

Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico

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

Objetivos. Conocer la estructura y la funcionalidad de la familia del adolescente y su relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento y población. Alumnos de educación secundaria obligatoria de una zona rural y otra urbana.

Material y métodos. Encuesta autoadministrada en la que se recogían la edad, el sexo, la estructura familiar, el test de Apgar familiar, el cuestionario de apoyo social de Saranson (SSQ-6), el consumo de tóxicos y la escala ansiedad-depresión de Goldberg (EADG).

Resultados. Participaron 386 adolescentes con una edad media de $14,3 \pm 0,3$ años y un $51 \pm 2,5\%$ varones. La estructura familiar nuclear es predominante, con un $84 \pm 1,9\%$, mononuclear en el $7 \pm 1,3\%$, ampliada en el $7 \pm 1,3\%$ y binuclear en el $2 \pm 0,6\%$, y no se relaciona con ninguna variable estudiada. La función familiar es normal en el $54,5 \pm 2,5\%$, con disfunción leve en el $38,3 \pm 2,5\%$ y disfunción grave en el $7,2 \pm 1,3\%$. El SSQ-6 (satisfacción $4,6 \pm 0,1$; número de apoyos $3,1 \pm 0,1$) varía según la función familiar (satisfacción: normal $4,9 \pm 0,6$; disfunción leve $4,4 \pm 0,5$; disfunción grave $3,4 \pm 1,8$; $p < 0,001$, ANOVA) (número de apoyos: normal $3,8 \pm 0,7$, disfunción leve $2,8 \pm 1,0$; grave $2,4 \pm 1,5$; $p < 0,01$, ANOVA). La disfunción familiar grave se relaciona con un mayor consumo de tóxicos: hay un $27 \pm 6,4\%$ ($p < 0,01$, test de la χ^2) más consumo de alcohol, con un incremento cuantitativo de $4,3 \pm 0,9$ unidades de bebida estándar/semana ($p < 0,001$; ANOVA); un $32 \pm 5,9\%$ ($p < 0,01$ test de la χ^2) más tabaquismo, con un aumento del consumo de $4,3 \pm 1,4$ cigarrillos/día ($p < 0,001$; ANOVA), y se eleva el consumo de otras drogas no legales un $13 \pm 4,7\%$ ($p = 0,087$, χ^2). Observamos una alta prevalencia de malestar psíquico (EADG: ansiedad $92,0 \pm 1,4\%$, depresión $74,1 \pm 2,2\%$); hay más síntomas depresivos cuanto más intensa es la disfunción familiar ($p < 0,01$, test de la χ^2).

Conclusiones. La estructura no condiciona la función familiar durante la adolescencia. Sin embargo, la percepción del adolescente de la función familiar influye en el apoyo social, el consumo de tóxicos y la presencia de síntomas depresivos.

Palabras clave: Adolescente. Estructura familiar. Función familiar. Apoyo social.

FAMILY STRUCTURE AND FUNCTION DURING ADOLESCENCE: RELATIONSHIP WITH SOCIAL SUPPORT, TOBACCO, ALCOHOL AND DRUGS CONSUMPTION, AND PSYCHIC DISCOMFORT

Objectives. To find out the family structure and functionality of the family of the adolescent and their relationships with social support, consumption of drugs and alcohol, and psychic discomfort.

Design. Cross-sectional descriptive study.

Setting and population. Pupils in obligatory secondary education in one rural and one urban area.

Material and methods. Self-administered questionnaire in which details of, age, sex, family structure, family Apgar test, Saranson social support questionnaire (SSQ-6), drug and alcohol consumption, and the Goldberg anxiety-depression scale (GADS), were recorded.

Results. A total of 386 adolescents participated, and had a mean age of $14.3 \text{ years} \pm 0.3$ and with $51 \pm 2.5\%$. The nuclear family structure was predominant, with $84\% \pm 1.9\%$, single parent family in $7\% \pm 1.3\%$, extended in $7\% \pm 1.3\%$, and binuclear in $2\% \pm 0.6\%$, and was not associated with any of the variables studied. The family function was normal in $54.5\% \pm 2.5\%$, with slight dysfunction in $38.3\% \pm 2.5\%$ and severe dysfunction in $7.2\% \pm 1.3\%$. The SSQ-6 (satisfaction 4.6 ± 0.1 ; number of supports 3.1 ± 0.1) varied according to family function (satisfaction: normal, 4.9 ± 0.6 ; slight dysfunction, 4.4 ± 0.5 ; severe dysfunction, 3.4 ± 1.8 ; $P < .01$, ANOVA). Severe family dysfunction was associated with a higher consumption of drugs and alcohol: there was $27\% \pm 6.4\%$ ($P < .01$, χ^2 test) higher alcohol consumption, with a quantitative increase of 4.3 ± 0.9 standard drink units/week ($P < .001$, ANOVA); $32\% \pm 5.9\%$ ($P < .01$, χ^2 test) more smoking, with an increase in consumption of 4.3 ± 1.4 cigarettes/day ($P < .001$, ANOVA), and the consumption of other illegal drugs increased to $13\% \pm 4.7\%$ ($P < .087$, χ^2). A high prevalence of psychic discomfort (GADS: anxiety, $92.0\% \pm 1.4\%$, depression, $74.1\% \pm 2.2\%$); there were more depressive symptoms when the family function was more intense ($P < .01$, χ^2 test).

Conclusions. Structure does not influence family function during adolescence. However, the adolescent perception of the family structure influences social support, the consumption of drugs and alcohol and the presence of depressive symptoms.

Key words: Adolescent. Family structure. Family function. Social support.

English version available at

www.atencionprimaria.com/191.839

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 66)

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. España.

^bDepartamento de Orientación. IES Villanueva del Mar. La Herradura (Granada). España.

^cJefatura de estudios. IES Jabalruz. Jaén. España.

^dMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jódar. Jaén. España.

^eMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Beas de Segura. Jaén. España.

^fMedicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora de Investigación del Distrito Sanitario de Jaén Nordeste. Jaén. España.

Correspondencia: Dr. A. Pérez Milena. Travesía de San Joaquín, 6, 3.º dcha. 23007 Jaén. España. Correo electrónico: alpeim@gmail.com Manuscrito recibido el 8 de noviembre de 2005. Manuscrito aceptado para su publicación el 15 de mayo de 2006.

El contenido del trabajo ha sido presentado de forma parcial como comunicación libre al XV Congreso de la SAMFYC celebrado en Huelva (2-4 de junio de 2005) y ha obtenido el premio al mejor póster otorgado por el comité científico.

Introducción

El ciclo vital familiar está definido por las diferentes fases existentes en la evolución de la familia, muy bien delimitadas en la cultura occidental^{1,2}. La adolescencia se sitúa en la tercera etapa vital de la familia y puede ser fuente de tensiones por la gran complejidad relacional entre padres e hijos. El adolescente busca mayor autonomía y una identidad propia, iniciando su socialización mediante el grupo de amigos^{3,4}. En este tránsito, la familia debe adaptar roles y normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. En este contexto, la familia tradicional nuclear parece ser la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas⁵.

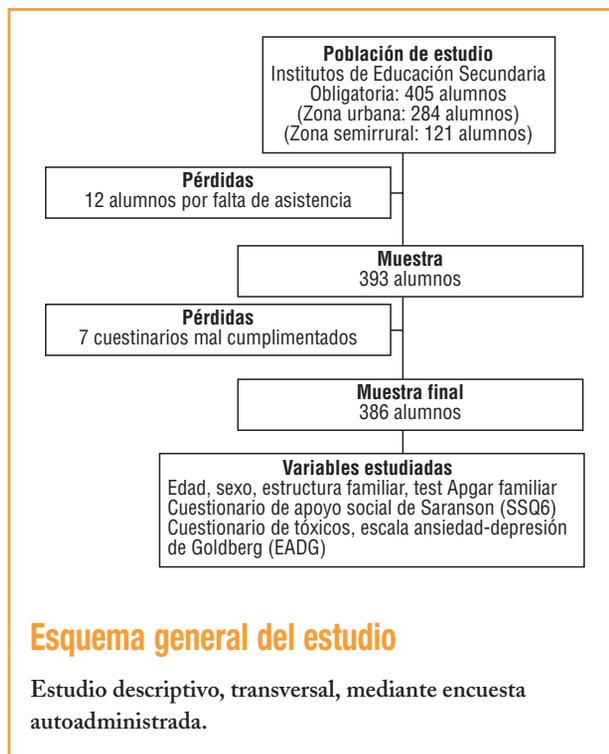
En este trabajo se pretende conocer la estructura familiar de los adolescentes y cómo perciben el funcionamiento de su familia, la relación entre ambas variables y su influencia en el apoyo social, el consumo de sustancias tóxicas y la sensación de malestar psíquico.

Métodos

El estudio se realizó en 2 institutos de educación secundaria (IES), uno en una zona urbana y otro en una zona semirrural, con un entorno socioeconómico medio y medio-bajo. Participaron todos los alumnos mediante un estudio descriptivo transversal en el que se empleó un cuestionario autoadministrado y anónimo. La encuesta se administró en una misma jornada escolar tras la formación previa de los profesores encargados.

Las variables recogidas en el cuestionario fueron la edad, el sexo, la composición de la familia (qué personas comparten el hogar) y el consumo de sustancias tóxicas: unidades de bebida estándar (UBE) por semana, consumo diario de cigarrillos y contacto con drogas no legales. La función familiar se valora mediante la aplicación del test de Apgar familiar⁶, que mide la impresión subjetiva del adolescente sobre la funcionalidad de su familia, así como su integración en ella. El apoyo social se valora mediante el cuestionario de apoyo social de Saranson (SSQ-6)⁷, que cuantifica 2 aspectos del soporte social: la disponibilidad (hay suficientes personas que puedan ayudarnos si fuera necesario, con un rango de 0 a 9) y la satisfacción (grado de satisfacción con la ayuda existente, con un rango de 0 a 6). Por último, se administra la escala de ansiedad y depresión de Goldberg⁸, que presenta unos altos índices de sensibilidad y especificidad y tiene capacidad para aportar información dimensional sobre la gravedad, por lo que está recomendada como instrumento de cribado epidemiológico.

Los datos fueron analizados 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 \pm error estándar de la media o de la proporción, y también como intervalos de confianza del 95%. Se propone un nivel de significación estadística para $p < 0,05$, y se aplican el test de la t de Student y ANOVA de una vía para la comparación de medias, y el test de la χ^2 para la comparación de proporciones.



Resultados

Del total de 405 alumnos se recogen 386 encuestas (el 97% del total), con 19 pérdidas por falta de asistencia o mala cumplimentación del cuestionario. La mayoría (67%) pertenece al IES urbano, con resultados comparables a los cuestionarios de la zona semirrural. La media de edad es de $14,3 \pm 0,3$ años (intervalo, 12-17 años), con un 51% varón y un 49% mujer. La estructura familiar más frecuente es la nuclear ($88\% \pm 1,9$) (tabla 1) y el $55 \pm 2,5\%$ de los adolescentes perciben una buena función familiar (tabla 2), con un valor medio del test de Apgar familiar de $7,3 \pm 0,1$. La disfunción familiar es, con más frecuencia, de grado leve ($38 \pm 2,5\%$) que de grado intenso ($7 \pm 1,3\%$) y presenta una distribución similar, independientemente del tipo de estructura familiar que tenga el adolescente (fig. 1). La estructura y la función familiar no se relacionan con la edad ni con el sexo (tablas 1 y 2).

El apoyo social presenta unas medias similares, con independencia de la estructura familiar, con un grado de satisfacción de $4,6 \pm 0,1$ sobre 9 y un número de apoyos de $3,1 \pm 0,1$ sobre 6 (tabla 1). Hay una asociación positiva entre los valores obtenidos en los tests Apgar familiar y SSQ-6: los adolescentes que perciben una función familiar normal presentan mayor apoyo social (fig. 2 y tabla 2).

Un $44 \pm 2,5\%$ bebe alcohol, con una ingesta cuantitativa media de $6,8 \pm 0,4$ UBE por semana. Aproximadamente la

TABLA 1 Comportamiento de las variables estudiadas según la estructura familiar de los adolescentes encuestados

	Estructura familiar			
	Nuclear	Monoparental	Ampliada	Binuclear
Distribución (%)	84 ± 1,9	7 ± 1,3	7 ± 1,3	2 ± 0,6
Edad (años)	14,4 ± 0,4	14,0 ± 0,3	14,5 ± 0,3	14,8 ± 0,7
Sexo (varón) (%)	51,7 ± 2,8	51,7 ± 9,3	2,8 ± 9,4	50 ± 20,4
Función familiar				
Puntuación test Apgar-familiar	7,3 ± 0,1	6,9 ± 0,4	7,3 ± 1,3	7,2 ± 0,9
Apoyo social (SSQ-6)				
Satisfacción	4,6 ± 0,1	4,4 ± 0,2	4,5 ± 0,2	5,0 ± 0,1
Apoyo	3,2 ± 0,1	2,9 ± 0,3	3,2 ± 0,4	2,3 ± 0,5
Consumo de sustancias tóxicas				
Alcohol (%)	44,5 ± 2,8	41,4 ± 9,1	42,8 ± 9,3	66,7 ± 19,3
UBE/semana	6,8 ± 0,4	7,5 ± 1,5	6,3 ± 0,9	5,0 ± 0,4
Tabaco (%)	23,8 ± 2,4	27,6 ± 8,3	28,6 ± 8,5	16,7 ± 15,2
Cigarrillos/día	8,4 ± 1,0	8,0 ± 3,3	7,5 ± 2,7	3 (vu)
Uso de drogas (%)	10,8 ± 1,7	24,1 ± 7,9	14,3 ± 6,6	16,7 ± 15,2
Escala de ansiedad-depresión (EADG)				
Ansiedad (%)	91,3 ± 1,3	96,6 ± 3,4	96,4 ± 3,5	83,3 ± 15,2
Depresión (%)	74,3 ± 2,4	65,5 ± 8,8	82,1 ± 7,3	66,7 ± 19,3

UBE: unidades de bebida estándar; vu: valor único. Los datos se muestran como media ± error estándar de la media o de la proporción.

TABLA 2 Comportamiento de las variables estudiadas según la funcionalidad familiar de los adolescentes encuestados

	Función familiar		
	Normal	Disfunción leve	Disfunción grave
Distribución	34 ± 2,5	38 ± 2,5	8 ± 1,3
Edad (años)	14,5 ± 0,6	14,0 ± 0,1	14,7 ± 0,2
Sexo (varón)	53 ± 3,4	51 ± 4,1	36 ± 9,1
Apoyo social (SSQ6)			
Satisfacción ^a	4,9 ± 0,1	4,4 ± 0,1	3,4 ± 0,3
Apoyo ^b	3,5 ± 0,1	2,8 ± 0,2	2,4 ± 0,3
Consumo de sustancias tóxicas			
Alcohol ^c	39 ± 3,4	47 ± 4,1	71 ± 8,5
UBE/semana ^d	2,7 ± 0,3	2,8 ± 0,3	7,0 ± 1,5
Tabaco ^e	23 ± 2,9	22 ± 3,4	50 ± 9,5
Cigarrillos/día ^d	1,8 ± 0,3	1,6 ± 0,4	6,0 ± 2,3
Drogas ^e	12 ± 2,2	10 ± 2,5	25 ± 8,2
Escala de ansiedad-depresión (EADG)			
Ansiedad	91,3 ± 1,3	96,6 ± 3,4	96,4 ± 3,5
Depresión ^c	74,3 ± 2,4	65,5 ± 8,8	82,1 ± 7,3

UBE: unidades de bebida estándar. ^ap < 0,001 test ANOVA 1 vía. ^bp < 0,01 test ANOVA 1 vía. ^cp < 0,01 test de la χ^2 . ^dp < 0,001 test ANOVA 1 vía. ^ep = 0,087 test de la χ^2 . Los datos se muestran como media ± error estándar de la media o de la proporción.

quinta parte (24 ± 2,2%) fuma una media de 8,2 ± 0,9 cigarrillos diarios y un 12 ± 1,7% ha consumido drogas no legales. Hay pequeñas diferencias según la estructura familiar que no llegan a ser significativas (tabla 1). La función familiar sí influye en el consumo de sustancias tóxicas: en el grupo de adolescentes con disfunción familiar

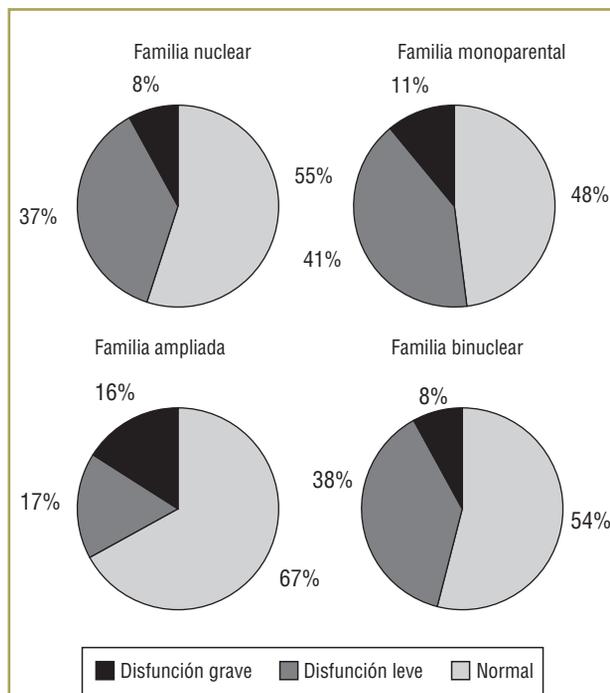


FIGURA 1 Percepción de la funcionalidad en la familia del adolescente según el tipo de estructura familiar.

intensa hay un incremento significativo del consumo de alcohol, cualitativo (27 ± 6,4%; p < 0,01, test de la χ^2) y cuantitativo (4,3 ± 0,9 UBE/semana más; p < 0,001 test de ANOVA), y del consumo de tabaco, cualitativo (32 ± 5,9%; p < 0,01, test de la χ^2) y cuantitativo (diferencia de 4,3 ± 1,4 cigarrillos/día; p < 0,001, test de ANOVA) (tabla 2). El consumo de otras drogas no legales se incrementa de forma casi significativa en los adolescentes con disfunción familiar grave (13 ± 4,7%; p = 0,087, test de la χ^2) (tabla 2).

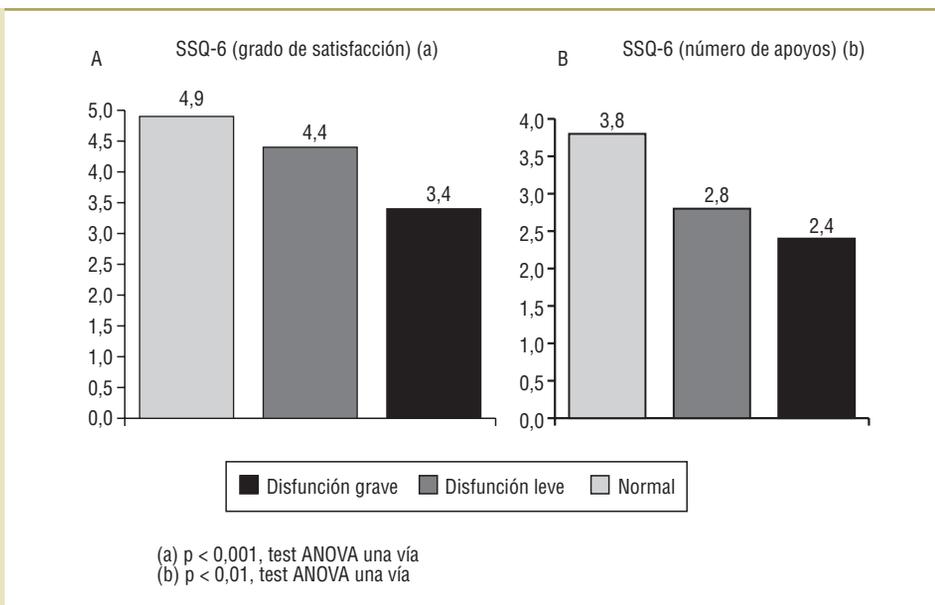
Se observa que hasta un 92 ± 1,4% de adolescentes presenta síntomas indicativos de ansiedad en la escala de Golberg, que son más frecuentes entre las mujeres (95 ± 1,6%) que entre los varones (89 ± 2,2%; p < 0,05, test de la χ^2). Tres cuartas partes de los encuestados muestran síntomas depresivos (74 ± 2,2%), que son más frecuentes en los adolescentes de más edad (media de edad con síntomas, 14,7 ± 0,5 años; sin síntomas, 13,6 ± 0,1 años; p < 0,05, test de la t de Student) y entre los que perciben un mal funcionamiento familiar (p < 0,01, test de la χ^2) (tabla 2).

Discusión

La adolescencia es una etapa de cambios necesaria para que el joven se adapte a sus cambios corporales, adquiera

FIGURA 2

Relación entre los valores obtenidos en el cuestionario de apoyo social de Saranson (SSQ-6) según la funcionalidad de la familia del adolescente.



una identidad propia e inicie su proceso de socialización⁹. El buen funcionamiento familiar posibilita la adaptación a estos cambios² y se ha relacionado con la estructura de la familia: el tipo de familia nuclear sería la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital^{1,2,5}, mientras que otros patrones familiares se asociarían con la

aparición de diversos problemas durante la adolescencia⁵. Nuestros datos muestran, por el contrario, que la estructura familiar no influye en la percepción que tiene el adolescente sobre el grado de funcionalidad de su familia, así como tampoco en la sensación de apoyo social, en el consumo de tóxicos ni en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico. Estos resultados nos obligarían a replantear conceptos tradicionales: por un lado, la familia nuclear no parece ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente². Por otro lado, la dinámica familiar estaría matizada por los factores demográficos y los recursos existentes¹ más que por la estructura familiar: familias no nucleares pueden presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal¹⁰.

En nuestro estudio observamos que la percepción del apoyo familiar en el adolescente se relaciona con el apoyo social^{6,11}. Los amigos son un referente en cuanto a las normas y los 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^{3,12}. Un apoyo social inadecuado en los adolescentes se ha relacionado con conductas desadaptativas como la violencia¹³.

La función familiar y el apoyo social también se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes^{14,15}: en nuestro estudio hay un incremento significativo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con disfunciones familiares intensas. Por último, aunque la mayoría de los adolescentes refiere buena salud física^{16,17}, la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico es elevada¹⁸ y hay una asociación entre la disfunción familiar y los síntomas depresivos. En la población general, el ma-

Lo conocido sobre el tema

- La adolescencia es un momento de cambio en las normas y los roles familiares y es necesaria una adaptación por parte de todos los miembros.
- La estructura de la familia influye en su funcionalidad y la familia nuclear es la mejor preparada para afrontar cambios.
- Los amigos del adolescente cumplen un papel fundamental en su socialización.

Qué aporta este estudio

- La estructura no influye en el funcionamiento familiar que percibe el adolescente.
- El apoyo familiar es fundamental para que el adolescente consiga un soporte social satisfactorio.
- La disfunción familiar intensa en adolescentes se asocia con un mayor número de síntomas depresivos y un mayor consumo de alcohol, tabaco y posiblemente otras drogas.

lestar psíquico disminuye la calidad de vida y tiene una influencia negativa en el apoyo social, el contacto con la familia y el afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes¹⁹. Podríamos establecer, por tanto, una relación entre mala función familiar, mal apoyo social, mala percepción sobre la salud y mayor estrés^{7,20,21}. Otros estudios realizados en la misma zona mostraron que los adolescentes que consultan con mayor frecuencia al médico presentan más habitualmente disfunción familiar, malestar psíquico y/o consumo de sustancias tóxicas¹⁷.

Mientras que en la población general la disfunción familiar oscila entre el 16 y el 35%^{6,22,23}, en nuestro estudio, casi el 50% de los adolescentes no está contento con el funcionamiento de su familia. Este hecho no coincide con la creencia de los padres de que tienen una comunicación satisfactoria con sus hijos adolescentes en más del 90% de las familias²⁴. La adolescencia supone un momento de crisis vital, pero que puede ser útil para lograr una mayor cohesión familiar^{11,12}. Dada la alta presencia de disfunción familiar entre adolescentes y su relación con otros factores psicosociales, los profesionales del ámbito sanitario y educativo se encuentran en una situación excepcional para ofrecer un asesoramiento individual mediante un asesoramiento anticipado^{3,10} e intentar mejorar la comunicación entre los miembros de la familia con el fin lograr un «arrastré experiencial» significativo con el que el adolescente se acomode a un entorno saludable¹¹. En suma, se trata de promover un crecimiento sano y equilibrado del adolescente mediante una intervención multidisciplinaria que se base en el desarrollo de un buen apoyo familiar y social, así como en la mejora de la comunicación con sus progenitores.

Bibliografía

- 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: Ed. Doyma 1994. p. 37-42.
- 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.
- 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 2. Granada: Adhara; 1996:659-94.
- Bras J. Prevención en la infancia y adolescencia. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. *Manual de prevención en atención primaria*. Barcelona: Ed. EdiDe; 2003. p. 355-62.
- 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.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-96.
- Saranson IG, Saranson BR, Sherain EN. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *J Soc Personal Relations*. 1987;4:497-510.
- Montero C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345-9.
- De la Revilla L, Prados MA. Problemas específicos de las primeras etapas del ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Ed. Doyma 1994. p. 43-52.
- Marcos B. El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En: De la Revilla L, editor. *Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en consulta*. Vol II. Granada: Ed Adhara; 1999. p. 565-82.
- 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.
- Salazar D. El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM, editores. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Madrid: Ed. Ergon; 2004. p. 42-9.
- Hawkins-Rodgers Y, Cooper J, Page B. Nonviolent offenders' and college students' attachment and social support behaviors: implications for counseling. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2005;49:210-20.
- 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.
- Pérez Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Martínez ML, Martínez JL, Pérez R. Consumo y contacto de tóxicos entre adolescentes: relación con la función familiar y malestar psíquico. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 1:154.
- Dey AN, Bloom B. Summary health statistics for US children: National Health Interview Survey, 2003. *Vital Health Stat* 10. 2005;223:1-78.
- Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. ¿Acude el adolescente al médico? Estudio sobre frecuentación y factores asociados. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 1:118.
- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Del Moral PJ, Milena JA, Picossi S. Malestar psíquico en adolescentes: relación con factores sociofamiliares y consumo de tóxicos. *Aten Primaria*. 2004;34 Supl 1:128.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193:196-202.
- Hale CJ, Hannum JW, Espelage DL. Social support and physical health: the importance of belonging. *J Am Coll Health*. 2005;53:276-84.
- Lahey B, Scoboria A. The relative contribution of trait and social influences to the links among perceived social support, affect, and self-esteem. *J Pers*. 2005;73:361-88.
- Smilkstein G. Family APGAR analyzed. *Family Med*. 1993;25:293-4.
- De la Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria*. 1994;13:73-6.
- Navarro L. Vivienda e integración familiar. Plan Integral de la Juventud Andalucía. Junta de Andalucía, Córdoba 2004 [accedido 1 Mar 2006]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/PlanIntegralJuventud/descargas/iesaa/Vivienda_e_integracion_familiar.pdf