



ORIGINAL

Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana



Yeyetsy Ordóñez Azuara^{a,*}, Raúl F. Gutiérrez Herrera^a, Eduardo Méndez Espinoza^a, Neri A. Alvarez Villalobos^b, Daniela Lopez Mata^a y Carlos de la Cruz de la Cruz^a

^a Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

^b Unidad de Investigación Clínica, Facultad de Medicina, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

Recibido el 13 de febrero de 2019; aceptado el 13 de febrero de 2020

Disponibile en Internet el 4 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Familia;
Composición familiar;
Relaciones familiares;
Salud de la familia;
Adolescente

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre tipología y disfuncionalidad familiar en familias mexicanas con adolescentes.

Diseño: Estudio observacional de tipo transversal.

Emplazamiento y participantes: Cuatrocientas treinta y siete familias con adolescentes inscritos en una escuela secundaria pública de una población mexicana.

Mediciones principales: Determinación de la tipología familiar (Consejo y Consenso Mexicano de Medicina Familiar) y la funcionalidad familiar (APGAR familiar) en adolescentes y sus padres/tutores. Identificación de las familias con percepciones concordantes entre miembros (κ de Cohen), en las cuales se determinó la asociación entre tipología y percepción de disfuncionalidad familiar (odds ratio [OR]).

Resultados: Los tipos de familias están asociados con la funcionalidad familiar por parentesco, presencia física en el hogar y el nivel de pobreza familiar. Desde la percepción del adolescente, se asocian los tipos: nuclear simple (OR 0,5, IC 95% 0,3-0,8), monoparental extendida (OR 1,9, IC 95% 1,03-3,5), núcleo integrado (OR 0,6, IC 95% 0,4-0,9), pobreza familiar baja (OR 0,5, IC 95% 0,3-0,8) y pobreza familiar alta (OR 5,3, IC 95% 1,5-18,6). Desde la percepción del tutor: la monoparental (OR 1,9, IC 95% 1,09-3,4) y de pobreza familiar alta (OR 2,9, IC 95% 1,1-7,7). Hubo 259 familias con percepción concordante de funcionalidad/disfuncionalidad familiar con un $\kappa = 0,189$, determinando que los tipos asociados son: la nuclear simple (OR 0,4, IC 95% 0,2-0,7), monoparental (OR 1,7, IC 95% 0,80-3,8), núcleo integrado (OR 0,5, IC 95% 0,3-0,8), núcleo no integrado (OR 1,9, IC 95% 1,09-3,5) y pobreza familiar alta (OR 13,8, IC 95% 1,7-108,5).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: yeyetsy_10@hotmail.com, yeyezuara@gmail.com (Y. Ordóñez Azuara).

Conclusión: Los tipos de familia con adolescentes asociadas con disfuncionalidad familiar son las monoparentales, las de núcleo no integrado y aquellas con pobreza familiar alta, y como factores de protección, la nuclear simple y con núcleo integrado.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Family;
Family characteristics;
Family relationships;
Family health;
Adolescent

Association of family typology and dysfunction in families with adolescents from a Mexican population

Abstract

Objective: To determine the association between family typology and dysfunction in families with adolescents in a Mexican population.

Design: Cross-sectional observational study.

Setting and population: A total of 437 families in a Mexican population with adolescents attending a public high school.

Main measurements: Determination of family typology (Mexican Family Medicine Council and Consensus) and family function (family APGAR) in adolescents and their parents/guardians. Identification of families with concordant perceptions among members (Cohen kappa), in which the association between typology and perception of family dysfunction was determined (odds ratio [OR]).

Results: The types of families are associated with family function by kinship, physical presence in the home and the level of family poverty. From the perception of the adolescent, the types are associated with: simple nuclear (OR 0.5, 95% CI 0.3-0.8), extended single parent (OR 1.9, 95% CI 1.03-3.5), integrated nucleus (OR 0.6, 95% CI 0.4-0.9), low family poverty (OR 0.5, 95% CI 0.3-0.8), and high family poverty (OR 5.3, 95% CI 1.5-18.6). From the perception of the tutor: the single parent (OR 1.9, 95% CI 1.09-3.4), and high family poverty (OR 2.9, 95% CI 1.1-7.7). There were 259 families with concordant perception of family function/dysfunction with a $\kappa = 0.189$, determining that the types associated are: simple nuclear (OR 0.4, 95% CI 0.2-0.7), single-parent (OR 1.7, 95% CI 0.80-3.8), integrated nucleus (OR 0.5, 95% CI 0.3-0.8), non-integrated nucleus (OR 1.9, 95% CI 1.09-3.5), and high family poverty (OR 13.8, 95% CI 1.7-108.5).

Conclusion: The family types with adolescents associated with family dysfunction are single-parent families with a non-integrated nucleus and high family poverty, and as protective factors, the simple nuclear and integrated nucleus.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La funcionalidad familiar se define como la percepción del individuo sobre el funcionamiento global de su familia. Es determinada a través de la satisfacción sobre la relación familiar, la cual es explorada en 5 dimensiones: adaptación, participación, desarrollo, afecto y resolución¹⁻³.

La funcionalidad familiar juega un rol importante en el proceso salud-enfermedad ya que, además del cumplimiento de las 5 funciones básicas (cuidado, afecto, socialización, estatus y reproducción), la familia debe garantizar el desarrollo personal y facilitar la socialización individual de cada miembro, a la par que el mantenimiento de la identidad y la cohesión grupal. En caso de que la familia no sea capaz de crear dicho entorno, se favorece la disfunción familiar. La discrepancia entre los miembros de la familia respecto a la percepción de la vida familiar es una característica de las familias disfuncionales^{4,5}.

La disfuncionalidad familiar impacta en el estado de salud de los miembros, ya que favorece la aparición de crisis

o eventos psicológicos graves. Se han asociado distintos factores con disfunción familiar, tales como el déficit de apoyo social, ser viudo, separado o divorciado, una mayor percepción de susceptibilidad-gravedad ante la enfermedad y ser hiperfrecuentador de servicios médicos^{1,5,6}.

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano entre los 10 y los 19 años de edad. En las teorías descritas acerca del ciclo vital individual y familiar, aun siendo un evento normativo, se considera la adolescencia como un evento crítico, por las alteraciones cognitivas, físicas y psicológicas que conlleva y repercuten en la salud familiar^{6,7}.

La percepción de la disfuncionalidad familiar en adolescentes se ha relacionado con el desarrollo de obesidad, alcoholismo, abuso de drogas, embarazo no planeado, enfermedades mentales y violencia, a nivel mundial. Los adolescentes son el grupo etario predominante en la actualidad en México, y las causas de morbimortalidad en esta población (como violencia, embarazo no planeado, depresión y suicidio, etc.) coinciden con las relacionadas con la disfuncionalidad familiar, siendo estas comorbilidades

prevenibles, tratables y de índole psicosocial, motivos que justifican su investigación. Además, es fundamental estudiar y trabajar con la familia del adolescente, al ser considerada como el primer entorno de desarrollo para el individuo, y ser el recurso y sostén en cada etapa del desarrollo de sus integrantes⁶⁻⁹.

El estudio de la familia durante el abordaje del adolescente implica identificar en la valoración inicial, como mínimo, los siguientes aspectos: la tipología familiar, el ciclo vital, los patrones de repetición y la funcionalidad familiar. Estos son elementos necesarios y recomendados en el abordaje y el análisis de la salud familiar¹⁰⁻¹³.

La tipología familiar se refiere a las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para el estudio de la familia. Generalmente, su determinación se basa en las características sociodemográficas y la estructura o sociodinámica familiar; estos factores han permitido objetivar la clasificación de las familias, y algunos son considerados como determinantes de la salud. Con respecto a la composición familiar, se define como el tamaño de la familia valorada con 3 componentes básicos a la vez: el parentesco, que puede ser consanguíneo o contraído (como en el matrimonio o la adopción), la presencia física en el hogar y los lazos afectivos^{4,10,14,15}.

Si bien se han descrito diversos estudios acerca de la familia, sobre todo sociológicos, actualmente existe escasa literatura sobre la tipología familiar para el abordaje en medicina familiar, que permita identificar los nuevos tipos de familia en México en la actualidad. Este hecho se debe

a que persiste el estudio y orientación al tipo de familia «tradicional» (nuclear o extensa), constituida por padres, hijos y, ocasionalmente, abuelos, lo cual no ha permitido conocer los nuevos tipos de familias ni reconocer sus necesidades para priorizar la atención desde la tipología familiar¹⁶⁻¹⁹. El consenso actual para el estudio de las características de la tipología familiar en nuestro país⁴ se describe en la tabla 1 (fig. 1).

El objetivo de este trabajo es determinar la asociación entre tipología y disfuncionalidad familiar en familias con adolescentes en una población mexicana, con el fin de orientar la planeación de una atención médico-familiar que coadyuve en la protección, el acompañamiento y el restablecimiento de la salud de la persona adolescente y la familia como institución biopsicosocial.

Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional de tipo transversal en familias con adolescentes de una comunidad mexicana en julio de 2015. Se analizó la asociación entre la tipología familiar y la percepción de funcionalidad familiar percibida por adolescentes, así como también por los padres o tutores de forma individual, determinando posteriormente la concordancia entre ambas percepciones. Entre las familias con percepción concordante, se determinó la asociación entre tipología y funcionalidad del sistema familiar.

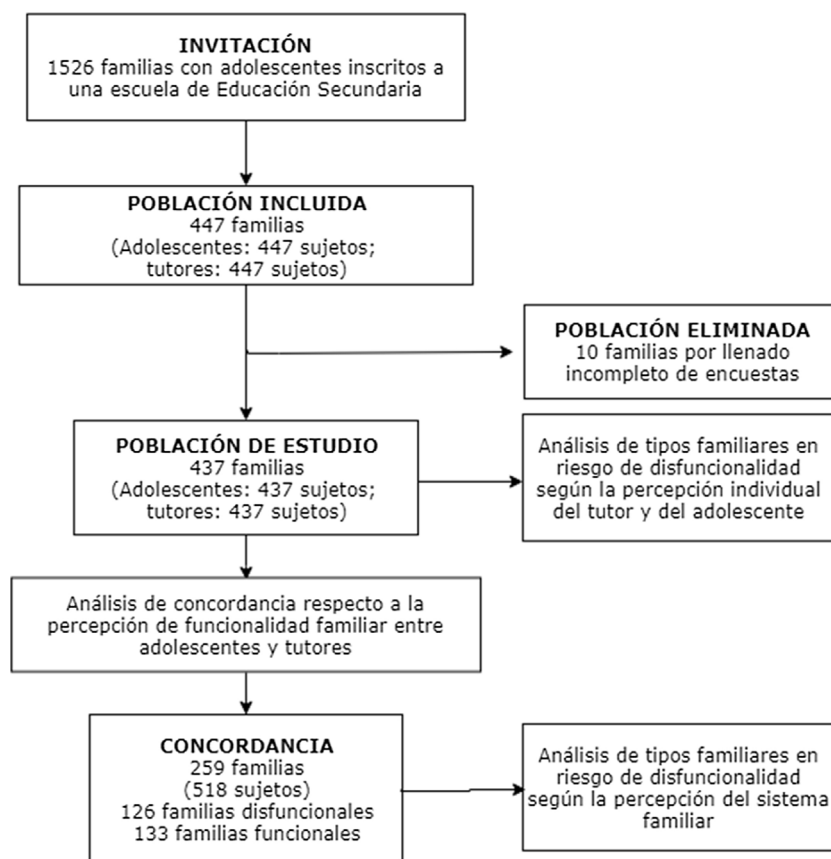


Figura 1 Esquema general del estudio.

Tabla 1 Descripción de las características de la tipología familiar

Tipología familiar	Características	Definición
Es la clasificación de las familias acorde a características propuestas por diversos autores u organizaciones; en este estudio los tipos de familia considerados fueron los establecidos con base en: El parentesco La presencia física en el hogar o convivencia Los medios de subsistencia El nivel de pobreza familiar La demografía El desarrollo	Por parentesco	
	<i>Con parentesco</i>	
	Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
	Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
	Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
	Reconstruida (binuclear)	Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
	Monoparental	Padre o madre con hijos
	Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
	Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
	compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
	Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
	Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
	No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)
	<i>Sin parentesco</i>	
	Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre son hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.	
Por presencia física en el hogar		
<i>Núcleo integrado</i>	Presencia de ambos padres en el hogar	
<i>Núcleo no integrado</i>	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar	
<i>Extensa ascendente</i>	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres	
<i>Extensa descendente</i>	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos	
<i>Extensa colateral</i>	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)	
Medios de subsistencia		
<i>Servicios</i>	Se elige el tipo de recurso que sea el origen esencial de la subsistencia familiar y que corresponda a lo aportado por el jefe de familia	
<i>Comercio</i>		
<i>Industria</i>		
<i>Agrícolas y pecuarias</i>		
Nivel de pobreza familiar		
<i>Sin evidencia de pobreza familiar</i>	Fue determinado acorde al Índice Simplificado de Pobreza Familiar, instrumento diseñado en la Universidad Nacional Autónoma de México para medir el nivel de pobreza familiar, que considera el ingreso familiar en salarios mínimos, el número de hijos dependientes, la escolaridad materna y el número de personas por habitación. Se interpreta en un puntaje de 0 a 10, siendo de 0 a 3: sin evidencia de pobreza familiar, de 3,5 a 6: pobreza familiar baja, y de 6,5 a 10: pobreza familiar alta ²⁰	

Tabla 1 (continuación)

Tipología familiar	Características	Definición
	<i>Pobreza familiar baja</i> <i>Pobreza familiar alta</i>	
	Demografía	
	<i>Rural</i>	Lugar de residencia en una población menor de 2.500 habitantes
	<i>Urbana</i>	Lugar de residencia en una población mayor de 2.500 habitantes
	Desarrollo	
	<i>Tradicional</i>	Aquella en la que el padre o figura paterna es el único proveedor de hogar
	<i>Moderna</i>	Aquella familia donde la madre o figura materna labora

Se invitó a una población total de 1.526 familias de adolescentes inscritos en una escuela secundaria pública mexicana de Xalapa, Veracruz, de las cuales 447 cumplieron los criterios de inclusión, otorgando asentimiento informado por el adolescente y consentimiento informado por el tutor. Se utilizó, como criterio de exclusión, al autorreporte de padecer alguna afección cognitiva. Se eliminaron del estudio 10 familias por encuestas con llenado incompleto. Se consideraron como familias 2 miembros familiares (un adolescente y un padre de familia o tutor), a quienes se entrevistó.

Variabes e instrumentos de medición

Se recogieron las características sociodemográficas, la tipología y la funcionalidad familiar mediante entrevistas estructuradas y cuestionarios autoaplicables.

La tipología familiar se determinó con base en características propuestas por el Consenso Mexicano de Medicina Familiar de 2005 y el Consejo Mexicano de Medicina Familiar para el Estudio de Salud Familiar, a partir del parentesco, la presencia física en el hogar o convivencia, los medios de subsistencia, el nivel de pobreza familiar, la demografía y el desarrollo (tabla 1)^{4,20}.

La funcionalidad familiar fue determinada con el APGAR familiar, instrumento diseñado por Smilkstein en 1978 para la percepción del funcionamiento de la familia de un individuo en un momento determinado, por lo que resulta útil como apoyo para la evaluación del entorno familiar. Evalúa 5 dimensiones¹⁻³: 1) Adaptación (*Adaptation*): capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o de enfrentamiento de eventos críticos; 2) Participación o cooperación (*Partnership*): implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones respecto a la comunicación y la solución de problemas; 3) Desarrollo o crecimiento (*Growth*): apoyo y asesoramiento que otorga la familia para el crecimiento físico y emocional o maduración para la realización de los componentes; 4) Afecto (*Affection*): expresión y satisfacción por la respuesta ante la interacción emocional que existe en la familia, y 5) Resolución (*Resolve*): percepción del compromiso familiar para compartir el tiempo, el espacio y el dinero en atención a las necesidades familiares. Este

instrumento ha sido previamente evaluado, mostrando un índice de confiabilidad (alfa de Cronbach) de entre 0,71 y 0,83, ya que puede conseguir una aproximación confiable para la percepción de disfuncionalidad familiar por un miembro familiar. Es autoadministrado, excepto en personas que no sepan leer. Se evalúa cada ítem en una escala tipo Likert (casi nunca, a veces, casi siempre; cada respuesta tiene un puntaje de 0, 1 y 2 puntos, respectivamente), dando puntuaciones totales entre 0 y 10; un valor mayor de 6 puntos se interpreta como funcional y menor de 6 como disfuncional (de 0 a 2 disfuncional grave, y de 3 a 6 disfuncional leve). En este trabajo utilizamos la versión modificada por Arias, que considera, además, a los amigos, en la que cada una de las respuestas se puntúa como casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos), con una puntuación total que va de 0 a 20 puntos, que se interpreta como: normal (17-20), leve (16-13), moderada (12-10), severa (menor o igual a 9)^{1-3,21}.

Análisis estadístico

Los datos se consignaron en una base de datos en Microsoft Excel 2017 y se realizó un análisis exploratorio por medio de frecuencias y porcentajes. Se determinó la concordancia de la funcionalidad percibida entre padres/tutores y adolescentes con el índice de kappa de Cohen y las diferencias entre funcionalidad y disfuncionalidad por medio de la chi cuadrada de Pearson. Se calcularon los riesgos (odds ratio [OR]) de percepción individual (padres/tutores y adolescentes) y del sistema familiar (percepción concordante de ambos miembros) con respecto a la tipología familiar. Se consideró una $p < 0,05$ y un intervalo de confianza al 95% (IC 95%) como estadísticamente significativos. Se utilizó el programa IBM SPSS 23.0 (SPSS Inc., Armonk, NY, EE. UU.) para el procesamiento y análisis de los datos.

Resultados

Un total de 437 familias (874 sujetos) fueron seleccionadas para el estudio. La media de edad de los tutores fue de 40,4 (DE 6,9) años, con predominio de mujeres (80%). La media de edad de los adolescentes fue de 13,3 (DE 1,8) años, teniendo la mayoría 13 años (38%) y siendo el 57% mujeres.

Las tipologías familiares más frecuentes, por categorías, fueron: por parentesco, nuclear simple (47,1%); por presencia física en el hogar, núcleo integrado (62,7%); por medios de subsistencia, servicios (71,9%); por nivel económico, pobreza familiar baja (66,1%); por demografía, urbana (99,5%); y por desarrollo, moderna (68,2%).

Se identificó percepción de disfuncionalidad familiar en el 53% de los adolescentes (tabla 2), a diferencia de la percepción del padre/madre o tutor, que percibieron funcionalidad familiar en un 54% (tabla 3).

En el caso de los adolescentes, la percepción de disfuncionalidad familiar se asoció a la tipología monoparental extendida y de pobreza familiar alta, y la de funcionalidad familiar, a los tipos nuclear simple, de núcleo integrado y de pobreza familiar baja (tabla 2). En el caso de los tutores, la percepción de disfuncionalidad familiar se asoció a la tipología monoparental y por nivel de pobreza familiar, a la pobreza familiar alta (tabla 3).

Se observó concordancia entre la funcionalidad familiar percibida por el adolescente y el tutor en 259 familias

(59%), con un índice kappa de Cohen de 0,189 (tabla 4). De ellas, 133 (51%) se percibieron funcionales y 126 (49%) disfuncionales. Se determinó la asociación significativa entre la percepción de funcionalidad/disfuncionalidad familiar y tipología de las familias: por parentesco (con parentesco), nuclear simple y monoparental; por presencia física en el hogar, núcleo integrado y núcleo no integrado; y por nivel de pobreza familiar, pobreza familiar alta (tabla 5).

Discusión

En este estudio se observó que los tipos de familia impactan sobre la funcionalidad familiar en familias con adolescentes, al contrario de lo descrito por Pérez Milena et al., que concluyeron que la estructura familiar no condicionaba la funcionalidad familiar en una población de adolescentes españoles²². Sin embargo, en dicho estudio se alude como composición familiar a la tipología familiar valorada acorde a la presencia física en el hogar, siendo estos conceptos utilizados como sinónimos de forma errónea, ya que, en los

Tabla 2 Asociación de la tipología familiar y la percepción de la funcionalidad familiar de los adolescentes

	Adolescentes, n = 437							p	OR (IC 95%)
	Global	%	Disfuncional	%	Funcional	%			
<i>Tipología familiar</i>	437	100	231	52,9	206	47,1			
<i>Por parentesco (con parentesco)</i>									
Nuclear simple	206	47,1	93	45,1	113	54,9	< 0,01	0,5 (0,3-0,8)	
Extensa	91	20,8	54	59,3	37	40,7	0,1	1,3 (0,8-2,2)	
Monoparental	52	11,9	28	53,8	24	46,2	0,8	1,0 (0,5-1,8)	
Monoparental extendida	51	11,7	34	66,7	17	33,3	0,03	1,9 (1,03-3,5)	
Nuclear numerosa	18	4,1	10	55,6	8	44,4	0,8	1,1 (0,4-2,8)	
Reconstruida	11	2,5	7	63,6	4	36,4	0,5	1,5 (0,4-5,4)	
No parental	5	1,1	3	60,0	2	40,0	0,9	1,3 (0,2-8,1)	
Extensa compuesta	3	0,7	2	66,7	1	33,3	0,9	1,7 (0,1-19,8)	
<i>Por presencia física en el hogar</i>									
Integrado	274	62,7	133	48,5	141	51,5	0,01	0,6 (0,4-0,9)	
No integrado	104	23,8	62	59,6	42	40,4	0,1	1,4 (0,9-2,2)	
Extensa ascendente	37	8,5	23	62,2	14	37,8	0,2	1,5 (0,7-3,0)	
Extensa descendente	20	4,6	12	60,0	8	40,0	0,5	1,3 (0,5-3,3)	
Extensa colateral	2	0,5	1	50,0	1	50,0	0,9	0,8 (0,0-14,3)	
<i>Por medios de subsistencia</i>									
Servicios	314	71,9	171	54,5	143	45,5	0,2	1,2 (0,8-1,9)	
Comercio	85	19,5	42	49,4	43	50,6	0,4	0,8 (0,5-1,3)	
Industrial	37	8,5	18	48,6	19	51,4	0,5	0,8 (0,4-1,6)	
Agrícola	1	0,2	0	0	1	100	0,4	2,1 (1,9-2,3)	
<i>Nivel de pobreza familiar (ISPF)</i>									
PFB	289	66,1	140	48,4	149	51,6	0,01	0,5 (0,3-0,8)	
SEPF	128	29,3	74	57,8	54	42,2	0,1	1,3 (0,8-2,0)	
PFA	20	4,6	17	85,0	3	15,0	< 0,01	5,3 (1,5-18,6)	
<i>Demografía</i>									
Urbana	435	99,5	230	52,9	205	47,1	0,9	1,1 (0,07-18,0)	
Rural	2	0,5	1	50,0	1	50,0	0,9	Ref	
<i>Desarrollo</i>									
Moderna	298	68,2	165	55,4	133	44,6	0,1	1,3 (0,9-2,0)	
Tradicional	139	31,8	66	47,5	73	52,5		Ref	

ISPF: Índice Simplificado de Pobreza Familiar; OR (IC 95%): odds ratio (intervalo de confianza al 95%); PFA: pobreza familiar alta; PFB: pobreza familiar baja; Ref: referencia; SEPF: sin evidencia de pobreza familiar. Los datos resaltados en negritas corresponden a tipologías asociadas con disfuncionalidad familiar (con significancia estadística).

Tabla 3 Asociación de la tipología familiar y la percepción de la funcionalidad familiar de los padres/tutores

	Tutores, n = 437							
	Global	%	Disfuncional	%	Funcional	%	p	OR (IC 95%)
<i>Tipología familiar</i>	437	100	199	45,5	238	54,5		
<i>Por parentesco (con parentesco)</i>								
Nuclear simple	206	47,1	85	41,3	121	58,7	0,09	0,7 (0,4-1,05)
Extensa	91	20,8	43	47,3	48	52,7	0,7	1,09 (0,6-1,7)
Monoparental	52	11,9	31	59,6	21	40,4	0,03	1,9 (1,09-3,4)
Monoparental extendida	51	11,7	26	51,0	25	49,0	0,4	1,2 (0,7-2,2)
Nuclear numerosa	18	4,1	9	50,0	9	50,0	0,6	1,2 (0,4-3,0)
Reconstruida	11	2,5	3	27,3	8	72,7	0,3	0,4 (0,1-1,6)
No parental	5	1,1	2	40,0	3	60,0	0,9	0,7 (0,1-4,8)
Extensa compuesta	3	0,7	0	0	3	100	0,2	NC
<i>Por presencia física en el hogar</i>								
Integrado	274	62,7	116	42,3	158	57,7	0,08	0,7 (0,4-1,04)
No integrado	104	23,8	56	53,8	48	46,2	0,05	1,5 (0,9-2,4)
Extensa ascendente	37	8,5	16	43,2	21	56,8	0,7	0,9 (0,4-1,7)
Extensa descendente	20	4,6	10	50,0	10	50,0	0,6	1,2 (0,4-2,9)
Extensa colateral	2	0,5	1	50,0	1	50,0	0,9	1,1 (0,07-19,2)
<i>Por medios de subsistencia</i>								
Servicios	314	71,9	136	43,3	178	56,7	0,1	0,7 (0,4-1,1)
Comercio	85	19,5	42	49,4	43	50,6	0,4	1,2 (0,7-1,9)
Industrial	37	8,5	20	54,1	17	45,9	0,2	1,4 (0,7-2,8)
Agrícola	1	0,2	1	100	0	0	0,4	NC
<i>Nivel de pobreza familiar (ISPF)</i>								
PFB	289	66,1	135	46,7	154	53,3	0,4	1,1 (0,7-1,7)
SEPF	128	29,3	50	39,1	78	60,9	0,08	0,6 (0,4-1,0)
PFA	20	4,6	14	70,0	6	30,0	0,02	2,9 (1,1-7,7)
<i>Demografía</i>								
Urbana	435	99,5	197	45,3	238	54,7	0,2	NC
Rural	2	0,5	2	100	0	0		-
<i>Desarrollo</i>								
Moderna	298	68,2	130	43,6	168	56,4	0,240	0,7 (0,5-1,1)
Tradicional	139	31,8	69	49,6	70	50,4		Ref

ISPF: Índice Simplificado de Pobreza Familiar; NC: no calculable; OR (IC 95%): odds ratio (intervalo de confianza al 95%); PFA: pobreza familiar alta; PFB: pobreza familiar baja; Ref: referencia; SEPF: sin evidencia de pobreza familiar.

Los datos resaltados en negritas corresponden a tipologías asociadas con disfuncionalidad familiar (con significancia estadística).

Tabla 4 Concordancia de la percepción de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes

		Tutor, n (%)		
		Funcional	Disfuncional	Total
Adolescente	Funcional	133 (30)	105 (24)	238
	Disfuncional	73 (17)	126 (29)	199
	Total	206	231	437
		Kappa de Cohen		0,189

descriptores internacionales en ciencias de la salud, la composición familiar se refiere al «tamaño de la familia». Con base en este concepto y con los cambios que ha tenido la conceptualización de la familia en la actualidad, la valo-

ración de la composición familiar por medio de un solo componente, como la presencia física en el hogar, se queda corta, y debería considerarse también el parentesco y los lazos afectivos familiares^{14,16,17,23}.

Tabla 5 Asociación de la tipología familiar y la percepción de disfuncionalidad familiar de familias con adolescentes

	Familias, n = 259							
	Global	%	Disfuncional	%	Funcional	%	p	OR (IC 95%)
<i>Tipología familiar</i>	259	100	126	49,0	133	51,0		
<i>Por parentesco</i>								
<i>(con parentesco)</i>								
Nuclear simple	124	47,9	48	38,7	76	61,3	< 0,01	0,4 (0,2-0,7)
Extensa	54	20,8	30	55,5	24	44,4	0,2	1,4 (0,7-2,5)
Monoparental	31	12,0	19	61,3	12	38,7	0,1	1,7 (0,8-3,8)
Monoparental extendida	31	12,0	20	64,5	11	35,5	0,06	2,0 (0,9-4,5)
Nuclear numerosa	9	3,5	5	55,5	4	44,4	0,7	1,3 (0,3-5,0)
Reconstruida	5	1,9	2	40,0	3	60,0	0,9	0,7 (0,1-4,2)
No parental	4	1,5	2	50,0	2	50,0	0,9	1,0 (0,1-7,6)
Extensa compuesta	1	0,4	0	0	1	100	0,9	1,9 (1,7-2,2)
<i>Por presencia física en el hogar</i>								
Integrado	161	62,2	68	42,2	93	57,8	< 0,01	0,5 (0,3-0,8)
No integrado	62	23,9	38	61,3	24	38,7	0,02	1,9 (1,09-3,5)
Extensa ascendente	20	7,7	11	55,0	9	45,0	0,5	1,3 (0,5-3,2)
Extensa descendente	16	6,2	9	56,3	7	43,8	0,5	1,3 (0,5-3,8)
<i>Por medios de subsistencia</i>								
Servicios	185	71,4	89	48,1	96	51,9	0,7	0,9 (0,5-1,5)
Comercio	53	20,5	26	49,1	27	50,9	0,9	1,0 (0,5-1,8)
Industrial	21	8,1	11	52,4	10	47,6	0,7	1,1 (0,4-2,8)
ISPF								
PFB	178	68,7	82	46,1	96	53,9	0,2	0,7 (0,4-1,2)
SEPF	68	26,3	32	47,1	36	52,9	0,7	0,9 (0,5-1,5)
PFA	13	5,0	12	92,3	1	7,7	< 0,01	13,8 (1,7-108,5)
Desarrollo								
Moderna	167	64,5	82	49,1	85	50,9	0,8	1,0 (0,6-1,7)
Tradicional	92	35,5	44	47,8	48	52,2		Ref

ISPF: Índice Simplificado de Pobreza Familiar; NC: no calculable; OR (IC 95%): odds ratio (intervalo de confianza al 95%); PFA: pobreza familiar alta; PFB: pobreza familiar baja; Ref: referencia; SEPF: sin evidencia de pobreza familiar.

Los datos resaltados en negritas corresponden a tipologías asociadas con disfuncionalidad familiar (con significancia estadística).

Creemos que valdría la pena un replanteamiento del concepto de composición familiar y evaluarlo a través del cuestionamiento al paciente guía, sobre quiénes son los elementos que considera que componen su familia, enlistándolos respecto al rol y describiéndolos en una tabla de composición familiar, lo que permitiría identificar la familia desde la subjetividad del paciente y no solo por vínculos contractuales^{23,24}. Posteriormente, es necesario identificar la tipología familiar que se basa en características más objetivas de «ser familia», cuya obtención requiere de la entrevista clínica y/o el uso de instrumentos de valoración familiar^{4,13,20}.

La relevancia de este estudio radica en que orienta al médico de familia en el abordaje inicial de familias con un miembro adolescente; el trabajo con familias con adolescentes es un reto de actualidad en medicina, no solo por la problemática biopsicosocial, sino por la poca empatía para el abordaje familiar, ligado al desconocimiento de los

elementos de estudio y atención en el trabajo con familias por causas como son: la falta de formación desde el pregrado en la materia de medicina familiar, la falta de modelos médico-familiares y la baja aptitud clínica en el enfoque familiar por la carencia de una práctica cotidiana en la atención integral familiar^{11,23,24}. Sin embargo, este trabajo supone una aportación al presentar la asociación de diversas categorías de la tipología familiar con la percepción de funcionalidad familiar desde la perspectiva individual del adolescente, la del padre/tutor y la del sistema familiar. Determina que las categorías referentes al parentesco, la presencia física en el hogar y el nivel de pobreza familiar engloban la tipología que impacta en la funcionalidad de la familia con adolescentes.

Las asociaciones aquí descritas se incluyen entre los determinantes de salud familiar¹⁴, coincidiendo con lo descrito sobre la relación de la disfuncionalidad con la estructura familiar, condiciones materiales limitadas, así

como también con el pobre control de enfermedades crónicas y mayor incidencia de enfermedades psicosociales. De forma similar, Commanor y Phillips en 2002 describen que los ingresos económicos y la estructura familiar tienen relación con la ausencia del padre, la delincuencia juvenil y la violencia en jóvenes de 14 y 22 años, lo cual aumenta de complejidad en varones; así mismo, Chuquimajo Huamantumba en 2017, en Perú, identifica que los adolescentes de familias monoparentales perciben un clima familiar inadecuado respecto a los de familias nucleares^{14,22,25,26}.

Es interesante la pobre concordancia entre la percepción de la disfuncionalidad del adolescente y la de su padre/madre o tutor, lo cual pudiera explicarse por la etapa del neurodesarrollo, respecto al modelo de desbalance del desarrollo cerebral (sistema cognitivo inmaduro contra rectoría del sistema socioemocional) y madurez del adolescente respecto al del padre o tutor²⁷.

Se concluye que los tipos de familia con adolescentes asociadas como factores de riesgo para disfuncionalidad son las monoparentales, de núcleo no integrado y con pobreza familiar alta, y se consideran como factores de protección para disfuncionalidad los tipos de familia nuclear simple y con núcleo integrado.

Recomendamos identificar la tipología familiar durante la atención médico-familiar, ya que permitirá establecer guías anticipadas y la activación de recursos para los tipos de familia en riesgo de presentar disfuncionalidad familiar, así como promover a las familias y apoyar las fortalezas de los tipos de familias que se consideran como factores protectores para la disfuncionalidad familiar²⁸. Las limitantes de nuestro estudio radican en la existencia de una población cautiva a una sola región, con altos indicios de pobreza y predominancia de tutores mujeres. Este estudio establece las bases para posteriores estudios de cohortes familiares de los tipos de familias que resultaron asociadas, así como también para estudios de intervenciones orientadas a la restauración de la salud familiar en los tipos de familia en riesgo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la UANL, a la Dra. Issa Gil Alfaro y a los jóvenes de GEBIMed.

Bibliografía

- Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*. 2014;20:53-7.
- Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ES. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR. *Aten Fam*. 2010;17:102-6.
- Casado Vicente V, Cordon Granados F, García Velasco G. Manual de exploración física. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2012.
- Consenso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam*. 2005;7:15-9.
- Fuentes Aguilar AP, Merino Escobar JM. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajaju*. 2016;14:247-83.
- Moreno Méndez JH, Chauta Roza LC. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychol Av Discip*. 2012;6:155-66.
- Perdomo Romero AY, Ramírez Perdomo CA, Galán González EF. Asociación de la funcionalidad familiar entre padre e hijos adolescentes en Neiva. *Av Enferm*. 2015;33:94-103.
- González-Rico JL, Vásquez-Garibay EM, Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez GJ, Troyo-Sanromán R. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Rev Mex Inst Seguro Soc*. 2012;50:127-34.
- Ordóñez-Azuara YG, Vázquez-Azuara NL, Gutiérrez-Herrera RF, Mendoza-Rivera R, Riquelme-Heras HM, González-Contreras H. Correlación de factores biopsicosociales con insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes. *Salud Publica Mex*. 2018;60:385-6.
- Ramírez Aranda JM. Conceptos del sistema familiar. En: Garza Elizondo T, Gutiérrez-Herrera RF, editores. Trabajo con familias: abordaje médico integral. México D. F.: Manual Moderno; 2015. p. 7-10.
- Ordóñez-Azuara Y, Aguilera Portales R, Rodríguez Alanís MM, López Cabrera NG, Gutiérrez-Herrera RF. Análisis hermenéutico de los dilemas bioéticos en la atención médica de los adolescentes en México. *Rev Iberoam Bioét*. 2019;9:1-11.
- Horwitz Campos N, Florenzano Urzúa R, Ringeling Polanco I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam*. 1985;98:144-55.
- Rebello L. Genograma familiar. O bistori do Médico de Família. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:309-17.
- Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Publica*. 2003;29:48-51.
- Cervini R, Dari N, Quiroz S. Estructura familiar, tamaño de la familia y el rendimiento en matemática y lectura: análisis comparativo entre países de América Latina. *Perfiles Educativos*. 2016;38:12-31.
- Gutiérrez Capulín R, Díaz Otero KY, Román Reyes RP. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia ergo-sum*. 2017;23:219-28.
- López Romo H. Los once tipos de familias en México. *AMAI*. 2016;47:26-31.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del... día de la familia mexicana (5 de marzo). Datos Nacionales, 2017 [consultado 1 Dic 2018]; Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-familias-juridicas.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Las familias y su protección jurídica. Ciudad de México. 2018. [actualizado Jul 2018; consultado 5 Nov 2018]. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/ninez_familia/material/trip-familias-juridicas.pdf.
- Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas R, Gómez-Clavelina F. Índice simplificado de pobreza familiar: Proposta para uma previsão ponderada. *Pan Am Fam Med Clin*. 2005;1:97-8.
- Arias L. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb Med (Cali)*. 1994;25:26-128.
- Pérez Milena A, Pérez Milena R, Martínez Fernández ML, Leal Helmling FJ, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido 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;39:61-7.
- Borrillo D. La contractualización de los vínculos de familia. *RIDJ*. 2017;1:1-28.
- De la Cruz-Florencio P, Godínez-Tamay ED, Hernández Miranda MB. La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. *Aten Fam*. 2016;23:109-12.

25. Chuquimajo Huamantumba S. Personalidad y clima social familiar en adolescentes de familia nuclear, biparental y monoparental. *Rev Inv Psicol.* 2017;20:347-62.
26. Commanor W, Phillips L. El impacto de los ingresos y la estructura familiar en la delincuencia. *Rev Econ Apl.* 2002;5(2):209-32.
27. Broche Pérez Y. Modelo de desbalance del desarrollo cerebral: nuevo enfoque teórico en la comprensión de conductas de riesgo en la adolescencia. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 2015;5:38-40.
28. Gutiérrez Herrera RF, Ordóñez Azuara Y, Gómez Gómez C, Ramírez Aranda JM, Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Rev Med La Paz.* 2019;25:58-67.