

ORIGINALS

Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007)

Alejandro Pérez Milena^{a,*}, María Luz Martínez Fernández^b, Inmaculada Mesa Gallardo^c, Rafael Pérez Milena^d, Francisco Javier Leal Helmling^e e Idoia Jiménez Pulido^{f,♦}

^aCentro de Salud El Valle, Jaén, España

^bInstituto de Educación Secundaria Jabalcuz, Jaén, España

^cCentro de Salud Bollullos del Condado, Huelva, España

^dDepartamento de Orientación del Instituto de Educación Secundaria Villanueva del Mar, La Herradura, Granada, España

^eCentro de Salud de Jódar, Jaén, España

^fÁrea de Formación e Investigación del Distrito Jaén Nordeste, Jaén, España

Recibido el 19 de diciembre de 2008; aceptado el 23 de marzo de 2009

Disponible en Internet el 4 de junio de 2009

PALABRAS CLAVE

Adolescente;
Función familiar;
Estructura familiar

Resumen

Objetivos: Conocer la estructura y la función familiar del adolescente y sus cambios en la última década.

Diseño: Estudio descriptivo mediante encuesta.

Emplazamiento: Alumnado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato en medio rural (Granada) y en medio urbano (Jaén).

Población e intervenciones: Encuestas autoadministradas de los años 1997, 2001, 2004 y 2007, en las que se recoge edad, sexo, estructura y función familiar (test de Apgar familiar).

Medidas y resultados principales: Participan 1.356 alumnos en total, con 1.271 encuestas válidas (259, 386, 246 y 380, respectivamente). La edad de los alumnos es de 12 a 18 años con igualdad de sexos. La estructura familiar más frecuente es la nuclear (78–84%), seguida por la estructura monoparental (7–11%), la estructura extensa (6–7%) y la estructura reconstituida (2%). La función familiar es mayoritariamente normal (70–76%), con hasta un 30% de disfunciones (leves del 18 al 21% y graves del 5 al 10%). La estructura y la función familiar no varían según el sexo ni el año de estudio; en cambio, la edad sí influye: los adolescentes con 16 años o más presentan mayor porcentaje de disfunción familiar en 1997 a 2001 que en el resto de las edades, disminuye en los años 2004 a 2007 ($p < 0,05$; test de la χ^2), y es similar en el resto de las edades. Mientras que en 1997 la familia nuclear presenta un mayor número de adolescentes con función familiar normal ($p < 0,05$; test de la χ^2), en los restantes años no hay diferencias significativas entre las distintas estructuras familiares.

Conclusiones: La percepción de la función familiar en los adolescentes ha cambiado y actualmente no depende del sexo, la edad ni la estructura del hogar. La atención familiar

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alpemi@gmail.com (A. Pérez Milena).

♦Todos los autores pertenecen al Grupo de Trabajo del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

KEYWORDS

Adolescent;
Family function;
Family structure

durante la adolescencia debe centrarse en la promoción de una dinámica familiar positiva, independientemente de la estructura familiar.

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

Changes in structure and function of the family of the adolescent in the last decade (1997–2007)

Abstract

Objectives: To find out the structure and functioning of the family of the adolescent and its changes in the last decade.

Design: Cross-sectional descriptive study using questionnaires.

Setting and population: Pupils in obligatory secondary education and high-school in one rural (Granada) and one urban (Jaén) area.

Participants and measurements: Self-administered questionnaire (years 1997–2001–2004–2007) in which details of age, sex, family structure and family-Apgar test were recorded.

Measurements and main results: A total of 1356 adolescents participated, 1271 questionnaires valid (259, 386, 246 and 380 respectively per year). Ages 12–18 years, equality of sexes. The nuclear family structure was predominant (78–84%), followed by single parent family in (7–11%), extended (6–7%) and reconstituted (2%). The family function was mainly normal (70–76%), with 30% dysfunction (slight dysfunction 18–21% and severe dysfunction 5–10%). The structure and family function does not vary by sex or the year of study, it is influenced by age: adolescents ≥ 16 years with a higher percentage of family dysfunction in 1997/2001 than the rest of ages, declining in the years 2004/2007 ($P < 0.05 \chi^2$), similar to other ages. While the nuclear family in 1997 had a greater number of adolescents with normal family function ($P < 0.05 \chi^2$), in the remaining years there were no significant differences between different family structures.

Conclusions: The perception of family function in adolescents has changed and now does not depend on sex, age and structure. Family care during adolescence should focus on promoting positive family dynamics, regardless of family structure.

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

Introducción

La adolescencia es una etapa de la vida situada entre el comienzo de la pubertad y el momento en que se adopta un estatus de adulto¹. La adolescencia provoca un cambio en el ciclo vital familiar^{2–4} que, aunque sea normal, puede propiciar un desequilibrio en el sistema familiar hasta que se consiga la adaptación a este cambio, en el que el origen tiene que ver con las tareas de desarrollo del adolescente³. Por su parte, las relaciones entre los diferentes subsistemas familiares adquieren una gran complejidad provocada por la búsqueda de mayor autonomía e independencia por parte del adolescente, así como del inicio de su socialización mediante el grupo de amigos^{5,6}. Es vital que la familia varíe los roles y las normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. En este contexto, diversos autores indican que la familia tradicional nuclear sería la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas, mientras que otras estructuras familiares soportarían peor los cambios^{3,7}, aunque estudios recientes muestran resultados diferentes⁸.

En este trabajo se pretende conocer los cambios en la estructura familiar de los adolescentes en los últimos 10 años y la percepción sobre cómo funciona su familia, la relación entre ambas variables y la influencia de la edad y el sexo sobre estos aspectos familiares.

Sujetos y métodos

El estudio se realizó en 2 Institutos de Educación Secundaria, uno en una zona urbana (en Jaén capital) y el otro en una zona semirural (La Herradura, Granada), con un entorno socioeconómico medio y medio-bajo. Participaron todos los alumnos mediante un estudio descriptivo transversal, empleando un cuestionario autoadministrado y anónimo. La encuesta se pasó, tras un adiestramiento previo de los profesores encargados, en los años 1997, 2001, 2004 y 2007.

Las variables recogidas en el cuestionario fueron la edad, el sexo y la estructura familiar (según las personas que comparten el hogar del adolescente); se siguió la clasificación de De la Revilla⁹, que diferencia la familia extensa (cuando viven en el mismo hogar 3 o más generaciones), la familia nuclear (formada por 2 generaciones, padres e hijos), la familia monoparental (constituida por uno solo de los cónyuges y sus hijos) y la familia reconstituida (formada por 2 adultos en la que, al menos uno de ellos trae un hijo de una relación anterior); no se usan las categorías de equivalentes familiares ni personas sin familia.

Para valorar la función familiar se empleó el test Apgar familiar, útil en Atención Primaria por su facilidad de uso para realizar una evaluación familiar global: sus 5 ítems evalúan la función familiar (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad de resolución), aunque

Tabla 1 Comportamiento de las principales variables recogidas según el año de estudio*

| | Año de estudio | | | |
|--|----------------|------------|------------|-------------|
| | 1997 | 2001 | 2004 | 2007 |
| Tamaño de la muestra | 259 | 386 | 246 | 380 |
| Media de edad (años) | 14,5 ± 0,1 | 14,0 ± 0,1 | 14,5 ± 0,1 | 14,2 ± 0,05 |
| Sexo (varón) | 47 ± 3,2% | 49 ± 2,4% | 49 ± 3,2% | 47 ± 2,6% |
| Función familiar (según el test de Apgar familiar) | | | | |
| Función normal | 70 ± 2,3% | 71 ± 2,3% | 72 ± 2,9% | 76 ± 2,2% |
| Disfunción leve | 20 ± 2,5% | 21 ± 2,1% | 18 ± 2,4% | 19 ± 2,0% |
| Disfunción grave | 10 ± 1,9% | 8 ± 1,4% | 10 ± 1,9% | 5 ± 1,1% |
| Estructura familiar | | | | |
| Nuclear | 83 ± 2,3% | 84 ± 1,9% | 81 ± 2,5% | 80 ± 2,0% |
| Extensa | 4 ± 1,2% | 7 ± 1,3% | 7 ± 1,6% | 7 ± 1,3% |
| Monoparental | 11 ± 2,0% | 7 ± 1,3% | 10 ± 1,9% | 11 ± 1,6% |
| Reconstituida | 2 ± 0,8% | 2 ± 1,7% | 2 ± 0,9% | 2 ± 0,7% |

*Los datos se muestran como proporción ± error estándar de la proporción.

lo que mide realmente es el grado de satisfacción y la percepción subjetiva que tiene el adolescente con respecto al funcionamiento de su familia¹⁰; se ha validado para la población española y se propone como instrumento de cribado^{10,11}.

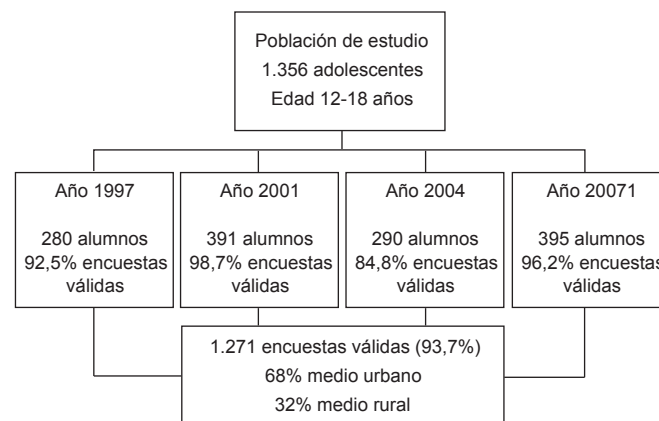
Los datos se analizaron mediante el programa informático Rsigma (Horus Hardware[®]) y se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Los datos se muestran como media ± error estándar de la media o de la proporción, y también como intervalos de confianza del 95%. Se propone un valor de significación estadística con $p < 0,05$; se aplicó el test de análisis de la variancia (ANOVA) de una vía para la comparación de medias, y el test de la χ^2 para la comparación de las proporciones.

Resultados

Las encuestas se pasaron a todo el alumnado perteneciente a los 2 centros educativos (1.356 alumnos), se recogieron

bien cumplimentadas el 94% de ellas (1.271 encuestas válidas en total: 259, 386, 246 y 380, respectivamente por año). Se detectó un 2% de cuestionarios incorrectamente cumplimentados, que fueron desechados para el estudio, el 4% fueron pérdidas restantes debidas a faltas de asistencia a clase. El 68% de los cuestionarios pertenecían al medio urbano. El rango de edad de los alumnos oscilaba entre los 12 y los 18 años, con una media de edad de 14,5 años ($\pm 0,6$) e igualdad de sexos (tabla 1). No hubo diferencias en los resultados hallados entre el medio rural y el medio urbano.

La función familiar se percibió como normal en el 77% ($\pm 1,8$) de los adolescentes, con un ligero ascenso desde el primer año de estudio hasta el último, pero sin presentar diferencias significativas (tabla 1). La disfunción familiar fue más frecuentemente leve ($15 \pm 1,2\%$) que grave ($8 \pm 0,7\%$), y se observó cómo la percepción de una disfunción grave no presenta cambios significativos en la última década. La estructura familiar fue preferentemente nuclear ($80 \pm 2,5\%$), y hubo otros tipos familiares en menor proporción: las



Esquema general del estudio. Estudio descriptivo mediante encuesta autoadministrada.

familias monoparentales representaron un 10% ($\pm 1,3$), las familias extensas representaron un 6% ($\pm 0,5$) y, en último lugar, las familias reconstituidas representaron un 4% ($\pm 0,4$) (tabla 1). No hubo diferencias según el año de estudio ni el sexo para la estructura ni la función familiar. Sin embargo, se apreció un cambio en la percepción de la función familiar por parte de los adolescentes de mayor edad: entre los 16 y los 18 años el porcentaje de normofunción familiar se incrementa progresivamente hasta alcanzar porcentajes similares a otros grupos etarios (fig. 1).

La relación entre la estructura y la percepción de la función familiar en cada año se muestra en las tablas 2 y 3. La puntuación media del test de Apgar familiar superó el punto de corte que establece la normalidad de la función familiar (media de $7,5 \pm 0,08$), y hubo diferencias según la estructura familiar (tabla 2): en el año 1997 sólo la familia nuclear presentaba una puntuación media que superaba el punto de corte de la normalidad ($p < 0,05$; test ANOVA de

una vía), mientras que no hubo diferencias en el resto de años estudiados. La puntuación media se incrementó de forma significativa en los adolescentes con familias reconstituidas ($p < 0,05$; test ANOVA de una vía) y casi significativamente en las familias extensas ($p < 0,1$; test ANOVA de una vía); igual ocurrió con los resultados de adolescentes de familias monoparentales, sin significación estadística pero con relevancia clínica dado que la media superaba el punto de corte para una dinámica familiar correcta (tabla 2).

Al valorar los resultados de una forma porcentual, se encontró que en el año 1997 se apreciaban diferencias significativas en la percepción de la función familiar respecto a la estructura de la familia del adolescente: la familia nuclear era la que mejor dinámica presentaba (más de un 70% con función normal), en cambio, la familia reconstituida era la que más casos de disfunción familiar presentaba (un 57%), con un elevado porcentaje de disfunción grave (24%) ($p < 0,01$; test de la χ^2). Esa tendencia cambió en los siguientes años con un incremento de la percepción de buen funcionamiento familiar entre los adolescentes de todos los tipos familiares; la familia reconstituida presentaba diferencias casi estadísticas ($p = 0,074$; test de la χ^2) al comparar los resultados por años, con una disminución significativa de los porcentajes de disfunción obtenidos mediante el test Apgar familiar, sobre todo de la disfunción grave (tabla 3).

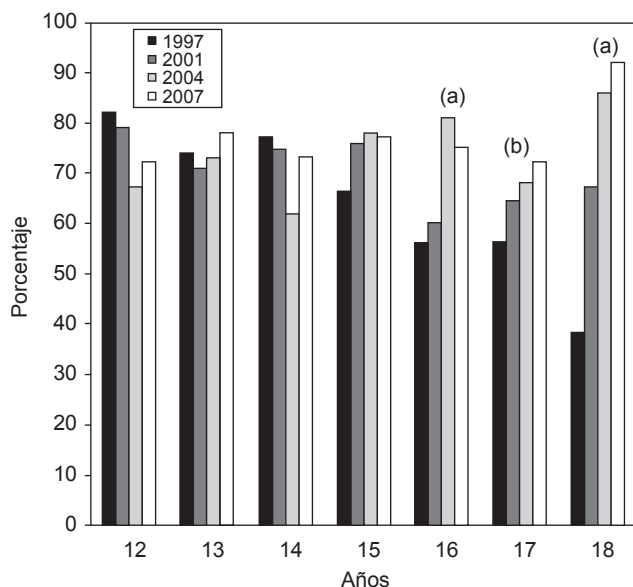


Figura 1 Porcentajes de adolescentes con test de Apgar familiar normal según la edad y el año de estudio. (a) $p < 0,05$ test χ^2 ; (b) $p = 0,07$ test χ^2 .

Discusión

Una de las situaciones más potencialmente conflictivas en las últimas décadas en la sociedad occidental acontece durante la adaptación de la familia a los cambios físicos y psicosociales que conlleva la adolescencia³⁻⁵. 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^{1,3} y ayuda 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^{3,12}.

Tabla 2 Comportamiento de las puntuaciones obtenidas en el test Apgar familiar según la estructura familiar y el año de estudio

| | Año de estudio | | | |
|------------------------------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| | 1997 ^b | 2001 | 2004 | 2007 |
| Test Apgar familiar | | | | |
| Puntuación media | 7,1 \pm 0,15 | 7,2 \pm 0,19 | 7,4 \pm 0,2 | 7,7 \pm 0,07 |
| Familia nuclear | 7,3 \pm 0,16 | 7,3 \pm 0,1 | 7,5 \pm 0,1 | 7,7 \pm 0,1 |
| Familia monoparental | 6,7 \pm 0,5 | 6,9 \pm 0,4 | 7,0 \pm 0,3 | 7,3 \pm 0,5 |
| Familia extensa ^a | 6,7 \pm 0,5 | 7,3 \pm 1,3 | 7,4 \pm 0,2 | 7,7 \pm 0,3 |
| Familia reconstituida ^b | 5,5 \pm 0,8 | 7,2 \pm 0,9 | 6,9 \pm 0,4 | 7,3 \pm 0,8 |

Los datos se muestran como media \pm error estándar de la media o de la proporción.

^a $p < 0,1$ test ANOVA de una vía.

^b $p < 0,05$ test ANOVA de una vía.

Tabla 3 Relación entre la función familiar según el test Apgar familiar y el tipo de estructura familiar según el año de estudio

| Función familiar | | Estructura familiar | | | |
|-----------------------|-------------------------|---------------------|------------|--------------|----------------------------|
| | | Nuclear | Extensa | Monoparental | Reconstituida ^b |
| Año 1997 ^a | <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% |

Los datos se muestran como proporción ± error estándar de la proporción.

^ap < 0,01 test de la χ^2 .

^bp = 0,074 test de la χ^2 .

El desarrollo de un adolescente sano precisa una adecuada interrelación de múltiples contextos, y la comunicación intrafamiliar tiene una relación directa con la salud global del adolescente en aspectos como la internalización de comportamientos socializadores y la autoestima^{8,13}, un menor consumo de drogas^{14,15} o una inferior incidencia de problemas de salud mental^{12,15–17}, con resultados favorables en el ámbito de la autoestima y de la salud física y emocional^{1,3,4,7,12}. La adolescencia supone un momento de crisis vital que, sin embargo, puede ser útil para lograr una mayor cohesión familiar^{8,18,19}. Se ha comprobado cómo la percepción de una buena función familiar se asocia a un mayor grado de apoyo social⁸: esto es, para crecer y separarse de la familia se requiere que ésta sea cohesiva¹², y el desarrollo psicosocial del adolescente está supeditado a la madurez de la familia²⁰. 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^{5,8,19}.

La percepción de la disfunción familiar encontrada en el estudio es similar a la población adulta^{2,3,11}. Tradicionalmente se ha admitido que los adolescentes realizan una ruptura gradual con la vida familiar tradicional, disminuye la importancia del rol parental y se genera un mayor desacuerdo generacional con un acercamiento más intenso a sus pares²¹. Los padres andaluces, por el contrario, creen tener una comunicación satisfactoria con sus hijos adolescentes²². En este estudio, los adolescentes de mayor edad mejoran su percepción de función familiar, posiblemente motivados por el desplazamiento de la emancipación definitiva hacia edades más tardías, dentro del concepto de *adultez emergente*^{1,12,22}. Por tanto, se asiste a un cambio donde crece 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^{1,8,19,23}. Sin embargo, también

se observó que el porcentaje de adolescentes con una percepción grave de disfunción familiar se mantiene constante en el tiempo, lo que supone un serio problema por su relación con estilos de vida nocivos para la salud (consumo de alcohol y drogas, fracaso escolar, violencia) y el malestar psíquico^{8,14,24}.

El funcionamiento familiar se ha relacionado con la estructura de la familia, admitiéndose que la estructura nuclear es la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital^{2,4}, mientras que otros patrones familiares (considerados dislocaciones del ciclo vital familiar) se asociarían a la aparición de diversos problemas durante la adolescencia^{3,7}. El origen frecuentemente traumático de estos tipos de familia (monoparental y reconstituida) y la posterior dispersión familiar impedirían a los adolescentes recibir los factores protectores adecuados²⁰. Estos datos muestran que la estructura familiar deja de ser clave en la percepción que el adolescente tiene de la dinámica familiar: las diferencias que se establecen en la familia nuclear durante el primer año de estudio desaparecen durante los siguientes años, sobre todo en el caso de la familia reconstituida, y se alcanzan unos porcentajes de función familiar similares para las distintas estructuras familiares estudiadas⁸. La «familia española» aparece actualmente como un conglomerado de diferentes tipos y modelos construidos por intentos de acomodación a una realidad rápidamente cambiante²⁵. Estos resultados obligan a replantear conceptos tradicionales: la familia nuclear ya no parece ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente^{3,8}. La experiencia de la adolescencia no es universal ni inmutable²¹, por lo que se podría afirmar que los cambios sociales han hecho que las familias no nucleares puedan presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal^{3,8,18}. Los nuevos modelos familiares y los cambios experimentados en el seno de éstos no impiden que haya acuerdo respecto a la idea de que los lazos familiares son

importantes y, en líneas generales, el sistema de valores de padres e hijos coincide^{1,25}.

Los factores relacionados con la familia deben incorporarse en cualquier enfoque para la evaluación y la intervención en la población adolescente^{3-5,8,26}, debe ofrecer una atención eficaz a las familias con adolescentes que ayude a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y conseguir un *arrastré experiencial* por parte del subsistema parental con el que el adolescente se acomode a un entorno saludable^{8,18}, independientemente del tipo de estructura familiar existente. No hay que olvidar que los padres deben adquirir habilidades comunicacionales para pasar de una interacción complementaria a otra simétrica con sus hijos adolescentes^{3,16}. El objetivo no es una separación emocional, sino el logro de una independencia psicológica³ mediante la promoción de un crecimiento sano y equilibrado del adolescente basado en el aumento de interacciones positivas entre padres e hijos que potencien los hábitos de vida saludables.

Lo conocido sobre el tema

- La adolescencia es un momento de cambio en las normas y roles familiares. Es necesaria una adaptación por parte de todos los miembros ya que supone un momento de crisis vital.
- La estructura de la familia influye en su funcionalidad, siendo la familia nuclear la mejor preparada para afrontar cambios. Otras estructuras familiares suponen una dislocación del ciclo vital familiar, lo que dificulta el mantenimiento de su homeostasis interna.
- La disfunción familiar es un estado dinámico que puede generar respuestas conductuales inadecuadas para adaptarse a los factores estresantes que acompañan la adolescencia.

Qué aporta este estudio

- La estructura familiar ha dejado de ser decisiva para una adecuada percepción de la función familiar por parte del adolescente.
- Los adolescentes de mayor edad (16 a 18 años) han mejorado su percepción de funcionalidad familiar, independientemente de otras variables como la estructura familiar o el sexo.
- Los porcentajes de disfunción familiar severa en adolescentes no han variado en el tiempo, teniendo especial importancia por su asociación a estilos de vida nocivos.

Bibliografía

1. Arnett JJ. Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural. 3.^a ed. México: Pearson Education; 2008.
2. De la Revilla L. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma; 1994. p. 37-42.
3. De la Revilla L. El uso del genograma en la consulta. Granada: Adhara-Fundesfam; 2005.
4. García-Campayo J, Alda M. El ciclo vital familiar. En: García-Campayo J, editor. La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria. Madrid: Mayo; 2004. p. 27-35.
5. Marcos B. La adolescencia en el contexto familiar. En: De la Revilla L, editor. Manual de Atención Familiar (II): bases para la práctica familiar en consulta, Vol. II. Granada: Adhara; 1996. p. 659-94.
6. Bras J. Prevención en la infancia y adolescencia. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editors. Manual de prevención en Atención Primaria. Barcelona: EdiDe; 2003. p. 355-62.
7. García-Campayo J, Alda M. Familias con características especiales. En: García-Campayo J, editor. La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria. Madrid: Mayo; 2004. p. 37-44.
8. Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Estructura y función de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Aten Primaria. 2007;39:61-5.
9. De la Revilla L. Técnicas para conocer la estructura y el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. Granada: Adhara-Fundesfam; 2005. p. 105-21.
10. De la Revilla L, Prados MA, Fleitas L. La función familiar: técnicas de evaluación. En: De la Revilla L, editor. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. Granada: Adhara-Fundesfam; 2005. p. 197-212.
11. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. Aten Primaria. 1996;18:289-96.
12. Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. Family, health, and adolescence. Psychosomatics. 2004;45:500-7.
13. Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang IC, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. Pediatrics. 2007;119:547-53.
14. Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Leal FJ, Jiménez I, Martínez JL. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. Medicina de Familia (Andalucía). 2005;6:28-33.
15. García Campayo J. La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes. Aten Primaria. 2007;39:61-7.
16. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. Pediatrics. 2003;112:e119-31.
17. Gavazzi SM, Bostic JM, Lim JY, Yarcheck CM. 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. 2008;34:353-68.
18. Dickinson MA, Ponce ME, Gómez FJ, González E, Fernández MA, Corzo MT, et al. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Aten Primaria. 1998;21:275-82.
19. Salazar D. El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM, editors. Medicina de la adolescencia. Atención integral. Madrid: Ergon; 2004. p. 42-9.
20. Castellano G. El adolescente y su entorno: sociedad, amigos y familia. Pediatr Integral. 2005;9:41-6.
21. Navarro L. Vivienda e integración familiar. Plan Integral de la Juventud Andaluza. Córdoba: Junta de Andalucía; 2004.
22. Dehne KL, Riedner G. Adolescence-a dynamic concept. Reprod Health Matters. 2001;9:11-5.

23. Moore M, Brooks-Gunn J. Adolescent parenthood. En: Borsntein HM, editor. Handbook of parenting. Vol. 3: Being and becoming a parent. 2.^a ed. Nahwah, NJ: Erlbaum; 2002. p. 173–214.
24. Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Jiménez I, Milena JA. Relación entre violencia escolar, habilidades sociales y apoyo sociofamiliar en la adolescencia. *Atención Primaria*. 2006;38:164.
25. Megías E, Elzo J, Megías I, Méndez S, Navarro FJ, Rodríguez E. Comunicación y conflictos entre padres e hijos. Madrid: FAD; 2003 [consultado 20/12/2008]. Disponible en: http://www.fad.es/sala_lectura/hijospadres-separata.pdf
26. Marcos B. El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En: De la Revilla L, editor. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en consulta, 2. Granada: Adhara; 1999. p. 565–82.

doi: 10.1016/j.aprim.2dd009.03.015

COMENTARIO EDITORIAL

Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia

Family dysfunction or crisis in adolescent development

Luis de la Revilla

Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, Granada, España, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

La llegada de un hijo a la adolescencia lleva consigo adaptaciones en la estructura y organización familiar. La familia debe transformarse, de una unidad dedicada a la protección y crianza a los hijos pequeños, en una unidad que se centre en la preparación del tránsito del adolescente al mundo de las responsabilidades y compromisos de los adultos.

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. A veces, la lucha por satisfacer estas necesidades saca a la luz conflictos sin resolver entre los padres o entre padres y abuelos.

En esta etapa del ciclo vital familiar (CVF) asistimos a la tensión que genera el juego dialéctico entre homeostasis y cambio, es decir, 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.

Para comprender mejor los conflictos con que se enfrenta la familia con adolescentes es muy útil relacionar, como señalaron Beavers y Voeller¹, el CVF y los estilos centrífugo/centrípeto con el objetivo de investigar de forma integral a la familia y el desarrollo individual.

Siguiendo esta idea, Combrinck-Graham² elaboró un método para aplicar las fases centrípetas/centrífugas al CVF. Concibe el autor a la familia como una espiral en la que los componentes de tres generaciones oscilan a través del tiempo, entre períodos de cerrazón o de alta cohesión familiar (centrípeto) y períodos de disgregación o de menor

cohesión de la familia (centrífugo). Estos períodos 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, con otros en los que, por ejemplo, las principales tareas serán potenciar la autonomía y la identidad personal, como constatamos en la fase de la adolescencia.

En sentido literal, lo centrípeto y lo centrífugo describen una tendencia que se mueve acercándose o alejándose de un centro; en las familias, según sus miembros tiendan a alejarse o acercarse del núcleo familiar, hablamos de estilos familiares centrífugos o centrípetos.

La familia, a lo largo de su tránsito por las sucesivas etapas del CVF, ajusta o adecua las tareas de desarrollo con la necesidad de cohesionar o disgregar a las personas que conforman el grupo familiar. Así, durante el período centrípeto la unidad familiar se ve en la necesidad de interiorizar y centrar su vida. Para ello los límites externos que rodean a la familia se impermeabilizan, mientras que los límites individuales entre ellos se hacen difusos para resaltar el trabajo en equipo de la familia.

En la adolescencia, cuando se produce la transición del período centrípeto al centrífugo, la estructura familiar cambia para acomodar los objetivos que enfatizan el intercambio individual de los miembros de la familia con el ambiente extrafamiliar. El límite externo de la familia se pierde mientras la distancia entre algunos de los miembros de la familia aumenta.

En su trabajo, Pérez Milena et al, al investigar los cambios estructurales y de la función familiar del adolescente en la última década, apreciaron que la familia nuclear era la tipología estructural predominante, seguida de la monoparental, sin apreciar modificaciones en la configuración estructural de las familias durante los años estudiados.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.03.015

Correo electrónico: lrevilla@terra.es