en las luchas de clases, delincuencia, manifestaciones variadas de contraculturas y de subculturas. Algunos ejemplos de ello son las revueltas que estallaron en las escuelas durante los siglos XVI y XVII, de tal intensidad que a veces fue necesario que interviniese el ejército para reprimirlas. A fines del siglo XVIII hicieron su aparición el desempleo y la subocupación intelectual. Esto provocó en los jóvenes, sobre todo en Prusia, una conciencia de generación que hasta entonces nunca había sido tan fuerte. Los jóvenes de las clases populares, que no asistían a la escuela y que a menudo no encontraban trabajo, reaccionaron contra la degradación de su condición uniéndose a las luchas obreras de los adultos. Comenzaron también a manifestar una contracultura por medio de bandas a las que las autoridades llamaban delincuentes.

Según Gillis, hacia finales del siglo XIX una parte de los jóvenes, sobre todo los de los 14 a los 18 años, se resignaron a depender de la familia y de las demás instituciones de los adultos. Orientaron la agresividad hacia sí mismos, justificando con sus tormentos interiores las descripciones psicológicas de la adolescencia. Hacia 1900, la adolescencia sólo se encontraba en las clases privilegiadas, pero se empezaba ya a percibir su extensión a las familias de los obreros cualificados y semicualificados. Sólo en la primera mitad del siglo XX, a la que Gillis llama “la Edad de la adolescencia”, se extiende a todas las clases sociales.

Anteriormente, en las familias más pobres, el trabajo de los jóvenes era necesario para la supervivencia de la familia y se veía la escuela como una amenaza (Lutte, 1991). El trabajo infanto-juvenil y sus consecuencias, también dieron lugar a considerar la edad como elemento distintivo. El fenómeno más chocante de la primera fase de la revolución industrial, es la puesta al trabajo de la mano de obra familiar. Un gran número de trabajadores eran niños y mujeres. Las consecuencias fueron demográficamente desastrosas: fuertes tasas de mortalidad infantil, deformaciones físicas, mortalidad precoz. Aparece y se desarrolla en ese momento la actuación de higienistas y urbanistas, quienes junto a un patronato devenido de tipo paternalista, fijan políticas de moralización de la clase obrera. En 1841, aparece en Francia la primera ley de protección a la mujer y a los niños trabajadores. Se fijan edades mínimas relacionadas con la duración del trabajo. La eficacia de estas leyes no comienza a manifestarse hasta tanto se instituye la educación obligatoria (1880–1882).

En el siglo XIX, el derecho toma la adolescencia como objeto privilegiado de estudio. El interés surge, buscando una protección legal a los niños y adolescentes trabajadores. Sin embargo, este interés sufre un giro: se comienza a observar la relación entre adolescencia y criminalidad. Durante la segunda mitad del siglo XIX, surgen en Europa, instituciones específicas destinadas a menores. Las casas de corrección y los asilos o refugios para niños abandonados, aparecen ligados a un sistema jurídico que intenta vigilar y prevenir delitos. La institucionalización de menores en el siglo XIX, tuvo como efectos la aparición de nuevos saberes sobre infancia y adolescencia. Al mismo tiempo se elaboran nuevas nomenclaturas que devienen en la producción de nuevas categorías sociales.

Hall en su teoría de la recapitulación explicaba que el desarrollo del ser humano recapitula o repite el desarrollo evolutivo de toda la especie humana, teoría que hoy en día no sería creída por ningún investigador pero que hizo que en su época los académicos y la sociedad en general fijasen su atención en la adolescencia. Stanley Hall es considerado como la figura más influyente de la Edad de la adolescencia (G. S. Hall, 2011).

Stanley Hall definió en 1908 que la adolescencia empezaba a los 14 y terminaba a los 24 años (G. S. Hall, 2011). Sin embargo los académicos actuales consideran que la adolescencia empieza alrededor de los 10 años y termina a los 18 años, salvo Arnett que la prolonga más. Este adelanto de la edad a la que comienza la adolescencia se debió a que se produjo un adelanto en la edad de la menarquía y por consiguiente se consideró que la adolescencia debía empezar antes.

El final de la adolescencia puede definirse no solo desde un punto de vista biológico, sino también social, a los 18 años se termina la fase preparatoria de los adolescentes en Estados Unidos y por eso quizás los especialistas en el estudio del adolescente de este país colocaron el final de la adolescencia ahí. Sin embargo, se considera que los jóvenes no se van de casa hasta que se casan y tienen hijos, y eso no sucede hasta los 20 o 25 años y quizás por eso Hall establece el final ahí. Hall consideraba la etapa de los 18 a los 24 como una etapa muy interesante, en la que suceden muchas cosas que tienen implicación para la trayectoria que sigue el desarrollo en la adultez. Arnett le llamó a este periodo *Adultez emergente* (Arnett, 2008).

Después de la Segunda Guerra Mundial, el movimiento en favor de los derechos de la niñez, que estaba en auge, se concentró en obtener un reconocimiento especial de los niños, las niñas y los adolescentes por parte de la recientemente creada Organización de las Naciones Unidas. Esto se logró en 1959, con la aprobación de la Declaración de los Derechos del Niño, un paso trascendental para adoptar disposiciones jurídicas destinadas a salvaguardar el bienestar de la infancia, en lugar de suponer que esto se podía conseguir, sencillamente, por medio de los principales instrumentos de derechos humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1959).

El 20 de noviembre de 1989, tras una década dedicada a su elaboración, la Asamblea General de las Naciones Unidas finalmente adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño. Se trata de un amplio tratado sobre los derechos humanos de los niños que vincula a todos los Estados como parte.

El tratado no solo ponía de relieve la importancia de proteger el bienestar de todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años; también destacaba su condición de titulares de derechos y proporcionaba una base ética para facilitar su participación en todos los aspectos de sus vidas.

Gracias a la amplitud e integridad de la Convención, solamente dos décadas después de su adopción, todas las naciones del mundo la habían ratificado, excepto dos, lo que la convirtió en el tratado de derechos humanos con mayor respaldo en la historia. Sus dos Protocolos Facultativos, aprobados por las Naciones Unidas en 2000, buscaban reforzar aún más los derechos de los niños, agregando disposiciones concretas para protegerlos contra la participación en conflictos armados, la trata de personas, la esclavitud, la prostitución y la pornografía (UNICEF, 2015).

En la actualidad, según informe de Unicef “Estado de la infancia y la adolescencia 2012”, existen muchos niños y niñas que padecen carencias graves y siguen privados de acceso a servicios esenciales. En la actualidad los menores no solo son considerados objeto de protección, sino también sujetos de derecho. Se intenta garantizar la cobertura de las necesidades básicas de todo menor, en especial el acceso a la salud y el progresivo logro de autonomía. De este modo se espera que los jóvenes sean más independientes y responsables. A la vez que se les pide más responsabilidad, es importante garantizar el cumplimiento real de sus derechos. En algunos países, donde estos derechos no lograron establecerse realmente, existen sectores de la población, que aún hoy siguen intentando conseguir derechos esenciales (Unidas, 2011).

Si analizamos las zonas urbanas y rurales, los adolescentes a nivel mundial se han beneficiado de los progresos en materia de supervivencia infantil, educación, acceso a agua potable, y otros ámbitos del desarrollo.

A pesar de todas las definiciones citadas anteriormente, en la actualidad no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente. Las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida (Unidas, 2011). Esta definición se aplica a buena parte de los análisis y la promoción de políticas internacionales. Aun cuando el término “adolescentes” no figura en los convenios, las declaraciones ni los tratados internacionales, todas estas personas tienen derechos dimanantes de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros importantes pactos y tratados sobre derechos humanos.

Definir la adolescencia como la segunda década de la vida permite reunir datos basados en la edad, con el propósito de analizar este período de transición. Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. Pero esto, como ya hemos visto, no fue así durante la mayor parte de la historia humana.

La amplia aceptación de la importancia de la adolescencia es relativamente reciente. De hecho, todavía en numerosas sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso y con frecuencia los adolescentes y muchas veces, los niños y niñas más jóvenes, trabajan y hasta empuñan armas. En este sentido, son considerados como adultos más pequeños y menos desarrollados.

En otras sociedades el paso de la infancia a la edad adulta se marca con ritos de transición. Mediante estos ritos se establece que el individuo asume, desde ese momento, las responsabilidades propias de los adultos, al igual que el derecho a disfrutar de la independencia y los privilegios respectivos. Los ritos de transición implican que la infancia es una etapa separada del resto de la vida humana. Una etapa que merece atención y consideración especiales.

2.1 ¿Hasta cuándo la adolescencia?

Un adolescente es un ser humano que pasó la pubertad y que todavía se encuentra en etapa de formación ya sea en lo referente a su capacitación profesional, a la estructuración de su personalidad o a la identidad sexual. En cambio, joven designa a alguien que ya ha adquirido responsabilidades y cierta cuota de poder, que ha madurado su personalidad y tiene establecida su identidad sexual (adulto joven).

Stone y Church, definieron a la persona en crecimiento, de los 13 a los 20 años y establecían una diferencia entre el desarrollo físico y el psicológico. El primero se alcanzaba con la madurez física, el segundo con la madurez social. Esto acarrea un problema si se quiere fijar una edad como límite superior de la etapa. Estos autores hacían referencia a los “otros”, la sociedad que rodea al adolescente como aquella que consagra su madurez y se lo hace saber (Obiols & Di Segni Obiols, 2006).

Francoise Dolto (1980), según mencionan en su libro Guillermo Obiols y Silvia De Signi, describe en los últimos años un fenómeno de post adolescencia, un alargamiento de la misma que no permite fijar sus límites con mucha precisión, para ella no hay madurez posible en tanto no exista independencia económica (Obiols & Di Segni Obiols, 2006) .

Francoise Dolto cree que el cambio se produjo tras la Segunda Guerra Mundial. Fue en ese momento cuando pasamos al periodo en el que el adolescente se revelaba contra los padres y contra la sociedad pero a la vez trataba de formarse y soñaba con ser rápidamente un adulto como ellos. A partir de los años 50, la adolescencia comenzó a considerarse como un estado. Esto afectó más a las clases medias y altas, a los jóvenes de las ciudades, ya que las clases bajas seguían iniciando pronto el trabajo o la paternidad.

En la sociedad actual, según Dolto, “los jóvenes no esperan vestirse como sus padres, son los padres los que intentan vestirse como sus hijos”. Se produce así una etapa en la que lo ideal es retrasar las responsabilidades e intentar prolongar disfrutar de comodidades, de las cosas buenas de la infancia y a la vez tener la libertad de los adultos.

De todo lo enunciado, lo único que puede tenerse en claro es que el límite superior de la adolescencia, es confuso. Así también lo plantea Louise Kaplan que indica como factores que alargan el final de la adolescencia, la falta de posibilidades de trabajo, la formación profesional muy larga, la glorificación de la adolescencia a nivel social, etc. (Kaplan, 1986).

3. ADOLESCENCIA Y SALUD

3.1. Salud integral en la adolescencia

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo de las personas. En ella se producen rápidos cambios biológicos y psicosociales que afectan a todos los aspectos de la vida de los adolescentes. La adolescencia es un momento importante para sentar las bases de una buena salud en la edad adulta y también es una oportunidad para corregir problemas de salud que hayan surgido en los diez años anteriores (OMS, 2014). El concepto de Salud Integral del Adolescente engloba la mejora del acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de la adolescencia, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad. Desde esta perspectiva, el objetivo de los programas preventivos debe ser el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, y reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en situaciones menos favorables.

Los cambios que tienen lugar en la adolescencia se reflejan tanto en las enfermedades como en los comportamientos relacionados con la salud y al mismo tiempo, los problemas y comportamientos relacionados con la salud en esta etapa, afectan al desarrollo físico y cognitivo. Algunos comportamientos relacionados con la salud y las afecciones determinantes de las principales enfermedades no transmisibles suelen presentarse por primera vez, o verse reforzados, durante la segunda década de vida: consumo de tabaco y alcohol, hábitos alimenticios y de actividad física, sobrepeso y obesidad. Esos comportamientos y afecciones tienen un grave impacto en la salud y el desarrollo de los adolescentes de hoy, pero sus efectos para la salud en la edad adulta pueden ser aún peores.

La evolución de las capacidades de los adolescentes afecta a cómo piensan estos sobre su salud y sobre su futuro e influye en sus decisiones y acciones.

Según algunos trabajos que estudian el desarrollo del cerebro de los adolescentes, las zonas del cerebro que buscan la recompensa se desarrollan antes que las zonas relacionadas con la planificación y el control emocional. El cerebro de los adolescentes posee una gran capacidad para cambiar y adaptarse y por esto la experimentación, la exploración y la asunción de riesgos son más de carácter normativo que patológico en esta etapa (OMS, 2014).

Factores individuales y ambientales predisponen a algunos adolescentes a padecer problemas de salud y de desarrollo. La marginación, la explotación y el hecho de vivir sin el apoyo de los padres pueden ser factores de riesgo. Pero no siempre los sistemas nacionales de salud son capaces de detectarlo y en ocasiones no se establecen las estrategias necesarias para abordar estos problemas. Esos adolescentes pueden ser olvidados, pese a ser los que más ayuda necesitan (OMS, 2014).

Según la OMS, los nuevos datos presentados en Salud para los adolescentes del mundo sobre países que disponen de datos de encuestas muestran que menos de uno de cada cuatro adolescentes cumple las directrices recomendadas sobre actividad física; en algunos países, hasta uno de cada tres adolescentes es obeso. Por otra parte, la mayoría de los países de todas las regiones ha informado de que como mínimo la mitad de los varones adolescentes más jóvenes había sufrido lesiones graves en el transcurso del año anterior.

En casi todos los países, al menos la mitad de los adolescentes de 15 años sexualmente activos afirman haber utilizado preservativos la última vez que han mantenido relaciones sexuales (aunque eso significa también que muchos adolescentes no utilizan preservativos), y el consumo de cigarrillos entre los adolescentes más jóvenes está disminuyendo en muchos países de ingresos altos.

La salud mental es otra nueva prioridad de salud pública, dado que los problemas de salud mental se cobran muchas vidas en esta etapa de la vida. A nivel mundial, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, y la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad. Hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida (OMS, 2014).

Según la OMS, la depresión es la patología más frecuente y discapacitante entre los chicos de 10 a 19 años.

En 2012, 1,3 millones de chicos de estas edades fallecieron en el mundo y las principales causas fueron, por este orden, los accidentes de tráfico, el VIH y los suicidios.

Si analizamos la mortalidad por sexo, mueren más chicos que chicas en el grupo de edad de 15 a 19 años, no ocurriendo así en los de 10 a 14 años. En las adolescentes las principales causas de mortalidad son el suicidio seguida de las relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto. La mortalidad en adolescentes relacionada con complicaciones del embarazo y parto ha descendido, sobre todo en los países con tasas de mortalidad más altas por este motivo.

Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en adolescentes en el mundo, seguidos por VIH/sida cuyo número de muertes va aumentando, lesiones autoinflingidas, infecciones de las vías respiratorias inferiores, violencia interpersonal, enfermedades diarreicas, ahogamiento, meningitis, epilepsia, trastornos endocrinológicos, hematológicos e inmunológicos (OMS, 2014).

La mortalidad en la adolescencia, por un lado es claramente evitable, aunque existan casos relacionados con anomalías congénitas o inmadurez de los sistemas fisiológicos. La mortalidad en la adolescencia es causa de gran alarma social dado que la valoración social de la vida de un joven es especialmente alta, dado que con la muerte de un joven se pierde una inversión en crianza y educación ya realizada y el previsible retorno de toda una futura vida productiva.

3.2 Morbilidad en la población adolescente

La morbilidad demandante es difícil de cuantificar. Entre la demanda espontánea y la patología diagnosticada se puede establecer el siguiente listado de problemas básicos por frecuentes, demandantes y/o graves (Pérula, 1998; Martín Zurro, 2008):

- Neurovascular: migraña, mareabilidad, síncope vasovagales.
- Piel: el 80% de la población adolescente presenta acné juvenil, siendo la alteración cutánea más frecuente en esta edad. Afortunadamente sólo el 5% son formas graves. El 75% de las dermatitis atópicas mejoran al final de la adolescencia, en cambio es relativamente frecuente en esta edad la dermatitis plantar juvenil. Otras patologías

dermatológicas frecuentes durante la adolescencia son las micosis cutáneas (pitiriasis versicolor, pie de atleta y eccema marginado de Hebra). Las quemaduras solares son frecuentes en esta edad por exposiciones prolongadas y sin protección.

- Ojos: el 20% de los adolescentes sufren déficit de agudeza visual, el cual se desarrolla en los primeros años de la adolescencia.
- Boca: formación de caries, malformaciones y maloclusiones dentarias, e importante déficit de higiene bucodental.
- Digestivo: dolor abdominal recurrente funcional, sin olvidar gastritis, ulcus gastroduodenal, colon irritable y enfermedades inflamatorias crónicas que cursan con brotes de dolor abdominal, diarrea mucosanguinolenta y retraso del crecimiento.

En análisis sobre la situación de salud de los jóvenes que se realizó en España, en el año 2004, un total de 288.025 jóvenes de 15 a 24 años fueron dados de alta en los hospitales españoles. Este grupo de edad representó el 6% del total de altas hospitalarias.

Si exceptuamos las complicaciones de la gestación, el parto y el puerperio, las mujeres se hospitalizan un 7% menos que los hombres. El principal motivo para esta diferencia son las lesiones y envenenamientos, que acumulan 38.708 altas en varones, frente a 9.005 altas en mujeres, y que es, tras el parto, el principal motivo de hospitalización de este grupo de edad, seguido de las causas de aparato digestivo (apendicitis fundamentalmente), enfermedades del aparato muscular, esquelético y tejidos conectivos, las enfermedades genitourinarias, del aparato respiratorio y los trastornos mentales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

La mayoría de los adolescentes que ingresan se recuperan totalmente, aunque hay algunas que padecen procesos malignos que acortan su esperanza de vida y otros que son diagnosticados de enfermedades crónicas que padecerán a lo largo de toda su vida.

En un estudio realizado en España (Albañil Ballesteros et al., 2012) la prevalencia de obesidad en la población adolescente alcanzaba el 7% y la de sobrepeso el 18%, con una relación con los factores de riesgo cardiovascular en familiares de primer grado: existía asociación entre obesidad a los 18 años y obesidad y diabetes en sus familiares de primer grado, así como entre hipertensión arterial a dicha edad e hipertensión arterial en familiares de primer grado.

En la Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012 (Sánchez Cruz & Escuela Andaluza de Salud Pública, 2012), publicada en 2013 se describe la evolución del Estado de Salud de los niños y adolescentes andaluces menores de 16 años en los últimos 12 años, así como la

percepción que tienen los padres sobre la salud de sus hijos, habiendo mejorado esta última en los últimos años. En este informe se observa que en general el estado de salud ha mejorado y esto se aprecia en indicadores como la disminución del número de menores que se ha visto obligado a permanecer en cama por motivos de salud, el aumento de la proporción global de dientes sanos, el aumento en la realización de actividad física diaria y la utilización de medidas de protección solar. Existen también otros problemas de salud preocupantes como el consumo de medicamentos en los menores de todos los grupos de edad y la obesidad que se han incrementado.

La adolescencia es una etapa de inestabilidad emocional, búsqueda de identidad, autoafirmación e independencia en la que se produce un alejamiento de la familia por parte del adolescente y un acercamiento al grupo de pares. La adolescencia es un periodo de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas emocionales y de comportamiento (Wagner, Falcke, Silveira, & Mosmann, 2002).

Existen aspectos como la presencia de trastorno mental en los padres, los conflictos familiares, la existencia de hogares monoparentales, el tipo de crianza de los padres, la hostilidad y el maltrato, los abusos, que afectan al desarrollo posterior de los niños y adolescentes. Aunque existen evidencias del papel de estos factores en el desarrollo de los niños y adolescentes, no está claro que estos factores influyan por igual en los distintos ámbitos de desarrollo. Se podrían diferenciar dos tipos de problemas, que por si no son excluyentes, que constituyen patrones de conducta desadaptativas diferentes: los comportamientos externalizados (alteraciones y trastorno del ámbito conductual) y los internalizados (alteraciones y trastorno del ámbito emocional). La prevalencia de problemas emocionales y de comportamiento varía de una cultura a otra. Los estudios realizados en países en desarrollo sugieren una tasa del 10-20% de prevalencia de problemas emocionales siendo mayor el nivel de problemas externalizados en chicos e internalizados en chicas. (Hess & Falcke, 2013).

Las características individuales del adolescente, la estructura familiar, los aspectos relacionales y las características de los padres pueden estar relacionados con los problemas emocionales y de comportamiento de los adolescentes.

La familia juega un papel fundamental en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa y su grado de funcionalidad permitirá que éste se convierta en una persona

autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida. En la familia los padres y adultos significativos son fundamentales por la influencia que ejercen en el desarrollo de hábitos de vida, en el modo de expresar afectos, en las formas de relacionarse con los demás, de resolver conflictos y de desarrollar conductas de autocuidado. Los estilos de crianza parental pueden tener un efecto positivo o negativo en la incidencia de conductas de riesgo adolescente, comprobándose que a mayor apoyo parental y control conductual hay menor consumo de drogas, autoagresión, violencia y depresión entre otras (Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa, 2013).

La adolescencia, por tanto, es una etapa del desarrollo en la que se producen grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, de gran magnitud, en personas con todavía poca experiencia vital, que pueden ocasionarles estrés y efectos psicológicos pero que también, por la acumulación de eventos vitales estresantes y la dificultad para afrontarlos de forma adecuada puede llevarles a manifestar problemas emocionales, conductuales y afectar también a su salud física, manifestándose como problemas menores de salud, comunes en esta etapa del desarrollo (Barra A, Cerna C, Kramm M, & Véliz V, 2006).

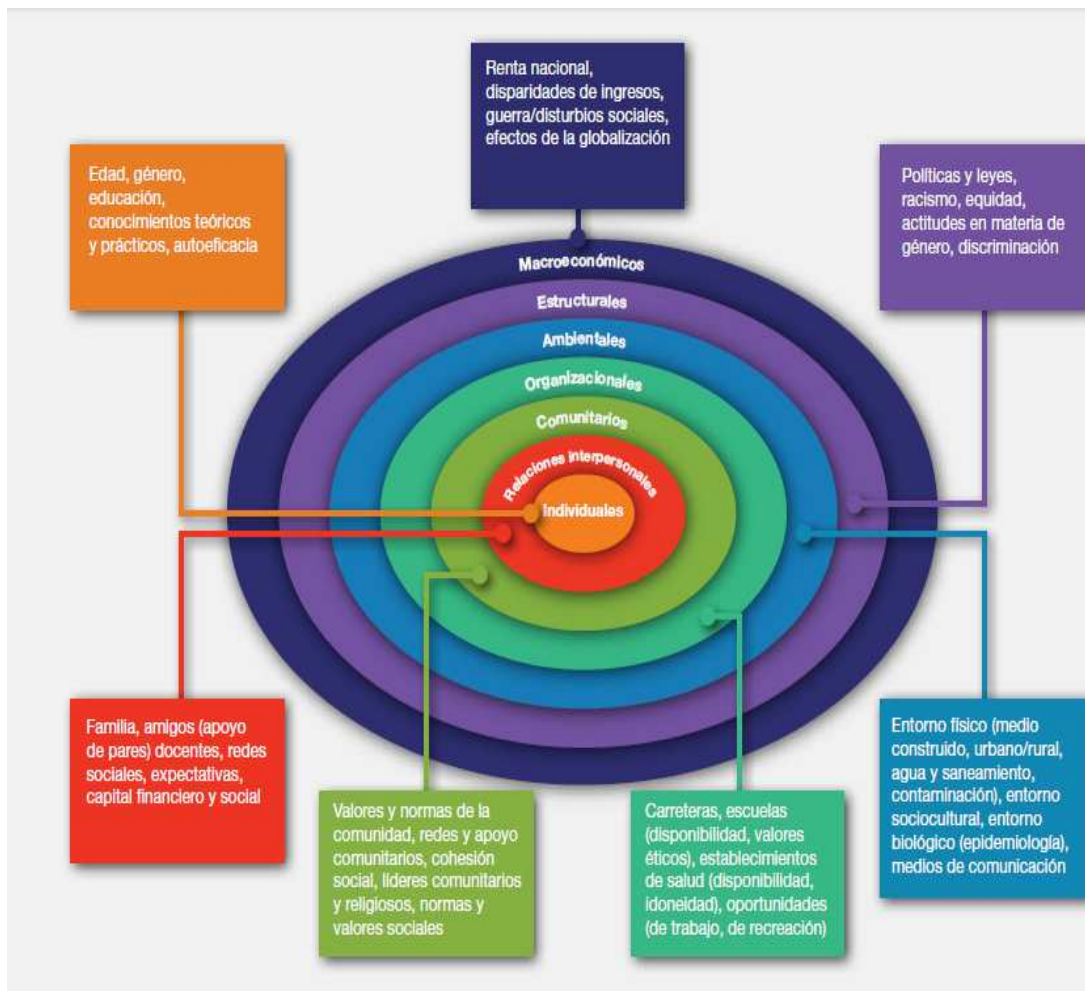
Las variables que parecen tener más influencia en las quejas de salud más comunes en la adolescencia son el estrés y las formas de afrontarlo, el estado de ánimo y el apoyo social (Barra A et al., 2006). También influye la existencia de eventos estresantes unida a las características personales que determinan la valoración de dichos eventos y la forma en la que los adolescentes los afrontan.

3.3 Modelo ecológico de los determinantes en salud y el desarrollo de los adolescentes

Existen muchos factores que favorecen o menoscaban la salud de los adolescentes, y repercuten a nivel individual (por ejemplo, la edad, el sexo, los conocimientos, la preparación y la capacidad de acción), a nivel de las familias y los pares (en este nivel es en el que la mayoría de los adolescentes tienen sus relaciones más cercanas), a nivel de las comunidades y en relación con las organizaciones que proporcionan servicios y oportunidades a los adolescentes, como las escuelas y los centros de salud.

Sobre los adolescentes también influyen las normas y prácticas culturales, los medios de difusión y los medios interactivos digitales, así como los determinantes sociales, incluidas las políticas y las decisiones políticas sobre la distribución de recursos, el poder y el ejercicio de los derechos humanos. A lo largo de los últimos 20 años, la OMS ha respaldado la obtención y síntesis de pruebas científicas sobre este modelo ecológico, que se resume en la figura 1, instando a los diferentes países la adopción de medidas relacionadas con la salud de los adolescentes mediante la elaboración de instrumentos de apoyo a políticas y programas destinados a afrontar muchos de los problemas y conductas que afectan a la salud de los adolescentes.

FIGURA 1. MODELO ECOLÓGICO DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES (OMS 2014)



En Europa también existen pruebas suficientes de la repercusión de los factores sociales en la salud de los niños más pobres y desfavorecidos. Los niños que viven en la pobreza, los niños vulnerables de poblaciones inmigrantes o grupos étnicos minoritarios, los niños de familias de desempleados y los niños de familias monoparentales presentan peores resultados de salud, tasas más elevadas de mortalidad infantil y de mortalidad en menores de cinco años y tasas de inmunización inferiores.

Barbara Starfield hablaba del concepto de gradiente social de la salud que definía que cuanto mayor es la desventaja social, peor es la salud. Algunos estudios han mostrado la existencia de gradientes de lesiones en la adolescencia según la clase social de la familia, el nivel educativo y la renta familiar. Existe también una gran diferencia entre los países europeos con respecto a la salud y la carga de morbilidad en adolescentes atribuibles a factores ambientales. La posición socioeconómica familiar podría ser una variable independiente que interactúa con otros factores. La mayoría de problemas de salud están asociados a un gradiente social de la salud; son pocos los problemas de salud (por ejemplo, la miopía, las alergias, la atopia, algunos tipos de cáncer) que no han revelado un patrón de gradiente social (Rajmil & Starfield, 2010).

Deben participar muchos sectores para conseguir la salud mediante la promoción de estos determinantes. Para ejercer un efecto notable sobre la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad durante los años de la adolescencia, el sector de la salud debe reforzar la colaboración con otros sectores y agentes. Hay también una concordancia entre los factores de riesgo y de protección para los adolescentes, de forma que los diferentes problemas de salud y comportamientos de los adolescentes suelen tener factores de riesgo similares y factores de protección similares. Por ejemplo, los padres y las escuelas pueden desempeñar un papel especialmente importante para proteger a los adolescentes contra una serie de comportamientos y situaciones que ponen en peligro la salud, con inclusión de las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de sustancias, la violencia y los problemas de salud mental.

La OMS, además de necesitar una cobertura sanitaria universal y políticas que favorezcan su salud presente y futura, propone que los adolescentes sean agentes de cambio social, y no simples beneficiarios de los programas sociales. En general, no se trata de diseñar intervenciones separadas para los adolescentes, sino de lograr que los adolescentes reciban una atención adecuada en todas las políticas, estrategias y programas que son pertinentes para ellos. Para asegurarse de que los programas y políticas atienden a sus necesidades, los adolescentes deben ser escuchados y participar en la planificación, ejecución, seguimiento y

evaluación de los servicios. Por todo ello, es importante adoptar un enfoque basado en los derechos humanos con respecto a la salud de los adolescentes, por numerosas razones: para que se establezcan claramente las obligaciones de los gobiernos y para asegurar que los adolescentes sean escuchados y puedan participar.

4. LA TEORÍA DE SISTEMAS

Es posible describir cómo funciona la familia según la teoría de sistemas.

Se puede definir la teoría de sistemas como el conjunto de elementos que interactúan de tal forma que una modificación de cualquiera de ellos desencadena una modificación en los demás.

Las partes esenciales de un sistema son la estructura, los elementos, la función y la red de comunicación.

La estructura tiene un límite que separa al sistema del entorno y de los elementos, que se caracterizan por tener distintas propiedades y están ligados entre ellos por una red de comunicaciones que permite la circulación de energía, materia y de informaciones entre los elementos.

El funcionamiento del sistema se basa en el flujo de energías que recorren el sistema y aseguran su conservación, autorregulación, reproducción y adaptación al medio.

La mayor parte de estas funciones consisten en el intercambio de información, sobre todo sobre el estado del sistema mismo y de su entorno.

Este rol lo juegan los círculos cerrados de retroacción o feed-back que teniendo en cuenta los datos recogidos aseguran el reglaje de los procesos funcionales.

La mayor parte de los sistemas están en comunicación con su entorno, existen entradas, resultados de la acción del medio sobre el sistema, y salidas, que corresponden a las acciones del sistema sobre el medio.

En los sistemas humanos los elementos del sistema son los individuos en interacción.

La noción de interacción aparece pues como central en la teoría de sistemas, comporta la idea de una relación mutua y de una acción recíproca y se puede definir como una secuencia de mensajes intercambiados por los individuos en relación recíproca en un contexto.

Los sistemas humanos o familias, son por regla general sistemas abiertos que comunican de manera constante con su entorno y así el conjunto formado por un sistema y su contexto puede ser considerado así mismo como un sistema (A. D. Hall & Fagen, 2009).

Estos autores (A. D. Hall & Fagen, 2009) consideran que se pueden distinguir el sistema, el subsistema que son los elementos del sistema y el suprasistema que es el medio externo del sistema, la familia, los amigos, el vecindario. Un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas, a diferencia de un agregado en el que no existe organización.

A su vez los sistemas pueden ser abiertos y cerrados.

En los sistemas abiertos existe contacto continuo con el exterior. Se intercambia continuamente energía, materia e información. Sin embargo en los sistemas cerrados, casi no existe intercambio, se nutren mucho de la energía interna. Como no se producen intercambios de energía, de materia o de información, no se modifican. Sin embargo los sistemas abiertos están vivos, están en continuo intercambio, tienen una evolución constante y un orden estructural.

Propiedades de los sistemas abiertos:

Totalidad

La Teoría general de sistemas establece que un sistema es una totalidad y que sus componentes u objetos y sus atributos o propiedades solo pueden comprenderse como funciones de un sistema total. No se puede estudiar el sistema mediante el estudio de cada una de sus partes, es necesaria estudiar la interacción, ver como cada uno de los elementos del sistema afecta al otro.

La familia, como estructura de sistema, trata de mantenerse como tal a pesar de ser disfuncional o dañina para algún miembro de la familia.

Concepto de equifinalidad

Lo importante de este concepto es que el funcionamiento de la familia como un todo depende de las reglas internas del sistema familiar en el momento en el que la estamos observando y de cómo comenzó o de la personalidad individual de cada uno de sus miembros.

Concepto de Equipotencialidad

Lleva implícita la idea de que pueden obtenerse distintos estados partiendo de una misma situación inicial. No es posible hacer predicciones deterministas en el desarrollo de las familias, partiendo del mismo inicio pueden obtenerse cursos y fines distintos. El pasado no es útil y el futuro es impredecible. En las familias ocurriría lo mismo que en el tejido cerebral, "se permitiría" a las partes restantes asumir funciones de las partes extinguidas". Por ejemplo, tras el fallecimiento del padre, el hijo mayor adoptaría las funciones parentales.

Concepto de Causalidad lineal y circular

Cada miembro adopta un comportamiento que influencia a los otros. Todo comportamiento es causa y es efecto.

Concepto de Retroalimentación

Esta puede ser positiva y negativa. En los dos casos existe una transferencia a través de la cual la energía que es recibida se convierte en resultado y es reintroducida en el sistema como información acerca del resultado. En el caso de retroalimentación negativa, el sistema utiliza esta información para activar sus mecanismos homeostáticos y para disminuir la desviación de la producción del sistema y mantener de este modo su "estado estable".

En el caso de retroalimentación positiva, la información se utiliza para activar los mecanismos de crecimiento (morfogénicos) que conducen a un desajuste de la homeostasis y a un movimiento hacia el cambio. Es decir, la retroalimentación positiva sirve para progresar.

Por tanto, cuando un sistema utiliza la retroalimentación negativa, el sistema se autocorrigue y vuelve al estado inicial, es decir, no cambia. Cuando un sistema utiliza la retroalimentación positiva, el sistema pasa a otro estado, se cambia.

Las familias cambian para mantener la estabilidad de su sistema, se adaptan.

Los cambios no son iguales en todas las familias ni en todos los momentos. Ante problemas internos o influencias del entorno que parezcan nocivas existen dos mecanismos de homeostasis, el feedback negativo y el cierre de las fronteras. Ante estímulos externos nocivos para la familia, se produce el cierre de las fronteras, tanto con el medio externo como entre los subsistemas, se reducen los contactos entre los miembros o de estos con el exterior.

Pero a veces son necesarios los cambios en las familias, ante situaciones vitales estresantes como la enfermedad de uno de los miembros, es necesario que la familia se adapte, tienen que adaptarse las estructuras y las funciones.

Para mantener la estabilidad también tiene reglas, que pueden ser reglas constitutivas que afectan a la colocación o situación de cada uno de los miembros del sistema o regulativas que se refieren a la forma de solucionar determinados conflictos por la familia (De La Revilla, 2007).

5. ADOLESCENCIA Y FAMILIA

5.1. Bases conceptuales de la familia

El concepto de familia es muy amplio y genérico, evoca las relaciones de parentesco y los lazos de afecto y de pertenencia de las personas unidas por consanguinidad.

Para conceptualizar a la familia se deben considerar las distintas variantes a lo largo de la historia, las influencias de la cultura y las distintas funciones de la familia.

La familia según la ONU es el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio y viven juntas un determinado periodo de tiempo. La familia es la unidad básica de la sociedad (Orúa & Gómez Isa, 2002).

Utilizando la definición tradicional de familia, se puede considerar esta como una unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable que viven en el mismo lugar.

La familia realiza funciones vitales como la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia (De La Revilla & Fleitas, 1999).

Como se expone en el apartado anterior la familia es un subsistema social abierto. Entendemos por familia disfuncional aquella que no puede ejercer sus funciones.

Todo individuo vive a lo largo de su existencia en un entramado de relaciones familiares. La familia, tanto desde el punto de vista biológico como desde el punto de vista social, constituye el eje central sobre el que gira el ciclo vital y permite la persistencia de los individuos y de la sociedad.

Arés Muzio, explica que “Desde el punto de vista psicológico podemos decir que la Familia: Es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia” (Arès Muzio, 2002).

Pero quizás sería más acertado hablar de “las familias” puesto que el concepto “la familia” se está quedando desactualizado, ahora existen nuevos tipos de familia con otros esquemas distintos al de la familia tradicional.

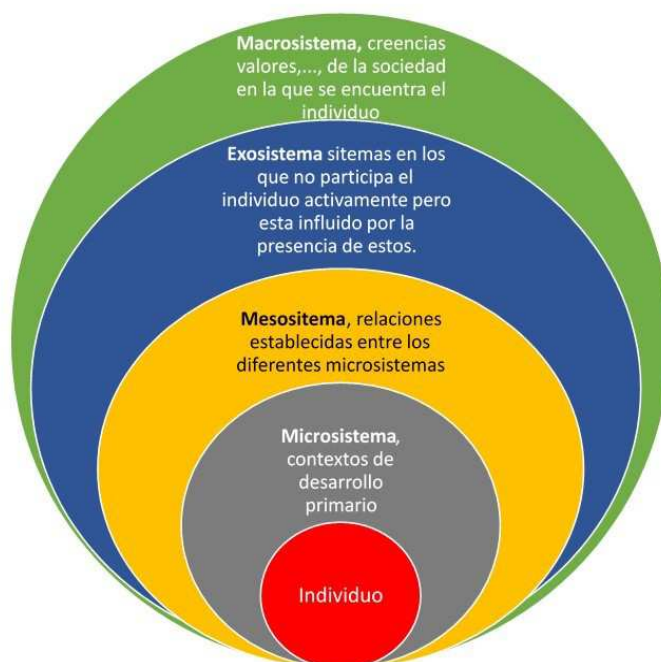
La familia moderna debe enfrentarse a amplias jornadas laborales, problemas económicos, responsabilidades, enfermedades, a un mundo más complejo que el que existía para la familia hasta ahora. Todo esto, a supuesto, que tengan que buscarse nuevas formas de gestionar la familia, nuevas formas que no son generalizadas, formas en las que los padres y madres comparten en sustento del hogar, la crianza de los hijos y las labores domésticas. La figura de los abuelos es importante por el apoyo que aportan a la familia de diversas y valiosas maneras.

Según la teoría ecológica de Bronfenbrenner (Figura 2), existen tres mundos primarios para el adolescente, la familia, los compañeros y la escuela y cuatro niveles de influencia (Wagner, Ritt-olson, et al., 2010):

1. El macrosistema o los ideales culturales y sociales que definen a la sociedad y su cultura.
2. El exosistema o las condiciones de vida de los padres que afectan de forma indirecta a los hijos (por ejemplo el estrés laboral, el apoyo social)
3. El mesosistema o los vínculos entre los mundos del adolescente (por ejemplo la participación de los padres en la escuela).
4. Y los microsistemas o vínculos entre los contextos sociales inmediatos que influyen directamente en los adolescentes (la familia, la escuela, los compañeros).

Este modelo enfatiza la importancia del contexto social en numerosos ámbitos del desarrollo humano y en particular en las relaciones familiares. El ecosistema familiar es entendido como un ecosistema en interacción con su ambiente.

FIGURA 2. TEORÍA ECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER



Los principios de este modelo como ecosistema se resumen en los siguientes puntos:

- **Desarrollo en contexto:** cuidar y educar a los hijos, es una función de la comunidad y la cultura en donde se habita. Ello es debido a que los adolescentes se encuentran profundamente influenciados por su ambiente (familia, amigos, compañeros de curso) así como por sus vecinos, por la comunidad donde viven y su propia cultura. Estos entornos modelan también a los padres.
- **Habitabilidad social:** los padres precisan de una combinación apropiada de relaciones formales e informales, que les apoyen y guíen en la crianza y cuidado de los hijos.
- **Acomodación mutua individuo- ambiente:** para comprender el comportamiento humano necesitamos centrarnos en la interacción del individuo y la situación en el continuo temporal.
- **Efectos de segundo orden:** gran parte del comportamiento y el desarrollo humano tiene lugar como resultado de interacciones que son modeladas e incluso controladas por fuerzas que no se encuentran en contacto directo con los individuos en interacción.

La capacidad de los padres para cuidar y educar a los hijos depende en gran parte del contexto social en que la familia vive. Depende de la medida en que padres e hijos mantienen conexiones duraderas con otros fuera del hogar. Depende de la medida y de la forma en que fuerzas externas penetran en el hogar y regulan las interacciones paterno- filiales y depende de las normas de cuidado de los niños en el entorno inmediato de la familia y del lugar donde la familia se encuentra a lo largo del curso vital.

5.2. LA FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES: ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD

El concepto de estructura describe la totalidad de las relaciones entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran el grupo familiar.

La estructura familiar no es un fenómeno estático sino un proceso dinámico que cambia en relación con la etapa del ciclo vital en que ese encuentre o en base a los acontecimientos vitales que sucedan.

Las familias, se pueden clasificar de muchas maneras, una de ellas sería teniendo en cuenta cinco ejes fundamentales: parentesco, convivencia o presencia física en el hogar, medio de subsistencia, nivel económico y presencia de nuevos tipos de convivencia individual o familiar.

1. Parentesco

1.1 Nuclear. Formada por hombre y mujer sin hijos

1.2 Nuclear simple. Padre y madre con 1 a 3 hijos

1.3 Nuclear numerosa. Padre y madre con 4 o más hijos

1.4 Reconstituida. Padre y madre, en donde uno de ellos o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de unión anterior. Son un fenómeno emergente cada vez más frecuente en nuestro panorama familiar.

La reconstitución familiar implica una reconfiguración de los roles maternos y paternos, el establecimiento de nuevas relaciones de filiación, la ampliación de las redes de parentesco y una mayor complejidad de las relaciones familiares. La distinción entre maternidad/paternidad biológica y social no es algo nuevo, sino que ya estaba presente en los procesos de adopción y en las segundas nupcias de viudos/as con hijos. Sin embargo, mientras que en esos casos los padres sociales sustituyen a los biológicos, en los casos de nuevas uniones de separados/divorciados con hijos no hay sustitución, sino coexistencia de la maternidad/paternidad biológica y social, estableciéndose un complejo mundo de relaciones en estas “dobles familias”, donde los roles que deben desempeñar cada uno de sus miembros no están claramente establecidos socialmente.

El censo de 2011 registra casi medio millón de familias reconstituidas, formadas por una pareja con al menos un hijo no común, una cifra que dobla la registrada en el censo anterior y que representa el 7,1% del total de parejas con hijos. No se incluyen las parejas con hijos no comunes que no residen en el hogar (INE, 2012).

Según datos de la encuesta Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) 2005/2006 (Ramos, Moreno, Rivera, & Lopez, 2011), el porcentaje de adolescentes que convivía en una familia reconstituida en España era del 4%, un nivel inferior a la media de la OCDE (9%) y muy por debajo del de los países nórdicos y Reino Unido, en los que el porcentaje asciende al 12%.

1.5 Monoparental. Padre o madre con hijos

La monoparentalidad engloba una heterogeneidad de perfiles, características y situaciones familiares. Las vías de entrada son múltiples: la ruptura matrimonial, la ruptura de una pareja de hecho, la viudedad, y la maternidad o paternidad en solitario. Aunque históricamente las familias monoparentales estaban formadas predominantemente por mujeres viudas, actualmente la separación conyugal es la principal vía de entrada en una familia monoparental.

Según el último Censo, en 2011 había en España 1.693.258 hogares monoparentales, lo que representa el 9,3% del total de hogares españoles (Foessa, 2014).

1.6 Monoparental extendida. Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Un porcentaje significativo de familias monoparentales (24%) comparte vivienda con otras personas, fundamentalmente familiares. Si contabilizamos las familias monoparentales y las monoparentales extendidas, los núcleos monoparentales suman 2.220.720 y representan el 16,2% del total de núcleos familiares en España y el 24% de los núcleos familiares con hijos (Foessa, 2014).

1.7 Monoparental extendida compuesta. Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

1.8 Extensa. Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

1.9 Extensa compuesta. Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

1.10 No parental. Familias que tienen vínculos de parentesco y que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.).

2. Convivencia o presencia física en el hogar.

2.1 Núcleo Integrado. Existe la presencia de los padres en el hogar.

2.2 Núcleo no integrado. No existe la presencia física de alguno de los padres en el hogar.

2.3 Extensa ascendente: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.

2.4 Extensa descendente: Padres que viven en la casa de alguno de sus hijos.

2.5 Extensa colateral. Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.).

3. Medio de subsistencia.

Se clasifican en función del origen de los recursos que utilizan para su subsistencia.

3.1 Actividad agrícola o pecuarias

3.2 Industrial

3.3 Comercial

3.4 Servicios

4. Nivel económico

Nos permite clasificarlas en función de la posibilidad de cubrir las necesidades de la familia.

4.1 Pobreza familiar nivel 1. Tienen recursos para cubrir las necesidades alimenticias básicas y además tienen recursos suficientes para cubrir gastos como vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público. Tienen carencia para cubrir otro tipo de gastos como son los de mantenimiento de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde viven, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

4.2 Pobreza nivel 2. Tienen recursos para cubrir las necesidades alimenticias básicas y no tienen recursos suficientes para cubrir gastos como vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público. Tienen carencia también para cubrir otro tipo de gastos como son los de mantenimiento de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde viven, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

4.3 Pobreza nivel 3. No tiene recursos para cubrir las necesidades alimenticias básicas ni para cubrir gastos como vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público y también tienen carencia para cubrir otro tipo de gastos como son los de mantenimiento de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde viven, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

Para esta clasificación debemos tener en cuenta los cambios presentados en las sociedades modernas que han llevado a conformar diversos estilos de convivencia que pueden influir en la salud individual y familiar (Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, 2005).

5.1 Personas que viven solas. Sin familiar alguno y de forma independiente del estado civil o etapa del ciclo vital en la que se encuentren.

5.2 Matrimonios o parejas de homosexuales. Familias homoparentales.

En 2005 España se convirtió en el tercer país del mundo que legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo. En el periodo 2005-2012, aproximadamente 26.000 parejas del mismo sexo han formalizado su unión mediante un contrato matrimonial, lo que supone un 1,7% del total de matrimonios celebrados en este periodo. Aunque en los primeros años después de la legalización, el número de matrimonios entre hombres casi doblaba el de matrimonios entre mujeres, la brecha se ha reducido con el tiempo.

5.3 Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos

5.4 Familia grupal

5.5 Familia comunal

5.6 Poligamia

Otra forma de clasificar a las familias sería la planteada por Luis de la Revilla (Luis De la Revilla, 1994), modificando la clasificación de la OMS :

1. Familia extensa. Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en un mismo hogar, mas de dos generaciones.

2. Familia nuclear: Es la formada por dos individuos, que ejercen las funciones de padres, y sus hijos.

2.1. Según la proximidad a la familia nuclear de los miembros de las familias de origen se subdividen en:

2.1.1. Familia nuclear con parientes próximos. Se refiere a aquellas familias que tiene en la misma localidad, pero sin vivir en el mismo hogar, a algún miembro de las familias de origen, fundamentalmente a los padres de uno o ambos cónyuges.

2.1.2. Familia nuclear sin parientes próximos. Se catalogan así a las familias que no tiene ningún componente de las familias de origen en la misma localidad.

2.2. Familia nuclear ampliada.

Reciben esta denominación cuando en el hogar conviven otras personas y se subdivide en:

2.2.1. Familia nuclear ampliada con parientes. El aumento de personas en el hogar son parientes (abuelos, padres, tíos, primos...).

2.2.2. Familia nuclear ampliada con agregados. Viven en el hogar personas sin ningún vínculo consanguíneo (amigos, servicio domestico, huéspedes).

3. Familia monoparental. Es la constituida por uno solo de los cónyuges y sus hijos. Como las familias nucleares se pueden subdividir en:

3.1. Según la proximidad a la familia monoparental de los miembros de las familias de origen se subdividen en:

3.1.1. Familia monoparental con parientes próximos.

3.1.2. Familia monoparental sin parientes próximos.

3.2. Familia monoparental ampliada:

3.2.1. Familia monoparental ampliada con parientes.

3.2.2. Familia monoparental con agregados.

4. Familia reconstituida. Es la constituida por dos adultos, en la que al menos uno de ellos trae un hijo habido de una relación anterior. Se subdividen en cuatro categorías:

4.1. Familia reconstituida con madrastra, cuando el padre que vive con sus hijos se une a otra mujer.

4.2. Familia reconstituida con padrastro cuando la madre con hijos se casa de nuevo.

4.3. Familia reconstituida con padrastro y madrastra, cuando la pareja aporta hijos de matrimonios previos.

4.4. Familia reconstituida con hijos comunes, se da esta circunstancia cuando en cualquiera de las categorías anteriores la nueva pareja tiene un hijo.

5. Personas sin familia. Es la persona que vive sola. Se incluye en este epígrafe no solo adulto soltero, sino también al viudo o divorciado sin hijos y a los jóvenes que por necesidades de trabajo viven solos.

6. Equivalentes familiares. Se trata de individuos que conviven en un hogar sin construir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, parejas que viven en instituciones o residencias.

En todas las sociedades han coexistido formas mayoritarias y minoritarias de familia y se ha constatado que la familia nuclear ha sido una constante predominante que se ha dado tanto en los pueblos primitivos como en las sociedades más contemporáneas. La familia ha sido una institución dinámica que ha ido evolucionando y adaptándose a los tiempos pero las transformaciones de las últimas décadas han sido particularmente rápidas.

Todavía hoy en día no hay ningún país europeo en el que la familia nuclear no represente al menos al 50% del total. La edad media a la que se casan por primera vez ha aumentado en casi 8 años desde 1980 al año 2012, pasando desde 23,9 a 31,7 años entre las mujeres y de 26,2 a 33,8 en los hombres. La cohabitación está desplazando al matrimonio como vía de formación de parejas entre las generaciones más jóvenes. La tasa de divorcios se ha duplicado en la última década pasando de 0.9 por 1000 habitantes en el año 2000 a 2,4 en 2012 en nuestro país, eso sin contar las separaciones entre parejas de hecho para las que no existen registros. Se ha producido un aumento de rupturas conyugales y a la vez un notable aumento de segundos matrimonios. Como consecuencia de todos estos cambios de de la creación de nuevos vínculos familiares ha aumentado de forma considerable la pluralidad de tipos familiares. Es objetivo decir que la mayoría de los hogares están formado por personas con vínculos familiares. Según el Censo de 2011, la mayoría de la población que reside en España (84,9%) convive en un núcleo familiar. Esta cifra es superior a la observada en otros países europeos, como Suecia (75,3%) o Alemania (78%). Algunos de los factores que subyacen al alto porcentaje de población que vive en familia en España en comparación con otros países europeos son la tardía emancipación de los jóvenes, la menor frecuencia de adultos que viven solos o comparten piso con amigos y la menor tasa de institucionalización de los mayores (Foessa, 2014).

La creciente diversificación de trayectorias conyugales y reproductivas puede condicionar de forma importante el reparto de responsabilidades familiares, la articulación de las redes de solidaridad familiar, los patrones de relaciones de género y las condiciones de vida de niños, mujeres y hombres a lo largo del curso de vida (Foessa, 2014).

Las funciones de la familia son las responsabilidades fundamentales que determinan su supervivencia. Pueden agruparse en dos grupos, las dirigidas a la protección psicosocial de sus miembros (objetivo interno) y la transmisión de la cultura (objetivo externo):

- Socialización. Intervención mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y de su sociedad.
- Afecto. Es una de las funciones más importantes, cubrir las necesidades afectivas de cada uno de los miembros.
- Cuidado. Esta función permite cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia. Permite resolver de manera adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, salud, etc., para cada uno de sus miembros. Esta es una función elemental y objetiva, es una función material o económica, y de ella depende el nivel de vida alcanzado por la familia.
- Estatus. Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permitan al individuo asumir su vocación y un rol de acuerdo a sus expectativas.
- Reproducción, desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

El modelo de familia denominado 'tradicional', basado en la división de roles y tareas entre los miembros de la pareja (el trabajo remunerado asignado al hombre y el trabajo no remunerado a la mujer), está en claro declive. Hace solo unas décadas, la organización familiar predominante respondía al modelo asimétrico de hombre sustentador/mujer cuidadora. Según el censo de 1991, más de la mitad de parejas (57,6%) declaraba que únicamente el hombre tenía una ocupación laboral y solo el 23,2% de las parejas manifestaba que ambos miembros tenían un trabajo remunerado. Estos porcentajes prácticamente se han invertido en tiempos recientes y las parejas con ambos cónyuges trabajando (43,6%) han superado con creces a las parejas donde solo trabaja el hombre (27,8%). Como consecuencia de la crisis económica y el drástico aumento del desempleo, también se produce un incremento de las parejas en las que únicamente trabaja la mujer y aumenta de forma alarmante el porcentaje de familias en las que ninguno de los miembros de la pareja trabaja (16,6%) (Foessa, 2014).

Si en lugar de construir la tipología de familia en base a la ocupación de los cónyuges, se centra la atención en quién se declara laboralmente activo (con empleo o buscando

empleo), el predominio de las parejas que comparten la responsabilidad económica del sustento familiar es todavía más visible: 75,9% de las parejas menores de 65 años declaran que ambos cónyuges son laboralmente activos, frente a 12,7% que declara que solo el hombre es laboralmente activo (Foessa, 2014).

Tanto la estructura como la función familiar influyen en el desarrollo y comportamiento del adolescente. Varios estudios han determinado que vivir con otro tipo de estructura familiar que no sea la compuesta por los padres biológicos se asocia con consumo de tabaco, independientemente del tipo de crianza, o con abuso de sustancia y dependencia de drogas en adolescentes hispanos (Wagner, Ritt-Olson, et al., 2010). La estructura familiar también se ha relacionado con la aparición de problemas emocionales. Existen diferencias en los problemas de comportamiento de los adolescentes de familias divorciadas. Estos adolescentes tenían niveles más altos de síntomas de internalización y de externalización.

En cuanto a la función familiar, los conflictos familiares, la cohesión y la comunicación se encuentran entre los más potentes predictores del desarrollo del adolescente. En estudio longitudinal realizado en adolescentes españoles por Oliva et al (Moreno, Ramos, Rivera, Jimenez-Iglesias, & Garcia-Moya, 2012), demostraron la calidad de las relación entre padres y adolescentes, es un factor protector para el desarrollo de síntomas de externalización ante acontecimientos vitales estresantes en la adolescencia. No se encontraron sin embargo diferencias significativas para los síntomas de internalización. Quizás esto es debido a que los síntomas de internalización pueden depender de otros factores, o relacionados con el apoyo social, tales como por ejemplo la resiliencia en los adolescentes (Hess & Falcke, 2013).

Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normofuncional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares. De igual forma, debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar. En todas estas situaciones, el APGAR-familiar es un instrumento útil para conocer si la

familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando su situación.

El test de APGAR-familiar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar. Desarrollado por Smilkstein en 1978, este instrumento se incorporó a la práctica clínica del médico de familia, estando validado para adultos y niños (Bellón Saameño, Delgado Sánchez, Luna del Castillo, & Lardelli Claret, 1996b).

Este cuestionario, aunque no tiene una precisión absoluta, constituye un instrumento que proporciona una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia. Los resultados permiten clasificar en baja, mediana o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia (Suarez Cuba, 2014).

El clima emocional también se relaciona con problemas emocionales y de comportamiento. Los conflictos familiares durante la adolescencia son un predictor de depresión en la edad adulta temprana.

Las transiciones familiares, es decir los cambios que se producen debido a las transiciones maritales y de convivencia de los padres, pueden tener influencia en el rendimiento escolar, la depresión o delincuencia del adolescente. Los adolescentes que tuvieron transiciones familiares manifestaron disminución del bienestar en comparación con aquellos adolescentes que vivían en familias con padres biológicos “estables”. En este estudio la formación de una familia ampliada a través del matrimonio no significó ningún beneficio apreciable para el bienestar de adolescente (Brown, 2006).

5.3. Cambios del ciclo vital familiar y problemas ligados

Para comprender los conflictos a los que se enfrenta una familia con hijos adolescentes es muy útil utilizar el ciclo vital familiar.

El ciclo vital de la familia (CVF) se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.

Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, variando, además, las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución.

La familia puede concebirse como una espiral en la que los componentes de tres generaciones oscilan a través del tiempo, entre periodos de alta cohesión familiar y periodos de disgregación o de menos cohesión de la familia.

Estos periodos coinciden unas veces con tareas de desarrollo familiar que requieren vínculos intensos o altos niveles de cohesión familiar, como ocurre en las primeras fases de la crianza de los hijos.

En las familias, según los miembros tienden a alejarse o acercarse del núcleo familiar, hablamos de estilos familiares centrífugos o centrípetos.

La clasificación que Luis de la Revilla propuso en 1994 era de la siguiente forma:

Una etapa de formación, otra de extensión, según que el primer hijo tenga menos o más de 11 años, seguida de la etapa del final de la extensión, a la que se continúan la de contracción, final de la contracción y disolución.

Para realizar esta clasificación se tuvo en cuenta que en la I y II, la transición de las etapas se centra en la posición del primer hijo; en la III, IV y V en el lugar que ocupa el último hijo en relación con la familia y en la VI en el momento del fallecimiento de uno de los cónyuges (tabla 1).

TABLA 1- CLASIFICACIÓN DEL CICLO VITAL DE LA OMS MODIFICADA POR DE LA REVILLA

Etapas	Desde	Hasta
I Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
IIA Extensión	Nacimiento del primer hijo	El primer hijo tiene 11 años
IIB Extensión	El primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona el hogar
IV Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI Disolución	Muerte del primer cónyuge (extinción)	Muerte del cónyuge superviviente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un modelo dividido en 6 etapas. Se inicia con la formación en el momento del matrimonio y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge).

Cada etapa del ciclo vital implica cambios, crisis de desarrollo y adaptaciones que pueden afectar a la salud de los miembros y a la función familiar.

En ocasiones se producen crisis en la familia, sobre todo en las fases de transición de una etapa del ciclo a otra, cuando las modificaciones estructurales y funcionales que acompañan a la transición dificultan el desarrollo de tareas y actividades familiares. En las familias en formación las causas que con más frecuencia provocan crisis son los cambios en el estatus o la mala relación con las familias de origen. En las familias en fase de extensión, son el nacimiento de un hijo no deseado, los nuevos nacimientos, el nacimiento de hijos con problemas psíquicos o físicos, el comienzo del colegio o la adolescencia las principales causas de crisis o alteraciones en el funcionamiento de la familia. En la fase de contracción son los choques entre distintas generaciones o los cambios de relación padre-hijo, el inicio del nido vacío, la pérdida de uno de los cónyuges los principales motivos.

Desde una perspectiva conductual y emocional, cada etapa del ciclo implica cambios, crisis de desarrollo, adaptaciones que afectan a la salud de sus miembros y a la función familiar.

La familia, a lo largo de su tránsito por las sucesivas etapas del ciclo vital, se comporta como una espiral en la que los miembros tienden a alejarse o acercarse al núcleo familiar. La familia ajusta o adecua las tareas de desarrollo con la necesidad de cohesionar o disgregar a las personas que conforman el grupo familiar.

No siempre el CVF sigue la secuencia que hemos descrito, sino que en ocasiones, por motivos demográficos, socioeconómicos o intrafamiliares, el ciclo se interrumpe, se modifica o se altera, es decir, se origina una dislocación del ciclo vital. El conocimiento de estas disrupciones tiene gran importancia porque llevan emparejados importantes cambios en la dinámica familiar y pueden contribuir a la aparición de disfunciones familiares. Las crisis de desarrollo son frecuentes en las familias con adolescentes, originando serios conflictos entre padres e hijos. Por otra parte, las dislocaciones del CVF que se producen en las familias monoparentales y reconstituidas puede afectar a la dinámica familiar, dando lugar a cambios

en las reglas, y especialmente en las relaciones entre sus miembros, lo que facilita la producción de crisis (Prados Quel, 2007).

Una crisis familiar se origina cuando una tensión afecta a la familia y requiere un cambio que le aparte del repertorio habitual de reglas, normas, relación y comunicación del sistema familiar. En ocasiones, cuando se carece de recursos familiares y extrafamiliares para realizar estos cambios, se puede entrar en disfunción.

5.4. Formas de estudio e intervención familiar desde Atención Primaria

La atención familiar consiste en trasladar la atención del marco tradicional individual al del conjunto de personas que conforman la familia, es decir, pasar del enfoque individual y biomédico al familiar y psicosocial, dentro de un contexto social, la comunidad, donde se encuentra inmerso el grupo familiar (Bailón Muñoz & De La Revilla Ahumada, 2011).

La asistencia individual del adolescente, debe estar integrada en un enfoque familiar y comunitario. Esta perspectiva global ha de fundamentarse en la participación y corresponsabilización de todos los actores implicados en el abordaje de los determinantes de salud a través de las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados que constituyen la atención familiar y comunitaria (Martin Zurro & Jodar Solà, 2011). Debe realizarse un abordaje holístico (biopsicosocial) de los problemas y necesidades de salud, teniendo en cuenta los factores culturales, religiosos y socioeconómicos de la familia.

Existen numerosas herramientas que nos ayudan a realizar un abordaje biopsicosocial.

El genograma es una herramienta fundamental para tener información de la familia. Permite identificar la estructura familiar, la etapa del ciclo vital, las pautas generacionales repetitivas, así como los acontecimientos más relevantes de la familia, y las relaciones y tipo de comunicación que existen en la familia mediante el mapa relacional.

Es la presentación gráfica de la familia a lo largo del tiempo. Formado por líneas y símbolos nos da gran cantidad de información sobre la familia, su relación, sus acontecimientos vitales estresantes, siendo por eso una herramienta muy útil para el abordaje

psicosocial. Se construye a través de una entrevista individual o familiar que sigue una línea argumental y que tiene determinadas claves establecidas, para facilitar y estimular el relato de los hechos más significativos de la historia familiar.

Los acontecimientos vitales estresantes (AVE), sucesos vitales, hechos o sucesos que son relevantes en la vida de las personas y que estas reconocen como importantes para su cambio evolutivo, son factores de riesgo, que pueden influir en el ajuste y desarrollo del adolescente. Podrían definirse como cualquier hecho o circunstancia que ocurra en la vida de las personas, con un inicio y un final identificables, que tiene el potencial para alterar el estado mental actual o el bienestar físico. Existe una fuerte asociación entre la vivencia de estresores y la presencia de problemas emocionales y conductuales en esta etapa del desarrollo que pueden afectar de forma negativa a la función familiar. El genograma permite al médico ver la importancia de los AVE como causa de crisis y disfunción familiar, proporcionando al mismo tiempo información sobre los recursos familiares, del apoyo social (De La Revilla & Fleitas, 1999).

Se han descrito numerosos instrumentos para medir el impacto de los acontecimientos vitales, si bien se debe marcar diferencias según que lo que midamos sea la presencia del evento en un momento de la historia personal del individuo evaluado o la repercusión que él acontecimiento en el sujeto afectado.

La escala de Reajuste Social de Holme y Rahe es un cuestionario autoadministrado que contiene una lista de 43 acontecimientos a los que los sujetos responden identificando los sucesos que ellos han experimentado en el pasado reciente (seis meses o un año previo). La cantidad y duración del cambio en el patrón de vida usual del individuo se mide en unidades de cambio vital (UCV). Pero este cuestionario no nos permite determinar el carácter positivo o negativo de la experiencia vital que ha sufrido sobre la persona o su familia y para conseguirlo se realiza la Entrevista Semiestructurada de la escala de reajuste social. Esta permite recabar noticias sobre el acontecimiento señalado por el paciente en la escala de reajuste social que determinen el impacto positivo o negativo del evento estresor. Conflictos en la familia, el trabajo de los padres, la escuela, conflictos con los vecinos, deudas, fallecimiento de uno de los padres o de un hermano, enfermedades graves propias o de los padres o el paso de la escuela al instituto son ejemplos de AVE.

Existe una escala para la detección de AVE en adolescentes elaborada por Oliva (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008). Se trata de una escala autoadministrada compuesta

por 29 sucesos adversos relativos a sí mismo y a otras personas significativas que pueden ser experimentados por el adolescente en los contextos de familia, escuela o grupo de iguales (divorcio o separación de pares, muerte de un familiar, repetición de cursos, ruptura de pareja, etc.). Los acontecimientos vitales estresantes son un importante factor de riesgo para el ajuste adolescente tanto interno como externo. Pero no todos los sujetos se ven afectados de la misma manera. Existen mecanismos de vulnerabilidad así como la resiliencia o resistencia ante la adversidad, que pueden influir que todos los adolescentes no se vean afectados de igual manera ante AVE. Existen factores protectores de carácter contextual como el apoyo social y tener padres o cuidadores competentes. Unas buenas relaciones familiares son consideradas un factor protector ante el impacto negativo de los acontecimientos vitales estresantes.. Un adolescente con un buen ajuste psicológico es el que tiene ausencia de problemas interiorizantes y exteriorizantes y una elevada satisfacción vital. También existen otros factores protectores como son la relación con el grupo de iguales y determinadas características o rasgos del sujeto como las estrategias de afrontamiento de problemas o la autoestima (Oliva et al., 2008).

6. LOS CAMBIOS SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

6.1. Cambios sociales en la adolescencia

La adolescencia no es solo una etapa de maduración personal sino también de construcción y desarrollo social del adolescente. Cambia la relación con la familia y con los amigos, se amplían las relaciones de liderazgo y competición con sus iguales, aumenta la necesidad de aceptación por parte del grupo de amigos/as y, normalmente, se despierta un interés romántico o sentimental por otra persona.

Los adolescentes se ven sometidos a mayores presiones escolares, a la necesidad de toma de decisiones que afectarán a su futuro y a la tarea de aprender a gestionar la gratificación instantánea frente al beneficio a largo plazo. En esta etapa aumentan los conflictos paterno-filiales, algunos problemas internalizados como la depresión o la ansiedad, pueden existir desequilibrios entre autoconcepto y autoestima, problemas emocionales y desórdenes alimenticios y también problemas externalizados como comportamientos delictivos, consumo de alcohol y drogas, hábitos de adicción o relaciones sexuales tempranas. Es una etapa de búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones.

En esta etapa toma un papel predominante la amistad y las relaciones entre iguales. Estos amigos se definen como las personas de la misma franja de edad con las que el adolescente comparte actividades y que van configurando de manera natural y poco seleccionada el entorno social y más próximo, que suele ser el ligado al centro escolar o a las actividades extraescolares que pueda realizar (Bayot, 2004). Este concepto debería diferenciarse del concepto de pares, quienes son simplemente personas que tienen en común ciertos aspectos de su estatus, especialmente la edad en el caso de la población adolescente (Arnett, 2008), pero con quien no se ha establecido una relación mutua valorada. Así pues, los expertos opinan que la “influencia de los amigos” es un término más preciso que la “presión de los pares” para referirse a los efectos sociales que experimentan los adolescentes.

A través del descubrimiento de los amigos aparece el grupo de iguales, o pandilla, que configura un fenómeno psicosocial centrado en la agrupación informal, y más o menos estable,

formada a partir de entornos compartidos. Según Bayot (Bayot, 2004), estos grupos van adquiriendo independencia para centrarse en el propio conjunto de interrelaciones que progresivamente se hará más rico y complejo. Así, los adolescentes comienzan a pasar más tiempo con sus iguales, y esto se convierte en un contexto de socialización. Mientras que en la infancia los niños dirigen sus esfuerzos a conseguir la aprobación de los padres, durante la adolescencia se trata de conseguir la aceptación y la aprobación de los iguales ya que el vínculo de apego con los iguales es una fuente de seguridad y de regulación de estrés en determinadas situaciones. En la niñez, la vida de los niños depende de su familia natal; en la adolescencia ya no son tan dependientes como antes ni tan responsables como serán después, y es entonces cuando las relaciones con sus amigos pueden formar un apego de una intensidad que no es común en otras etapas del ciclo de la vida.

La pertenencia de un adolescente a una pandilla no sólo es un fenómeno natural, sino que es bueno para su desarrollo social, y apartar a los menores de estas agrupaciones espontáneas supondría limitarlo. El grupo de iguales otorga autonomía, de manera simbólica pero eficiente, contribuye a la definición de identidad, establece referentes en una etapa cambiante, permite un aprendizaje práctico de las relaciones sociales y sexuales y, por último, reproduce y transmite los valores socioculturales (Bayot, 2004). En los estudios con diseño de muestreo de experiencias (Larson, Moneta, Richards, & Wilson, 2002), los adolescentes informan que sus momentos más felices tienen lugar con sus amigos, generalmente con mayor intensidad que los pasados con su familia. Esto puede ocurrir debido a que los adolescentes encuentran reflejadas sus propias emociones en el amigo cercano al tiempo que se sienten más libres y abiertos en comparación con su relación con sus padres. Para los adolescentes esto puede significar una oportunidad para hablar y compartir sus sentimientos más profundos (Arnett, 2008).

No obstante, el fuerte apego de los adolescentes hacia sus amigos y su dependencia de ellos los hace emocionalmente vulnerables y abiertos a influencias que pueden ser positiva o negativas. Este último punto se ha comprobado con respecto a logros académicos, comportamientos prosociales, consumo de sustancias y comportamientos delictivos (Viejo & Ortega-Ruiz, 2015). Hay una correlación entre la frecuencia de las conductas de riesgo que los adolescentes refieren de sí mismos y la que informan de sus amigos en lo que respecta al consumo de tabaco, alcohol y drogas, la conducta sexual y la conducción de riesgo, y la delincuencia (Unger JB, 2003). Algunos autores indican que esta correlación no tiene porqué implicar causalidad debido a la llamada asociación selectiva: la mayoría de los individuos,

sobre todo los adolescentes, escogen amigos similares a sí mismos, por lo que cuando un joven tiene amigos que fuman y él fuma cabe la duda de si ha sido influenciado por el grupo o simplemente ha escogido amigos que fumaban igual que él. No obstante, diferentes estudios longitudinales confirman que pertenecer a un grupo con una conducta de riesgo hace que se incrementen las tasas de esa conducta en todos sus miembros individuales (Arnett, 2008), aunque la importancia de esta influencia aún se encuentra en discusión. La autoestima y la reflexividad son las herramientas conductuales que permiten a un joven evitar influencias negativas y centrarse en las positivas: participar en conductas sociales, establecer fuertes vínculos afectivos y crear un espacio propio y singular que le define como persona dentro de un contexto social.

Al tiempo que aparecen los grupos de amigos, surgen los denominados grupos sociales (Arnett, 2008). Son grupos más grandes en los que se basa la reputación del adolescente, no son necesariamente amigos ni pasan mucho tiempo juntos, y que ayudan a los adolescentes a definir su identidad y las identidades de los demás. Las denominaciones que definen a los grupos sociales son categorías abstractas como el grado de popularidad o la actitud hacia el instituto, y su aparición se debe al desarrollo cognoscitivo de los adolescentes que les permite poner en práctica conductas inéditas hasta este momento, como pueden ser el sarcasmo o el ridículo. En las sociedades occidentales, los grupos sociales están claramente definidos por la edad y el nivel educativo hasta los 18-19 años de edad, lo que ayuda a los adolescentes a comprender de forma progresiva un contexto social cada vez más complejo. El entorno de las escuelas clasificadas por edad en las sociedades occidentales se presta para la aparición de los grupos sociales basados en la reputación como forma de definir y organizar una estructura social. En estos grupos, la popularidad o impopularidad llega en función de las habilidades sociales que el adolescente pueda mostrar: los adolescentes rechazados y los ignorados suelen estar carentes de estas habilidades en su relación dentro del grupo social, aunque también influyen otras características como la inteligencia y el atractivo físico.

6.2. Concepto e importancia del apoyo social

El concepto de apoyo social es un concepto complejo en el que se incluyen diversos componentes con diferentes significados, y con distintas interpretaciones según cada autor. De forma general, se define el apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas

de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas de la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación (De la Revilla, L., Fleitas, 1999). También hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Musitu & Cava, 2003). Para Bowling (Bowling, 1991) el apoyo social es un proceso interactivo gracias al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red en la que se encuentra inmerso. Por su parte, Lin (Lin, Simeone, Ensel, & Kuo, 1979) considera que el apoyo social consiste en todos aquellos elementos, funcionales o estructurales, reales o percibidos, que el individuo recibe de su comunidad, su red social y sus amigos íntimos.

El apoyo social incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos y de la comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida. Para poder afrontar adecuadamente situaciones difíciles o estresantes es importante contar con personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades y tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas (Musitu & Cava, 2003).

Se tiende a dividir el apoyo social en dos grandes categorías: el apoyo cuantitativo (o estructural) y el apoyo cualitativo (o funcional) (De la Revilla, L., Fleitas, 1999). Dentro del apoyo estructural se cuenta con el número de personas a las que puede recurrir un individuo en busca de ayuda para resolver problemas: es la denominada red social, que comprende todos los contactos sociales de cada persona. También engloba otros aspectos relativos al apoyo material, tales como la ayuda económica, las ayudas cotidianas en las tareas domésticas, el cuidado de niños o de familiares enfermos, entre otros. Por su parte, el apoyo funcional es una percepción subjetiva relativa a los aspectos informales del apoyo que inducen en cada sujeto sentimientos de bienestar afectivo, reconocimiento o consejo. Estos sentimientos generan vivencias positivas o negativas y muchos autores lo consideran esencial en la percepción del apoyo social en general. El apoyo social cualitativo es multidimensional y presenta varias características definitorias:

- Apoyo emocional: que engloba las demostraciones reales de afecto y empatía por las otras personas, la disponibilidad de relaciones que oferten dichas demostraciones y la percepción del sujeto que las recibe.

- Apoyo confidencial: cuando el sujeto puede contar con otras personas a las que pueda confiar sus vivencias más íntimas que requieren comprensión y ayuda.
- Apoyo informacional: consistente en la extensión de la red de personas que ofertan información o consejo, facilitando un mejor conocimiento del entorno social y una mejor adaptación al mismo.
- Apoyo afectivo: algunos autores la incorporan al apoyo emocional, mientras que otros la diferencian como las expresiones de amor y afecto que una persona recibe.
- Interacción social positiva: corresponde a la disponibilidad que tienen las personas para integrarse y disfrutar de las reuniones sociales.

En la década de los 70, algunos autores comenzaron a relacionar la magnitudes descritas anteriormente con el estado de salud, de manera que se vio cómo el apoyo social tenía un efecto protector sobre un elevado número de parámetros relacionados con la salud tales como conductas de salud, enfermedades crónicas y agudas, síntomas autorreferidos, morbilidad psiquiátrica, desarrollo infantil y otros muchos más. Numerosos estudios demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud, originando la aparición de síntomas orgánicos, psicológicos y sobre todo psicosociales (Rodin, 1990) (Paykel, 1994). También se constató que no todas las personas que sufrían acontecimientos vitales estresantes se veían afectadas de igual forma, dado que la vulnerabilidad ante estos eventos se veía disminuida en caso de tener un adecuado apoyo social (Ganster & Victor, 1988). Un estudio longitudinal llevado a cabo en California durante un periodo de nueve años (Berkman & Syme, 1979) evidenció una mayor mortalidad en los grupos poblacionales con escasos contactos sociales y poca relación con sus comunidades, de forma independiente al estado de salud al inicio del estudio y a otras variables como la edad, el sexo o la presencia de algunos factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo o la obesidad.

Se han propuesto diferentes instrumentos para medir el apoyo social, entre los que se encuentra el cuestionario DUKE-UNC, que está dirigido a la población general y emplea una encuesta autoadministrada con 11 ítems, lo que facilita su uso en Atención Primaria (Bellón Saameño, Delgado Sánchez, Luna del Castillo, & Lardelli Claret, 1996a). Con las respuestas se puede conocer, junto al apoyo social global, el apoyo confidencial y afectivo. Otro cuestionario útil es el cuestionario MOS, que investiga otras cuatro dimensiones: afectivo, instrumental, emocional/informacional y de interacción social positiva. Consta de 19 ítems más uno más

encargado de estudiar la red social. Por último, otra herramienta muy utilizada entre los médicos de familia es el genograma, que permite conocer las personas que aportan apoyo social, dentro o fuera de la familia.

6.3. El apoyo social, la familia y el adolescente

Los cambios en la dinámica familiar pueden superarse con mayor facilidad cuando se poseen recursos familiares, entendidos como las ayudas o el apoyo que la familia aporta ante las necesidades de cualquiera de sus miembros. Estos apoyos pueden ser de tipo económico, emocional o de consejo, entre otros. Los recursos familiares están incluidos dentro del apoyo social, dado que no hay que olvidar que la familia es un componente más de la red social, y ayudan a prevenir y/o resolver las crisis desencadenadas por acontecimientos vitales o por los cambios relacionados con el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital. Estos recursos actúan amortiguando las agresiones internas o externas a la homeostasis familiar, facilitando la adaptación a la nueva situación o normalizando la función de la familia. En esta línea, Arpin (Arpin, Fitch, Browne, & Corey, 1990) evidencia en un estudio de seguimiento sobre más de 200 sujetos cómo la adaptación a sus patologías crónicas estaba en relación con los recursos y la función familiar.

Las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje en habilidades sociales y en esquemas interpersonales que facilitan o dificultan las relaciones con los iguales. Existen estudios que relacionan las relaciones familiares y el apoyo de los padres percibido por el adolescente, con las relaciones entre iguales. Cuando el apoyo de la familia es negativo, es decir, el adolescente percibe que el apoyo no es suficiente para cubrir sus necesidades, se intensifican las relaciones entre iguales, se trataría de una relación de signo negativo. Por otro lado, cuando el apoyo de los padres es suficiente, existe una relación positiva entre el apoyo de los padres y la relación con los iguales: los adolescentes que perciben un mayor apoyo de sus padres utilizan estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias sociales (Musitu & Cava, 2003). En cuanto al apoyo social y el ajuste psicosocial del adolescente, el apoyo de los padres tiene gran importancia en este ajuste. A pesar de la importancia que toman en este momento las relaciones de pareja y la amistad, el apoyo de los padres es muy relevante. El apoyo familiar es un importante recurso social para el adolescente cuya influencia en el bienestar puede ser

tanto directa, al conocer que pueden contar con el apoyo de sus padres durante la transición de la adolescencia, como indirecta, por su influencia en la forma de afrontamiento y en la autoestima (Musitu & Cava, 2003).

El resultado de los procesos madurativos del adolescente es la aceleración de los movimientos para establecer una identidad propia y conseguir autonomía de la familia. Además de la familia, el entorno social es muy importante para el adolescente en esta etapa de cambios: al tiempo que va descubriéndolo, necesita que ese entorno sea acogedor y le permita una transición biopsicosocial acorde a su propio ritmo. Hay que recordar que todos los adolescentes no comienzan esta etapa de su vida con los mismos recursos personales, familiares ni sociales. La mayor o menor adaptación del adolescente a todos los cambios de esta etapa va a venir determinada, en parte, por la cantidad de recursos de los que disponga para afrontarlos. Y uno de los principales recursos es su red social. Disponer de un entorno que les apoye ha demostrado tener un gran impacto en la autoestima y en la capacidad para afrontar situaciones difíciles y estresantes en la adolescencia.

El apoyo social con el que cuente el adolescente se va a relacionar con su bienestar psicosocial y el afrontamiento que realice de situaciones estresantes. Un adecuado apoyo social tiene efectos directos positivos en relación a la salud y también son de gran ayuda para compensar los estresores relacionados con las transiciones vitales. Para un adolescente el apoyo social incrementa el sentimiento de pertenencia, mejora la autoestima y genera la percepción de que en caso de necesitarlo se va a contar con ayuda.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la relación entre la estructura familiar de los adolescentes y su percepción de función familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los cambios en el tiempo de la estructura y la percepción de función familiar de los adolescentes.
2. Valorar la influencia que tienen la edad y el género en la percepción de la función familiar.
3. Relacionar el apoyo social percibido por los adolescentes con la función y estructura familiar.
4. Determinar la relación existente entre la edad y el género con el apoyo social percibido por los adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal mediante encuesta. Se han administrado los cuestionarios cada tres años, en el primer trimestre de cada uno de los siguientes cursos: 1997/98, 2001/02, 2004/05, 2007/08, 2010/11 y 2013/14.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se realizó en un Instituto de Educación Secundaria (IES), situado en una zona urbana de Jaén capital con un entorno socioeconómico variado, incluyendo alumnos procedentes de diferentes clases socioeconómicas y culturales. Las características del centro educativo se exponen en el anexo 1.

La población de referencia es la población adolescente andaluza escolarizada en los institutos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Se elige como población de estudio el alumnado perteneciente al centro anteriormente referenciado, participando en el estudio todos los adolescentes escolarizados en ESO (de primer a cuarto curso) y los alumnos de Bachillerato (primer y segundo curso).

Criterios de inclusión: alumnos escolarizados en el Instituto de Secundaria elegido durante cada curso escolar escogido, que dieran su consentimiento oral para participar rellenando el cuestionario.

Criterios de exclusión: Negativa a responder voluntaria y libremente a la encuesta.

Padecer limitación física o psicológica que impida al alumno comprender las preguntas y respuestas del cuestionario, no pudiendo rellenarlo por sí mismo de manera anónima, íntima e individual.

Ausencia a clase durante la jornada escolar en la que se administraba el cuestionario.

De entre las diferentes formas de construcción de una muestra, se eligió un muestreo sencillo donde los adolescentes se encuentran en el seno de una población definida (el alumnado de un instituto) y son seleccionados en su totalidad en una única operación. Todo el

mundo tiene la misma posibilidad de formar parte de la muestra y cada persona sólo puede ser seleccionada una sola vez. Esta selección permite un seguimiento de una zona concreta y sobre la misma población durante los años que dura el estudio.

El tamaño de muestra fue el total del alumnado matriculado cada curso escolar. La relación del alumnado del centro de los cursos objeto del estudio fue facilitada por los miembros del Equipo Directivo del Centro Educativo.

VARIABLES DEL ESTUDIO

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado y precodificado (anexo 2), autoadministrado (para que sea el propio alumnado quien lo rellene, sin necesidad de un entrevistador) y anónimo.

Las variables recogidas mediante el cuestionario se clasifican en los siguientes apartados:

1. Variables personales

Se recoge la edad (en años) y el sexo, así como el curso escolar en el que se encuentran.

2. Variables familiares

Se indaga acerca de la estructura familiar. Para conocer la composición de la familia, en el cuestionario se indica al adolescente que anote cuántas personas comparten su hogar y el grado de parentesco. Posteriormente se clasifican las respuestas en cuatro grandes grupos, acordes con la clasificación de De la Revilla (De la Revilla Negro, Constant Rodríguez, & López de Hierro Ruiz, J.A. Cárdenas Viedma, 2005):

1. Familia extensa (cuando viven en el mismo hogar tres o más generaciones)
2. Familia nuclear (formada por dos generaciones, padres e hijos)
3. Familia monoparental (constituida por uno solo de los cónyuges y sus hijos)
4. Familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos trae un hijo habido de una relación anterior).

No se emplean las categorías de equivalentes familiares ni personas sin familia, dado que el porcentaje de estos casos es muy pequeño (inferior al 1% del total de la muestra estudiada) (Pérez Milena et al., 2009).

La función familiar se valora mediante la aplicación del Test de APGAR familiar (De La Revilla, 2005). Es un instrumento muy útil en Atención Primaria por su facilidad de uso para realizar una evaluación familiar global y ha sido validado para la población española por lo que se propone como instrumento de cribado (Bellón Saameño et al., 1996b; De La Revilla, 2005; Smilkstein, 1978; Smilkstein, Ashworth, & Montano, 1982).

Se trata de un cuestionario que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es un cuestionario autoadministrado de sólo cinco preguntas cerradas con el que puede obtenerse de forma rápida y sencilla una evaluación del funcionamiento familiar. Su nombre es un acrónimo y sus cinco letras se refieren a las cinco diferentes áreas que evalúa el test: adaptabilidad, o capacidad de movilización de recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas ante acontecimientos vitales estresantes o en periodos de crisis; cooperación o participación, que es la implicación de los miembros de la familia en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones; desarrollo o capacidad de apoyar y asesorar la maduración física y emocional y la autorrealización de sus miembros; afectividad o expresión de cariño o amor entre los miembros de la familia; y capacidad de resolución, entendida como compromiso de dedicar tiempo a atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir unos ingresos y un espacio.

Cada pregunta se puntúa con un valor de 0 a 2 sobre una escala tipo Likert, obteniéndose en total un índice entre 0 y 10. Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales, entre 4 y 6 indican disfunciones familiares leves, y de 3 ó menos, disfunciones familiares graves. Algunos autores (De La Revilla, 2005) aconsejan para su manejo en Atención Primaria que debe considerarse como indicativos de disfunción familiar sólo los correspondientes a disfunción familiar grave, con lo que sus resultados se clasificarían sólo en dos categorías: disfunción con 3 ó menos puntos, y normofunción con 4 ó más puntos.

3. Variables sociales

Para valorar el apoyo social percibido por el adolescente se emplea el cuestionario de apoyo social funcional de DUKE-UNC. Este cuestionario fue diseñado en 1982 en la Universidad de Duke, Carolina del Norte y modificado por Broadhead en 1988, habiendo sido validado para población española (Bellón Saameño et al., 1996a). Mide distintas dimensiones de apoyo funcional y es lo suficientemente reducido como para que pueda completarse en poco minutos, lo que permite su uso en la consulta del médico de familia.

El cuestionario consta de 11 ítems, que recogen valores referidos al apoyo confidencial y al afectivo. Este hecho permite investigar los cambios de cada una de las dimensiones del apoyo funcional, ampliando así el conocimiento sobre el tipo de apoyo social en la que sería deficitario el adolescente encuestado. Las respuestas se miden mediante una escala tipo Likert, puntuando de 1 a 5. Las preguntas que miden el apoyo afectivo son las preguntas 2, 3, 5, 9 y 11 de la escala; y las preguntas que identifican el apoyo confidencial son las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10. La escala nos proporciona el apoyo afectivo percibido, el apoyo confidencial percibido y el apoyo social total. Sumando los puntos de todas las preguntas del cuestionario de apoyo social pueden obtenerse 55 puntos como máximo, 11 como mínimo y la media es de 33 puntos. Se considera que el sujeto estudiado tiene un apoyo social bajo cuando el resultado está por debajo del valor medio (33 puntos). En cuanto al apoyo afectivo, los valores oscilan entre 5 y 25 puntos, con una media de apoyo de 15; cifras por debajo de la media, es decir, entre 5 y 15 indican bajos recursos afectivos. Por último, en cuanto al apoyo confidencial, los valores oscilan entre 6 y 30 puntos, siendo la media de 18 puntos. Todos los valores por debajo de 18 puntos, es decir, por debajo de la media para los valores del apoyo confidencial, expresan bajo apoyo confidencial.

INTERVENCIONES Y RECOGIDA DE DATOS

El cuestionario empleado fue diseñado en 1997 por consenso del equipo investigador. Para su elaboración se revisó previamente la bibliografía existente sobre el tema y se realizó una puesta en común de los datos utilizando la técnica grupal de lluvia de ideas (o *brainstorming*). Se siguieron las observaciones comunes, que ayudaron a elaborar el cuestionario, planteando las preguntas de tal manera que fuesen inteligibles para los adolescentes. Se eligieron dos cuestionarios previamente validados para población española

para asegurar la inferencia y comparabilidad de los resultados. Todas las variables mencionadas en el apartado anterior fueron incluidas en el cuestionario, que se maquetó en una sola hoja por las dos caras (anexo 2).

La validez del contenido del cuestionario se estudió mediante el método de jueces expertos (Wiersma, 2001) Para esta tarea se contó con la ayuda de dos médicos de familia y dos profesores de Educación Secundaria, profesionales adecuadamente formados en el tema de investigación y con experiencia en el trabajo con adolescentes. Tras describir cuál era el objetivo de la prueba y la finalidad del cuestionario, se les solicitó su evaluación sobre los diferentes aspectos del cuestionario, tanto sobre la información inicial como sobre los ítems del cuestionario. Los expertos realizaron una evaluación de la relevancia, suficiencia y pertinencia de cada pregunta, se realizó una valoración global de cada una de las preguntas del cuestionario. Los expertos hicieron una valoración conceptual del grado de comprensión y redacción de la introducción y los ítems en una escala de valoración cuantitativa (escala de 1 a 10). A la hora de valorar la adecuación del ítem para el objeto de estudio se decidió modificar aquellos ítems con valores inferiores a 7 y aceptar los ítems iguales o superiores a 7. Para que los ítems fuesen admitidos, debían contar con el acuerdo de al menos tres de los cuatro jueces (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Una vez diseñado el borrador definitivo de cuestionario (con la información que se deseaba recoger, formuladas las preguntas, definido el número de ellas que se incluirían en el cuestionario y ordenadas las mismas) se llevó a cabo la realización de una prueba piloto con 60 adolescentes de todos los diferentes niveles educativos (10 por cada curso escolar). Este primer pretest permitió identificar los tipos de preguntas más adecuados, si el enunciado era correcto y comprensible, si las preguntas tenían la extensión adecuada y si era correcta la categorización de las respuestas.

Al mes de pasada la primera encuesta, se realizó a los mismos adolescentes una prueba, es decir se les administró de nuevo la encuesta como prueba retest para valorar la estabilidad temporal en los resultados del cuestionario, obteniéndose una fiabilidad adecuada al indicar el coeficiente de correlación intraclase una correlación superior a 0.85. El cuestionario fue pasado por dos evaluadores diferentes, uno para la prueba pretest y otro en la prueba retest, obteniéndose al comparar los resultados un índice Kappa de 0,8, lo que indica una buena concordancia interobservadores.

El cuestionario se administró cada año de estudio en el propio instituto en el primer trimestre del curso escolar, durante la jornada escolar y tras una breve explicación en cada clase. La profesora encargada de administrar la encuesta ha sido previamente adiestrada sobre la información que se debe proporcionar al alumnado y las posibles dudas que puedan surgir, y ha sido la encargada durante todos los años de duración del estudio para evitar posibles sesgos de información. El cuestionario se administró durante una sola semana y con una sola oportunidad para su cumplimentación para cada nivel académico. Tras la recogida de los cuestionarios se procedió, por parte de dos personas (las mismas para todos los años) a puntuar y codificar las respuestas de cada cuestionario conforme a los valores indicados anteriormente, siendo posteriormente registrados en una base de datos creada específicamente para tal fin.

ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación ha sido aprobado por el Equipo Directivo, el Claustro de Profesores y el Consejo Escolar del instituto, precisando su aprobación para formar parte del Plan de Centro al contemplarse como una actividad propia dentro de los objetivos del Programa Forma Joven desarrollado en el Instituto estudiado.

Se entregó la información pertinente al estudio por escrito, solicitándose el consentimiento oral por parte del adolescente, otorgando voluntariedad, información y compromiso a los menores. No ha sido imprescindible el consentimiento de los padres o tutores, dado que se los adolescentes encuestados tenían capacidad moral suficiente para responder a las preguntas, dada la comprensión de las mismas y el grado de confidencialidad de los datos.

El estudio se llevó a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas, así como siguiendo los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki (actualizada en la Asamblea de Seúl en 2008) para la investigación biomédica. También se tuvo en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustaron a las normas de buena práctica clínica (AEMPS, 2002; Ce, Parlamento, & Del, 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

Se garantizó la protección de datos personales conforme a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (Boletín Oficial del Estado, 1999), informando a los menores sobre sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Corrección y Oposición). Se aseguró en todo momento el anonimato de los menores y su familia, y la confidencialidad de los datos, los cuales no han estado en ningún momento accesibles a personas ajenas al estudio. Para ello, se disociaron los resultados de los datos personales sensibles para su adecuada protección durante el análisis de los casos, siendo además el cuestionario anónimo.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recogidos fueron almacenados en una base de datos y analizados mediante el programa estadístico R-Sigma Babel (© Horus Hardware 1990) durante los años 1997 a 2004. En los tres últimos años de estudio se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15. La base datos no contenía, en ningún caso, datos personales de los encuestados que pudieran facilitar la identificación por personas ajenas al estudio. Previo al análisis estadístico se procedió a depurar y corregir los valores extremos detectados tras el vaciado de los resultados de las encuestas.

También se comprobó la normalidad de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad de la dispersión de las muestras estudiadas mediante el test de Levene. A los resultados se les aplicaron los siguientes estudios y test estadísticos:

Estadística descriptiva. Los datos se presentan como media \pm desviación típica (o desviación estándar, DS). Para las variables cualitativas, se presenta la proporción (en tanto por ciento, %).

Estadística inferencial. El límite de la significación se ha situado en $p \leq 0,05$.

Las diferencias entre grupos han sido analizadas estadísticamente usando el test de la t para muestras independientes y análisis de la varianza de 1 vía (ANOVA1). Se evaluaron las condiciones de parametricidad para la aplicación de estos tests para cada variable, comprobando la distribución normal de la variable cuantitativa en los grupos que se comparan y la homogeneidad de varianzas en las poblaciones de las que proceden los grupos; en caso de

no cumplimiento, se recurrió a pruebas estadísticas no paramétricas (el test de Mann-Whitney y el test de Kruskal Wallis). Para comparar proporciones se ha utilizado el test de la χ^2 .

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La información se ha obtenido tras una búsqueda de los estudios publicados relacionados con el tema de estudio, a través de soporte informático MEDLINE del Index Medicus (PubMed), en el período de 1985 a 2016, y en la base de datos Web of Science (WOS), así como revisión bibliográfica más relevante manejada por otros autores y obtenida de originales y revisiones. (Anexo 3)

Para las citas bibliográficas se han tenido en cuenta las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (Normas de Vancouver).

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio recoge únicamente datos de adolescentes escolarizados. A pesar de que legalmente las autoridades educativas obligan a la escolarización de la totalidad de la población adolescente menor de 16 años, es posible que, por la existencia de las áreas necesitadas de transformación social existentes en el entorno estudiado es haya población de entre 11 y 16 años que no sea encuestada por no estar escolarizados provocando, por tanto, una limitación en la selección. A partir de los 16 años la educación secundaria no es obligatoria, por lo que también puede existir un subgrupo de la población adolescente cuyos hábitos de consumo no sean explorados en esta investigación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que según datos del sistema estatal de indicadores de la educación del Ministerio de Educación de España (edición 2010) prácticamente toda la población española entre los 3 y los 15 años se encuentra escolarizada. La cifra de personas sin escolarizar aumenta en edades superiores: 50.000 a los 16 años, 114.000 a los 17 y 173.000 a los 18. Pese a ello, las tasas netas de escolarización reflejan unas tasas de escolarización a los 16 y 17 años, edades teóricas de Educación Secundaria postobligatoria, del 88,6% y 75,0% en el año 2010 y se incrementan hasta el 96,3% y 90,1% respectivamente en el curso escolar 2013/2014.

El centro educativo seleccionado es un instituto público. Según el sistema estatal de indicadores de la educación (2010) un 66% de los adolescentes en Educación Secundaria Obligatoria asisten a centros públicos, 31% a centros privados concertados y 3% a centros privados no concertados. El informe PISA del año 2013 mostró un incremento del alumnado que cursaba sus estudios en un centro de titularidad pública, llegando a un porcentaje del 68,3% del total de estudiantes. En el conjunto de la Educación Secundaria postobligatoria, el 75% asisten a centros públicos, el 15% a centros privados concertados y un 11% a centros privados no concertados. Desde el curso 1997/98 hasta el curso 2007/08, en Educación Secundaria Obligatoria ha disminuido casi 7 puntos el porcentaje de alumnado que asiste a centros públicos, mientras que ha aumentado 6 puntos en centros privados concertados. En Educación Secundaria postobligatoria han aumentado ligeramente los porcentajes de alumnos en centros públicos y privados concertados, y se ha producido una bajada de más de 4 puntos en la enseñanza privada no concertada. Por tanto, podrían existir diferencias entre centros públicos y privados que no se recogerían en los resultados obtenidos.

No se han diferenciado algunas variables que podrían ser importantes para definir las características familiares y el apoyo social del adolescente, como el nivel socioeconómico de la familia de origen o el hecho de ser nativo o extranjero. No es el objetivo del trabajo y no debe afectar a la inferencia de resultados dado que la población estudiada tiene adolescentes de diferentes procedencias sociales, lo que garantiza una amplia representación de todos los estratos sociales. La población inmigrante en el instituto objeto de estudio ha ido aumentando de forma discreta desde el año 1997, formando en el último curso estudiado un subgrupo inferior al 5% (por debajo de la media española).

Las encuestas fueron recogidas por una sola profesional de la educación, que ha recibido previamente una formación para homogeneizar la intervención. Se debe tener en cuenta el sesgo de información a la hora de explicar cómo rellenar la encuesta y de dar respuestas a posibles dudas. Otro problema es el sesgo de deseabilidad social en el que puede incurrir el alumnado: la declaración de aspectos confidenciales familiares o sociales por parte del menor puede sesgar las respuestas de los encuestados. También hay que contemplar la posibilidad de aparición de sesgos de memoria. Este tipo de sesgos, introducidos por el uso de una encuesta, son inherentes a este tipo de recogida de datos y son difíciles de evitar, aunque se puede minimizar utilizando estrategias como las de lograr que el alumno no se sienta condicionado por los observadores al ser un cuestionario autoadministrado y anónimo. Es muy posible que los datos obtenidos permitan una aproximación a la realidad de los adolescentes

españoles, ya que los jóvenes suelen ser sinceros en las encuestas anónimas y fáciles de cumplimentar (Orgaz Gallego, Segovia Jiménez, López de Castro, & Tricio Armero, 2005).

En esta investigación se utiliza el test de APGAR familiar para medir el grado de satisfacción y la percepción subjetiva del adolescente sobre la funcionalidad de su familia así como su integración en ella. Es importante recordar que este cuestionario no evalúa realmente la función familiar sino el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, esto es, su percepción personal. En Atención Primaria, en la que la presentación habitual de las disfunciones es a través de síntomas individuales, esto no constituye un inconveniente. El cuestionario APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. En nuestro país se ha utilizado el APGAR familiar para evaluar la función familiar en el curso de procesos psicosociales, en pacientes que consultaban por signos y síntomas mal definidos, en alcohólicos, hipertensos, en hiperutilizadores de servicios sanitarios y en la obesidad de los adolescentes (Bellón Saameño et al., 1996b; Casarrubios, Lareo, Arribas, & Frieyro, 1988; L. de la Revilla & de los Rios, 1994; Menéndez Villalva et al., 2003; Obando y de la Corte, 2005). Otra posible utilidad del APGAR, es la de instrumento de screening, de la que existen algunas experiencias en nuestro país, aunque hay autores que cuestionan su fiabilidad en este campo.

El cuestionario de apoyo social empleado (DUKE-UNC) emplea una escala tipo Likert, que es una forma muy extendida de recoger las respuestas en multitud de estudios que usan encuestas y es útil para que el encuestado pueda visualizar las diferentes posturas que el cuestionario ofrece respecto a cada ítem, ordenadas con una jerarquía creciente (se puntúan más alto las actitudes positivas). Los ítems a evaluar están organizados en baterías y tienen un mismo esquema de reacción, permitiendo que el entrevistado aprenda rápidamente el sistema de respuestas, lo que facilita la rapidez y sencillez de aplicación. La principal ventaja que tiene es que todos los sujetos coinciden y comparten el orden de las expresiones en las repuestas. Las cinco posibles son excluyentes entre sí, permitiendo un valor neutro (el 3) que equidista de las posturas totalmente en contra o totalmente a favor. Además, los cinco puntos son excluyentes entre sí de forma que solo se puede elegir una alternativa. No hay el riesgo de pérdida de información que ocurre cuando se plantea la respuesta <no sabe/no contesta> dado que no es posible en este tipo de escala. Sin embargo su utilización puede plantear una serie de desventajas, como la presencia de un sesgo si se observa su distribución de frecuencias: de forma general las aprobaciones suelen superar a las desaprobaciones, independientemente de las afirmaciones planteadas. Esto significa que las expresiones

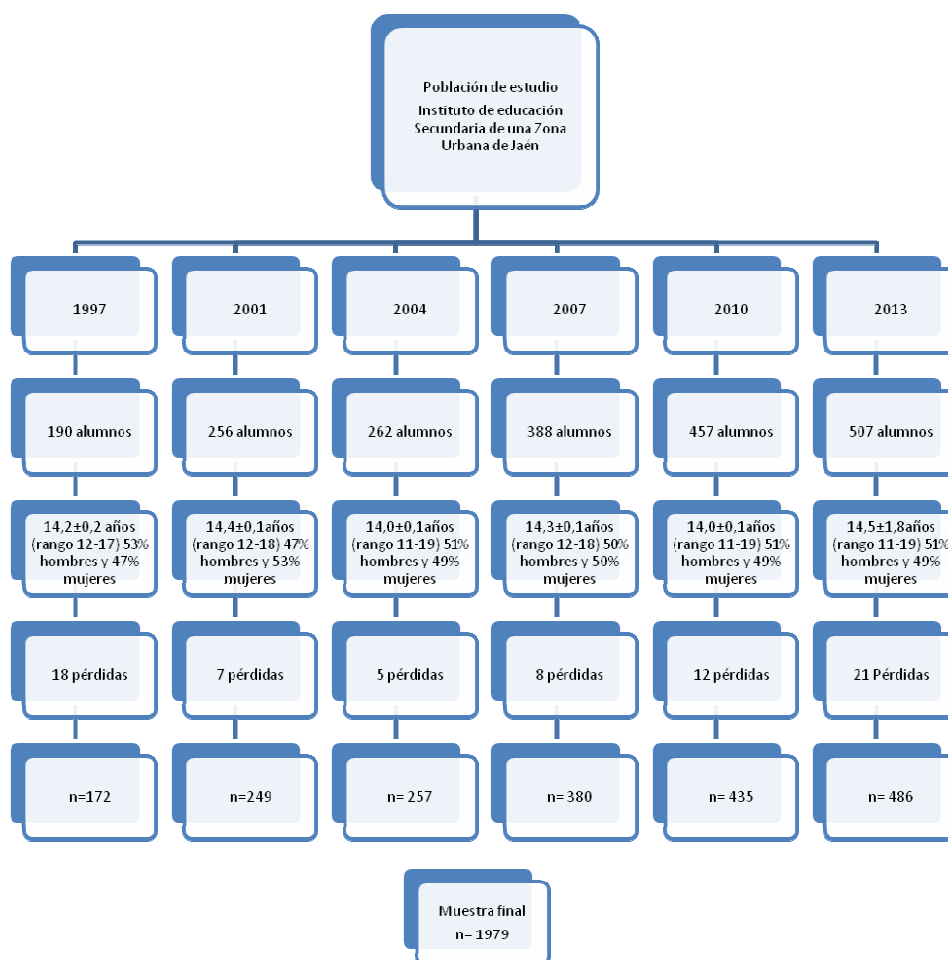
“siempre” y “nunca” pueden no ser equidistantes; diferentes estudios han demostrado que mostrarse de acuerdo con cualquier frase implica un menor esfuerzo psíquico por parte del entrevistado. Otras desventajas posibles se encuentran en la falta de precisión a la hora de cuantificar el acuerdo o desacuerdo del encuestado así como el desconocimiento de los motivos de la postura que exprese el participante.

RESULTADOS

1. Datos generales del estudio

Se incluyen en el estudio un total de 2.050 adolescentes, con un 3,5% de pérdidas por falta de asistencia o mala cumplimentación del cuestionario. En total se recogen 1.979 encuestas. La media de edad es de 14,2 años ($\pm 0,3$), similar en los seis años estudiados, con un recorrido de 13 años (desde los 11 años hasta los 19 años, según el año de estudio). La distribución por sexos se acerca al 50% en todos los años. En la figura 3 se detalla el esquema general del estudio, la población total destinataria de los cuestionarios y las pérdidas en cada año, así como la media de edad y la distribución por sexo en cada año. Todos los adolescentes se encuentran en las fases del ciclo vital IIB (extensión), III (final de la extensión) y IV (contracción) (anexo 4) que comprende todas las fases donde puede existir un adolescente en el hogar, así como las posibles atipias del ciclo.

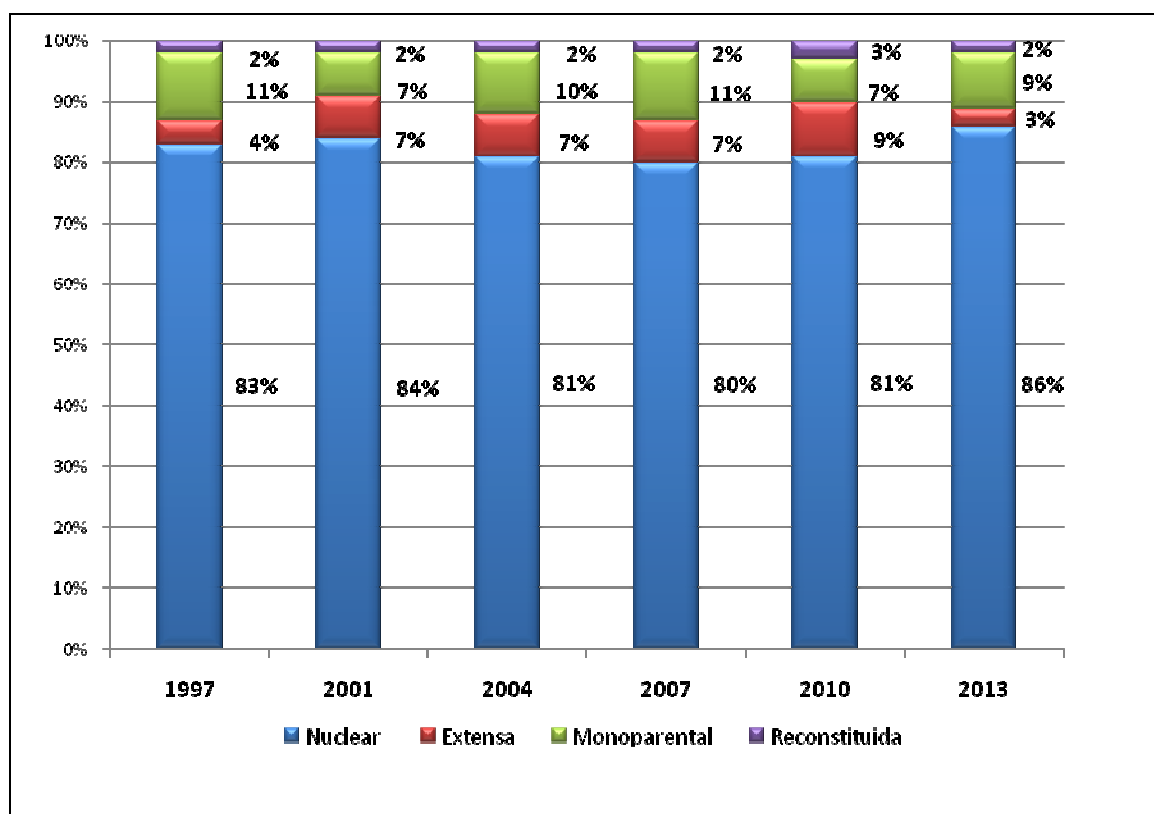
FIGURA 3. ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO



2. ESTRUCTURA Y FUNCIÓN FAMILIAR

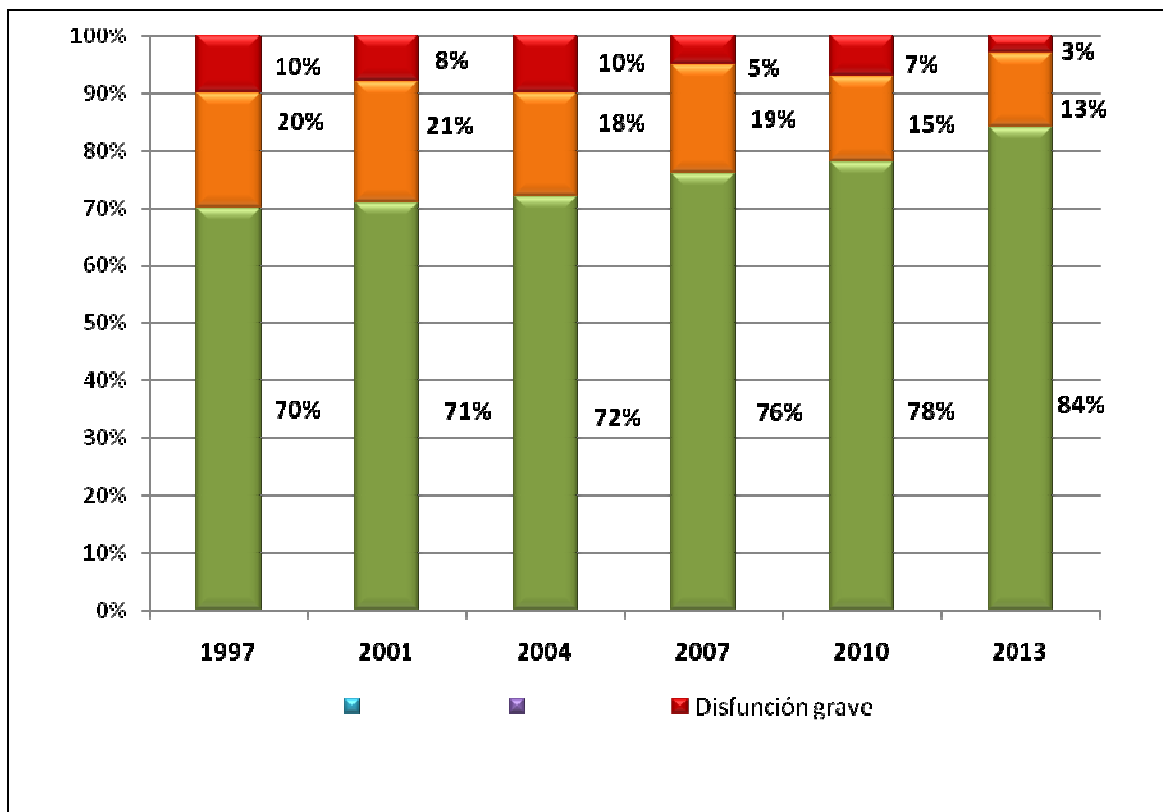
La estructura familiar predominante es la nuclear, suponiendo más de las cuatro quintas partes del total de la muestra estudiada (81% con Intervalo de Confianza al 95% [79,3%; 81,5%]). La segunda estructura familiar más frecuente entre los adolescentes fue la familia monoparental, un 9% del total (IC 95% [7,6%; 10,6%]), seguida por la familia ampliada, un 8% de la muestra estudiada (IC 95% [6,0%; 8,7]). La estructura menos frecuente fue la familia reconstituida, con el restante 2% (IC 95% [1,7%; 3,3%]). No existen diferencias en los años de estudio (figura 4).

FIGURA 4. ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL AÑO DE ESTUDIO



La función familiar medida con el test de APGAR familiar muestra que las tres cuartas partes de los adolescentes (75% con IC 95% [72,6%; 77,2%]) perciben un funcionamiento normal de su familia. Algo menos de la quinta parte (18% con IC 95% [16,3%; 19,7%]) indican la existencia de una percepción de disfunción en su familia de tipo leve, y el restante 7% (IC 95% [6,1%; 7,9%]) puntúan en la categoría de disfunción familiar grave. No existen diferencias estadísticas entre los diferentes años del estudio (figura 5) aunque se aprecia una tendencia creciente al incremento de la percepción de una función familiar normal mientras que los porcentajes de adolescentes que aprecian algún tipo de disfunción van disminuyendo progresivamente.

FIGURA 5. FUNCIÓN FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL AÑO DE ESTUDIO



- Diferencias significativas en cada año con $p=0,032$ test χ^2 .

La puntuación media global del test APGAR familiar es de 7,64 ($\pm 0,09$), sin diferencias por año de estudio (tabla 1). Si se comparan los resultados en función de la estructura familiar del adolescente, las puntuaciones medias son similares:

- familias nucleares: 7,7 ($\pm 0,3$)
- familias ampliadas: 7,5 ($\pm 0,4$)
- familias monoparentales: 7,5 ($\pm 0,4$)
- familias reconstituidas: 7,2 ($\pm 0,9$)

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias globales según cada tipo de estructura familiar. Sólo en el primer año de estudio los adolescentes pertenecientes a familias reconstituidas obtienen una menor puntuación frente al resto de estructuras familiares estudiadas ($p=0,002$ test ANOVA de 1 vía, tabla 2), con un valor medio situado dentro de la disfunción familiar leve.

Esta observación no se repite el resto de los años, fundamentalmente porque los valores en el test APGAR familiar obtenidos por los adolescentes de las familias reconstituidas se incrementan hasta no existir diferencias significativas con el resto de las estructuras familiares ($p=0,046$ test ANOVA de 1 vía, tabla 2). También se encuentra un incremento estadísticamente significativo de la puntuación media de los adolescentes de las familias ampliadas, casi un punto completo desde el año 1997 hasta el año 2010 ($p=0,078$ test ANOVA de 1 vía, tabla 2), aunque posteriormente vuelve a decrecer.

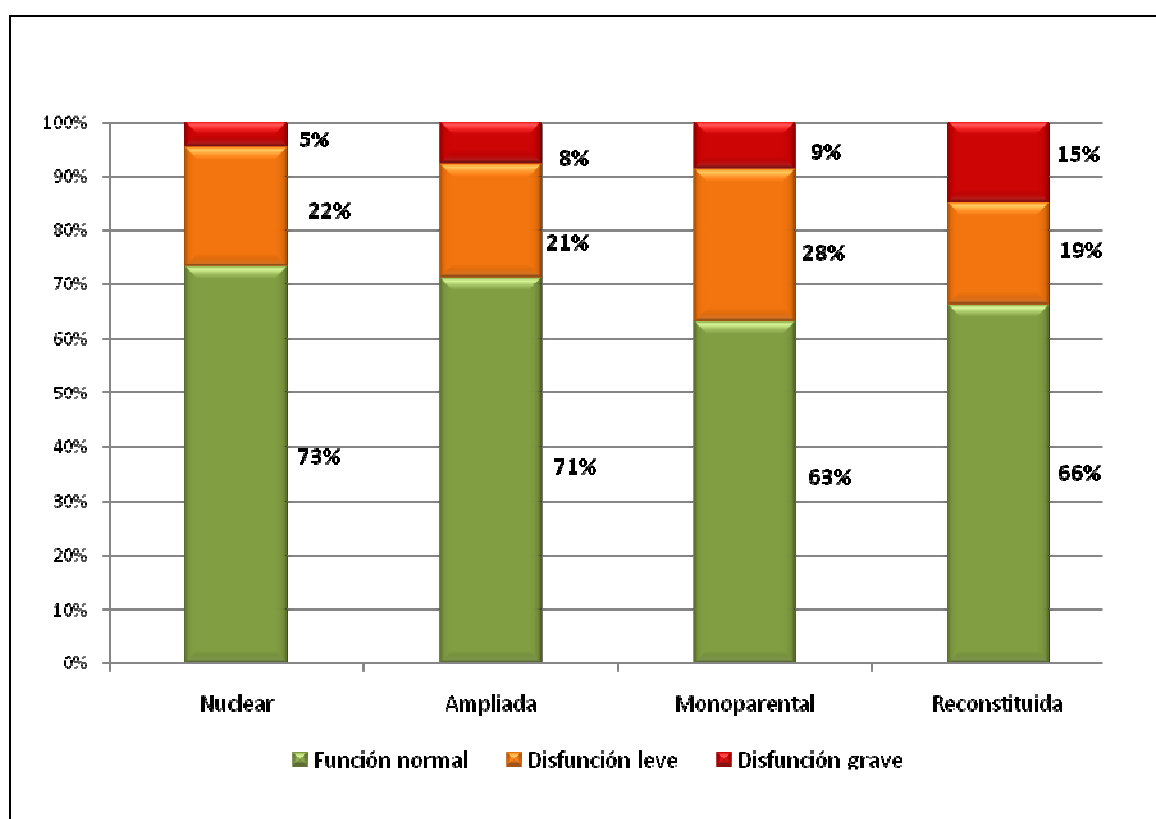
TABLA 2. PUNTUACIÓN MEDIA DEL TEST APGAR FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL AÑO DE ESTUDIO Y SEGÚN LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS FAMILIARES

	Puntuación media					
	1997 (*)	2001	2004	2007	2010	2013
Media total	7,1 \pm 1,9	7,2 \pm 3,0	7,4 \pm 1,2	7,7 \pm 1,5	7,8 \pm 2,0	8,0 \pm 1,9
Estructura familiar						
NUCLEAR	7,3 \pm 2,0	7,3 \pm 1,5	7,5 \pm 1,4	7,7 \pm 0,4	7,9 \pm 0,4	8,0 \pm 0,1
AMPLIADA (†)	6,7 \pm 3,6	7,3 \pm 1,5	7,4 \pm 1,3	7,7 \pm 0,5	7,6 \pm 0,8	7,3 \pm 1,2
MONOPARENTAL	6,7 \pm 3,6	6,9 \pm 2,3	7,0 \pm 2,0	7,3 \pm 0,9	7,3 \pm 1,5	7,7 \pm 2,0
RECONSTITUIDA (‡)	5,5 \pm 3,4	7,2 \pm 3,9	6,9 \pm 3,4	7,3 \pm 1,4	6,9 \pm 2,2	8,0 \pm 1,9

- Los datos se muestran como medias con su desviación estándar.
- Diferencias significativas con: (*) $p=0,002$ test ANOVA de 1 vía, (†) $p=0,078$ test ANOVA de 1 vía, (‡) $p=0,046$ test ANOVA 1 vía.

En la figura 6 se muestra el porcentaje global de respuestas al test APGAR familiar agrupados según la estructura familiar. Se puede apreciar que los porcentajes de función familiar normal, disfunción leve y disfunción grave difieren en función de cada estructura familiar estudiada cuando se agrupan ($p=0,020$ test χ^2), de manera que las familias monoparentales y reconstituidas presentan un mayor porcentaje de adolescentes que indican la existencia de una disfunción familiar.

FIGURA 6. PREVALENCIAS MEDIAS DE LOS RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR



- Diferencias significativas con $p=0,020$ test χ^2 .

En la tabla 3 se presentan las prevalencias obtenidas en cada año de estudio, que explican de forma más completa los resultados expuestos en la figura 6. En el año 1997 se establecen las mayores diferencias en la percepción de la función familiar según la estructura familiar a la que pertenece el adolescente: así, la familia nuclear tiene más de un 70% de sus adolescentes con un test APGAR familiar normal, mientras que la familia reconstituida no llega al 50% de los encuestados ($p=0,074$ test χ^2 , tabla 3). Es en el año 1997 donde hay una mayor diferencia en la percepción de disfunción familiar grave, con diferencias casi significativas que muestran un mayor porcentaje en las familias reconstituidas que llega a ser patente en la

cuarta parte de los adolescentes de las familias reconstituidas ($p=0,074$ test χ^2 , tabla 3). El resto de los años, aun existiendo algunas diferencias porcentuales, no se llega a obtener significación estadística. Esta observación se debe fundamentalmente al incremento de respuestas que se puntúan como función familiar normal entre los adolescentes de las familias reconstituidas, pasando de una prevalencia de un 43% en el año 1997 a un 77% en el año 2010 ($p=0,009$ test χ^2 , tabla 3).

TABLA 3. RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR (TEST APGAR-FAMILIAR) Y LA ESTRUCTURA FAMILIAR

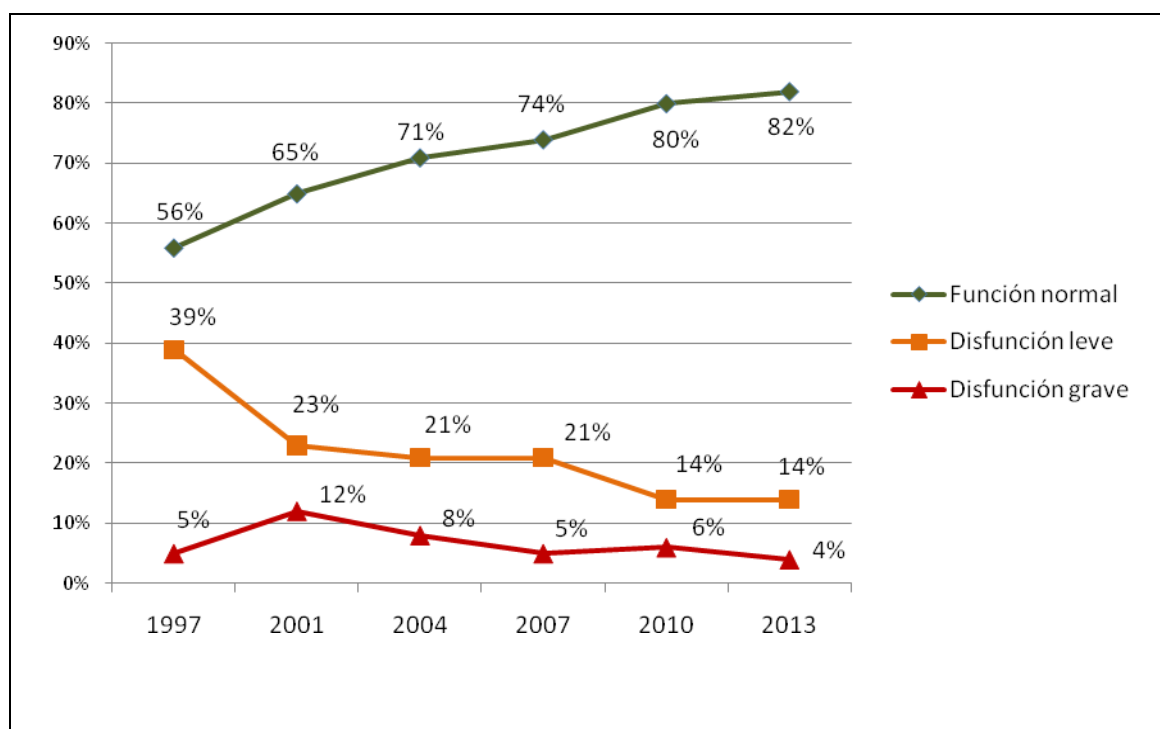
Función familiar		Estructura familiar			
		Nuclear	Ampliada	Monoparental	Reconstituida (*)
Año 1997 (+)	<i>Normal</i>	74%±3,1	57%±12,4	52%±9,6	43%±0,9
	<i>Disfunción leve</i>	17%±2,7	38%±12,1	36%±6,8	33%±8,6
	<i>Disfunción grave</i>	9%±2,0	5%±5,1	12%±7,5	24%±7,7
Año 2001	<i>Normal</i>	55%±2,8	67%±9,4	48%±9,6	50%±16,6
	<i>Disfunción leve</i>	37%±2,7	19%±7,5	41%±9,5	30%±5,7
	<i>Disfunción grave</i>	8%±1,5	14%±6,8	11%±6,1	20%±12,8
Año 2004	<i>Normal</i>	72%±3,1	76%±10,3	59%±10,1	60%±21,9
	<i>Disfunción leve</i>	25%±2,9	12%±7,8	33%±9,6	20%±17,9
	<i>Disfunción grave</i>	3%±1,1	12%±7,8	8%±5,6	20%±17,9
Año 2007	<i>Normal</i>	76%±2,5	80%±8,6	69%±7,1	78%±13,9
	<i>Disfunción leve</i>	20%±2,3	10%±6,4	21%±6,3	11%±10,5
	<i>Disfunción grave</i>	4%±1,1	10%±6,4	10%±4,5	11%±10,5
Año 2010	<i>Normal</i>	78%±2,1	82%±6,3	71%±8,1	77%±12,9
	<i>Disfunción leve</i>	19%±2,2	10%±5,9	19%±7,2	12%±11,0
	<i>Disfunción grave</i>	3%±1,5	8%±6,1	10%±5,0	11%±11,5
Año 2013	<i>Normal</i>	85%±1,1	63%±4,2	80%±3,3	90%±0,9
	<i>Disfunción leve</i>	12%±2,1	37%±4,0	16%±2,9	10%±0,9
	<i>Disfunción grave</i>	3%±3,2	0%	4%±2,0	0%

- Los datos se muestran como proporción con su desviación estándar. Los datos se muestran como proporción ± desviación estándar, ordenados por columnas.
- Diferencias significativas con (*) $p=0,009$ test χ^2 , (+) $p=0,074$ test χ^2 .

3. RELACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR CON EL SEXO Y LA EDAD

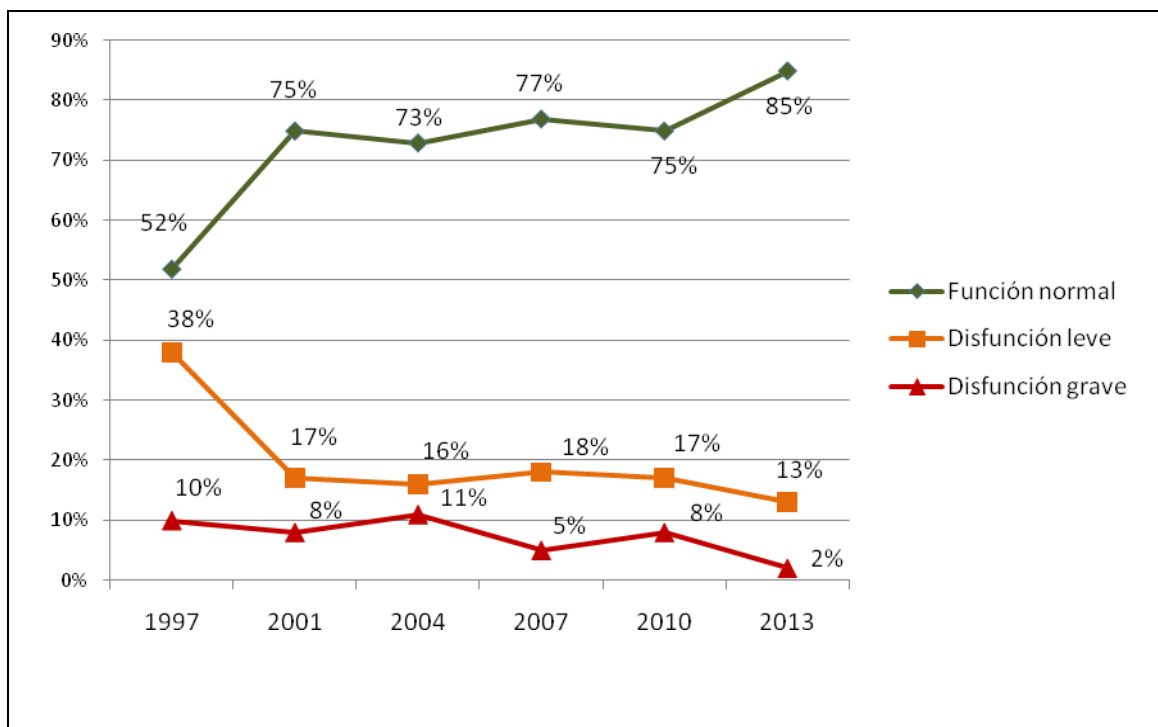
La percepción de la función familiar en los adolescentes encuestados no varía según el sexo, apreciándose un incremento progresivo de los resultados de buena función familiar desde el año 1997 hasta el año 2013 en los resultados de los adolescentes hombres, en consonancia con los datos generales ($p < 0,0001$ test χ^2 , figura 7). Algo similar ocurre entre las adolescentes mujeres, pasando de un 52% de buena función familiar a un 85% del total de encuestadas ($p = 0,001$ test χ^2 , figura 8). Las puntuaciones medias del test APGAR familiar por sexo se muestran en la tabla 4, con diferencias estadísticas por sexo en el año 2001 (diferencia media de $0,74 \pm 0,3$ puntos siendo superior en mujeres frente a hombres, $p = 0,025$ test t Student) pero sin un significado clínico relevante como puede apreciarse en la distribución porcentual de los resultados del test en las figuras 7 y 8.

FIGURA 7. EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE FUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN EL TEST APGAR FAMILIAR EN ADOLESCENTES HOMBRES



- Diferencias significativas entre años de estudio con $p < 0,001$ test χ^2

FIGURA 8. EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE FUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN EL TEST APGAR FAMILIAR EN ADOLESCENTES MUJERES



- Diferencias significativas entre años de estudio con $p=0,001$ test χ^2

TABLA 4. PUNTUACIÓN MEDIA DEL TEST APGAR FAMILIAR POR SEXO Y AÑO DE ESTUDIO

Test APGAR familiar	Sexo	
	Hombre	Mujer
Año 1997	7,4±2,0	7,1,±2,1
Año 2001(*)	6,8±1,3	7,5±1,6
Año 2004	7,5±1,8	7,4±2,2
Año 2007	7,6±1,9	7,7±2,1
Año 2010	7,9±2,0	7,7±1,7
Año 2013	7,7±1,9	8,2±1,8

- Los datos se muestran como media con su desviación estándar.
- Diferencias significativas con (*) $p=0,025$ test t Student.

Respecto a la edad, se pueden apreciar algunos cambios con significación estadística (tabla 5). En general, los porcentajes de función y disfunción familiar no presentan grandes cambios según la edad, pero sí se puede apreciar en los años 1997 ($p=0,004$ test χ^2) y 2004 ($p=0,001$ test χ^2) cómo las respuestas al test APGAR familiar varían con la edad: la percepción de función familiar normal es más alta en las edades de 12-13 años, disminuye posteriormente en la franja de edad de 14-15 años y luego vuelve a incrementarse a los 16 años, con un menor porcentaje de respuestas positivas al test en los adolescentes de 17 años. Estos cambios parecen repetirse en todos los años del estudio, con una mayor prevalencia de percepción de disfunciones familiares a las edades de 14 y 15 años aunque sin alcanzar la significación estadística (tabla 5).

La percepción de una buena función familiar mejora a medida que transcurren los diferentes años de estudio en prácticamente todas las edades (tabla 4): se aprecian diferencias estadísticas en las franjas de edad de 12, 14, 15 y 16 años ($p<,001$ test χ^2) y a los 17 años de edad ($p=0,006$ test χ^2), con cambios similares en la edad de 13 años aunque sin significación estadística. Por otro lado, la percepción de disfunción familiar grave presenta una mayor prevalencia en las franjas de edad de 14 y 15 años, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, y en algunos años también destacan las edades de 13 años (2007) y 16 años (2010) (tabla 5).

TABLA 5 . CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE FUNCIÓN FAMILIAR (TEST DE APGAR FAMILIAR)

Función familiar		Edad					
		12 (‡)	13	14 (‡)	15 (‡)	16 (‡)	17 (§)
Año 1997 (*)	Normal	54%±6,1	69%±4,7	49%±5,5	49%±5,9	36%±7,1	67%±18,6
	Disfunción leve	45%±6,2	28%±4,6	43%±5,4	37%±5,7	49%±7,5	33%±13,6
	Disfunción grave	1%±1,5	3%±1,8	8%±3,0	14%±4,0	14%±5,4	--
Año 2001	Normal	82%±6,7	74%±6,5	77%±5,8	66%±6,3	56%±8,8	66%±11,1
	Disfunción leve	15%±6,2	13%±4,7	20%±5,3	34%±8,4	34%±8,4	17%±8,8
	Disfunción grave	3%±3,0	13%±4,7	10%±4,1	14%±4,7	9%±5,2	17%±8,8
Año 2004 (†)	Normal	67%±8,6	73%±6,7	62%±6,4	78%±7,3	81%±6,6	68%±9,9
	Disfunción leve	23%±7,7	23%±6,3	26%±5,8	9%±5,2	8%±4,6	18%±8,2
	Disfunción grave	10%±5,5	4%±3,1	12%±4,3	13%±5,9	11%±5,2	14%±7,3
Año 2007	Normal	72%±5,4	78%±5,0	73%±4,8	77%±5,5	83%±5,3	96%±3,9
	Disfunción leve	25%±5,2	13%±4,1	21%±4,4	18%±5,0	12%±4,4	4%±3,9
	Disfunción grave	3%±2,0	9%±3,4	6%±2,6	5%±2,8	5%±3,2	--
Año 2010	Normal	90%±3,4	74%±4,2	82%±3,8	63%±5,9	79%±5,6	77%±10,3
	Disfunción leve	8%±2,9	20%±3,8	12%±3,2	29%±3,2	6%±3,2	18%±9,3
	Disfunción grave	2%±1,8	6%±2,2	6%±2,2	7%±3,2	15%±4,9	6%±5,7
Año 2013	Normal	87%±3,2	80%±3,3	81%±3,3	81%±4,0	83%±3,9	87%±5,4
	Disfunción leve	11%±4,2	16%±3,5	14%±4,4	14%±3,6	13%±4,9	11%±4,6
	Disfunción grave	2%±3,1	4%±4,3	5%±4,4	5%±3,8	4%±2,1	2%±1,9

- Los datos se muestran como proporción ± desviación estándar Los datos se muestran como proporción ± desviación estándar, ordenados por columnas.
- Diferencias significativas por edad en el año 1997 (*) $p=0,004$ test χ^2 y en el año 2004 (†) $p=0,001$ test χ^2
- Diferencias significativas por edad en todos los años de estudio con (‡) $p<0,001$ test χ^2 y (§) $p<0,006$ test χ^2

Las puntuaciones medias obtenidas por edad en cada año de estudio son similares aunque se aprecian algunos cambios estadísticamente significativos (tabla 6). En general se aprecia una menor puntuación del test de APGAR familiar en la franja de edad de los 14 a los 16 años, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en los años 1997, 2010 y 2013 ($p=0,007$ ANOVA de 1 vía, tabla 6). Sólo en el año 1997 se registran medias inferiores a 7 puntos, que sería el límite para una función familiar normal, y se encuentran en las edades de 14, 15 y 16 años. Valores medios superiores a 8 puntos sólo pueden observarse en adolescentes de 12, 13 y 17 años. Por otra parte, y siguiendo la evolución de la puntuación media general, los valores medios del cuestionario tienden a incrementarse en cada franja etaria desde el inicio del estudio hasta el último año registrado, aunque sólo se aprecian diferencias significativas en las edades de 15 y 16 años ($p=0,040$ ANOVA de 1 vía, tabla 6).

TABLA 6. PUNTUACIÓN MEDIA DEL TEST APGAR FAMILIAR POR EDAD Y AÑO DE ESTUDIO

Test APGAR familiar	Edad					
	12	13	14	15 (†)	16 (†)	17
Año 1997 (*)	7,4±1,2	7,9±1,2	6,9±1,3	6,8±1,3	6,6±1,3	8,3±1,4
Año 2001	7,7±1,3	7,2±1,4	7,3±1,4	7,1±1,3	6,6±1,4	7,0±1,7
Año 2004	7,5±1,5	7,5±1,4	7,1±1,4	7,7±1,4	7,7±1,5	7,1±1,7
Año 2007	7,6±1,2	7,7±1,2	7,7±1,1	7,7±1,1	7,6±1,2	7,8±1,3
Año 2010 (*)	8,6±1,2	7,6±1,2	7,9±1,2	7,4±1,3	7,4±1,4	7,6±1,5
Año 2013 (*)	8,7±1,5	8,1±1,6	7,6±2,1	7,9±1,8	7,6±2,1	8,1±1,8

- Los datos se muestran como media \pm desviación estándar.
- Diferencias significativas con (*) $p=0,007$ ANOVA de 1 vía y (†) $p=0,040$ test ANOVA de 1 vía.

4. DISTRIBUCIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD

La distribución de las diferentes estructuras familiares encontradas según el sexo y la edad son muy similares entre sí en cada año de estudio. En la figura 9 se muestra la distribución global de las diferentes estructuras en función del sexo, sin prácticamente diferencias entre hombres y mujeres. En la figura 10 se muestran encontrarse los porcentajes de cada estructura familiar según sexo y año de estudio, existiendo algunas diferencias estadísticas en los años 1997, 2004 y 2013 pero que son pequeñas y carecen de interés. Por último, en la tabla 7 se muestra la distribución de las estructuras familiares en función de la edad del adolescente y del año de estudio, no encontrándose diferencias significativas respecto a las medias globales.

FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN GLOBAL DE LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS FAMILIARES SEGÚN SEXO

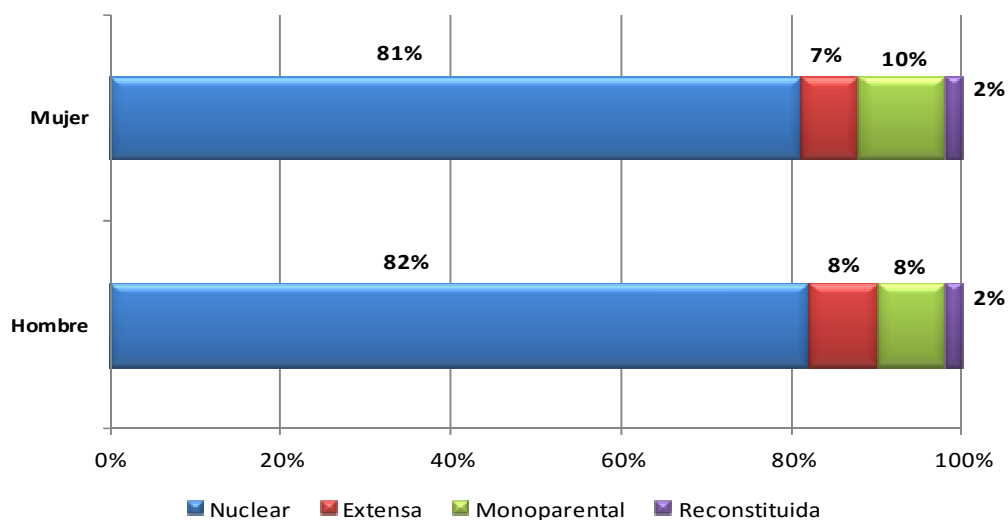
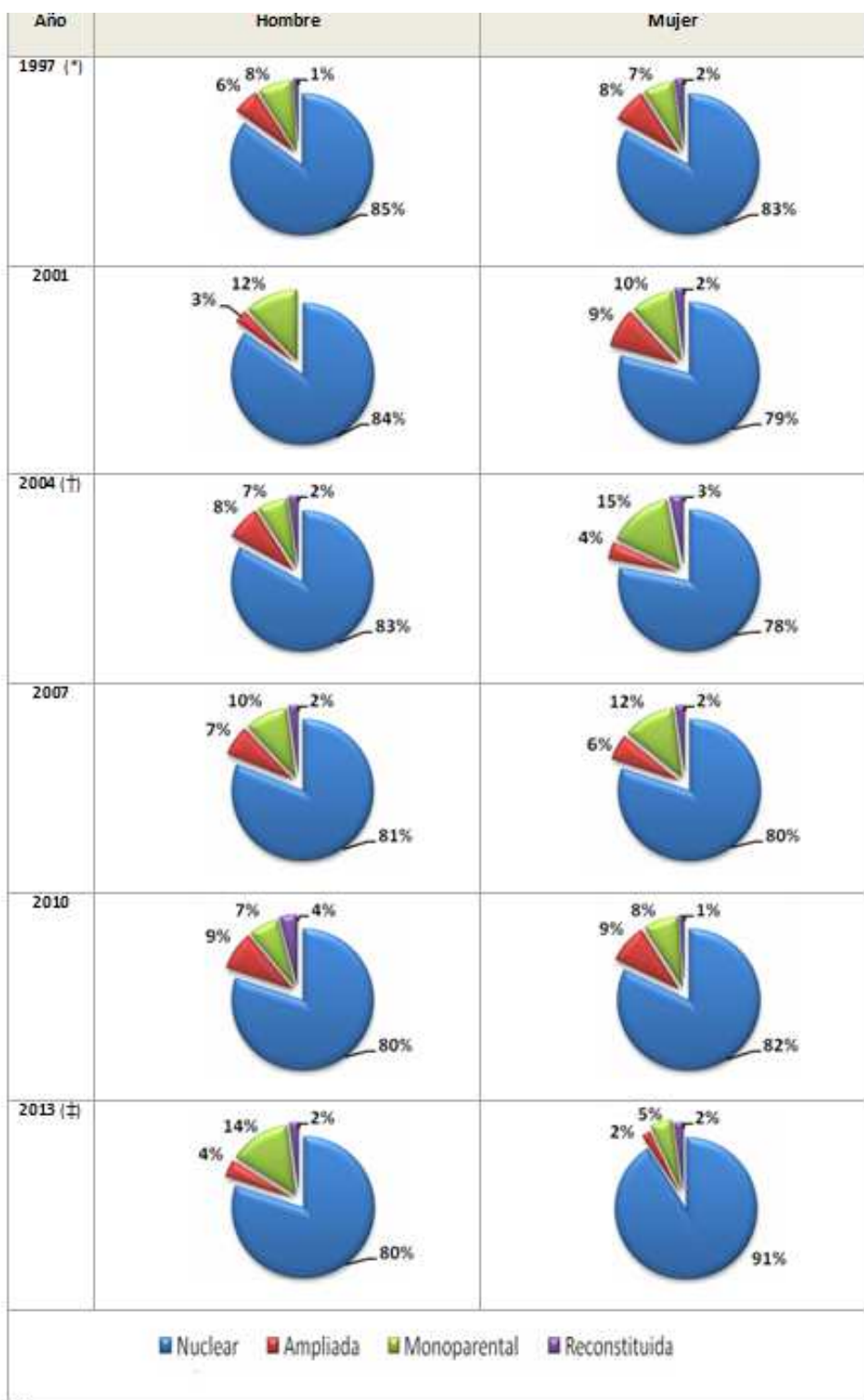


FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS FAMILIARES SEGÚN SEXO Y AÑO DE ESTUDIO



- Diferencias estadísticas con (*) $p=0,099$ test χ^2 , (†) $p=0,052$ test χ^2 y (‡) $p=0,028$ test χ^2

TABLA 2. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD DE LOS ADOLESCENTES Y EL AÑO DE ESTUDIO

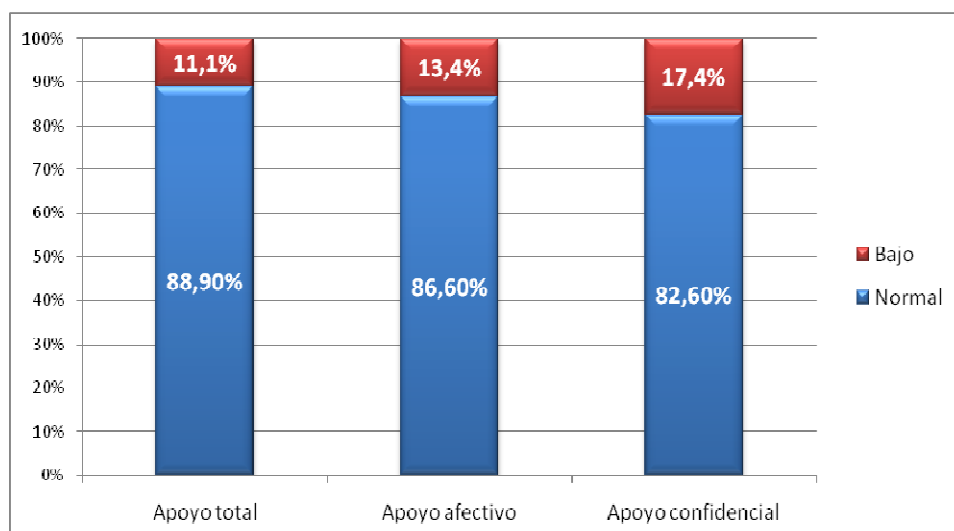
		Edad					
		12	13	14	15	16	17
Año 1997	Nuclear	86%±4,2	86%±3,5	83%±4,1	84%±4,2	78%±6,2	67%±23,6
	Ampliada	5%±2,6	6%±2,5	10%±3,2	4%±2,3	11%±4,7	25%±12,5
	Monoparental	9%±3,6	6%±2,5	6%±2,6	11%±3,7	7%±3,7	--
	Reconstituida	--	2%±1,5	1%±1,2	--	4%±3,1	8%±7,9
Año 2001	Nuclear	82%±6,7	89%±4,7	86%±4,8	73%±5,9	81%±7,1	83%±8,8
	Ampliada	6%±4,2	7%±3,7	4%±2,7	7%±3,4	6%±4,4	11%±7,4
	Monoparental	12%±5,7	4%±3,1	10%±4,2	18%±5,1	10%±5,3	6%±5,4
	Reconstituida	--	--	--	2%±1,8	3%±3,2	--
Año 2004	Nuclear	83%±4,6	88%±3,9	81%±4,4	75%±5,7	77%±5,7	83%±7,0
	Ampliada	4%±2,5	3%±2,1	4%±2,1	10%±3,9	5%±3,0	7%±4,7
	Monoparental	12%±3,8	6%±2,9	13%±3,7	10%±3,9	16%±5,0	10%±5,7
	Reconstituida	1%±1,4	3%±2,1	2%±1,8	5%±2,9	2%±1,8	--
Año 2007	Nuclear	80%±4,8	82%±4,6	80%±4,3	80%±5,2	75%±6,0	68%±9,3
	Ampliada	5%±2,8	6%±2,9	7%±2,8	5%±2,8	10%±4,1	16%±7,3
	Monoparental	12%±3,8	9%±3,4	13%±3,6	13%±4,4	11%±4,4	12%±6,5
	Reconstituida	3%±2,0	3%±2,1	--	2%±1,6	4%±2,7	4%±3,9
Año 2010	Nuclear	81%±4,4	81%±3,8	82%±3,8	81%±4,8	83%±5,2	65%±11,6
	Ampliada	9%±3,2	9%±2,7	8%±2,8	9%±3,4	9%±4,0	13%±8,1
	Monoparental	8%±2,9	7%±2,5	8%±2,8	7%±3,2	6%±3,2	11%±7,8
	Reconstituida	2%±1,8	3%±1,6	2%±1,4	3%±2,1	2%±1,9	11%±7,8
Año 2013 (*)	Nuclear	94%±2,3	85%±3,2	76%±4,5	83%±2,1	84%±4,1	95%±2,3
	Ampliada	6%±2,3	--	6%±1,6	7%±1,1	2%±1,0	--
	Monoparental	--	13%±2,8	17%±2,0	10%±2,1	9%±1,1	--
	Reconstituida	--	2%±1,6	1%±0,4	--	5%±0,8	5%±2,3

- Los datos se muestran como proporción ± desviación estándar, ordenados por columnas.
- Diferencias significativas con (*) $p=0,010$ test χ^2

5. APOYO SOCIAL

La mayoría de los adolescentes muestran un apoyo social satisfactorio. En conjunto, y sumando los resultados de todos los años de estudio, un 88,9% de los encuestados (1760 en total) indican un apoyo social normal según el test DUKE-UNC, obteniendo una puntuación media global de 43 ($\pm 2,5$). Un total de 1713 adolescentes indican un apoyo afectivo adecuado (86,3% del total de la muestra), con una puntuación media de 22,4 ($\pm 4,3$). Por último, la presencia de un apoyo confidencial positivo es algo menor y se encuentra en el 82,6% del total de encuestas (1636 adolescentes). Estas diferentes prevalencias encontradas entre el apoyo total percibido, el apoyo afectivo y el apoyo confidencial son estadísticamente significativas (figura 11).

FIGURA 11. RESULTADOS GLOBALES DEL TEST DUKE_UNC

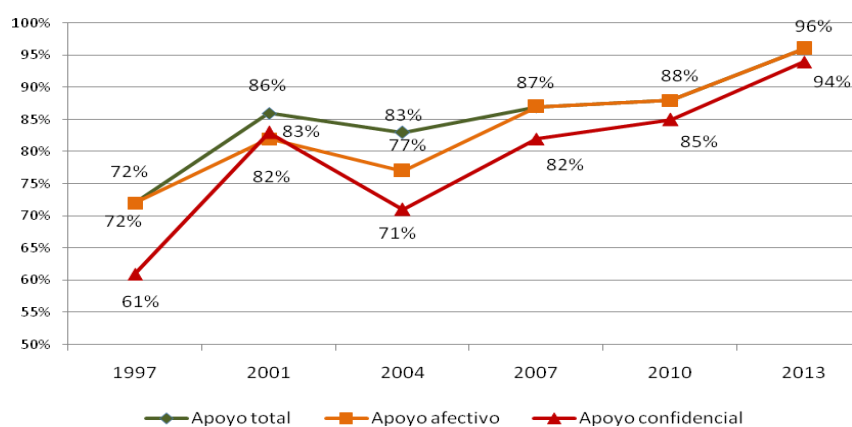


- Diferencias significativas entre apoyo total y afectivo ($p= 0,0227$ test χ^2), apoyo total y confidencial ($p=0,0001$ test χ^2), y apoyo afectivo y confidencial ($p=0,0001$ test χ^2).

Valorando las prevalencias de apoyo social normal obtenidas cada año (figura 10), se comprueba cómo estas diferencias no ocurren todos los años: aunque el apoyo afectivo tiende a ser superior al apoyo confidencial en todas los puntos de corte donde se administran las encuestas, sólo existen diferencias estadísticas en los años 1997 ($p=0,0092$ test χ^2) y 2007 ($p=0,0580$ test χ^2). En la figura 10 puede apreciarse cómo hay un incremento progresivo desde el año 1997 hasta el año 2013 en el porcentaje de adolescentes que refieren un apoyo

social adecuado, tanto para el apoyo total percibido como para el apoyo afectivo y el confidencial ($p=0,004$ test χ^2).

FIGURA 12. PREVALENCIAS DE APOYO SOCIAL NORMAL EN LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS



- Diferencias significativas entre años (para todos los tipos de apoyo social) con $p=0,004$ test χ^2
- Diferencias significativas entre apoyo afectivo y confidencial en los años 1997 ($p=0,0092$ test χ^2) y 2007 ($p=0,0580$ test χ^2).

6. RESULTADOS DEL APOYO SOCIAL SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD

Las puntuaciones medias obtenidas según el sexo del adolescente y su edad, en función del año de estudio, no ofrecen diferencias estadísticamente significativas como puede apreciarse en las tablas 8 y 9.

TABLA 3. PUNTUACIONES MEDIAS DEL TEST DUKE-UNC

	Año 1997		Año 2001		Año 2004	
	hombre	Mujer	hombre	mujer	hombre	Mujer
Normal	36,5±2,9	36,8±2,6	43,4±4,1	43,8±4,0	40,2±2,8	44,3±2,7
Afectivo	18,7±3,1	19,4±2,0	21,1±3,2	21,9±3,7	19,2±2,4	20,9±1,8
Confidencial	18,4±3,2	22,5±2,1	24,4±4,0	23,8±4,3	22,7±2,6	24,7±1,5
	Año 2007		Año 2010		Año 2014	
	hombre	Mujer	hombre	mujer	hombre	Mujer
Normal	43,9±3,2	46,0±3,3	44,4 ±3,5	45,5 ±3,6	45,7±4,6	47,5±4,3
Afectivo	20,1±2,9	21,0±2,2	20,6 ±3,2	20,9 ±3,3	20,7±3,5	21,5±3,3
Confidencial	22,4±3,4	24,0±2,8	23,8 ±3,3	24,6 ±2,9	25,1±3,8	26,0±4,5

- Los datos se muestran como proporción ± desviación estándar, ordenados por columnas.

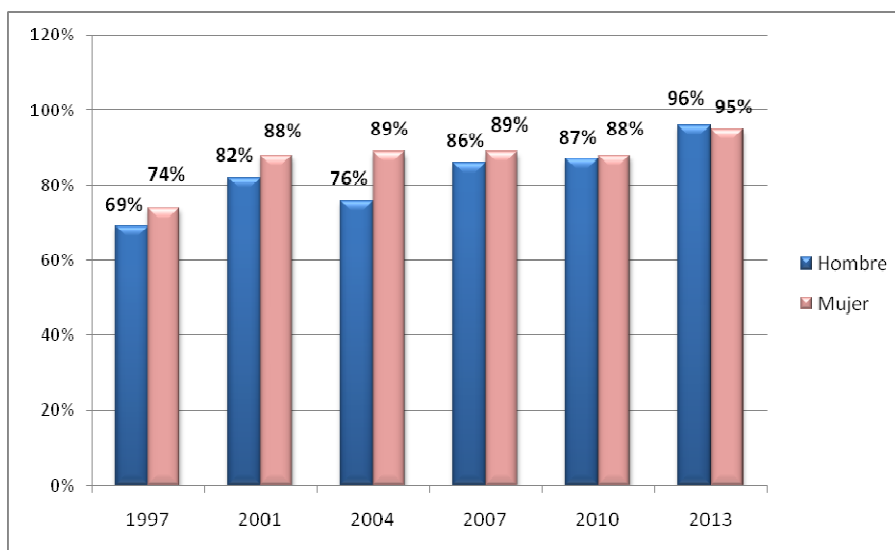
TABLA 4. PUNTUACIONES MEDIAS DEL TEST DUKE-UNC SEGÚN EL AÑO DE ESTUDIO Y LA EDAD MEDIA DEL ADOLESCENTE

		Edad					
		12	13	14	15	16	17
Año 1997	Normal	36,2±6,5	35,5±6,7	39,2±4,6	40,5±3,8	39,3±4,3	40,6±4,5
	Afectivo	16,3±3,7	16,0±4,1	17,6±2,9	18,2±1,4	17,7±3,2	18,3±2,3
	Confidencial	19,9±3,0	19,5±3,3	21,6±2,5	22,3±2,7	17,5±2,3	22,5±2,1
Año 2001	Normal	47,8±5,4	45,3±4,2	49,3±5,0	49,4±4,7	43,9±3,9	37,8±5,8
	Afectivo	21,5±2,6	20,3±2,5	22,2±3,1	22,2±3,0	19,8±2,0	17,0±3,2
	Confidencial	26,3±2,7	24,9±2,1	27,4±2,4	27,2±1,8	24,1±2,1	20,8±2,7
Año 2004	Normal	42,0±4,5	42,3±3,4	46,5±3,1	44,8±3,4	41,4±3,5	42,1±3,5
	Afectivo	20,9±3,6	19,4±2,9	19,9±2,6	21,7±0,5	19,5±2,7	19,6±2,8
	Confidencial	23,2±2,1	23,1±2,0	23,6±3,8	25,8±2,9	23,8±3,2	22,7±2,0
Año 2007	Normal	46,6±4,3	41,4±3,5	46,0±5,0	43,5±4,3	43,1±5,4	46,1±3,9
	Afectivo	21,0±1,9	18,6±1,8	21,0±2,3	19,6±2,0	19,4±2,0	20,9±2,0
	Confidencial	25,6±2,5	22,8±1,7	25,3±3,1	24,0±2,4	23,9±3,5	25,3±2,0
Año 2010	Normal	46,1±1,0	44,5±0,8	44,1±0,9	45,0±0,9	44,6±1,1	46,6±2,0
	Afectivo	21,2±0,5	20,8±0,4	20,4±0,4	20,6±0,4	20,4±0,5	21,4±0,9
	Confidencial	24,8±0,6	23,7±0,5	23,7±0,5	24,4±0,6	24,2±0,6	25,2±1,2
Año 2013	Normal	48,6±5,2	45,4±6,8	46,3±7,1	47,0±7,5	47,4±7,5	47,5±7,8
	Afectivo	22,2±2,5	20,8±3,4	20,5±3,5	21,3±3,9	21,0±3,7	21,4±3,5
	Confidencial	26,4±2,3	24,6±4,8	25,8±4,0	25,1±4,6	26,0±4,3	26,0±4,3

- Los datos se muestran como proporción ± desviación estándar, ordenados por columnas.
- Diferencias significativas con (*) $p=0,18$ test χ^2

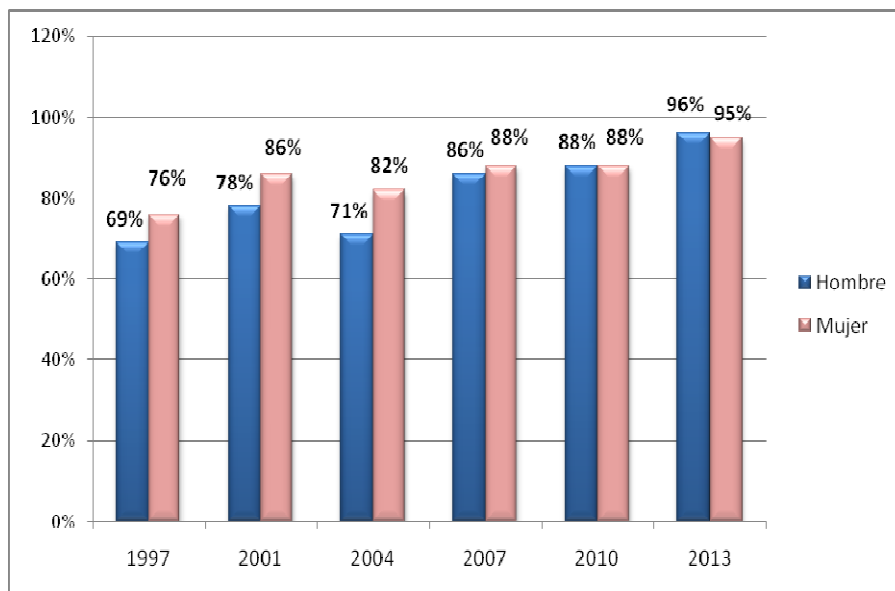
Existen diferencias según el sexo del adolescente si se observan las prevalencias de apoyo social normal. En la figura 13 se puede apreciar cómo las adolescentes mujeres presentan unos porcentajes más elevados de apoyo total percibido frente a los hombres los primeros años del estudio, con diferencias estadísticas entre ambos sexos en los años 2001 ($p=0,0775$ test χ^2) y 2004 ($p=0,001$ test χ^2). En ambos sexos, los porcentajes de adolescentes con apoyo total normal se incrementan porcentualmente desde el inicio del estudio hasta el final ($p=0,05$ test χ^2), al igual que ocurre con las prevalencias generales ofrecidas en la figura 10. Para el apoyo afectivo ocurre algo similar, con menor número de adolescentes varones con percepción de apoyo afectivo normal frente a las mujeres en los años 1997 ($p=0,0762$ test χ^2), 2001 ($p=0,0186$ test χ^2) y 2004 ($p=0,0037$ test χ^2) (figura 14). Algo similar ocurre, por último, con la prevalencia de la percepción normal del apoyo confidencial (figura 15), con una mayor porcentaje de mujeres con apoyo normal en los años 1997 ($p=0,0001$ test χ^2), 2001 ($p=0,0014$ test χ^2) y 2004 ($p=0,0001$ test χ^2). Al igual que ocurre con el apoyo total percibido, los porcentajes de percepción normal de apoyo afectivo y confidencial se incrementan desde 1997 a 2013 tanto en hombres como en mujeres ($p=0,05$ test χ^2 , figuras 14 y 15).

FIGURA 13. PREVALENCIAS DE APOYO TOTAL PERCIBIDO NORMAL EN LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS



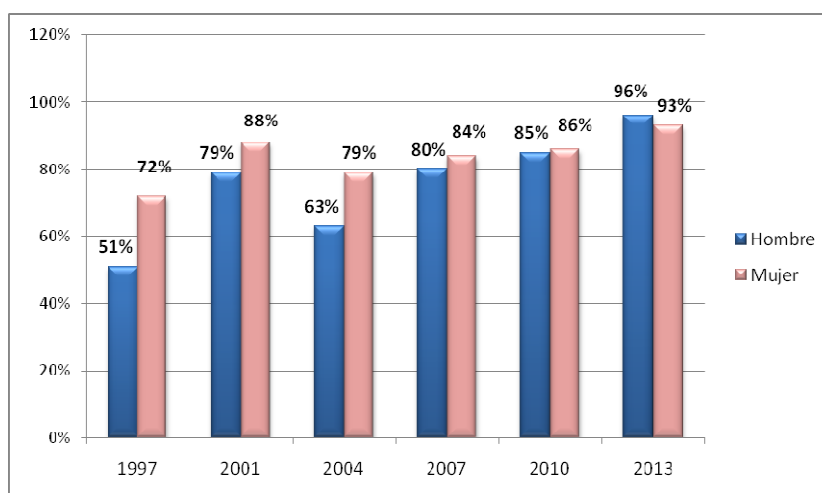
- Diferencias significativas entre años (para ambos sexos) con $p=0,01$ test χ^2
- Diferencias significativas entre hombre y mujer en los años 2001 ($p=0,0775$ test χ^2) y 2004 ($p<0,001$ test χ^2)

FIGURA 14. PREVALENCIAS DE APOYO AFECTIVO NORMAL EN LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS SEGÚN EL SEXO Y EL AÑO DE ESTUDIO



- Diferencias significativas entre años (para ambos sexos) con $p=0,05$ test χ^2
- Diferencias significativas entre hombre y mujer en los años 1997 ($p=0,0762$ test χ^2), 2001 ($p=0,0186$ test χ^2) y 2004 ($p=0,0037$ test χ^2)

FIGURA 15. PREVALENCIAS DE APOYO CONFIDENCIAL NORMAL EN LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS SEGÚN EL SEXO Y EL AÑO DE ESTUDIO



- Diferencias significativas entre años (para ambos sexos) con $p=0,05$ test χ^2
- Diferencias significativas entre hombre y mujer en los años 1997 ($p<=0,0001$ test χ^2), 2001 ($p=0,0014$ test χ^2) y 2004 ($p=0,001$ test χ^2)

La percepción del apoyo social que los adolescentes tienen en cada año de estudio según la edad se presenta en la tabla 9. Existen diferencias estadísticamente significativas en los dos primeros años de estudio. En el año 1997, los adolescentes de mayor edad presentan un mayor porcentaje de percepción de apoyo social normal, tanto para el apoyo total percibido como para el apoyo afectivo ($p=0,001$ test χ^2). En el año 2001 los porcentajes se invierten, de forma que son los adolescentes de menor edad los que presentan mayor número de encuestas que indican un mejor apoyo social total y afectivo ($p=0,01$ test χ^2), y también para el apoyo confidencial ($p=0,001$ test χ^2). En los restantes años, los resultados ofrecen algunas diferencias pero de escasa cuantía y sin significación estadística.

TABLA 5. CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL NORMAL (TEST DUKE-UNC) SEGÚN LA EDAD DE LOS ADOLESCENTES Y EL AÑO DE ESTUDIO

		Edad					
		12	13	14	15	16	17
Año 1997	Apoyo total (*)	69%±4,1	70%±3,9	70%±3,8	67%±7,1	68%±5,4	83%±12,1
	Apoyo afectivo (*)	70%±4,0	70%±3,9	69%±3,7	68%±7,2	78%±6,5	83%±12,1
	Apoyo confidencial	68%±4,1	60%±3,1	59%±3,3	51%±5,0	59%±4,1	58%±8,9
Año 2001	Apoyo total (†)	91%±2,1	96%±3,1	88%±3,4	86%±2,9	84%±2,8	65%±8,9
	Apoyo afectivo (†)	88%±2,6	94%±3,2	86%±3,6	80%±3,3	78%±4,1	55%±9,3
	Apoyo confidencial	88%±2,6	96%±3,1	87%±3,4	80%±3,3	78%±4,1	55%±9,3
Año 2004	Apoyo total	80%±2,5	84%±2,4	83%±2,8	78%±4,5	84%±3,0	86%±5,8
	Apoyo afectivo	70%±3,1	78%±3,0	78%±3,2	63%±5,4	78%±3,8	78%±6,5
	Apoyo confidencial	63%±4,4	74%±3,2	72%±3,5	57%±5,9	73%±4,0	74%±6,7
Año 2007	Apoyo total	87%±1,9	80%±1,5	86%±1,2	80%±1,4	86%±2,4	91%±4,4
	Apoyo afectivo	87%±1,9	80%±1,5	82%±1,3	80%±1,4	86%±2,4	90%±4,4
	Apoyo confidencial	79%±2,0	78%±1,8	81%±1,3	78%±1,6	84%±2,5	89%±4,5
Año 2010	Apoyo total	91%±1,3	86%±1,4	83%±1,4	91%±0,9	91%±2,1	94%±3,2
	Apoyo afectivo	90%±1,3	88%±1,2	85%±1,4	90%±1,0	89%±2,3	88%±3,5
	Apoyo confidencial	90%±1,3	81%±1,6	82%±1,5	90%±1,0	91%±2,1	82%±3,7
Año 2013	Apoyo total	100%	93%±0,7	94%±0,6	97%±0,8	95%±0,9	95%±1,1
	Apoyo afectivo	100%	93%±0,7	94%±0,6	99%±0,7	93%±1,0	95%±1,1
	Apoyo confidencial	100%	92%±0,7	94%±0,6	93%±1,0	98%±0,8	90%±1,3

- Los datos se muestran como proporción ± desviación estándar.
- Diferencias significativas con (*) $p=0,001$ test χ^2 (†) $p=0,01$ test χ^2 .

7. RELACIÓN DEL APOYO SOCIAL CON LA FUNCIÓN FAMILIAR

Los valores del test de APGAR familiar son superiores cuando el adolescente percibe un apoyo social normal (tabla 10). Esto ocurre tanto para el apoyo total percibido, como para las dimensiones de apoyo afectivo y apoyo confidencial, con diferencias estadísticamente significativas. Las medias de las puntuaciones en los adolescentes con apoyo social normal entran dentro del rango de función familiar normal (con valores iguales o superiores a 7) mientras que cuando el menor indica una mala percepción del apoyo social, los resultados medios del test de APGAR familiar se sitúan en el tramo que indica disfunción familiar leve (superior a 5 e inferior a 7) (tabla 11).

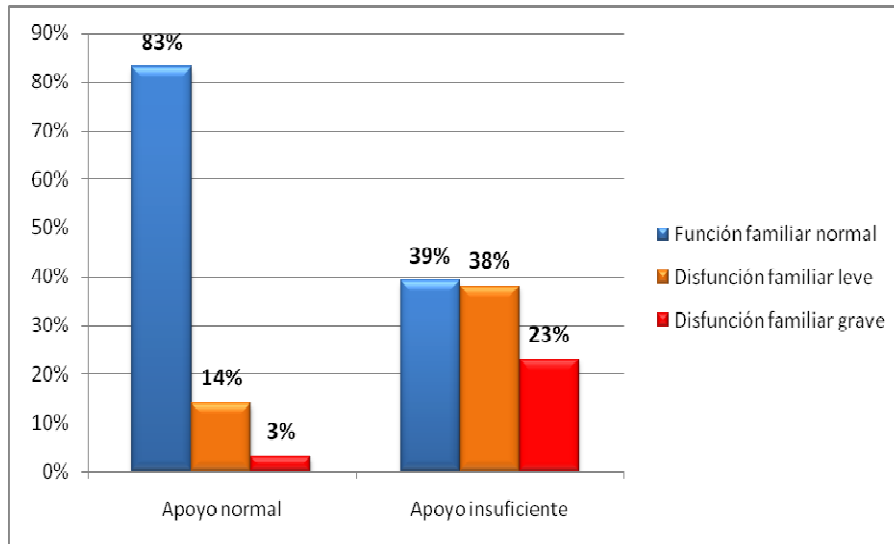
TABLA 6. PUNTUACIÓN MEDIA DEL TEST DE APGAR FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL APOYO SOCIAL

	Apoyo total (*)		Apoyo afectivo (*)		Apoyo confidencial (*)	
	<i>Normal</i>	<i>Bajo</i>	<i>Normal</i>	<i>Bajo</i>	<i>Normal</i>	<i>Bajo</i>
Año 1997	7,4±1,1	5,5±3,4	7,2±1,2	5,2±3,6	7,3±1,0	5,0±3,0
Año 2001	7,6±3,5	6,1±2,3	7,7±3,6	5,3±3,4	7,5±3,2	6,0±2,9
Año 2004	7,9±1,3	6,0±2,1	8,0±1,4	6,2±2,0	7,9±1,3	6,0±2,4
Año 2007	7,9±1,6	6,9±3,4	7,9±1,6	6,4±3,5	7,8±2,1	6,1±3,1
Año 2010	8,1±2,1	5,4±2,4	8,2±1,9	5,3±2,4	8,1±0,1	6,0±0,3
Año 2013	8,1±1,7	6,1±2,2	8,1±1,7	6,2±2,2	8,2±1,7	6,3±2,4

- Los datos se muestran como media ± desviación estándar.
- Diferencias significativas con (*) $p=0,0001$ test t Student

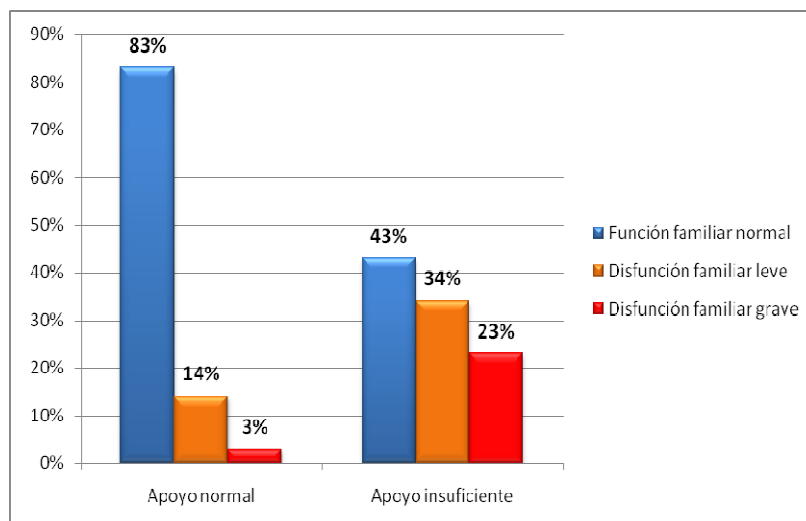
En las figuras 16, 17 y 18 se muestra la distribución global de los adolescentes con apoyo social normal e insuficiente en función del resultado del test de APGAR familiar. En todos los tipos de apoyo social, hay una mayor presencia de percepción de función familiar normal cuando el apoyo social es adecuado, mientras que es más prevalente la disfunción familiar cuando existe un apoyo social insuficiente ($p<0,001$ test χ^2).

FIGURA 16. RELACIÓN GLOBAL ENTRE EL APOYO SOCIAL TOTAL PERCIBIDO Y LA FUNCIÓN FAMILIAR



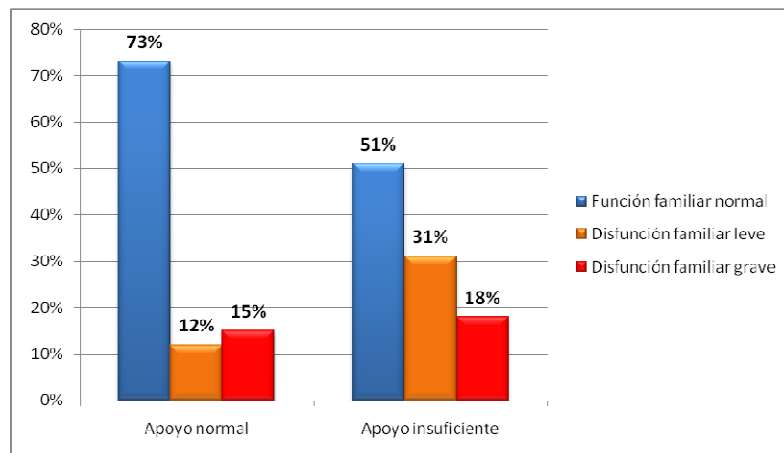
- Diferencias significativas con $p < 0,001$ test χ^2

FIGURA 17. RELACIÓN GLOBAL ENTRE EL APOYO AFECTIVO PERCIBIDO Y LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR



- Diferencias significativas con $p < 0,001$ test χ^2

FIGURA 18. RELACIÓN GLOBAL ENTRE EL APOYO CONFIDENCIAL PERCIBIDO Y LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR



- Diferencias significativas con $p < 0,001$ test χ^2

En la tabla 12 se relaciona la percepción de la función familiar con el apoyo social. En todos los años y para los tres tipos de apoyo social valorados, hay una relación entre una adecuada percepción de la funcionalidad familiar cuando el apoyo social es satisfactorio, mientras que los porcentajes de disfunción familiar leve y grave son mayores de forma estadísticamente significativa cuando el apoyo social percibido es insuficiente ($p=0,001$ test χ^2).

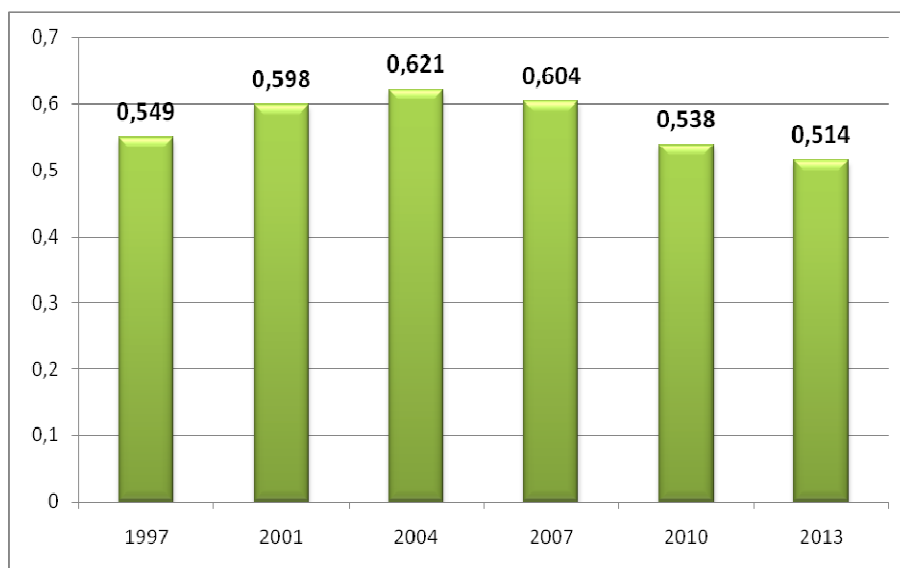
TABLA 7. PREVALENCIA DEL APOYO SOCIAL NORMAL EN LOS ADOLESCENTES SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR POR AÑO DE ESTUDIO

		Apoyo total		Apoyo afectivo		Apoyo confidencial	
Función familiar (APGAR familiar)		Normal	Bajo	Normal	Normal	Bajo	Normal
Año 1997	Normal	76%	54%	74%	60%	74%	64%
	Disfunción leve	19%	22%	22%	15%	21%	17%
	Disfunción grave	5%	22%	4%	25%	5%	17%
Año 2001	Normal	78%	29%	77%	43%	79%	36%
	Disfunción leve	16%	53%	17%	42%	13%	58%
	Disfunción grave	6%	19%	6%	15%	8%	6%
Año 2004	Normal	80%	34%	81%	42%	80%	53%
	Disfunción leve	15%	32%	12%	38%	14%	13%
	Disfunción grave	5%	34%	7%	20%	6%	34%
Año 2007	Normal	84%	24%	85%	18%	85%	36%
	Disfunción leve	13%	58%	14%	52%	13%	45%
	Disfunción grave	3%	18%	1%	30%	2%	19%
Año 2010	Normal	82%	36%	84%	35%	83%	46%
	Disfunción leve	12%	38%	12%	36%	12%	33%
	Disfunción grave	4%	26%	4%	28%	4%	21%
Año 2013	Normal	86%	57%	86%	62%	87%	56%
	Disfunción leve	12%	29%	12%	24%	12%	26%
	Disfunción grave	2%	2%	2%	14%	1%	18%

- Los datos se muestran como proporción, ordenados por columnas.
- Diferencias significativas con $p=0,001$ test χ^2 para todos los años.

Si se valora la relación entre ambos cuestionarios (Apgar familiar y DUKE-UNC) mediante la aplicación de un coeficiente de correlación, como la correlación de Spearman, se aprecia que en todos los años de estudio se obtiene una correlación positiva moderada-alta, lo que indica que aumentos en la puntuación de uno de los cuestionarios se relaciona con aumentos en la puntuación del otro, y a la inversa (figura 19).

FIGURA 19. CORRELACIÓN INTRA CLASE (VALOR DE LA RHO DE SPEARMAN) PARA EL TEST DE APGAR FAMILIAR Y EL CUESTIONARIO DUKE-UNC EN CADA AÑO DE ESTUDIO



- Diferencias significativas para todos los años con $p < 0,05$

8. DISTRIBUCIÓN DEL APOYO SOCIAL SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Las respuestas al test DUKE-UNC agrupadas según la estructura familiar no muestra diferencias porcentuales en los resultados para el apoyo social total, así como tampoco para el apoyo afectivo ni para el apoyo confidencial (tabla 13). Los adolescentes de los cuatro tipos de estructura familiares presentan una percepción similar de apoyo social, que se va incrementando con el tiempo como se comentó en punto 5, pero de forma similar para todos.

TABLA 13. PREVALENCIA DEL APOYO SOCIAL NORMAL EN LOS ADOLESCENTES SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Estructura familiar		Apoyo total		Apoyo afectivo		Apoyo confidencial	
		<i>Normal</i>	<i>Bajo</i>	<i>Normal</i>	<i>Normal</i>	<i>Bajo</i>	<i>Normal</i>
Año 1997	<i>Nuclear</i>	73%	27%	72%	28%	60%	40%
	<i>Ampliada</i>	70%	30%	74%	26%	64%	36%
	<i>Monoparental</i>	72%	28%	73%	27%	61%	39%
	<i>Reconstituida</i>	69%	31%	70%	30%	59%	41%
Año 2001	<i>Nuclear</i>	86%	14%	84%	16%	82%	18%
	<i>Ampliada</i>	86%	14%	81%	19%	81%	19%
	<i>Monoparental</i>	84%	16%	80%	20%	84%	16%
	<i>Reconstituida</i>	87%	13%	82%	18%	79%	21%
Año 2004	<i>Nuclear</i>	84%	16%	77%	23%	72%	28%
	<i>Ampliada</i>	81%	19%	76%	24%	70%	30%
	<i>Monoparental</i>	83%	17%	79%	21%	70%	30%
	<i>Reconstituida</i>	82%	18%	77%	23%	71%	29%
Año 2007	<i>Nuclear</i>	88%	12%	87%	13%	81%	19%
	<i>Ampliada</i>	86%	14%	86%	14%	83%	17%
	<i>Monoparental</i>	87%	13%	87%	13%	80%	20%
	<i>Reconstituida</i>	85%	15%	86%	14%	79%	21%
Año 2010	<i>Nuclear</i>	89%	11%	90%	10%	87%	13%
	<i>Ampliada</i>	87%	13%	86%	14%	86%	14%
	<i>Monoparental</i>	84%	16%	86%	14%	87%	13%
	<i>Reconstituida</i>	86%	14%	85%	15%	84%	16%
Año 2013	<i>Nuclear</i>	96%	4%	96%	4%	94%	6%
	<i>Ampliada</i>	94%	6%	94%	6%	100%	0%
	<i>Monoparental</i>	95%	5%	98%	2%	95%	5%
	<i>Reconstituida</i>	100%	0%	96%	4%	94%	6%

- Los datos se muestran como proporción, ordenado por filas.

DISCUSIÓN

1. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES

Los diferentes tipos de estructuras familiares encontrados durante los años de estudio son similares a la composición de las familias en Andalucía y España en la última década, y por tanto posiblemente representativos de dicha población. Además, los porcentajes de los distintos tipos de estructuras de familias permanecen prácticamente similares a lo largo de los diferentes años de estudio. Dentro de la tipología de las familias, la estructura predominante en las sociedades occidentales es la familia nuclear, seguida a distancia de la monoparental. Al igual que ocurre en el estudio HBSC (Ministerio de Sanidad, 2010), esta investigación muestra que la familia predominante es la de estructura nuclear, presente en más del 80% de los adolescentes encuestados. Esta prevalencia se mantiene similar desde el año 1997 hasta el año 2013, con pocos cambios significativos tanto en los porcentajes de familias nucleares como en el resto de estructuras familiares. Sin embargo, se espera que las denominadas estructuras familiares emergentes (monoparentales y reconstituidas) aumenten su frecuencia en los próximos años (De La Revilla, 2005)(Marí-Klose & Marí-Klose, 2010), como ya predecían dos estudios españoles, uno realizada en 1995 (Márquez, Gascón, Domínguez, Gutiérrez, & Garrido, 1995) y otro en 2005 (De la Revilla Negro et al., 2005) que mostraban en la población española un incremento significativo de las familias monoparentales de un 7% y un 4% respectivamente, alcanzando prevalencias similares a la encontradas en este trabajo. De hecho, la familia convencional nuclear biparental supone ya en muchos países el 50% del total (Castellano Barca, 2005) (Marí-Klose & Marí-Klose, 2010). Entre los motivos para este hecho social, además de ser producto del aumento extraordinario de las rupturas conyugales, se da un consenso científico sobre el retroceso de los vínculos familiares y religiosos y sobre la pérdida de fuerza de orientación de las tradiciones (Lopez Blasco, Moreno, Comas, Funes, & Parella, 2008) (Marí-Klose & Marí-Klose, 2010).

Las familias monoparentales, coincidiendo con los datos del Censo de 2011 en el Informe sobre exclusión y desarrollo social en España (Foessa, 2014), son las segundas más frecuentes en los hogares españoles. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística de España, en 2005 había más de 6 millones de familias nucleares, mientras que algo más de 1 millón de familias eran monoparentales. Estos datos han variado en los últimos años, con una mayor presencia de las familias con un solo miembro del sistema parental. Así, el Informe sobre exclusión y desarrollo social en España publicado en el año 2014 muestra que la

prevalencia de familias monoparentales en España se incrementó hasta un 16,2%, superior a la de nuestro estudio y también superior a la de otros países europeos como Alemania, donde la prevalencia es de 12,7%, Francia, donde es del 14,4% y Suecia, donde es del 13,1% (Foessa, 2014) y algo superior a la prevalencia en el estudio HBSC, donde el porcentaje era del 11,5%. Este estudio introduce un nuevo tipo de familias monoparentales: las familias homoparentales, es decir familias monoparentales constituidas por padre e hijos, y cuyo porcentaje era del 0.3%.

El mayor riesgo de pobreza y exclusión social de las familias monoparentales es una característica presente en todos los países europeos, pese a que este tipo de familias son las más frecuentes después de las familias nucleares y habiendo superado a las familias ampliadas. En los hogares españoles con hijos, según los datos reflejados sobre el censo del año 2011 en el Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, (Foessa, 2014), en el 75% de las familias nucleares, ambos progenitores se consideran laboralmente activos (con empleo o buscando empleo), mientras que en las familias monoparentales el sustento de la familia depende de un solo miembro que suele ser mujer, ya que el 79,1% de las familias monoparentales en España están encabezadas por mujeres. Según datos de la OCDE, el 39% de las familias monoparentales en España se hallan en riesgo de pobreza, es decir, tienen ingresos inferiores a la mitad de la renta media del país. Esta tasa de pobreza dobla a la de las familias biparentales, ya sean nucleares o reconstituidas, con hijos (18%) (Foessa, 2014).

Sin embargo, según la percepción de los adolescentes de hoy en día, a los grupos familiares de padres y abuelos les costó enormes esfuerzos superar la miseria, al tiempo que contaban con limitadas expectativas respecto al futuro, mientras que ahora las opciones económicas son mejores para ellos (Eresta & Delpino, 2011). Los propios adolescentes reconocen haber crecido en un escenario distinto al que conocieron sus padres en la adolescencia, no haber experimentado la escasez que padecieron padres y abuelos mientras que han disfrutado, en cambio, de una experiencia de consumo importante, a la que acompañaron altas expectativas económicas. Los adolescentes creen que esas peores condiciones de vida de generaciones anteriores formaron individuos psicológicamente más maduros y responsables que los que se forman actualmente, siendo esto más importante que el tipo de estructura familiar. Pese a ello, para algo más de un diez por ciento de los adolescentes la situación económica de la familia y el impacto de la crisis eran cuestiones que componían el cuadro de preocupaciones, un factor que puede ser más importante en sí que la composición familiar.

La familia ampliada es la tercera estructura más frecuente. Las familias ampliadas o las extensas en las que conviven en el hogar abuelos, tíos o primos, son más frecuentes en países africanos o de Sudamérica, donde según *The world family map*, el 70% de las familias son extensas. En las familias extendidas los niños tienen más probabilidad de verse afectados por las relaciones con otros adultos en el hogar. La familia extensa tiene en estos lugares una función más relevante en la vida diaria de los niños, ayudando a fortalecer a la familia ante el clima de inestabilidad social y económica existente, protegiendo a los niños de los efectos de vivir con un solo padre, o de ser huérfanos. Este estudio fue realizado para analizar el estado de la vida familiar a nivel mundial, ofreciendo datos internacionales comparables de países de ingresos bajos, medios y altos sobre características de las familias en determinados ámbitos que permiten ver cómo las tendencias familiares afectan el bienestar de los niños. Los cambios demográficos, culturales y económicos que se están produciendo en el mundo están perjudicando la vida familiar. Las tasas de fecundidad y de matrimonio están disminuyendo sobre todo en países con mayores ingresos económicos. Es en momentos como estos de fuerte desaceleración económica, donde se necesitan familias fuertes capaces de fomentar el desarrollo óptimo de niños y adolescentes. La familia extensa se ha reducido considerablemente pero sigue siendo frecuente en los países del sur de Europa, caracterizados por una reducida protección del estado de bienestar a las familias y la permanencia de valores tradicionales. Bengtson habla de seis dimensiones de la solidaridad intergeneracional: afectiva, asociativa, consensual, funcional, normativa y estructural (Bengtson, 2001). Bengtson cree que las relaciones multigeneracionales familiares de las familias estadounidenses serán más importantes en el siglo XXI por tres razones. Una de ellas es porque debido al envejecimiento de la población, existirán más años de vida en común entre generaciones. La segunda razón es la creciente importancia de los abuelos y otros parientes en el cumplimiento de las funciones de la familia y la fortaleza y resistencia de la solidaridad intergeneracional a lo largo del tiempo. La tercera razón es que el tipo de relación entre generaciones es cada vez más diverso debido al aumento de divorcios y familias reconstituidas.

El porcentaje de familias reconstituidas encontradas en el estudio es de un 2%, algo menor que la media española en diferentes estudios. Según el censo de 2011, existen casi medio millón de familias reconstituidas en nuestro país, un dato que duplica el del censo anterior y que representa el 7,1% del total de parejas con hijos (Foessa, 2014). Según los datos de la encuesta HBSC de 2010, el porcentaje de familias reconstituidas en España era del 3,7% (Jiménez-iglesias, Moreno, García-Moya, & López, 2014). Este porcentaje es inferior a la media de los países de la OCDE y muy inferior al de los países nórdicos y Reino Unido en los que el

porcentaje asciende al 12%. El incremento del divorcio en nuestro país, ha propiciado el incremento de familias monoparentales y de familias reconstituidas. El incremento de familias reconstituidas no solo se relaciona con el aumento de divorcios, sino también con el incremento de población extranjera en nuestro país.

El incremento de familias reconstituidas no es nuevo. En épocas anteriores, de mayor mortalidad, era habitual que las personas que enviudaban rehicieran sus vidas con un nuevo matrimonio, aportando sus hijos a la nueva relación. El cambio ha sido que desde hace unos años, las familias reconstituidas provienen más de familias divorciadas, en las que los padres viven y los hijos pueden llegar a formar parte de dos hogares reconstituidos. Sin el aumento de población extranjera en nuestro país desde 2001 hasta 2011, el porcentaje de familias reconstituidas sería del 5,8% en vez del 7.4%. En el 70% de los casos es la madre la única que aporta hijos al nuevo núcleo familiar. En un 25% de los casos los hijos son aportados exclusivamente por lo padres y los menos frecuentes son los núcleos reconstituidos complejos, entre los cuáles es frecuente no tener hijos en común, decisión que depende del número de hijos que se aporten a la familia, así como de la diferencia de edad de los progenitores (Ajenjo-Cosp & García-Saladrigas, 2016).

2. CAMBIOS EN LA FUNCIÓN FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES

Se entiende por familia al grupo de personas que viven en el mismo hogar, que se cuidan mutuamente y dan orientación y guía a sus miembros dependientes. La familia es considerada como una unidad básica de salud (Castellano Barca, 2005): si educa con normas y límites, ejerciendo una autoridad afectiva, compartida y responsable, puede convertirse en la entidad idónea de transmisora de factores protectores a los menores en crecimiento que conviven en el hogar. La adolescencia es, potencialmente, una de las situaciones más potencialmente conflictivas que, en las últimas décadas y en la sociedad occidental, acontece durante la adaptación de la familia a los cambios físicos y psicosociales que conlleva la adolescencia (De La Revilla, 2005; García-Campayo & Alda, 2004).

La familia con adolescentes se encuentra en la transición entre un período centrípeto (de cerrazón o de alta cohesión familiar) y un período centrífugo (de disgregación o de escasa cohesión familiar). El adolescente provocará que se pase de un modelo de familia donde se

interiorizan las relaciones dentro de unos límites familiares externos impermeables a otro donde se enfatiza el intercambio individual de los miembros de la familia con el ambiente extrafamiliar, con unos límites familiares externos menos definidos y más permeables que genera una mayor distanciamiento entre los componentes del hogar (Arnett, 2008; De La Revilla, 2005) . Estos cambios pueden afectar al funcionamiento familiar, por la tensión debida al juego dialéctico entre homeostasis y cambio, entre la tendencia de los padres a que todo siga igual, para mantener a ultranza reglas, normas y valores, y la de los adolescentes que apuestan por el cambio que les permita alcanzar una mayor autonomía e independencia (Luis De la Revilla, 2009).

No obstante, estos cambios no tienen porqué suponer un mal funcionamiento de la familia, siempre y cuando la familia sepa adaptarse a ellos. Una buena dinámica familiar consiste en un fenómeno complejo que involucra las propiedades estructurales y de organización de un grupo familiar y los patrones de interacción entre los miembros del mismo. La adolescencia supone un momento de crisis vital que, sin embargo, puede ser útil para lograr una mayor cohesión familiar mediante un mejor manejo de sus rutinas diarias, la asunción de los nuevos roles dentro de la familia, implementando la comunicación entre ellos y conectando a un mayor y más profundo nivel emocional (Corzo Coello et al., 1998; Salazar, 2004). Los datos obtenidos en la presente investigación van en esta dirección, mostrando una alta percepción de funcionamiento familiar normal por parte de los adolescentes. Estos resultados coinciden con los de otros estudios (Haines et al., 2016; Rita, Loios, & Pedro, 2015). En estudio de Haines y colaboradores se analizaba la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de las relaciones con los padres, así como su relación con el peso y comportamientos relacionados con el mismo. El 80% de los adolescentes manifiestan un buen funcionamiento familiar. Observaron cómo los adolescentes de familias con alto nivel de funcionalidad y con alta calidad en la relación entre padres e hijos, fueron menos propensos al sobrepeso y la obesidad y tenían menos probabilidades de comportamientos no saludables relacionados con el peso. Si existieron algunas diferencias relacionadas con el sexo, en el caso de los hombres, el peso podía verse relacionado con la relación con el padre pero en general observaron que existe una relación entre el funcionamiento familiar, el peso y los comportamientos relacionados (Haines, J., Rifas-Shiman, S. L., Horton, N. J., Keinman, K., Bauer, K. W., Davison, K. K., Walton, K S Austin, B., Field, A. E., 2016).De igual forma, la percepción de la función familiar que tienen los adolescentes encuestados es similar a resultados encontrados en la población adulta, sobre todo en la frecuencia de disfunciones leves y graves (Arnett, 2008; De La Revilla, 2005).

A la vista de estos datos, parece lógico pensar que las familias con adolescentes, pese a encontrarse en una fase de cambio, no tienen por qué tener mayores alteraciones en la dinámica familiar que las que sufren otras familias en cualquier otro estadio del ciclo vital familiar. Tradicionalmente se ha admitido que los adolescentes realizan una ruptura gradual con los lazos de la familia de origen, disminuyendo la importancia del subsistema parental y generándose un mayor desacuerdo generacional con un acercamiento más intenso a sus pares (Navarro, 2004). Esto puede ocurrir con mayor frecuencia, según los datos obtenidos en este trabajo, en adolescentes más mayores (Arnett, 2008): la percepción de disfunción familiar parece ser superior entre los adolescentes de 14-15 años y 17 años, aunque sólo hay diferencias estadísticas al inicio del estudio. El cambio que se aprecia en los últimos años del estudio, que hace que la percepción de la función familiar sea independiente de la edad del adolescente, tiene una posible causa en el cambio de objetivos de las últimas generaciones de padres y madres, quienes ya no se centran en construir una existencia sino en asegurar un estándar de vida, junto a un incremento progresivo en la última década de la edad de emancipación de los menores (Lopez Blasco et al., 2008). Las relaciones emocionales entre padres/madres e hijos adolescentes son generalmente buenas y disponen de numerosas posibilidades para apoyar emocional y económicamente, durante varios años, a los mismos. En general, asistimos a una evolución temporal donde se mantiene el apego emocional de los menores hacia sus familias de origen y donde las tensiones entre generaciones no supondrían una amenaza para los lazos emocionales creados en el seno de la familia y los acuerdos sobre valores fundamentales (Moore y Brooks-Gunn, 2002; Salazar, 2004; Pérez-Milena et al., 2007; Arnett, 2008).

3. DISMINUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE DE DISFUNCIÓN FAMILIAR

De igual importancia es el incremento progresivo y estadísticamente significativo de los adolescentes que indican una percepción adecuada del funcionamiento de su familia. Desde el año 1997 hasta el 2013, la prevalencia de función familiar normal se va incrementando progresivamente hasta que nueve de cada diez adolescentes puntúan en valores altos del test APGAR familiar. Este resultado indica que las vivencias del adolescente se sitúan en un escenario drásticamente modificado respecto de aquel en el que generaciones previas crecieron, aunque a la vez mantenga continuidades socioculturales, como se recoge en

el estudio presentado por la Liga Española para la Educación (Eresta & Delpino, 2011). En esa investigación se confrontó la condición del ser adolescente actual con aquella etapa vivida por padres y por abuelos, para destacar tres ejes de diferenciación entre una y otra: mayor independencia, libertad y responsabilidad actual frente a dinámicas familiares previas. Los adolescentes perciben en la actualidad que gozan de más libertades y menos responsabilidades que aquellas que los padres tuvieron en su adolescencia. Desde esta perspectiva adolescente, los padres estuvieron bajo una educación familiar más controladora y represiva que se servía de la disciplina como medio formativo y socializador.

Mientras que la adecuada percepción de la función familiar es muy beneficiosa para el adolescente, la disfunción familiar supone un problema para el adecuado desarrollo del menor. Las causas por las que los adolescentes perciben una mala función familiar podrían encuadrarse en dos grupos (Eresta & Delpino, 2011). La primera razón es la del adolescente en conflicto, que no reconoce a sus padres como personas a admirar debido a una actitud adolescente de alejamiento de sus progenitores en razón de no compartir criterios, normas, estrategias y estilos de relación. La segunda será la del adolescente crítico con aquello que sus padres alcanzaron, no encontrando en sus padres los logros suficientes para admirarlos. Una mala comunicación intrafamiliar tiene, en las familias con adolescentes, una relación directa negativa con la salud global del adolescente en aspectos tales como la internalización de comportamientos socializadores y la autoestima (García Campayo, 2007; Youngblade et al., 2007) un mayor consumo de drogas (García Campayo, 2007), una sexualidad menos saludable (Bonell et al., 2006) o una superior incidencia de problemas de salud mental (Gavazzi, Bostic, Lim, & Yarcheck, 2008), con resultados desfavorables en el ámbito de la autoestima y de la salud física y emocional (Arnett, 2008; Zdanowicz, Janne, & Reynaert, 2004). Es por ello que el descenso del porcentaje de adolescentes que perciben una disfunción familiar grave, que pasa del 10% en el año 1997 al 3% en el año 2013, es un dato excelente de mejora en las relaciones familiares. En concreto, la percepción de una disfunción familiar grave parece estar relacionada (en la misma población de estudio) con estilos de vida nocivos para la salud (consumo de alcohol y drogas, fracaso escolar, violencia) así como con un mayor malestar psíquico (Jiménez Pulido, 2012; Pérez Milena et al., 2007a; Pérez Milena, Martínez Fernández, Leal Heilmiling, Jimenez Pulido, & Martínez Fernández, 2005).

Queda por conocer, no obstante, la intensidad de estas posibles disfunciones percibidas por los adolescentes, al tiempo que habría que diferenciarlas de las denominadas crisis de desarrollo (Luis De la Revilla, 2009). La crisis familiar se origina al aparecer una tensión

que provoca un cambio o adaptación a una nueva situación en la que las reglas, las normas y las relaciones entre los miembros de la familia deben cambiar. En las familias con adolescentes, las crisis de desarrollo tienen que ver con las etapas del ciclo vital familiar (De La Revilla, 2005; Marcos, 1996) y dan lugar a cambios en el estatus y función de los miembros del hogar. Estos cambios son necesarios, pero difíciles para el sistema familiar cuando son abruptos y dramáticos (De la Revilla Ahumada, L Fleitas Cochoy, 2008). Estas crisis pueden ser más frecuentes en las familias no nucleares en aquellos momentos donde se viven conflictos parentales o violencia doméstica, por lo que más que la estructura familiar en sí habría que valorar adecuadamente otros parámetros familiares dado que si los recursos que posee la familia o los que puede obtener del exterior no son suficientes, dicha familia puede entrar en disfunción familiar.

4. VALIDEZ DEL TEST DE APGAR- FAMILIAR EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

El test de APGAR familiar elaborado por Gabriel Smilkstein en 1978, fue validado por Bellón en 1996 para la población española (Bellón Saameño et al., 1996b). El test de APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Se trata de una escala fiable, con un coeficiente de correlación test- retest superior a 0.75 (Bellón Saameño et al., 1996a). Puede utilizarse periódicamente para detectar la existencia disfunción familiar ya que la función familiar no es un elemento estático. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar a lo largo del tiempo. No sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía a los profesionales de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. El test de APGAR no tiene validez clínica predictiva, como ninguno de los que se mencionan en este estudio salvo el Cuestionario SALUSFAM. En un estudio realizado en EEUU por Gardner y colaboradores, se observó que el Test de APGAR tiene elevada consistencia interna pero también variabilidad en el tiempo, es decir, baja replicabilidad test- retest, dato que no coincide con el obtenido en el estudio realizado por Bellón (Gardner et al., 2001). Los autores, que realizan estudio para valorar la validez del Test de APGAR, dudaban de que es lo que mide en realidad y plantean que al usar este test no se tienen en cuenta problemas relacionados con la disfunción familiar

como son el consumo de drogas por los padres, la ausencia de una familia estable, la crianza negligente de los hijos o la aparición de violencia doméstica (Gardner et al., 2001). En artículo de revisión sobre la interpretación del Test de APGAR familiar publicado en 2010 por Gómez (Gómez Clavelina & Ponce Rosas, 2010), se explica que el APGAR familiar fue elaborado para medir la función familiar, sin embargo las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, ya que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia, por lo tanto lo que mide es la percepción de la función familiar por uno de sus miembros. La escala de calificación de APGAR Familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. No obstante, en las dimensiones que integran los cinco conceptos que originaron el mismo número de reactivos en el test, no se identifica la posibilidad de medir, con el Test de APGAR, la disfunción familiar. Gómez y Ponce, consideran esto una incongruencia, por lo que consideran que el APGAR familiar realmente no mide la función familiar como lo propuso su autor. Existen otros estudios posteriores que si apoyan la validez del Test de APGAR para medir el funcionamiento familiar (Castilla, Caycho, Shimabukuro, & Valdivia, 2014; Castilla Cabello, Caycho Rodríguez, Ventura León, Palomino-Barboza, & De la Cruz Valles, 2015).

En reciente estudio publicado en Japón por Takenaka y Ban con pacientes de 13 a 76 años, se compara el Test de APGAR con una adaptación del FACES II para la población japonesa, el FACEKG IV-16, que mide la función familiar a través de las dimensiones de adaptabilidad y cohesión. Los objetivos de este estudio eran, por un lado aclarar que aspectos de la función familiar son los que mide exactamente el Test de APGAR familiar, mediante el uso de correlaciones entre los dos test. Por otro lado quería averiguar cuáles de los ítems de los test son eficaces para el análisis de la disfunción familiar, apoyando así el uso del APGAR familiar. Takenaka y Ban observaron que la correlación entre los ítems del Test de APGAR de forma individual (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive) y de la puntuación total del mismo con el Test FACESKG IV-16 era negativa, siendo la diferencia significativa y siendo el ítem Cooperación el que tenía mayor correlación. Los autores explican que aunque la puntuación del ítem Capacidad resolutive no se correlacionó positivamente con la puntuación del FACESKG IV-16, este ítem si puede servir para medir el desacoplamiento o desestructuración en la familia y parcialmente la rigidez o el caos, dado que si se correlaciona el ítem capacidad resolutive con el valor al cuadrado de Adaptabilidad. En cuanto a la sensibilidad del Test de APGAR para predecir la puntuación de Cohesión del test FACESKG IV-

16 fue de 24,1% y la especificidad del 70,3%. En cuanto a adaptabilidad, la sensibilidad fue del 31,8% y la especificidad del 77,4%. Estos resultados indican que el APGAR Familiar mide parcialmente la cohesión familiar y podría ser utilizado para detectar el desacoplamiento de la familia. Plantean que podría utilizarse la puntuación total de APGAR familiar para medir parcialmente la cohesión y para excluir la posibilidad de desacoplamiento o desestructuración familiar (Takenaka & Ban, 2016). Takenaka y Ban plantean la importancia de la dinámica familiar para afrontar los problemas de la familia, plantean que los cambios en la adaptabilidad y la cohesión de las familias no tienen por qué ser disfunciones, son estrategias para afrontar problemas. Plantean que quizás no se deben modificar las dinámicas familiares, evitar que se produzcan cambios en las familias cuando existen problemas puede afectar a la capacidad de la familia de afrontarlos. El elemento más importante del test de APGAR, para los autores de este estudio, es la Capacidad Resolutiva. Es el elemento que permite detectar problemas en la familia, ante los cuales, el médico de familia debe animar a la familia a comunicarse, sin utilizar técnicas especiales. Concluyen que la pregunta Capacidad resolutiva del Test de APGAR puede ser muy útil en Medicina de familia.

Existen otros cuestionarios para valorar el funcionamiento familiar, pero son difíciles de utilizar en nuestro medio debido al número elevado de ítems de los que constan y el escaso tiempo disponible en las consultas de Atención Primaria. Algunos de ellos, mencionados por Bellón en su estudio, como la escala de ambiente familiar (CES) que consta de 90 ítems, la escala de McMaster con 53 ítems que incluye dimensiones como solución de problemas, comunicación, roles, capacidad de respuesta afectiva, implicación afectiva y control conductual (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000) o el cuestionario FACES III o la de Pless-Satterwhite (Bellón Saameño et al., 1996b).

La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES), elaborado por Olson (Olson, 1986) ha sido ampliamente estudiada y modificada a lo largo de los años por el mismo autor y por otros autores. No mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de cohesión y de adaptabilidad, sin evaluar la comunicación en la familia. Fue traducido y adaptado al castellano por Musitu y colaboradores en 2001 (Musitu, Buelga, Lila, & Cava, 2001) y su adaptación consta de 20 ítems y presenta una fiabilidad global de 0.86 según el alpha de Cronbach (la fiabilidad para la escala de cohesión es de 0.86 y de 0.71 para la escala de adaptabilidad), También fue validado por Martínez-Pampliega, obtenido resultados similares (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, & Sanz, 2006). En esta ocasión desarrollaron una versión breve de la escala FACES con solo 20 ítems a partir de FACES II, obteniendo un

índice de fiabilidad para las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad de 0.89 y 0.87 respectivamente además de una adecuada validez convergente y divergente demostrada a través de escalas relevantes. La validez de constructo resulta respaldada a través de un análisis factorial confirmatorio, el cual arrojó índices adecuados en relación a la estructura bidimensional establecida por los autores (GFI= 0,92; NFI= 0,89; RMSEA= 0,07). En estudio de Schmidt y colaboradores en Argentina, analizaron la validez de constructo del FACES III a través de un análisis factorial confirmatorio. Observaron que una estructura de dos factores no resulta del todo adecuada (si bien muestra mejor ajuste que un modelo de un factor), mientras que un modelo de tres factores presenta un buen ajuste a los datos (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2010).

El Índice SCORE de Funcionamiento y Cambio Familiar, ha sido diseñado recientemente para utilizarse en psicoterapia o terapia familiar y se utiliza en mayores de 12 años. Se trata de un cuestionario que consta de 15 ítems que pueden ser cumplimentados en 10-15 minutos. El Score-15 consta de tres escalas de 1 a 10. La familia valora su percepción como familia funcional y la utilidad que percibe de la terapia para resolver sus problemas. Además incluye dos preguntas abiertas que tratan sobre las palabras que mejor describen a la familia y cuál es el problema que les hace acudir a terapia. Estos apartados se recogen en tres momentos, de tal manera que permiten valorar si existen variaciones en la percepción del funcionamiento familiar y en la percepción de la utilidad de la terapia para la resolución de sus problemas (Rivas & Pereira, 2013).

El test de Funcionamiento Familiar FF-SIL, mide el grado de funcionalidad familiar basándose en la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad de la familia. Fue validado en Cuba y posteriormente fue comparado por Fuentes y Merino con la escala ¿Cómo es tu familia?, no obteniendo buenos resultados en cuanto a validez (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2014).

La Escala de Vulnerabilidad en Salud (SALUFAM) es un instrumento formado por 13 ítems agrupados en dos dimensiones esenciales: Acuerdo (8 ítems) y Apoyo (5 ítems). Las variables de interacción y dinámica familiar incluidas en el instrumento se relacionan con la evolución clínica en el tiempo de los miembros de la familia. Las familias con mayor capacidad para lograr acuerdos entre sus miembros y/o generar apoyo social tienen menor vulnerabilidad en salud. SALUFAM permite valorar la vulnerabilidad en salud de las familias con una alta consistencia interna, replicabilidad, sensibilidad y especificidad según sus creadores (Puschel, Repetto, Solar, Soto, & González, 2012). Es más utilizado en Sudamérica.

Si tenemos en cuenta todos estos datos, podría decirse que el Test de APGAR valora la percepción de un miembro de la familia sobre el funcionamiento de esta. Es un test con validez de constructo y fiabilidad para ser utilizado para la valoración de la percepción del funcionamiento familiar. Puede ser utilizada para el seguimiento y sus resultados pueden variar a lo largo del tiempo, dado que la función familiar no es algo estático sino que es dinámica. El test de APGAR familiar es útil para detectar si un miembro de la familia tiene problemas familiares. A pesar de existir otros cuestionarios, este, por su sencillez, poca necesidad de tiempo para su utilización, validez y fiabilidad, sigue siendo muy útil para la detección de disfunción familiar.

5. RELACIÓN ENTRE LA ESTRUCTURA Y LA FUNCIÓN FAMILIAR

El funcionamiento familiar se ha relacionado con la estructura de la familia, siendo la estructura nuclear la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital (Luis De la Revilla, 1994) (García-Campayo & Alda, 2004) , mientras que otros patrones familiares (considerados como dislocaciones del ciclo vital familiar) se asociarían con la aparición de diversos problemas durante la adolescencia (Blackwell, 2010; De La Revilla, 2005; Garcia- Campayo & Alda, 2004). La separación de los padres o la formación de familias reconstituidas afectarían a los adolescentes, ya que dificultaría la recepción de los factores protectores adecuados (Castellano Barca, 2005; Zeiders, Roosa, & Tein, 2011), agravado por el origen frecuentemente traumático de estos tipos de familia y la posterior dispersión familiar.

Los datos obtenidos en el presente trabajo muestran que la estructura familiar deja de ser clave en la percepción que el adolescente tiene de la dinámica familiar: si bien en los primeros años de estudio las familias monoparentales y reconstituidas presentaban unos mayores porcentajes de disfunción familiar, a lo largo de la última década estas diferencias se han ido reduciendo hasta igualar las prevalencias en la percepción de una buena función familiar por parte de los adolescentes encuestados y de forma independiente de las distintas estructuras familiares estudiadas. Un estudio realizado por Leme, Del Prette y Coimbra (Leme, Del Prette, & Coimbra, 2015) muestra cómo el tipo de familia no es por sí mismo un factor predictivo significativo del tipo de bienestar psicológico del adolescente, siendo la estructura familiar uno de los diferentes marcadores de la desigual distribución de un conjunto de factores que influyen en las conductas de los adolescentes. Coincidiendo con otros autores

(León Sánchez, Camacho Delgado, Valencia Ortiz, & Rodríguez-Orozco, 2008; Pérez Milena et al., 2009) puede indicarse que la estructura familiar deja de ser un factor decisivo para una adecuada percepción, por parte de los adolescentes, de las funciones que cabe atribuirle a las familias.

La realidad social en España, al igual que en la práctica totalidad de las sociedades occidentales, ha sufrido rápidos cambios lo que provoca que la familia sea actualmente un conglomerado de diferentes tipos y modelos construidos por intentos de acomodación a la nueva realidad cambiante (Megías Valenzuela et al., 2003). Los resultados obtenidos parecen indicar que la familia nuclear no parece ser la única capaz de establecer unas relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente (Hemovich, Lac, & Crano, 2012; Pérez Milena et al., 2007b). La familia nuclear ya no es la única estructura imprescindible para el establecimiento de relaciones familiares positivas y esto es debido a los cambios sociales que han hecho que familias no nucleares puedan presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal (Blackwell, 2010; Corzo Coello et al., 1998; De La Revilla, 2005; Marí-Klose & Marí-Klose, 2010; Navarro, 2004). Estos nuevos modelos familiares, junto a los cambios experimentados en el seno de los mismos, no impiden que exista acuerdo respecto a la idea de que los lazos familiares son importantes, coincidiendo en líneas generales el sistema de valores de padres e hijos (Arnett, 2008; Megías Valenzuela et al., 2003) (Informe de la Juventud en España, 2008) y que el afecto del subsistema parental es fundamental para transmitir factores protectores (Hemovich et al., 2012).

La monoparentalidad tradicionalmente se ha entendido como un fenómeno poco representativo y anómalo y no como un modelo alternativo de familia, estando cuestionada su funcionalidad y su capacidad para adaptarse a las nuevas necesidades de los adolescentes. Sin embargo, las familias monoparentales no son un fenómeno de nueva aparición, sino de nueva percepción y tratamiento, de modo que lo realmente novedoso es que este tipo de familias estén formadas mayoritariamente por mujeres separadas, divorciadas o solteras con hijos bajo su responsabilidad y no por mujeres viudas, como ocurría con mayor frecuencia en épocas anteriores. La monoparentalidad puede transcurrir por diversos itinerarios familiares, no existiendo un modelo único de familia monoparental, y aunque existe cierta convergencia entre las definiciones teóricas de monoparentalidad y la realidad de estas familias, ésta última no se agota ni se corresponde con un modelo estático y paradigmático de familia.

La calidad de las relaciones familiares es más importante que el tipo de familia o estructura en cuanto a la percepción del funcionamiento de la familia. En las familias

reconstituidas la comunicación abierta entre los niños y sus madres, la buena relación entre la pareja, la concordancia en las normas de crianza y el género, influyen en la relación con sus padrastros, en la calidad percibida por los adolescentes de las relaciones familiares. Los factores inherentes a la familia reconstituida son más importantes que los recursos externos (Jensen & Shafer, 2013). Todas las estructuras familiares no nucleares han pasado a considerarse como unidades domésticas viables y dignas de protección social y educativa. Han existido y aún persisten mitos y prejuicios alrededor de estos tipos familiares como la visión reducida y simplista de que viven en una situación problemática debido exclusivamente a una estructura considerada deficiente, o que el bienestar y la estabilidad de sus miembros así como el desarrollo positivo corren riesgo solo por su estructura o la probabilidad de que los hijos tengan dificultades, tanto en la adaptación emocional, afectación de su inteligencia/rendimiento escolar, aparición de conductas violentas es alta (Romero García, M.A., Meseguer Ortiz, E., Montero García, M.D., Zamora Marín, M.J., Iborra Ibáñez, Cl., Castellanos Sanz, B., Blaya Verdú, M.L., 2010) .

6. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR Y LOS ESTILOS DE CRIANZA PARA LA CORRECTA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La percepción de la función familiar del adolescente se relaciona, por tanto, más con la calidad de las relaciones que se establecen dentro del sistema familiar que con la estructura familiar en sí. No se puede pensar que la estructura familiar por sí sola es un factor protector o un factor de riesgo. Aspectos como el nivel socioeconómico de la familia, la calidad de las relaciones con la familia o con los amigos, la percepción de aprobación y el consumo de sustancias por los padres, hermanos o amigos y la exposición a estrés social como puede ser la privación económica crónica, afectan los comportamientos y actitudes de los adolescentes (Ponnet, 2014). Por ejemplo, vivir con ambos padres biológicos, es decir, tener una familia nuclear, puede proteger la salud de los hijos si la relación entre los padres no es conflictiva. Sin embargo, cuando la relación entre los padres es conflictiva, los hijos tienen más problemas psicológicos. En muchas ocasiones, incluso, los padres y las madres no perciben un conflicto en su relación mientras que los adolescentes sí lo perciben y lo viven como tal, lo que afecta a la dinámica familiar. Debido a la importancia que tienen las necesidades y demandas de los adolescentes, éstos suelen actuar como catalizadores para reactivar problemas y establecer triángulos relacionales en continuo movimiento y, a veces, la lucha por satisfacer estas

necesidades saca a la luz conflictos sin resolver entre otros subsistemas del núcleo familiar (Luis De la Revilla, 2009).

En un estudio realizado por Orgilés, Carratalá y Espada en 2015 (Orgilés, Carratalá, & Espada, 2015), el 8% de los adolescentes con padres casados percibía un alto nivel de conflictividad entre sus padres frente al 20% que percibían los adolescentes con padres divorciados, relacionando más algunas conductas poco saludables de los hijos (como las relaciones sexuales precoces y sin protección) con la relación que existe entre los padres que con el tipo de estructura familiar en sí. Este hecho podría explicarse porque cuando existe conflicto entre los padres, la colaboración en las decisiones relativas a los hijos es menor, el seguimiento de los mismos también es menor, los adolescentes pueden percibir menor apoyo de sus padres y esto puede facilitar el inicio de relaciones sexuales.

7. ESTILOS DE CRIANZA

Los estilos de crianza también pueden influir de manera indirecta en las conductas de los adolescentes. El estilo de crianza utilizado por los padres influye en el consumo de drogas y el rendimiento académico, en la relación con el grupo de iguales, la agresividad y delincuencia, la ansiedad o depresión, la impulsividad y el autocontrol de los adolescentes. El estilo de crianza más adecuado en nuestro contexto, en nuestro país, podría ser, según diversos estudios, el estilo de crianza indulgente, en el que los padres son comprensivos, razonan las normas que transmiten a sus hijos, son afectivos, se comunican bien con los hijos y promueven una relación de confianza. Un estilo de crianza en el que los padres exigen a los hijos un comportamiento de madurez en asumir responsabilidades y no utilizan técnicas coercitivas o de imposición cuando se portan mal, fomenta la independencia la individualidad y la autoestima en el contexto Europeo (Calafat, Garcia, Juan, Becona, & Fernandez-Hermida, 2014; Martínez, Fuentes, García, & Madrid, 2013). Los adolescentes educados por padres indulgentes manifiestan ser los que menos sustancias, como el alcohol, tabaco o marihuana, consumen frente a los educados en hogares autoritarios, que serían los más propensos a consumir este tipo de sustancias (Martínez et al., 2013). Esto no sucede en otros contextos donde tienen mayor factor protector estilos de crianza autorizativo y autoritario como en los Estados Unidos (Arnett, 2008). En el contexto español es importante para que los adolescentes adquieran autonomía, sean responsables y capaces de interiorizar los valores y las normas

sociales, promover la comunicación con los hijos, las relaciones cordiales paterno-filiales y el interés por los problemas así como la explicación razonada de la consecuencia de sus actos (Martínez et al., 2013). El conocimiento de los padres sobre las actividades cotidianas de los hijos, también puede influir en sus conductas. Un ejemplo de ello es la relación negativa entre el conocimiento de los padres y el inicio precoz de relaciones sexuales en adolescentes (Madkour, Farhat, Halpern, Gabhainn, & Godeau, 2012).

8. INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL SEXO EN LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

La percepción de la función familiar no varía en función de la edad o del sexo (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutierrez González, 2014). No hay diferencias significativas según el sexo o la edad del adolescente para los resultados sobre la percepción de la función familiar. Sí existen algunos cambios que podrían indicar un mayor número de disfunción familiar en los últimos años de la adolescencia temprana, alrededor de los 14 años. Dato que coincide con estudio de León sobre el funcionamiento familiar en adolescentes, donde son los de 15 años los que más disfunción familiar perciben (León Sánchez et al., 2008).

La mirada que dirigen las mujeres adolescentes a sus familias es diferente a las expectativas del adolescente varón. Según Eresta (Eresta & Delpino, 2011) un mayor porcentaje de chicas que de chicos valora, en la persona admirada del ámbito familiar, la comprensión, el compromiso y protección y la lealtad; en tanto, casi el doble de chicos que de chicas reconocen la capacidad de trabajo como un rasgo destacable en la persona a la que admiran en el ámbito privado. Sin diferencias de género, algo más de la cuarta parte de los adolescentes entrevistados valoraban como rasgos a admirar en los miembros del grupo familiar: el compromiso y la protección del grupo familiar. Las expectativas de las mujeres adolescentes también han cambiado respecto a generaciones pasadas. Tienden a distanciarse de las imágenes conservadoras tradicionales, que la eximen de tener experiencias innovadoras en su futuro, al tiempo que adoptan roles similares a los de los adolescentes hombres (Eresta & Delpino, 2011). Estos roles parecen estar más marcados por otros elementos como la presión publicitaria, que hace que los varones midan su valor social en función de su capacidad de demostración del consumo que puedan proveerse. Sin embargo, la familia es pieza clave

para acometer los necesarios cambios en los estereotipos de género relacionados con metas y estilos de vida, junto con el ámbito educativo.

En el estudio realizado por Branje y colaboradores, se plantea que existe una influencia mutua entre la calidad de la relación de padres e hijos percibida por los hijos y los síntomas depresivos y que esta relación se ve moderada por el sexo de los padres, la edad y el tipo de personalidad del adolescente. Los síntomas depresivos en los hijos adolescentes pueden conducir a niveles más bajos de percepción de la calidad de las relaciones con sus padres, al tener un pensamiento más negativo, la percepción de la relación se ve afectada. Esto se relaciona también con el sexo de los padres, percibiendo las hijas una mayor calidad de la relación con sus madres que con sus padres, por lo que quizás podría explicarse que la relación con el padre tenga menos influencia en los síntomas depresivos de las adolescentes, mientras que la calidad percibida de las relaciones por los hijos varones es igual con respecto a ambos padres y si parece que existe una mayor influencia de la relación el padre en la aparición de síntomas depresivos en los adolescentes varones. La edad no parece influir en este estudio en la calidad de la relación, aunque, conforme avanza la adolescencia, las relaciones entre padres e hijos se estabilizan, se vuelven más homogéneas y los adolescentes adquieren más autonomía, existe relación entre la calidad percibida de la relación de los padres con los hijos y los síntomas depresivos a lo largo de toda la adolescencia (Branje, Hale, Frijns, & Meeus, 2010).

9. CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

El apoyo social es en general muy adecuado en los adolescentes encuestados, con mayores prevalencias de apoyo social afectivo normal frente al confidencial. Dato que coincide con otros estudios, como el realizado en 2012 utilizando el Test de DUKE-UNC y en el que el apoyo social era normal en el 98% de los adolescentes (93% en apoyo afectivo y 90% en apoyo confidencial)(Alejandro Pérez-Milena et al., 2012).

En estudio realizado por Orcasitas, se utilizó el Cuestionario de MOS, que permite valorar el apoyo emocional, instrumental, social y efectivo. Los adolescentes perciben también un buen apoyo social, percibiendo apoyo emocional, instrumental, interacción social y afectiva

de sus redes de apoyo y siendo mayor la percepción de apoyo afectivo de las mujeres que de los hombres, existiendo diferencias significativas, manifestando los adolescentes que con más frecuencia piden apoyo a la familia (53.7%), seguida de a los amigos (38.8%) (Orcasita et al., 2014).

En varios estudios se utiliza para evaluar apoyo social el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero & Musitu, 2002), el cual intenta medir diversas dimensiones de apoyo de una forma distinta a la mayoría de los instrumentos existentes. Los participantes deben indicar las personas más significativas para ellos (hasta un máximo de 10) y para cada una de esas personas deben responder 9 ítems (2 referidos a apoyo emocional, 2 a apoyo de consejo, 2 a apoyo instrumental y 3 referidos a la reciprocidad del apoyo percibido). Posee 5 alternativas de respuesta, que varían entre nunca o casi nunca (1) y siempre o casi siempre (5). Para fines de comparación, y ya que la mayoría de los otros estudios utilizan una medición global de apoyo percibido y no incluyen el factor reciprocidad, en este estudio las puntuaciones de apoyo social corresponden al promedio de las respuestas a los ítems de apoyo emocional, de consejo e instrumental. El coeficiente alpha de consistencia interno obtenido fue de 0.82 (Chavarría & Barra, 2014; Orcasita et al., 2014). Con este instrumento en el estudio de Chavarría el apoyo social percibido total por los adolescentes era del 84%. En este estudio se analizaba también la satisfacción vital. La relación entre apoyo social y satisfacción vital la explican basándose en trabajo publicado por Barra en 2004, porque el apoyo social permite a la persona lograr una mayor estabilidad, predictibilidad y control, refuerza la autoestima y favorece la construcción de una percepción más positiva de su ambiente (Barra Almagiá, 2004).

Durante la adolescencia se producen profundos cambios en las estructuras de apoyo social desplazándose estas desde la familia hacia los pares y amigos, produciendo este cambio inestabilidad en la percepción de apoyo (Chavarría & Barra, 2014).

La adolescencia implica transformaciones significativas en casi todos los ámbitos de funcionamiento. Durante los períodos de rápido desarrollo, la investigación muestra que la sensibilidad y el apoyo de los padres hacia los hijos son fundamentales para establecer unas buenas bases para pasar al siguiente nivel. Durante la adolescencia, los hijos tienen a buscar una mayor autonomía y los padres deben esforzarse en encontrar nuevas formas de apoyarles en un contexto de relación diferente al que han tenido hasta ahora. Es por ellos por lo que el apego entre los adolescentes y sus padres es muy importante para superar esta fase de transición (Chavarría & Barra, 2014).

La existencia de una adecuada percepción de apoyo social es un factor protector importante durante la adolescencia. El adolescente se prepara física, psicológica y socialmente para madurar y ser un individuo independiente pero, al mismo tiempo, no hay una vivencia común de la adolescencia sino una amplia gama de condiciones, cuya constitución depende de características sociodemográficas de sus grupos familiares y de la posición relativa de los adultos en la estructura económica, hoy en constante cambio (Eresta & Delpino, 2011). El futuro de los jóvenes ha tomado centralidad entre las preocupaciones de las familias y hoy se encuentra en el debate público al que contribuyen los medios de comunicación, de ahí que el adecuado crecimiento social se considere prioritario. Los adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias sociales (Musitu & Cava, 2003).

Cobb (Cobb, 1976) citado por Orcasitas y Uribe (Orcasita & Uribe, 2010), define el apoyo social como la información que permite a las personas creer que otros se preocupan por ellos y les quieren. Por otro lado, el concepto de apoyo social percibido se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que le proporcionan, ya sean de tipo instrumental (conductas dirigidas a solucionar un problema), informativo (información útil para afrontar un problema) o emocional (muestras de empatía, amor y confianza). El apoyo social refuerza la autoestima y favorece una percepción más positiva del ambiente, por lo cual tendría efectos positivos en el bienestar y en la salud al aumentar la resistencia al estrés (Chavarría & Barra, 2014).

El apoyo social, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de sucesos estresantes. En otras investigaciones se ha constatado la importancia del apoyo social para comprender las problemáticas que se presentan en las distintas etapas de desarrollo, especialmente en la adolescencia, por los cambios biopsicosociales que se producen en ella. Estos cambios afectan a las dinámicas relacionales y hacen necesaria la consolidación de las redes de apoyo y la integración de las distintas funciones que ejercen estas redes en el desarrollo individual, familiar y social (Orcasita & Uribe, 2010).

Las relaciones familiares de apoyo juegan un importante papel en el ajuste del comportamiento de los adolescentes, protegiéndolos contra algunas de las consecuencias negativas de los acontecimientos vitales estresantes.

A lo largo de los años del presente estudio se observa un incremento significativo del apoyo social percibido por los adolescentes, sin que existan diferencias significativas en cuanto a género o edad. Musitu (Musitu & Cava, 2003), por otra parte, aprecia que las principales fuentes de apoyo percibidas variaban en función de la edad, produciéndose una disminución de la percepción del apoyo social de los padres conforme avanza la adolescencia. Y este cambio en la percepción está avalado por algunos estudios. De Goede y colaboradores (De Goede, Branje, & Meeus, 2009), refieren que la percepción de apoyo de los padres, en general se reduce a principios de la adolescencia media y luego se estabiliza en la adolescencia tardía. Desde mediados hasta finales de la adolescencia, el apoyo aumenta significativamente para las chicas, estabilizándose en los chicos. Siendo estas diferencias significativas en cuanto al apoyo paterno y no al materno en el que no se aprecian diferencias de género. Los adolescentes percibieron más apoyo de las madres que de los padres en la adolescencia media y tardía, sin diferencias de género. Los conflictos aumentan durante la adolescencia temprana y media y se estabilizan en la adolescencia tardía. En cuanto al género, se encontraron diferencias en la adolescencia temprana, en la que los conflictos aumentan más en las chicas, en la adolescencia media, los conflictos comienzan a descender de forma similar en ambos sexos. En cuanto a los conflictos, existen más conflictos entre las madres y las hijas, además estas intentan evitarlos menos. El motivo de los conflictos suelen ser cosas de la vida cotidiana. En los adolescentes se produce un descenso en la percepción de poder de los padres a lo largo de los años de adolescencia. El apoyo de los padres a los hijos, los conflictos y el poder son factores determinantes en las relaciones entre padres e hijos. La disminución de la percepción de poder que tienen los adolescentes, la percepción de una mayor relación de igualdad en la relación entre padres e hijos conforme avanza la adolescencia se relaciona con cambios en la percepción del apoyo y en los conflictos. De Goede y colaboradores concluyen que los adolescentes que perciben mayores niveles de conflicto con los padres también perciben mayores niveles de poder de los padres y menores niveles de apoyo de los padres. Los conflictos se relacionan, pero no son un estímulo para el desarrollo de relaciones más igualitarias entre padres e hijos (De Goede et al., 2009).

10. RELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL CON LA FUNCIÓN Y LA ESTRUCTURA FAMILIAR

En este estudio se observa que la percepción del apoyo familiar en el adolescente se relaciona con el apoyo social (Marcos, 1999). La percepción de la función familiar por el adolescente tiene mucho que ver con la calidad de las relaciones que se establecen dentro del sistema familiar. Los adolescentes que perciben apoyo social normal en este estudio, obtienen valores más altos en el test de APGAR familiar, su percepción de la función familiar es mejor. Y de la misma manera, cuando perciben menor apoyo social también perciben algún grado de disfunción familiar. Estudios previos también han comprobado cómo la percepción de una buena función familiar se asocia a un mayor grado de apoyo social (Pérez Milena et al., 2007b): esto es, para crecer y separarse de la familia se requiere que ésta sea cohesiva (Zdanowicz et al., 2004)), estando el desarrollo psicosocial del adolescente supeditado a la madurez de la familia (Castellano Barca, 2005).

Al proceso de construcción en el que los individuos definen su forma de ser adultos contribuyen, además del medio familiar, el papel del sistema educativo y otros significantes, como los grupos de pares (Eresta & Delpino, 2011). Existen diferentes hipótesis sobre el tipo de conexión que existe entre la percepción de apoyo de los padres y la percepción de apoyo de los iguales. Una relación de signo negativo sería cuando las relaciones con los iguales se ven intensificadas por que las relaciones familiares no aportan el apoyo que el adolescente necesita. Por el contrario, una relación positiva es cuando existe la percepción de apoyo de los padres y una mayor satisfacción con las relaciones con los iguales. Aunque los amigos son un referente en normas y valores para el adolescente, pero si se siente aceptado y escuchado dentro de su hogar, su red social mejora y su proceso de socialización puede completarse más satisfactoriamente (Marcos, 1996)(Salazar, 2004)(Pérez Milena et al., 2009).

Las relaciones familiares pueden proporcionar al adolescente un aprendizaje en habilidades sociales y en esquemas interpersonales que le faciliten o dificulten las relaciones con los iguales (Musitu & Cava, 2003). Aunque la admiración respecto de las personas del mundo público centre la atención de un sector importante de los adolescentes (Eresta & Delpino, 2011), éstos también reconocen como modelos a personas de su medio familiar y dentro de ellas, las personas del círculo inmediato: la madre, el padre y los hermanos. Los padres son acompañantes significativos (Castellana, 2003) que contribuyen a la construcción de la identidad personal del adolescente y ayudan en su proceso de socialización. Para los

adolescentes, las cualidades más destacables en sus padres y madres son la comprensión, el compromiso y la protección, la capacidad de trabajo, el esfuerzo y la lealtad. Hay que tener en cuenta que los adolescentes que perciben un bajo apoyo del padre y la madre tenderán a presentar una autoestima social más baja, a participar con mayor frecuencia en conductas violentas y probablemente problemas de ajuste escolar (Musitu, Martínez Ferrer, & Murgui, 2006) La función familiar influye en las estrategias de afrontamiento social utilizadas: los adolescentes que perciben un pobre funcionamiento familiar utilizan más estrategias de afrontamiento desadaptativas como la rumiación de ideas, la evitación y la expresión de sentimientos hostiles que los adolescentes con un buen funcionamiento familiar percibido (Francisco, Loios, & Pedro, 2015).

En estudio de Jiménez-Gutiérrez (Jiménez Gutiérrez, Musitu Ochoa, & Murgui Pérez, 2005), el apoyo procedente de la familia, sobre todo el del padre y el de la madre, fue el que obtuvo coeficientes de correlación más elevados con las dimensiones de funcionamiento y comunicación. Los problemas de comunicación con ambos padres se correlacionaban siempre negativamente con la percepción de apoyo a excepción del apoyo percibido del mejor amigo, que se relacionaba positivamente con los problemas de comunicación con el padre. Los resultados que obtuvieron indicaban que existe una correlación positiva entre el apoyo social percibido por el adolescente y la disponibilidad de recursos familiares (funcionamiento, satisfacción y comunicación familiar). Los adolescentes que perciben un mayor apoyo social son aquellos cuyas familias tienen una buena comunicación entre sus miembros, mayores vínculos emocionales y mayor satisfacción familiar.

Habría que objetar, no obstante, que la tradicional esfera primaria de socialización de la familia choca con múltiples ofertas que desde fuera de ella transmiten diferentes valores y modelos de vida, como son los medios de comunicación. Pese a estos cambios sociales, el buen funcionamiento familiar puede seguir considerándose un factor de protección frente al impacto de situaciones adversas al contribuir a mejorar el apoyo social. El terreno afectivo, de manera especial durante la adolescencia, afecta fundamentalmente la seguridad y la autoestima que garantizan el equilibrio psicológico de los sujetos en formación (Eresta & Delpino, 2011). Una adecuada dinámica familiar puede moderar el efecto negativo de la pobreza o de la violencia en el vecindario, así como acontecimientos vitales estresantes en la vida del adolescente tales como el divorcio de sus padres o su inclusión en una nueva familia. Los adolescentes con un buen funcionamiento familiar tienen niveles más altos de salud y el

bienestar emocional que los que viven en familias con peor funcionamiento familiar (Balistreri & Alvira-Hammond, 2015).

11. RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y LA PERCEPCIÓN DE INADECUADO APOYO SOCIAL

Tanto la disfunción familiar como el déficit de apoyo social en la adolescencia se han relacionado con síntomas depresivos mayores en adolescentes, con un menor rendimiento académico, como comportamientos de mayor riesgo, trastornos de la conducta alimentaria (Berge, Wall, Larson, Loth, & Neumark-Sztainer, 2013) y con embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual o suicidio (León Sánchez et al., 2008). A su vez, un buen funcionamiento familiar se asocia con un mayor rendimiento escolar y con un menor consumo de alcohol y de drogas (Jiménez Pulido, 2012). El entorno familiar y las prácticas de crianza positiva parecen jugar un papel importante en la reducción directa e indirecta del consumo de alcohol por los adolescentes. No existe una relación causal necesaria y suficiente entre la familia y el uso de drogas de los hijos, pero parece innegable según otros estudios, que las prácticas de crianza son centrales en el desarrollo del riesgo del consumo de drogas por los adolescentes (Diputación de Barcelona, 2011). Los adolescentes que presencian peleas y disputas frecuentes en sus padres, así como aquellos que viven en familias en las que existe desapego emocional bien entre los padres o bien en la relación con los hijos, tienen un riesgo mayor de consumo de drogas (Diputación de Barcelona, 2011)(Rovis, Jonkman, & Basic, 2016). En estudio realizado sobre la percepción de calidad de las relaciones sociales y la frecuencia de embriaguez en adolescentes españoles, se plantea que la familia, los compañeros y la escuela son factores de cierta importancia durante la adolescencia y en la adquisición de una conducta de riesgo como es el consumo excesivo de alcohol (Kjaerulff, Rivera, Jimenez-Iglesias, & Moreno, 2014).

En su revisión de la importancia del apoyo social en la adolescencia, Orcasita y Uribe (2010) concluyen que el apoyo social se constituye como factor de protección en el bienestar del adolescente, ya que brinda apoyo emocional, material e informacional, los cuales generan recursos valiosos para enfrentar las situaciones de riesgo que se pueden presentar en esta etapa del ciclo vital. Los adolescentes que cuentan con el apoyo del padre o de la madre,

tienen menor probabilidad de inicio precoz de relaciones sexuales. Dato que se desprende de estudio realizado a partir de datos de Health Behaviors in School-Aged Children realizado en 2005-2006 en varios países europeos (Madkour et al., 2012).

12. APOYO SOCIAL SIN RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR

En el estudio no se encuentra relación entre el tipo de estructura familiar y el apoyo social. De forma clásica se ha afirmado que, en comparación con otros tipos de estructuras familiares, la familia formada por ambos padres biológicos constituye un factor de protección de la salud de los hijos. Por el contrario, las familias no nucleares se han relacionado con una mayor presencia de fracaso escolar (Marí-Klose & Marí-Klose, 2010), mala salud (Blackwell, 2010) o de actividades delictivas (García-Campayo & Alda, 2004), entre otros problemas. Los datos obtenidos en este estudio durante más de una década parecen indicar que esta relación no es tan clara, dado que la estructura familiar no se relacionaría ni con la percepción de funcionalidad familiar ni con la sensación subjetiva de apoyo social, siendo ambos elementos fundamentales para un adecuado crecimiento biopsicosocial del adolescente. No está, por tanto, menos preparado socialmente un adolescente perteneciente a una familia no nuclear. La asociación entre la estructura familiar y el comportamiento social se atenúa si existe más control y establecimiento de límites por parte de los padres.

El adolescente afronta esta etapa de cambios y crisis de identidad en un escenario que está condicionado por un contexto cargado de incertidumbres e inestabilidades, mucho más influyentes que el tipo de familia donde vive. Así, por ejemplo, otros factores familiares, ambientales y sociales pueden conducir al consumo de sustancias como mecanismo de defensa (Barrett & Turner, 2006). Actualmente en nuestra sociedad se constata una mayor incidencia y difusión de comportamientos de los adolescentes que cada vez más se presentan en edades más tempranas y que aumentan las posibilidades de consolidarse en las etapas juveniles posteriores. Serapio (Serapio, 2006) aborda la precocidad con que se dan en estos tiempos diversos comportamientos adolescentes como, por ejemplo, iniciación en la práctica sexual o el consumo de drogas. Estos comportamientos que anteriormente se daban en etapas posteriores de la adolescencia o juventud actualmente se ven potenciados en adolescentes más jóvenes fundamentalmente por el influjo de una sociedad donde las nuevas tecnologías,

entre otros factores, favorecen a los miembros de la adolescencia temprana el acceso a terrenos simbólicos propios de la adultez en épocas anteriores.

13. EL AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL COMO PROMOTORES DE SALUD EN LA ADOLESCENCIA

A los adolescentes les preocupa su situación personal-afectiva, que puede verse profundamente afectada por la existencia de conflictos familiares y la pérdida de amigos (Eresta & Delpino, 2011), lo que indica la importancia de ambos elementos para su desarrollo social y personal. En las aspiraciones de los adolescentes subsiste el horizonte tradicional de aspiraciones en el que las generaciones pasadas situaron sus expectativas respecto al futuro. Trabajo, familia, estatus social y económico, y reconocimiento, resultan los ejes principales en los que los adolescentes centran sus aspiraciones, por lo que sus vivencias familiares marcarán las expectativas futuras y facilitarán (o no) la construcción de una familia propia. Uno de los mandatos paternos en la socialización de los hijos durante la adolescencia inculca el sentido de responsabilidad, al tiempo de proveerles como respaldo los recursos afectivos para formar y consolidar la identidad del joven. Actitudes y comportamientos paternos deben dirigirse a favorecer en el adolescente el desarrollo de la autonomía e independencia (Eresta & Delpino, 2011). Las preocupaciones de los adolescentes respecto a su futuro, a su círculo de amigos o la vida social revelan lo importante que es para ellos un adecuado soporte familiar y social ante el desafío de acertar en la toma de sus decisiones.

En la atención sanitaria, el enfoque de los sistemas familiares es un marco de referencia útil para dar sentido a las complejas relaciones entre los miembros de la familia (Arnett, 2008; De La Revilla, 2005) y ayuda al profesional sanitario en la tarea de prevenir y abordar situaciones de estrés social provocadas por los cambios en el ciclo vital familiar. Los reajustes de roles y normas que precisa la familia se basan en la cohesión, la adaptabilidad y los recursos del sistema familiar, que permitirán alcanzar correctamente una dinámica adecuada (Zdanowicz et al., 2004). Los médicos de familia pueden verse desbordados por la heterogeneidad de la demanda que les llega procedente de familias con adolescentes. Por ello, la atención familiar se convierte en una herramienta imprescindible para la evaluación y la

intervención en la población adolescente (A. Pérez-Milena, Moreno, & Valverde, 2011). El médico de familia se encuentra en una situación ideal para anticiparse a las crisis de desarrollo, diagnosticar precozmente problemas biopsicosociales y comprender al adolescente y su familia durante los periodos de transición (Corzo Coello et al., 1998; De La Revilla, 2005), haciendo especial hincapié en conocer y mejorar la funcionalidad familiar independientemente del tipo de estructura familiar existente, para asesorar a padres e hijos en esta etapa del ciclo vital familiar (Wang, Dishion, Stormshak, & Willett, 2011).

Las personas de entre diez y 24 años de edad reciben mucha menos atención que otros grupos etarios, una omisión frecuente en las políticas sociales y sanitarias internacionales (Kleinert & Horton, 2016). La salud que tengan hoy afectará su bienestar futuro y definirán sus funciones. Contar con datos sobre la salud de los adolescentes puede ser crucial para garantizar un futuro mejor, al permitir a los gobiernos y otros actores diseñar programas sanitarios eficaces y focalizados. Entre estos datos no sólo importan las cifras de mortalidad y morbilidad, sino que será crucial conocer los cambios familiares y sociales que puedan afectar, en un sentido u otro, el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes. Investigaciones como la que se presenta en este proyecto pueden ayudar a mejorar la atención a los menores y poner la atención sobre su entorno social como elemento fundamental para el adolescente. Sería preciso continuar esta línea de investigación diferenciando cuantitativa y cualitativamente la parte del apoyo social que no se debe al apoyo familiar, conocer la opinión del resto de los actores en casos de percepción de disfunción familiar o inadecuado apoyo social, y abordar holísticamente a este subgrupo para entender mejor el problema mediante un análisis cualitativo.

CONCLUSIONES

1. La estructura nuclear es la más frecuente de las estructuras familiares, siendo las familias monoparentales, ampliadas y reconstituidas otros modelos familiares menos prevalentes.
2. Las prevalencias de los distintos tipos de estructuras de familias permanecen prácticamente similares a lo largo de los diferentes años de estudio.
3. La mayoría de los adolescentes perciben una adecuada función familiar, con porcentajes de disfunción familiar leve y grave variables pero inferiores a la cuarta parte de la población estudiada.
4. La percepción de la función familiar se incrementa desde el principio del estudio hasta el final, con un mayor porcentaje de normofunción familiar (cercano al 15%) mientras que decrece la disfunción familiar, sobre todo la grave.
5. Al mismo tiempo se aprecia un incremento significativo de la percepción de un adecuado funcionamiento familiar de los adolescentes que pertenecen a las familias ampliadas y reconstituidas, siendo porcentualmente superior en los últimos años de estudio.
6. No existe una relación clara entre la estructura familiar y la percepción de funcionalidad familiar del adolescente, apreciándose sólo algunas diferencias en el año 1997 y en los resultados de los adolescentes de las familias reconstituidas.
7. Según el género, las mujeres adolescentes obtienen una mayor puntuación en el test Apgar familiar frente a los hombres, aunque la distribución en normofunción y disfunción familiar no muestre diferencias de interés.
8. Por edad, la percepción de disfunción familiar parece más frecuente en las edades de 14, 15 y 17 años pero sólo los primeros años de estudio. La puntuación del test Apgar familiar se incrementa progresivamente en los adolescentes de 15 y 16 años.
9. La percepción de un apoyo social adecuado es mayoritaria entre los adolescentes, siendo mejor el apoyo afectivo que el apoyo confidencial, y se incrementa de forma significativa desde el inicio hasta el final del estudio.
10. Las mujeres presentan una mejor percepción del apoyo social frente a los hombres adolescentes, incluidos los apoyos afectivos y confidenciales.
11. No hay diferencias clínicamente relevantes del apoyo social según la edad del adolescente ni la estructura familiar.
12. Los resultados del test de APGAR familiar y del test DUKE-UNC se encuentran relacionados, de forma que una percepción adecuada de la función familiar se relaciona con la sensación de un buen apoyo social, mientras que la disfunción familiar es más frecuente si el apoyo social es insatisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA

- AEMPS. (2002). Normas de buena práctica clínica. En *Guía de buena práctica clínica* (Vol. 3, pp. 1-57).
- Ajenjo-Cosp, M., & García-Saladrigas, N. (2016). Las parejas reconstituidas en España: un fenómeno emergente con perfiles heterogéneos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 155, 3-20. <http://doi.org/10.5477/cis/reis.155.3>
- Albañil Ballesteros, M. R., Rogero Blanco, M. E., Olivas Domínguez, A., Sánchez Martín, M., Rabanal Basalo, A., & Sanz Bayona, M. T. (2012). Obesidad y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Asociación con factores de riesgo cardiovascular en familiares de primer grado. *Medicina Clínica*, 138(7), 283-288. JOUR. Recuperado a partir de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-obesidad-factores-riesgo-cardiovascular-adolescentes-asociacion-factores-90101240>
- Arès Muzio, P. (2002). *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. (F. Varela, Ed.). La Habana: Facultad de Psicología. Recuperado a partir de <https://asoepsi.files.wordpress.com/2011/02/libro-de-familia.doc>
- Ariès, P. (2001). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. BOOK, Mexico D.F.: Taurus.
- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. (Pearson, Ed.) (3.^a ed.). BOOK, Mexico.
- Arpin, K., Fitch, M., Browne, G. B., & Corey, P. (1990). Prevalence and correlates of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(4), 373-383. Comparative Study, Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del niño (1959). Recuperado a partir de [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386\(XIV\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386(XIV))
- Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar. (2005). Elementos esenciales de la medicina de familia. *Archivos de medicina familiar*, 7(1), 13-14. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789002>
- Bailón Muñoz, E., & De La Revilla Ahumada, L. (2011). La atención familiar, la asignatura pendiente. *Atencion Primaria*, 43(2), 55-57. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.006>
- Balistreri, K. S., & Alvira-Hammond, M. (2015). Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health*, 132, 72-78. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.10.034>
- Barra A, E., Cerna C, R., Kramm M, D., & Véliz V, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia psicologica*, 24(1), 55-61. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2055191> <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524106.pdf>
- Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243. Recuperado a partir de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Barrett, A. E., & Turner, R. J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: Examining explanations for the relationship. *Addiction*, 101(1), 109-120. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01296.x>
- Bayot, A. (2004). El adolescente y sus amigos. En & A. M. R. G. Castellano, M. I. Hidalgo (Ed.), *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. (pp. 42-49). Madrid: Ergon.
- Bellón Saameño, J., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. de D., & Lardelli Claret, P. (1996a). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163. Recuperado a partir de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>
- Bellón Saameño, J., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. de D., & Lardelli Claret, P. (1996b). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296. Recuperado a partir de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>

- primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357
- Ben-Amos, I. K. (1994). *Adolescence and Youth in Early Modern England*. BOOK, Yale University Press.
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-16. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x>
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Family Functioning: Associations with Weight Status, Eating Behaviors, and Physical Activity in Adolescents. *J Adolesc Health*, 52(3), 351-357. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.006>.Family
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204. Journal Article, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.
- Blackwell, D. L. (2010). Family Structure and Children's Health in the United States: Findings From the National Health Interview Survey, 2001 – 2007. *Vital and Health Statistics*, 10(246), 2001-2007.
- Boletín Oficial del Estado. (1999). Ley Orgánica 15 / 1999 , de 13 de diciembre , de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 298, 1-21.
- Bonell, C., Allen, E., Strange, V., Oakley, A., Copas, A., Johnson, A., & Stephenson, J. (2006). Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conceptions. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)*, 60(6), 502-506. <http://doi.org/10.1136/jech.2005.042838>
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8(1), 68-83. Journal Article, Review.
- Bras, J. (2003). *Prevención en la infancia y adolescencia. Manual de prevención en atención primaria*. (B. C; & C. R. I. M; Eds.). GEN, Barcelona: Ed. EdiDe.
- Brown, S. L. (2006). Family Structure Transitions and Adolescent Well-Being. *Demography*, 43(3), 447-461. JOUR. Recuperado a partir de <http://www.jstor.org/stable/4137243>
- Calafat, A., Garcia, F., Juan, M., Becona, E., & Fernandez-Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185-192. Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.705>
- Casarrubios, E., Lareo, J., Arribas, J., & Frieyro, J. (1988). Uso del índice APGAR familiar en medicina de familia: medida de la disfunción familiar inducida por el alcohol. Experiencia inicial en 210 pacientes. *Med Clin*, (91), 732-735.
- Castellana, M. (2003). Los padres como acompañantes. *Cuadernos de Pedagogía*, (320), 60-62.
- Castellano Barca, G. (2005). El adolescente y su entorno: Sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral*, 9(1), 41-46.
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar : Análisis psicométrico de la Escala APGAR - familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78.
- Castilla Cabello, H., Caycho Rodríguez, T., Ventura León, J., Palomino-Barboza, M., & De la Cruz Valles, M. (2015). Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad*, 6(2), 140-153.
- Ce, D., Parlamento, D. E. L., & Del, E. Y. (2009). Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4r de abril de 2001, 1-19.
- Chavarría, M. P., & Barra, E. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Terapia psicológica*, 32(1), 41-46.

- <http://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100004>
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. Journal Article.
- Corzo Coello, M. T., Pérez López, S., Flores Huitrón, P., Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., González Quintanilla, E., Dickinson Bannack, M. A. (1998). Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Atención Primaria*, 21, 275-282. Recuperado a partir de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-determinantes-sociales-cohesion-adaptabilidad-familiar-15063>
- De Goede, I. . H. A., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(1), 75-88. <http://doi.org/10.1007/s10964-008-9286-7>
- De la Revilla, L., Fleitas, L. (1999). Apoyo social y recursos familiares. En L. de la Revilla (Ed.), *Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en consulta. Vol. II.* (Adhara, pp. 337-364). Granada.
- De la Revilla, L. (1994). La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En L. de la Revilla (Ed.), *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar* (pp. 37-42). Barcelona: Doyma.
- De La Revilla, L. (2005). Técnicas para conocer la estructura y el ciclo vital familiar. En L. de la Revilla (Ed.), *Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar* (pp. 105-121). Granada: Ed. Adhara-Fundesfam.
- De La Revilla, L. (2007). La familia como sistema. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14, Supple, 8-18. JOUR. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)74016-1](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(07)74016-1)
- De la Revilla, L. (2009). Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. *Atención Primaria*, 41(9), 485-486. JOUR. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2009.06.006>
- de la Revilla, L., & de los Rios, A. M. (1994). [The utilization of health services and the motives for consultation as indicators of family dysfunction]. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 13(2), 73-76. English Abstract, Journal Article.
- De La Revilla, L., & Fleitas, C. (1999). Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar de Atención Primaria. En A. Martín Zurro & J. F. Cano Pérez (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Cuarta, pp. 99-114). Barcelona.
- De la Revilla Ahumada, L Fleitas Cochoy, L. (2008). Influencias culturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. En A. Martín Zurro & J. F. Cano Perez (Eds.), *AtenciónPrimaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier.
- De la Revilla Negro, E., Constant Rodríguez, E., & López de Hierro Ruiz, J.A. Cárdenas Viedma, S. (2005). Valor del genograma en el estudio de la estructura familiar y en la identificación de una nueva tipología estructural. *Scientia*, 201-214.
- Diputación de Barcelona. (2011). Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos, 89.
- Eresta, M. J., & Delpino, M. A. (2011). Adolescentes de hoy: aspiraciones y modelos, 10-15.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez De Contenido Y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Foessa, F. (2014). *VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*. BOOK, Cáritas Española. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?id=Mty1rQEACAAJ>
- Francisco, R., Loios, S., & Pedro, M. (2015). Family Functioning and Adolescent Psychological Maladjustment: The Mediating Role of Coping Strategies. *Child Psychiatry and Human Development*, 1-12. <http://doi.org/10.1007/s10578-015-0609-0>
- Fuentes Aguilar, A. P., & Merino Escobar, J. M. (2014). Validación de un instrumento de

- funcionalidad familiar, 247-283.
- Ganster, D. C., & Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *The British Journal of Medical Psychology*, 61 (Pt 1), 17-36. Journal Article, Review.
- García Campayo, J. (2007). La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes. *Atención Primaria*, 39(2), 66-67. <http://doi.org/10.1157/13098672>
- García- Campayo, J., & Alda, M. (2004). Familias con características especiales. En J. García-Campayo (Ed.), *La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria* (pp. 37-42). Madrid: Ed.Mayo.
- García-Campayo, J., & Alda, M. (2004). El ciclo vital familiar. En Mayo (Ed.), *La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria* (pp. 27-35). Madrid.
- Gardner, W., Nutting, P. a, Kelleher, K. J., Werner, J. J., Farley, T., Stewart, L., ... Orzano, a J. (2001). Does the family APGAR effectively measure family functioning? *The Journal of family practice*, 50(1), 19-25.
- Gavazzi, S. M., Bostic, J. M., Lim, J. Y., & Yarcheck, C. M. (2008). Examining the impact of gender, race/ethnicity, and family factors on mental health issues in a sample of court-involved youth. *J Marital Fam Ther*, 34(3), 353-368. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00077.x>
- Gillis, J. R., Tilly, C., & Shorter, E. (2013). *Youth and History: Tradition and Change in European Age Relations, 1770–Present*. (Burlington, Ed.). BOOK, Elsevier Science.
- Giuliano, L. (1979). *Gioventù e istituzioni nella Roma antica: condizione giovanile e processi di socializzazione*. BOOK, Roma: Tip. Artistica.
- Gómez Clavelina, F. J., & Ponce Rosas, E. R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR. *Aten Fam*, 17(4), 102-106.
- Haines, J., Rifas-Shiman, S. L., Horton, N. J., Keinman, K., Bauer, K. W., Davison, K. K., Walton, K S Austin, B., Field, A. E., G. M. W. (2016). Family functioning and quality of parent-adolescent relationship : cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1-12. <http://doi.org/10.1186/s12966-016-0393-7>
- Haines, J., Rifas-shiman, S. L., Horton, N. J., Kleinman, K., Bauer, K. W., Davison, K. K., ... Gillman, M. W. (2016). Family functioning and quality of parent-adolescent relationship : cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1-12. <http://doi.org/10.1186/s12966-016-0393-7>
- Hall, A. D., & Fagen, R. (2009). Definition of system. En *Systems Research For Behavioral Science* (Vol. 1, pp. 18-28). Buckley, Walter.
- Hall, G. S. (2011). *Youth: Its Education, Regimen and Hygiene* (3.^a ed.). BOOK, Tredition.
- Hemovich, V., Lac, A., & Crano, W. D. (2012). Understanding Early-Onset Drug and Alcohol Outcomes among Youth: The Role of Family Structure, Social Factors, and Interpersonal Perceptions of Use, 16(3), 249-267. <http://doi.org/10.1080/13548506.2010.532560>.Understanding
- Hess, A. R. B., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF*, 18(2), 263-276. <http://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200010>
- INE. (2012). La salud y sus riesgos. *Boletín* 4, 5. Recuperado a partir de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0412.pdf>
- Jensen, T. M., & Shafer, K. (2013). Stepfamily functioning and closeness: Children's views on second marriages and stepfather relationships. *Social Work (United States)*, 58(2), 127-136. <http://doi.org/10.1093/sw/swt007>

- Jiménez Gutiérrez, T. I., Musitu Ochoa, G., & Murgui Pérez, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: Efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 181-195.
- Jiménez Pulido, I. (2012). *Evolución del consumo del tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar*. Jaén. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10953/401>
- Jiménez-iglesias, A., Moreno, C., García-Moya, I., & López, F. (2014). Las relaciones familiares en la voz de chicos y chicas adolescentes. *Journal of Child and Adolescent Psychology / Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(2), 11-30.
- Kaplan, L. J. (1986). *Adolescencia: El adiós a la infancia*. BOOK, Paidós. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?id=rvwNAAAACAAJ>
- Kjaerulff, T. M., Rivera, F., Jimenez-Iglesias, A., & Moreno, C. (2014). Perceived quality of social relations and frequent drunkenness: a cross-sectional study of Spanish adolescents. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(4), 466-471. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agu012>
- Kleinert, S., & Horton, R. (2016). Adolescent health and wellbeing: a key to a sustainable future. *The Lancet*, 387(10036), 2355-2356. JOUR. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30297-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30297-5)
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73(4), 1151-1165. Journal Article, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., & Coimbra, S. (2015). Social skills, social support and well-being in adolescents of different family configurations. *Paideia*, 25(60), 9-17. <http://doi.org/10.1590/1982-43272560201503>
- León Sánchez, D., Camacho Delgado, R., Valencia Ortíz, M. R., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2008). Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Revista Cubana de Pediatría*, 80(3).
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(2), 108-119. Journal Article, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.
- Lopez Blasco, A., Moreno, A., Comas, D., Funes, M., & Parella, S. (2008). Informe de la Juventud en España, 1, 1-237. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Lutte, G. (1991). *Liberar la adolescencia: la psicología de los jóvenes de hoy*. (Herder, Ed.). BOOK, Barcelona.
- Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Gabhainn, S. N., & Godeau, E. (2012). Parents' support and knowledge of their daughters' lives, and females' early sexual initiation in nine European countries. *Perspect Sex Reprod Health*, 44(3), 167-75. <http://doi.org/10.1363/4416712>
- Marcos, B. (1996). La adolescencia en el contexto familiar. En L. De la Revilla (Ed.), *Manual de Atención Familiar. (II): Bases para la práctica familiar en consulta*. (Vol. II, pp. 659-94). Granada: Ed.Adhara.
- Marcos, B. (1999). El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En L. De la Revilla (Ed.), *Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en consulta* (p. 565-82, Vol. II). Granada: Adhara.
- Marí-Klose, P., & Marí-Klose, M. (2010). Las nuevas modalidades familiares como contexto de transición a la vida adulta: el logro educativo en hogares monoparentales. *Revista de Estudios de Juventud*, (90), 161-179. Recuperado a partir de <http://www.injuve.es/contenidos.downloadatt.action?id=472707591>
- Márquez, E., Gascón, J., Domínguez, B., Gutiérrez, M. C., & Garrido, C. (1995). Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva. *Aten Primaria*,

15, 30-32.

- Martin Zurro, A., & Jodar Solà, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria. Atención familiar y salud comunitaria* (Primera Ed). Elsevier. <http://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7>
- Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F., & Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes Españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
- Megías Valenzuela, E. (coord.), Elzo Imaz, J., Megías Quirós, I., Méndez Gago, S., Navarro Botella, F., & Rodríguez San Julián, E. (2003). *Comunicación y conflictos entre hijos y padres*. Madrid: FAD. Recuperado a partir de http://www.fad.es/sala_lectura/hijospadres-separata.pdf
- Menéndez Villalva, C., Montes Martínez, A., Gamarra Mondelo, T., Núñez Losada, C., Alonso Fachado, A., & Bujan Garmendia, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*, 31(8), 506-513. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70724-0](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70724-0)
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2010). *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resultado del estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años*. BOOK. Recuperado a partir de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/HBSC2010_Completo.htm
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2004). Real Decreto 223/2004 de 6 de Febrero por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. BOE. 2004. p. 5429–43. *Boe*, 5429-5443.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Recomendaciones para la salud sexual y reproductiva. *Ganar salud con la juventud*, 67-74. Recuperado a partir de http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes_2008.pdf
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jimenez-Iglesias, A., & Garcia-Moya, I. (2012). *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2010)*. (S. S. e I. Ministerio de Sanidad, Ed.). Madrid. Recuperado a partir de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/HBSC2010_Resumen.pdf
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M.-J. (2001). *Familia y Adolescencia. Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192. Recuperado a partir de <https://www.uv.es/lisis/mjesus/8cava.pdf>
- Musitu, G., Martínez Ferrer, B., & Murgui, S. (2006). Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. *Anuario de Psicología*, 37(3), 247-258.
- Navarro, L. (2004). Vivienda e integración familiar. *Plan Integral de la Juventud Andaluza*. Córdoba: Junta de Andalucía.
- Obando y de la Corte, J. (2005). *La influencia de la función familiar en la obesidad de los adolescentes*. Sevilla.
- Obiols, G., & Di Segni Obiols, S. (2006). *Adolescencia, posmodernidad y escuela: La crisis de la enseñanza media*. BOOK, Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales

- estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.1.2008.4050>
- Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. *Family Process*, 25(3), 337-351. Journal Article.
- OMS. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. RPRT. Recuperado a partir de <http://www.who.int/adolescent/second-decade>
- Orúa, J., & Gómez Isa, F. (2002). La Declaración Universal de Derechos Humanos. *Serie Derechos Humanos*, (Book, Whole), 126.
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina.*, 4(118), 69-82.
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L. P., & Gutierrez González, M. (2014). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de una institución educativa de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2).
- Orgaz Gallego, M. P., Segovia Jiménez, M., López de Castro, F., & Tricio Armero, M. A. (2005). Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Aten Primaria*, 36(6), 297-305.
- Orgilés, M., Carratalá, E., & Espada, J. P. (2015). Perceived quality of the parental relationship and divorce effects on sexual behaviour in Spanish adolescents. *Psychology, Health and Medicine*, 20(1), 8-17. <http://doi.org/10.1080/13548506.2014.911922>
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 377, 50-58. Journal Article, Review.
- Pérez Milena, A. (2007). Atención al adolescente. Problemas específicos del adolescente y actividades preventivas en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, drogodependencias, embarazos no deseados, trastornos de la conducta alimentaria. Detección precoz de enfermedad. En SAMFYC (Ed.), *Temario de oposiciones*. CHAP, Granada. <http://doi.org/Depósito legal Gr-1961/07>.
- Pérez Milena, A., Martínez Fernández, M. L., Leal Helmling, F. J., Jimenez Pulido, I., & Martínez Fernández, J. L. (2005). Alcohol en adolescentes : estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. *Medicina*, 6, 28-33.
- Pérez Milena, A., Martínez Fernández, M. L., Mesa Gallardo, I., Pérez Milena, R., Leal Helmling, F. J., & Jiménez Pulido, I. (2007a). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 39(2), 61-65. <http://doi.org/10.1157/13098670>
- Pérez Milena, A., Martínez Fernández, M. L., Mesa Gallardo, I., Pérez Milena, R., Leal Helmling, F. J., & Jiménez Pulido, I. (2007b). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 39(2), 61-65. <http://doi.org/10.1157/13098670>
- Pérez Milena, A., Martínez Fernández, M. L., Mesa Gallardo, I., Pérez Milena, R., Leal Helmling, F. J., & Jiménez Pulido, I. (2009). Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007). *Atención Primaria*, 41(9), 479-485. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.015>
- Pérez-Milena, A., Moreno, A., & Valverde, F. J. coords. (2011). *Atención integral al adolescente. Casos clínicos 2011*. Jaén: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado a partir de <http://docenciajaenmfyc.blogspot.com/>
- Pérez-Milena, A., Navarrete-Guillén, A. B., Mesa-Gallardo, M. I., Pérez, R. M., Leal-Helmling, F. J., & Pérez-Fuentes, C. (2012). Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria. *Adicciones*, 24(3), 191-199.
- Ponnet, K. (2014). Financial stress, parent functioning and adolescent problem behavior: an

- actor-partner interdependence approach to family stress processes in low-, middle-, and high-income families. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(10), 1752-1769. Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't. <http://doi.org/10.1007/s10964-014-0159-y>
- Prados Quel, M. Á. (2007). La espiral del ciclo vital familiar. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14, Supple, 46-59. JOUR. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)74019-7](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(07)74019-7)
- Puschel, K., Repetto, P., Solar, M. O., Soto, G., & González, K. (2012). Diseño y validación del instrumento SALUFAM: Un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. *Revista Medica de Chile*, 140(4), 417-425. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400001>
- Rajmil, L., & Starfiel, B. (2010). Desigualdades en salud infantil. En *Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. (Vol. Capítulo I, pp. 36-40). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F., & Lopez, A. (2011). The classification of Spanish adolescents based on substance consumption patterns and the analysis of the relationships within their social developmental contexts. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 734-745. Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't.
- Rita, F., Loios, S., & Pedro, M. (2015). Family Functioning and Adolescent Psychological Maladjustment: The Mediating Role of Coping Strategies. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 759-770. <http://doi.org/10.1007/s10578-015-0609-0>
- Rivas, G., & Pereira, R. (2013). Validación de una escala de evaluación familiar: adaptación del Score-15 con normas en español. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rodin, G. (1990). Quality of life in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54(2-3), 132-139. Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't, Review.
- Romero García, M.A., Meseguer Ortiz, E., Montero García, M.D., Zamora Marín, M.J., Iborra Ibáñez, Cl., Castellanos Sanz, B., Blaya Verdú, M.L. (2010). *Las familias monoparentales en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. (D. G. de F. y Menor & M. e I. Consejería de Política Social, Eds.). Murcia. Recuperado a partir de <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1168.pdf>
- Rovis, D., Jonkman, H., & Basic, J. (2016). A Multilevel Analysis of Adverse Family Relations, School Bonding and Risk Behaviours Among Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 647-660. article. <http://doi.org/10.1007/s10826-015-0223-6>
- Salazar, D. (2004). El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En G. Castellano, M. I. Hidalgo, & A. M. Redondo (Eds.), *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. (pp. 42-49). Madrid: Ergon.
- Sánchez Cruz, J. J., & Escuela Andaluza de Salud Pública. (2012). Encuesta Andaluza de Salud.
- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III : ¿ Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(nº 2), 30-36.
- Serapio, A. (2006). Adolescencia y comportamiento de género Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de estudios juventud*, 73, 23. Recuperado a partir de http://www.injuve.es/sites/default/files/revista73_1.pdf
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239. Case Reports, Journal Article.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311. Journal Article.
- Suarez Cuba, M. Á. A. E. M. (2014). Apgar Familiar : Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Revista Medica La Paz.*, 53-57.
- Takenaka, H., & Ban, N. (2016). The most important question in family approach: the potential

- of the resolve item of the family APGAR in family medicine. *Asia Pacific family medicine*, 15, 3. <http://doi.org/10.1186/s12930-016-0028-9>
- Unger JB. (2003). Peers, family, media, and adolescent smoking: Ethnic variation in risk factors in a national sample. *Adolescent & Family Health*, (3), 65-70.
- UNICEF. (2015). Convención sobre los Derechos del Niño, 56. Recuperado a partir de https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/convencion_derechos_nino_integra.pdf
- Unidas, N. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011: A Adolescencia - Una Epoca De Oportunidades*. (UNICEF, Ed.) (Ilustrada). BOOK, Bernan Assoc.
- Valenzuela Mujica, M. T., Ibarra R., A. M., Zubarew G., T., & Correa, M. L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia, 7(2), 109-118. Recuperado a partir de www.psyce.org
- Wagner, K. D., Ritt-olson, A., Chou, C., Pokhrel, P., Duan, L., Baezconde-garbanati, L., ... Unger, J. B. (2010). Associations Between Family Structure, Family Functioning, and Substance Use Among Hispanic/Latino Adolescents. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(1), 98-108. <http://doi.org/10.1037/a0018497>.Associations
- Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., Chou, C.-P., Pokhrel, P., Duan, L., Baezconde-Garbanati, L., ... Unger, J. B. (2010). Associations between family structure, family functioning, and substance use among Hispanic/Latino adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(1), 98-108. Journal Article, Research Support, N.I.H., Extramural. <http://doi.org/10.1037/a0018497>
- Wagner, Falcke, D., Silveira, L. M. B. D. O., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 75-80. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100010>
- Wang, M.-T., Dishion, T. J., Stormshak, E. A., & Willett, J. B. (2011). Trajectories of Family Management Practices and Early Adolescent Behavioral Outcomes. *Developmental Psychology*, 10(1), 54-56. <http://doi.org/10.1038/nmeth.2250>.Digestion
- Wiersma, L. D. (2001). Conceptualization and Development of the Sources of Enjoyment in Youth Sport Questionnaire. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 5(3), 153-177. JOUR. http://doi.org/10.1207/S15327841MPPE0503_3
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I.-C., & Novak, M. (2007). Risk and Promotive Factors in Families, Schools, and Communities: A Contextual Model of Positive Youth Development in Adolescence. *Pediatrics*, 119(Supplement), S47-S53. <http://doi.org/10.1542/peds.2006-2089H>
- Youniss, J., & Smollar, J. (1987). *Adolescent Relations with Mothers, Fathers and Friends*. BOOK, University of Chicago Press.
- Zdanowicz, N., Janne, P., & Reynaert, C. (2004). Family, Health, and Adolescence. *Psychosomatics*, 45(6), 500-507. <http://doi.org/10.1176/appi.psy.45.6.500>
- Zeiders, K. H., Roosa, M. W., & Tein, J.-Y. (2011). Family structure and family processes in Mexican-American families. *Family process*, 50(1), 77-91. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01347.x>

ANEXOS

ANEXO 1. CARACTERÍSTICAS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

El Instituto de Educación Secundaria tiene adecuados sus proyectos curriculares de centro a la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, Ley 1/1990 de 3 de octubre) y la Ley Orgánica de la Calidad de la Enseñanza (LOCE). Viene desarrollando su labor educativa y formativa desde el año 1983. Está situado en la barriada del Polígono del Valle de Jaén capital y se trata de un centro educativo público donde se cursan enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), de Bachillerato (en sus modalidades de Humanidades y Ciencias Sociales y de Ciencias de la Naturaleza y la Salud) y, desde el curso 2003-04, de Ciclos Formativos de Grado Superior en la especialidad de Animación Sociocultural. Desde el año académico 2002-03 el Centro cuenta con la consideración de Centro de Puertas Abiertas, dada su adscripción al Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas puesto en marcha por la Consejería de Educación en tal fecha, gracias a lo cual la comunidad educativa dispone de un servicio de comedor escolar y actividades extraescolares que se desarrollan en horario vespertino no lectivo. Desde el curso escolar 2010/11 el Instituto forma parte de la red de Centros TIC que incorporan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a la práctica docente.

A fecha de hoy, el Centro dispone de veintiocho aulas ordinarias, otras seis específicas (Música, 2 aulas de Informática, Tecnología, 2 aulas de EPV/Diseño), tres laboratorios experimentales y un laboratorio de idiomas, una biblioteca, una sala de usos múltiples, trece Departamentos, cuatro despachos, una sala de espera, una secretaría/oficina, una sala de profesorado, una sala para uso de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) o el alumnado, un gimnasio, dos pistas polideportivas y una cafetería –donde se ubica el comedor escolar-. El IES Jabalcuz está catalogado como un Instituto de categoría B, albergando alrededor de unos 700 estudiantes repartidos conforme a la siguiente distribución:

- Cuatro grupos de 1º de ESO.
- Cinco grupos de 2º de ESO.
- Cuatro grupos de 3º de ESO.
- Tres grupos de 4º de ESO (diez alumnos de 4º de ESO desarrollan un Programa de Diversificación Curricular auspiciado por el Centro y aprobado por la Administración Educativa a inicios del presente curso escolar).
- Tres grupos de 1º de Bachillerato.

- Tres grupos de 2º de Bachillerato.
- Un grupo del 1º curso del Ciclo Formativo de Animación Sociocultural.
- Un grupo de 2º curso del Ciclo Formativo de Animación Sociocultural.

Como corresponde a un centro público, se trata de un alumnado heterogéneo en sus etapas obligatorias. Los alumnos proceden de los colegios públicos de la ciudad, más algunos otros que vienen de enclaves próximos. En Bachillerato recibimos, además, alumnado proveniente de un Instituto de la vecina localidad de Villatorres, quienes hacen uso habitual del servicio de transporte escolar. Hay alumnos de diversas nacionalidades, generalmente procedentes de familias emigrantes que se han asentado en la localidad. Esta diversidad del alumnado no ha generado mayores problemas que los derivados de la necesidad de atención individualizada cuando se trata de alumnos con desconocimiento del idioma. Por otra parte, el alumnado de integración y de necesidades educativas, en general, forma también un colectivo a destacar, que se atiende desde la coordinación ofrecida por el Departamento de Orientación. Estos alumnos participan de forma importante en todas las actividades que se programan y pretendemos que esta participación se desarrolle aún más. La atención a la diversidad se completa con el grupo de Diversificación Curricular que existe en 4º de ESO y con el alumnado que recibe apoyo pedagógico, que se reparte por toda la ESO.

Dadas las características del alumnado y el interés de las familias, en el Centro se desarrollan muchas actividades complementarias, extraescolares y culturales, visitas de grupos de otros centros, asistencia a festivales, congresos, por parte de alumnos y profesores, charlas y conferencias, jornadas culturales, etc. En cuanto al profesorado, el Centro cuenta con un total de 60 profesores, de los cuales la mayoría cuentan con destino definitivo y son miembros de la plantilla orgánica del mismo. A ellos hay que añadir un pequeño núcleo del profesorado en situación administrativa de comisión de servicios, prácticas, interinidad o desplazados por falta de horario en otros centros educativos. La comunidad educativa del IES Jabalcuz se completa con siete miembros del personal de administración y servicios (tres conserjes, un peón y dos auxiliares administrativos) y con el sector de padres y madres, representados por la AMPA del Centro.

El IES Jabalcuz se ubica en la zona noreste de la ciudad de Jaén, en un barrio, el del Polígono del Valle, situado junto a una de las áreas de expansión de mayor proyección de Jaén capital, el sector norte y cercano a la ciudad universitaria de Jaén. Se trata de un barrio de gran tradición y raigambre cuya población, eminentemente obrera, goza de unos estándares de

renta económica medio-bajos, con un índice de paro ciertamente significativo, especialmente entre la juventud, comparado con otros barrios anejos, ya instalados en la zona centro, y cuyo bagaje cultural puede calificarse, asimismo, de medio-bajo, dadas la actividad laboral genérica de la zona y la ausencia casi absoluta de servicios públicos que permitan paliar en cierta medida tal carencia: biblioteca de barrio, centro de ocio, centro cívico, asociaciones culturales... El barrio cuenta con un centro social, una asociación vecinal ("Passo"), una fundación de apoyo y servicio a los más desfavorecidos, especialmente dirigido a los jóvenes, la Fundación Proyecto Don Bosco, y alguna que otra asociación cultural y deportiva (Club Jaén 2000).

El alumnado del centro no pertenecen sólo a este barrio: se encuentran escolarizados alumnos procedentes de zonas rurales, que acuden gracias al transporte escolar, y otros provenientes de zonas de nivel económico y social medio y medio-alto (zona de la carretera de Madrid y el nuevo Bulevar).

Entre otras actividades, el centro educativo oferta el programa Forma Joven desde hace seis años, contando con profesionales sanitarios del Centro de Salud de la zona quienes realizan consultas individuales e intervenciones grupales (charlas, talleres..) centradas en aspectos de prevención de hábitos nocivos y promoción de la salud.

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS

Queremos conocer algunos aspectos sobre tu vida en familia y con otras personas. Este cuestionario es anónimo y confidencial.

Por favor, responde cuidadosamente.

Edad	Curso	
Sexo	0 Hombre	0 Mujer
Indica con quién vives en tu casa	0 Padre 0 Madre 0 Hermanos 0 Otros familiares 0 Otras personas 0 Vivo solo	

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tiene un problema?			
¿Conversáis entre vosotros los problemas que hay en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Estás satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo					

que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el instituto o en la casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Gracias por tu colaboración.

ANEXO 3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Las búsquedas se realizaron en MEDLINE del Index Medicus (PubMed), en el período de 1985 a 2016, y en la base de datos Web of Science (WOS).

Se han utilizado como descriptores las palabras:

“adolescente”, “jóvenes”, “tóxicos”, “tabaco”, “alcohol”, “drogas”, “estilos de vida”, “familia”, “estructura familiar”, “función familiar”, “disfunción familiar”, “familia nuclear”, “familia ampliada”, “familia reconstituida”, familia monoparental”, “adolescents”, function family. “family conflict”, “single-parent family”, “nuclear family”, “step family”, “family relations”, “family characteristics”.

Sintáxis de búsqueda en Pubmed:

```
((((((((((("Family"[Mesh] AND "Adolescent"[Mesh]) OR "Adolescent Development"[Mesh]) OR "Adolescent Behavior"[Mesh]) AND ("1985/01/01"[PDAT] : "2016/08/01"[PDAT])) AND (("spain"[MeSH Terms] OR "spain"[All Fields]) OR ("hispanic americans"[MeSH Terms] OR ("hispanic"[All Fields] AND "americans"[All Fields]) OR "hispanic americans"[All Fields] OR "spanish"[All Fields]) OR espana[All Fields] OR espana[All Fields])) AND ("1985/01/01"[PDAT] : "2016/08/01"[PDAT])) NOT (("mexico"[MeSH Terms] OR "mexico"[All Fields]) OR mexican[All Fields] OR ("hispanic americans"[MeSH Terms] OR ("hispanic"[All Fields] AND "americans"[All Fields]) OR "hispanic americans"[All Fields] OR "latino"[All Fields]) OR peru,[All Fields] OR ("colombia"[MeSH Terms] OR "colombia"[All Fields]) OR ("bolivia"[MeSH Terms] OR "bolivia"[All Fields]) OR ("argentina"[MeSH Terms] OR "argentina"[All Fields]) OR argentinean[All Fields] OR ("paraguay"[MeSH Terms] OR "paraguay"[All Fields]) OR ("venezuela"[MeSH Terms] OR "venezuela"[All Fields]) OR ("chile"[MeSH Terms] OR "chile"[All Fields]) OR ("uruguay"[MeSH Terms] OR "uruguay"[All Fields]) OR ("puerto rico"[MeSH Terms] OR ("puerto"[All Fields] AND "rico"[All Fields]) OR "puerto rico"[All Fields]) OR ("africa"[MeSH Terms] OR "africa"[All Fields]) OR ("uganda"[MeSH Terms] OR "uganda"[All Fields]) OR ("ribs"[MeSH Terms] OR "ribs"[All Fields] OR "costa"[All Fields]) AND rican[All Fields]) OR chilean[All Fields] OR ("african continental ancestry group"[MeSH Terms] OR ("african"[All Fields] AND "continental"[All Fields] AND "ancestry"[All Fields] AND "group"[All Fields]) OR "african continental ancestry group"[All Fields] OR "african"[All Fields])))) AND ("1985/01/01"[PDAT] : "2016/08/01"[PDAT])) NOT (("genome"[MeSH Terms] OR "genome"[All Fields]) OR ("diagnosis"[Subheading] OR
```

"diagnosis"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "mass screening"[MeSH Terms] OR ("mass"[All Fields] AND "screening"[All Fields]) OR "mass screening"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "early detection of cancer"[MeSH Terms] OR ("early"[All Fields] AND "detection"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "early detection of cancer"[All Fields] OR ("vaccination"[MeSH Terms] OR "vaccination"[All Fields]) OR ("diabetes mellitus"[MeSH Terms] OR ("diabetes"[All Fields] AND "mellitus"[All Fields]) OR "diabetes mellitus"[All Fields] OR "diabetes"[All Fields] OR "diabetes insipidus"[MeSH Terms] OR ("diabetes"[All Fields] AND "insipidus"[All Fields]) OR "diabetes insipidus"[All Fields]) OR metabolic[All Fields] OR inflammatory[All Fields] OR ("brain injuries"[MeSH Terms] OR ("brain"[All Fields] AND "injuries"[All Fields]) OR "brain injuries"[All Fields] OR ("traumatic"[All Fields] AND "brain"[All Fields] AND "injury"[All Fields]) OR "traumatic brain injury"[All Fields]) OR ("critical care"[MeSH Terms] OR ("critical"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "critical care"[All Fields] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "intensive care"[All Fields]) OR schizophrenics[All Fields] OR ("schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[All Fields]) OR (obsessive[All Fields] AND compulsive[All Fields]) OR orodental[All Fields] OR munchausen[All Fields] OR ("urogenital abnormalities"[MeSH Terms] OR ("urogenital"[All Fields] AND "abnormalities"[All Fields]) OR "urogenital abnormalities"[All Fields] OR ("urogenital"[All Fields] AND "malformation"[All Fields]) OR "urogenital malformation"[All Fields]) OR ("bipolar disorder"[MeSH Terms] OR ("bipolar"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "bipolar disorder"[All Fields]) OR (("thyroid gland"[MeSH Terms] OR ("thyroid"[All Fields] AND "gland"[All Fields]) OR "thyroid gland"[All Fields] OR "thyroid"[All Fields] OR "thyroid (usp)"[MeSH Terms] OR ("thyroid"[All Fields] AND "(usp)"[All Fields]) OR "thyroid (usp)"[All Fields]) AND ("autism spectrum disorder"[MeSH Terms] OR ("autism"[All Fields] AND "spectrum"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autism spectrum disorder"[All Fields] OR ("autism"[All Fields] AND "spectrum"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "autism spectrum disorders"[All Fields])) OR ("pseudotumor cerebri"[MeSH Terms] OR ("pseudotumor"[All Fields] AND "cerebri"[All Fields]) OR "pseudotumor cerebri"[All Fields] OR ("idiopathic"[All Fields] AND "intracranial"[All Fields] AND "hypertension"[All Fields]) OR "idiopathic intracranial hypertension"[All Fields]) OR ("porphyria, erythropoietic"[MeSH Terms] OR ("porphyria"[All Fields] AND "erythropoietic"[All Fields]) OR "erythropoietic porphyria"[All Fields] OR ("congenital"[All Fields] AND "erythropoietic"[All Fields] AND "porphyria"[All Fields]) OR "congenital erythropoietic porphyria"[All Fields]) OR ("angioedema"[MeSH Terms] OR "angioedema"[All Fields])) AND ("1985/01/01"[PDAT] : "2016/08/01"[PDAT])) AND ((("physiology"[Subheading] OR "physiology"[All Fields] OR "function"[All Fields] OR

"physiology"[MeSH Terms] OR "function"[All Fields]) AND ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields])) OR ("single-parent family"[MeSH Terms] OR ("single-parent"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "single-parent family"[All Fields] OR ("single"[All Fields] AND "parent"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "single parent family"[All Fields]) OR ("nuclear family"[MeSH Terms] OR ("nuclear"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "nuclear family"[All Fields]) OR ("family relations"[MeSH Terms] OR ("family"[All Fields] AND "relations"[All Fields]) OR "family relations"[All Fields]) OR ("family characteristics"[MeSH Terms] OR ("family"[All Fields] AND "characteristics"[All Fields]) OR "family characteristics"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR "stepfamily"[All Fields]))

Se seleccionaron 645 artículos. Tras filtrarlos resultaron 97.

Búsqueda bibliográfica en Web of Science. Las estrategias de búsqueda en WOS fueron:

Tema: (family and adolescents) AND Tema: (stepfamilies) OR Tema: (cohabitation) AND Tema: ("single parent family") AND Tema: ("nuclear family") AND Tema: ("family characteristics")

Refinado por: Dominios de investigación: (SCIENCE TECHNOLOGY OR ARTS HUMANITIES)

Período de tiempo=1985-2016

Idioma de búsqueda=Auto

Obteniéndose 210 resultados.

Tema: (adolescents) AND Tema: (family) AND Tema: (function family) AND Tema: (adolescents development) AND Tema:(adolescents behavior)

Refinado por: [excluyendo] Dominios de investigación: (LIFE SCIENCES BIOMEDICINE OR SCIENCE TECHNOLOGY OR PHYSICAL SCIENCES OR TECHNOLOGY)

Período de tiempo=2000-2016

Idioma de búsqueda=Auto

Obteniéndose 56 resultados.

ANEXO 4. ESCALA DE LA OMS (MODIFICADA POR DE LA REVILLA, 1994) PARA VALORAR EL CICLO VITAL FAMILIAR

I formación	desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo
IIA extension	desde el nacimiento del primer hijo hasta que tiene 11 años
IIB extension	desde que el primer hijo tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo
III final de la extensión	desde el nacimiento del último hijo hasta que el primero abandona el hogar
IV contracción	desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar
V final de la contracción	desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge
VI disolución	muerte del primer cónyuge (extinción) hasta la muerte del cónyuge superviviente

Referencias Anexo 4

(Luis De la Revilla, 1994)

(De La Revilla, 2005)

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de este estudio han sido difundidos en las siguientes publicaciones y congresos:

Publicaciones en revistas:

Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, Jiménez-Pulido I, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I. Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria* 2006; 37:452-6. ISSN: 0212-6567

Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria* 2007; 39: 61-65. ISSN: 0212-6567

Pérez Milena A, Martínez ML, Mesa I, Pérez R, Leal FJ, Jiménez I. Cambios en la estructura y la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007). *Aten Primaria* 2009; 41: 479-486. ISSN: 0212-6567 [Q3, Factor de Impacto 0,437]

Pérez Milena A, Leal Helmling FJ, Ramos Ruiz, JA, Jiménez I, Martínez Fernández M^aL, Mesa I. Relación de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes con la estructura y la función familiar. *Revista Fundesfam* 2010; volumen 2. URL: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDESFAM%201/003/005originales.htm> (editorial ADHARA).

Pérez Milena A, Mesa Gallardo I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R, Leal Helming FJ, Jiménez Pulido I. Cambios en la estructura y la función familiar del adolescente. *Salud i Ciencia* 2012, 19(3):232-6. ISSN 1667-8982. [Factor de Impacto (JCR 2011): 0.018 (MEDICINE, GENERAL & INTERNAL Q4). (Sociedad Iberoamericana de Información Científica, ARGENTINA)]

Comunicaciones en congresos:

Pérez Milena A, Martínez ML, Jiménez I, Leal FJ, Mesa I, Martínez JL. Estudio descriptivo sobre prevalencia y dependencia del tabaquismo en los adolescentes. Relación con factores familiares y sociales. XIV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Jaén, 29-31 de mayo de 2003.

Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa MI, Jiménez I. Relación entre la estructura familiar del adolescente y su percepción de apoyo familiar y social. XV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva, 2-4 de junio de 2005.

Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Jiménez I, Mesa MI, Leal FJ. Relación entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes y el apoyo sociofamiliar. . XV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva, 2-4 de junio de 2005.

Pérez Milena A, Martínez ML, Mesa I, Pérez R, Jiménez I, Leal FJ. Frecuentación sanitaria en la adolescencia: relación con factores ambientales, psicológicos y sociofamiliares. XVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Almería, 8-10 junio 2006.

Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Jiménez I, Leal FJ, Mesa MI. Estudio longitudinal sobre la estructura y función familiar durante la adolescencia (2001-2007). XVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga, 7-9 de junio de 2007.

Pérez Milena A, González Calvo J, Leal Helmling FJ, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML. Relación del nivel social familiar con los estilos de vida nocivos en adolescentes escolarizados. XXX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia 16 al 18 de junio de 2010.

Jiménez Pulido I, Pérez Milena A, Álvarez Nieto C, Mesa Gallardo MI, Leal Helmling FJ, Martínez Fernández ML. Evolución del consumo perjudicial de alcohol en adolescentes y los factores de riesgo acompañantes (1997-2010). XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012.

