



TESIS DOCTORAL

**INFLUENCIA DEL AJUSTE DIADICO SOBRE EL
ESTADO DE SALUD FAMILIAR.**

**Percepción de las parejas de familias nucleares de
Sevilla.**

Nerea Jiménez Picón

Diplomada en Enfermería

Nuevas tendencias asistenciales y de investigación en ciencias de la salud

Dirigido por:

Dr. Joaquín Salvador Lima Rodríguez

Dra. Marta Lima Serrano

2015

**INFLUENCIA DEL AJUSTE DIADICO SOBRE EL ESTADO DE SALUD
FAMILIAR. Percepción de las parejas de familias nucleares de Sevilla¹.**

Nerea Jiménez Picón

Departamento de Enfermería.

Universidad de Sevilla.

Nota del autor:

Quisiera mencionar, si se me permite, el hecho de que este trabajo ya ha sido publicado parcialmente al tiempo que se estaba desarrollando y obteniendo resultados satisfactorios. Tanto la revisión sistemática por pares que se hizo para la elaboración del apartado “estado actual del tema”, como el análisis correlacional de las variables de estudio están siendo presentados en forma de capítulos on-line en el I Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental, mayo de 2015.

En el departamento de Enfermería, de la Universidad de Sevilla desde hace más de una década se viene trabajando en una línea orientada a desarrollar sistemas de valoración familiar, destacando el diseño y validación de la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar, que ha sido publicado previamente, en el cual se sustenta parte de este trabajo. Y dado que el proceso de investigar supone explorar territorios desconocidos a fin de descubrir un camino en bruto, la elección del tema para la tesis doctoral que se presenta se hizo en base a desarrollar y expandir esta línea de investigación, relacionando dicha autopercepción de la salud familiar con otros aspectos que atañen la misma.

¹ Se ha seguido la estructura propuesta por el manual de publicaciones de la American Psychological Association en su 6ª edición (Vivero, 2010). Respecto a las discriminaciones del lenguaje por género, para las formulaciones en singulares se han utilizado los determinantes (el/la, un/una), los sustantivos masculinos empleados en plural se han utilizado para designar a personas de ambos sexo/género, a fin de favorecer la economía expresiva.

Agradecimientos

A Joaquín S. Lima Rodríguez y Marta Lima Serrano, por ser mis tutores de tesis, mis mentores, instructores y compañeros en este precioso y entramado camino de la investigación enfermera. Porque me enseñáis día a día el duro trabajo, el esfuerzo, el sacrificio y las recompensas con el ejemplo de vuestra práctica diaria. Y porque el trabajo en equipo nos ha premiado con trabajos reconocidos y con la propia satisfacción de un esfuerzo recompensado. Espero que me sigáis acogiendo por mucho tiempo para finalmente ver mis sueños logrados.

A todas las personas que han participado y han hecho posible este estudio; gracias por regalarnos vuestro tiempo, vuestra experiencia y aportaciones a esta investigación.

Y sobre todo a mi familia, a mi marido Miguel Ángel y a mi pequeña Ariadna por sacrificar mucho de nuestro tiempo juntos para la realización de este proyecto. Gracias por vuestro apoyo, comprensión, por las palabras de ánimos y apremiar mi trabajo, mi vocación y mi esfuerzo. Gracias por creer en mí y por estar siempre a mi lado.

Contenido

RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	14
MARCO CONCEPTUAL	21
La familia	22
Definición de familia	22
La familia como sistema	24
La familia como proveedora de cuidados	25
La valoración de la familia	26
La salud familiar	27
Definición de salud familiar	28
Valoración de la salud familiar	29
El subsistema conyugal	35
Definición de subsistema conyugal	35
El funcionamiento del subsistema conyugal	36
La pareja sana o enferma	39
El ajuste diádico conyugal	41
Definición de ajuste y desajuste diádico conyugal	41
Evaluación del ajuste diádico	42
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	44
Evolución del trabajo con familias	45
Evolución de los estudios sobre las relaciones familiares	49
OBJETIVOS	56
Objetivo general	57

Objetivos específicos	57
Hipótesis	57
METODOLOGÍA	58
Tipo de diseño	59
Población de estudio	59
Criterios de inclusión	59
Criterios de exclusión	59
Muestra	59
Aspectos éticos	62
Variables de estudio	63
Instrumentos	67
Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar	67
Versión Breve de la Escala de Ajuste Diádico	68
Escala de Reajuste Social	69
Cuestionario de MOS de Apoyo social percibido	69
Procedimiento	70
Análisis estadístico	71
Análisis descriptivo	71
Análisis correlacional	72
Análisis de regresión	73
RESULTADOS	78
Análisis descriptivo	79
Análisis correlacional	82
Análisis de regresión	86
Modelo 1	86

Modelo 2	91
DISCUSIÓN	19
Perfil de las familias estudiadas	100
Variables predictoras del ajuste diádico marital	101
Variables predictoras de la salud familiar. La influencia del ajuste diádico	106
Limitaciones	114
Implicaciones prácticas	116
CONCLUSIONES	119
REFERENCIAS	123
ANEXOS	148
ANEXO 1. Consentimiento informado	149
ANEXO 2. Aprobación del estudio por parte del comité ético de investigación de la Universidad de Sevilla	150
ANEXO 3: Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (AESFA-5)	151
ANEXO 4: Versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13)	153
ANEXO 5: Escala de Reajuste Social	155
ANEXO 6. Cuestionario MOS de apoyo social percibido	156
ANEXO 7. Cuestionario autoadministrado	158
ANEXO 8. Gráficos de dispersión del modelo 1 definitivo	164
ANEXO 9. Gráficos de dispersión del modelo 2 ajustado	165
ANEXO 10. Gráficos de dispersión del modelo 2 definitivo	166
ANEXO 11. Abreviaturas	167

Relación de tablas

TABLA 1. Escalas para evaluar las necesidades de la familia. Revisión de la literatura.	48
TABLA 2. Características principales de los estudios seleccionados en la revisión sistematizada.	52
TABLA 3. Descripción de las variables empleadas en el estudio.	64
TABLA 4. Variables sociodemográficas de interés.	79
TABLA 5. Estadísticos descriptivos de AESFA-5, EAD-13, Reajuste Social y MOS.	81
TABLA 6. Coeficientes de correlación Pearson entre ADa y ADb.	82
TABLA 7. Coeficientes de correlación Pearson entre ADa, AESFA-5 y sus respectivas dimensiones.	83
TABLA 8. Coeficientes de correlación Pearson de ADa y AESFA-5 con Reajuste Social y MOS	84
TABLA 9. Coeficientes de correlación Pearson de ADa y AESFA-5 con las variables sociodemográficas y de interés.	84
TABLA 10. Estadístico anova entre ADa y AESFA-5 con las variables sociodemográficas y de interés.	85
TABLA 11. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y de interés.	86
TABLA 12. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Modelo univariante y multivariante.	87
TABLA 13. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Prueba de interacción.	88
TABLA 14. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la	89

autopercepción del ajuste diádico. Modelo definitivo.	
TABLA 15. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. No-colinealidad.	90
TABLA 16. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Modelo univariante y multivariante.	92
TABLA 17. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Prueba de interacción.	94
TABLA 18. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Modelo ajustado.	94
TABLA 19. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Modelo definitivo.	96
TABLA 20. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. No-colinealidad del Modelo definitivo.	97

Relación de figuras

FIGURA 1. Componentes de la salud familiar.	31
FIGURA 2. Cálculo del tamaño muestral.	60
FIGURA 3. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Histograma de residuales.	90
FIGURA 4. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Representación del Modelo definitivo	91
FIGURA 5. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Histograma de residuales del Modelo ajustado.	95
FIGURA 6. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Histograma de residuales del Modelo definitivo.	97
FIGURA 7. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Representación del Modelo definitivo	98

RESUMEN

INFLUENCIA DEL AJUSTE DIADICO SOBRE EL ESTADO DE SALUD
FAMILIAR. Percepción de las parejas de familias nucleares de Sevilla.

Resumen

Se ha determinado la influencia del ajuste diádico en el estado de salud familiar sobre una muestra de 369 familias nucleares de la provincia de Sevilla, a través de un diseño observacional, correlacional, analítico, de corte transversal. Para ello, las familias respondieron a la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar, a la Versión breve de la escala de Ajuste Diádico, a la escala de Reajuste Social y al cuestionario de Apoyo Social Percibido. Empleando los programas estadísticos SPSS 18.0 y R 3.1.2., se realizó un análisis descriptivo y bivalente, se probaron dos modelos mediante análisis de regresión univariante y multivariante, y se calcularon los tamaños del efecto mediante r , considerándose pequeño entre 0,10 y 0,30, moderado entre 0,30 y 0,50 y grande para mayores de 0,50. Se calcularon los tamaños del efecto mediante la R^2 ajustada para los modelos, considerando que este era bajo=0,01, medio=0,06 y grande=0,14. Se tuvieron en cuenta los supuestos de linealidad, homocedasticidad, normalidad y no-colinealidad y se rechazó la hipótesis nula con una $p < 0,05$. El encuestado principal era mayoritariamente mujer ($N=254$, 68,8%), con edad media de 46 años \pm 13,57 y con 22 años \pm 14,96 de media de convivencia de pareja. Se demuestran correlaciones significativas con alto tamaño de efecto entre la salud familiar y el ajuste diádico. Según los modelos analizados, el ajuste diádico está influenciado por el nivel de estudios, el tiempo de convivencia, el número de miembros de la unidad familiar, la existencia de hijos, la etapa del ciclo vital, la transición y el apoyo social (R^2 ajustada= 21, $p=0,000$). La salud familiar viene determinada por el ajuste diádico, el sexo, nivel de estudios, tipo de población, apoyo social percibido y acontecimientos vitales estresantes (R^2 ajustada= 0,32, $p=0,000$). Ambos modelos son parsimoniosos, cumplen con los criterios pertinentes y permiten confirmar la hipótesis de estudio.

Palabras claves: Familia, Salud Familiar, Autopercepción del Estado de Salud Familiar, Subsistema Conyugal, Ajuste Diádico.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Introducción y justificación

Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo y estilo de vida de cada época. Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia. Si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando a las familias y si queremos reflexionar sobre la identidad personal de un individuo, por qué se es o se actúa de una forma y no de otra, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno (Ortiz, 1999). Y es que, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos la familia es “el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, poniendo de manifiesto la relación entre familia y sociedad y los derechos de las familias” (Oraá & Gómez, 1997). También el Informe del Parlamento Europeo "Hacia una Estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia" recoge que la futura estrategia de la Unión Europea debe ser reconocer el importante papel de la familia como institución social clave para la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño (Parlamento Europeo, 2006). Y la propia Constitución Española, en su artículo 39.1, establece que "Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia". Todo ello lleva a pensar que tanto la legislación como la normativa española y europea reconocen la importancia de la familia y le otorgan derechos, deberes y protección.

En esta misma línea, tanto Darías (1999) como Parra (2007) consideran a la familia como la unidad social más pequeña, la base principal y fundamental de toda sociedad, el núcleo primario donde los individuos se desarrollan, socializan y educan. Es decir, la familia es la estructura básica de la sociedad, cuyas funciones principales no pueden ser sustituidas por otras organizaciones, y éstas son la de servir como agente socializador permitiendo, de esta manera, proveer condiciones y experiencias vitales

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

que faciliten el óptimo desarrollo biopsicosocial de sus miembros (Benites, 1997). Y es que el ambiente familiar es el primer y más importante factor que afecta al desarrollo de los caracteres de los individuos (Alayi, Ahmadi-Gatab & Khamen, 2011). Los miembros de una familia no viven sus vidas autónomamente, de hecho, muchas de sus metas sólo se pueden lograr si trabajan todos juntos (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Regalia & Scabini, 2011). Es más, es en la familia donde se adquieren los principales hábitos de vida y ésta puede influir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad (Campos, Urzúa & Polanco 1985).

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a la familia como “uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud” (OMS, 1974) valorando la necesidad de incluirla como unidad de atención y cuidados en la práctica asistencial de enfermería. En este sentido, el Servicio Andaluz de Salud, con el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002) propicia la figura de la enfermera comunitaria de enlace para acercar los cuidados a las familias, dado que, según la OMS (1974), la Atención Primaria de Salud debe articularse en torno a la enfermera de familia. Esto lleva a pensar que las instituciones otorgan importancia a las familias y al trabajo de Enfermería con la unidad familiar, depositando en los enfermeros la responsabilidad de valorar, atender y proporcionar cuidados a las mismas. Sin embargo, en la práctica clínica suele desconocerse la importancia de la familia y no se viene tratando como un ente que puede necesitar cuidados, siendo frecuentemente olvidada o tenida en cuenta sólo de manera parcial (Silberstein, 1997). Es más, a nivel de atención primaria se ha comprobado que con frecuencia los síntomas orgánicos se encuentran confundidos con situaciones conflictivas de tipo social, económico, emocional o familiar (Horwitz, Florenzano & Ringeling 1985; Yurss, 2001) tomando a las personas como seres individuales y que viven de manera autónoma, sin tener en cuenta la

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

influencia de la familia como unidad (Bandura et al., 2011; Yurss, 2001). A la vista de ello, combinando la atención individual y la familiar se actuaría de forma más eficaz sobre los problemas asistenciales (Yurss, 2001), sobre todo, adoptando un enfoque familiar en el trabajo cotidiano del profesional de la salud (Silberstein, 1997).

Para un mejor acercamiento al enfoque de la familia en la actividad asistencial, la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy (1973) ha hecho un gran aporte tanto a la Enfermería como a la Psicología ayudando a considerar a la familia como un sistema, formado por un conjunto de elementos organizados, donde cada uno de sus miembros siguen unos patrones de comportamiento y comunicación, gracias a los cuales esta familia será funcional. Para ello, la familia mantiene un orden, una estructura y una función que permiten el cambio y el crecimiento de sus miembros, y afecta y es afectado por su entorno, con el que debe mantener el equilibrio (Marriner, Alligood & Giró, 2007). En su estructura interna, cada uno de los individuos que la componen se relaciona con los demás, formando subsistemas o diadas (marital, fraternal, paternal) dentro del gran sistema que es la familia, y también se relacionan con otros sistemas exteriores, como es la comunidad (Cox & Paley, 1997). Cualquier cambio en uno de los miembros, subsistemas o diadas de la familia puede influir en el resto, así como un cambio en cualquier sistema exterior también puede verse reflejado en esta, pudiendo afectar a la salud familiar (Silberstein, 1997; Cox et al., 1997), entendida como la capacidad que posee una familia para conseguir el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus miembros, así como para adaptarse a las situaciones de crisis que se pueden presentar en cada una de las etapas del ciclo vital familiar (Lima & Lima, 2009a).

De todos los subsistemas que la componen, el conyugal es una de las diadas más importantes dentro de la familia, pues esta se forma en el momento en que una pareja decide convivir, y por tanto interactuar constantemente. Y se convierte en un área de

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

suma importancia en la formación de individuos para construir una sociedad equilibrada y en armonía, y facilitar la funcionalidad dentro del contexto familiar (Hawkins, Catalana & Millar, 1992; Parra, 2007). Por tanto, podemos suponer que la nueva familia va a verse influenciada por esta diada, la relación de pareja (Foucault, 1985; Oliveira, Gonçalves, Santos, Calcagno & Busanello 2009), y más concretamente por el ajuste diádico en el subsistema conyugal, considerado como un proceso cuyo resultado depende de diversos factores, tales como las diferencias problemáticas en la pareja, las tensiones interpersonales, la satisfacción y cohesión diádica, y el consenso en aspectos importantes para el funcionamiento de la pareja (Spanier, 1976).

La existencia de conflictos conyugales puede ser perjudicial para la propia pareja y para cada uno de sus miembros, trayendo consigo insatisfacción, ansiedad, depresión, discusiones, problemas de comunicación, aislamiento, infidelidad, baja autoestima y malos tratos o violencia, que a su vez repercute en el desarrollo, la formación y la consolidación de la familia (Hawkins et al., 1992; Parra, 2007). Lo que muestra la importancia de analizar las dificultades en las relaciones conyugales, el conflicto marital, la forma cómo las parejas resuelven o afrontan los conflictos, y conocer cómo afecta esto a la salud familiar, tanto en la dinámica de la familia como en la salud de sus miembros. A su vez, los problemas conyugales y los divorcios están relacionados con un incremento del riesgo de que la familia tenga problemas, pudiendo afectar psicológica y físicamente al bienestar de todos los miembros de la familia. Es por esto que reducir los conflictos maritales y prevenir el divorcio debería ser una de las prioridades para las familias modernas (Bray & Jouriles, 1995). Y es que, en la actualidad, los problemas de pareja constituyen una de las principales razones de consulta de psicoterapia (Maling, Gurtman & Howard, 1995) y se ha convertido en una de las mayores problemáticas de la sociedad. En España, según el Instituto Nacional de

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Estadística (INE, 2014) en 2013 se produjeron 110.437 disoluciones de matrimonios, donde los divorcios representaron el 95,0% del total, las separaciones el 4,9% y las nulidades el 0,1%.

Existen numerosos estudios que analizan el ajuste diádico para conocer las repercusiones de los conflictos conyugales sobre el propio subsistema conyugal (Belsey, 1996; Parra, 2007), o sobre los hijos (Cummings & Davies, 2002; Harachi et al., 2006; Parra, 2007), o el ajuste diádico en relación con el subsistema parental (Bigras & Paquette, 2000; Erel & Burman, 1995; Sturge, Davies & Cummings, 2006). Siendo pocos los autores, que relacionan los conceptos de ajuste diádico y salud familiar. En este sentido, Bloom (1985) y Polaino-Lorente & Martínez (2003) estudian el ajuste diádico desde el modelo salud/enfermedad, describiendo las respuestas que se dan a los distintos cambios que ocurren en un momento determinado, y relacionando el “ajuste” con “bienestar” y el “desajuste” con “enfermedad”. Dicha concepción es la base para relacionar los criterios de bienestar o malestar conyugal con el de bienestar o malestar en la salud familiar (Zicavo & Vera, 2011).

En esta línea se encuadra este estudio, que pretende relacionar el ajuste diádico en el subsistema conyugal con la salud familiar, es decir, determinar si el ajuste diádico o el comportamiento de la pareja y sus interacciones, pueden afectar al sistema familiar. Enfocar la atención socio-sanitaria hacia la familia, supone un reto y un cambio táctico y estratégico en la práctica de los profesionales sanitarios, pero este cambio solo será posible si se cuenta con una base conceptual, un modelo explicativo, y una organización capaz de poner en marcha este proceso (Balón & De la Revilla, 2011). Una vez sentadas estas bases, los resultados del trabajo pueden alentar a otros investigadores a desarrollar intervenciones terapéuticas en el ámbito marital para abordar sus problemas, aminorar los factores de riesgo, evitar las consecuencias e identificar las variables que confluyen

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

en el conflicto y su modificación, para poder prevenir problemas de salud familiar que afecten a esta como conjunto o unidad.

MARCO CONCEPTUAL

Marco conceptual

El proceso de investigación se realiza sobre unos planteamientos metodológicos que es necesario establecer a priori para que ayuden a estudiar y explicar el objeto del estudio y permitir a las personas que reciben este informe conocer el marco en el que se apoya que es, a su vez, el punto de arranque de la investigación. Para elaborar un marco teórico o conceptual, es preciso definir los conceptos, clarificarlos y precisar sus relaciones mutuas (Fortín, 1999). Los principales conceptos a los que nos referiremos en este apartado son: La familia, la salud familiar, el subsistema conyugal y el ajuste diádico conyugal.

La familia

Definición de familia

Podemos afirmar que no existe una definición única del concepto de familia, sino que diferentes autores y organismos se han referido a esta de manera diferente. En algunos casos estas definiciones se han basado en su composición y relaciones o vínculos como grupo. Así, tradicionalmente el núcleo familiar se ha definido como un matrimonio y sus hijos, por nacimiento o por adopción, y la familia se reconocía con facilidad como una unidad o grupo en la comunidad (Leahy, Cobb & Jones, 1977; Winch, 1952), o como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio” (OMS, 1976), “donde el grupo vive íntimamente en una residencia común” (Leahy et al., 1977). Con el paso del tiempo, y a medida que la sociedad española ha reconocido nuevas formas de relación, la estructura familiar y los modelos familiares se han ido amoldando, haciendo crecer nuevos conceptos como el de familia nuclear, monoparental, reconstituida, binuclear, homoparental, de hecho, etc. (Suarez, 2006), que suponen adoptar definiciones nuevas

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

como la que establece Olson & Defrain (2000) que afirman que la familia son “dos o más personas que están comprometidas entre sí y que comparten intimidad, los recursos, las responsabilidades de la toma de decisiones y los valores”, existiendo “relaciones de afinidad que reproducen el vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes” (Louro et al., 2002).

Por otro lado, Ackerman (1990) sugirió que la familia debía definirse en términos de salud, por ser “la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso y la unidad básica de la enfermedad y la salud”. Rescatándose autores como Smilkstein (1978) que en su momento consideraron la importancia de los cuidados en el entorno familiar y definió a la familia como un grupo psicosocial que está formado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, habiendo un compromiso entre los miembros de la familia de cuidarse unos a otros. Nitschke (1999) estableció que la familia es aquella capaz de satisfacer las necesidades de sus miembros, incluido el afecto, la seguridad, la imposición de límites, el aprendizaje y la comunicación, porque dispone de capacidad para establecer vínculos y aprender a relacionarse socialmente, siendo en la convivencia donde se desarrolla la complejidad de las relaciones interpersonales y la retroalimentación de las situaciones cotidianas. Y más recientemente Lima, Lima & Sáez (2009b) han puesto el acento en las funciones familiares relacionadas con el cuidado y el mantenimiento de la salud en el sistema familiar definiéndola como “unidad biopsicosocial que mantiene un determinado comportamiento frente a la salud y su pérdida, entre sus funciones destacan las de cuidar a sus miembros, con el objetivo de promover la salud, el bienestar y el desarrollo de éstos, manteniendo la dinámica familiar y adaptándose a las situaciones de crisis”.

La familia como sistema

Existe la tendencia a considerar a la familia desde un punto de vista sistémico. Según la Teoría de los Sistemas Familiares (Minuchin, 1985) y la Teoría Estructural de la Familia (Minuchin, 1974) esta funciona como un sistema social multinivel con relaciones de interdependencia, en lugar de simplemente como una colección de miembros que operan de forma independiente (Cigoli & Scabini, 2006). El sistema familiar está jerárquicamente organizado y mantiene un orden y una estructura, en la que cada individuo pertenece a diferentes subsistemas (Cox et al., 1997; Dessen & Braz, 2005), entre los que se hallan el conyugal, el parental, el fraterno y/o el individual. Las interrelaciones entre sus miembros permiten considerarla como una unidad interactiva, un "organismo vivo" que está, formado por una o más unidades, vinculadas entre sí por reglas de comportamiento. Es decir, cada parte de este sistema se va a comportar como una unidad diferenciada, influyendo y siendo influida, a su vez, por otras que componen el sistema, que ejercen interacciones recíprocas, de modo que el cambio de estado de una va seguido por un cambio en las otras unidades. Los límites de cada subsistema familiar van a permitir el equilibrio entre sí generando un sistema coherente, donde los miembros expresan calor, las relaciones son estrechas y armoniosas, y las delimitaciones son claras y están bien definidas, pero también son flexibles (Cox et al., 1997; Minuchin 1974). Así mismo, y en base a su interacción con la sociedad como un sistema abierto, la familia afecta y es afectada por los acontecimientos que se producen en otros subsistemas y por sus relaciones interdependientes y bidireccionales (Cox et al., 1997; Dessen et al., 2005). De este modo, la familia ejerce un impacto sobre su entorno, y es afectada por el mismo (Marriner et al., 2007), lo que la convierte en una entidad dinámica modificable por su contexto socio-histórico, dependiendo así en gran

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

medida de la sociedad, la cultura, y la época en la que se desarrolla. De este modo, sociedad y familia son indisociables, y se influyen mutuamente (Valdés, 2007).

La familia como proveedora de cuidados

Al analizar la influencia familia individuo y viceversa, se considera que la familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, al desempeñar funciones que comprenden aspectos tan importantes como la comunicación, la afectividad, el apoyo a la autonomía de los miembros en crecimiento, el establecimiento de normas y reglas, el ocio y el consumo, ser plataforma de ubicación social y adaptabilidad al entorno, constituir el núcleo de relación social, el patrimonio, cauce para hallar empleo, punto de apoyo y de recurso de amparo en caso de crisis y unidad de prestación de cuidados asistenciales y de salud (Flaquer, 1998).

La familia, además, actúa como guía y principal fuente de cuidados para sus miembros, pues en ella se adquieren conocimientos, actitudes y habilidades relacionados con la salud y los cuidados, se desarrollan conductas hacia la enfermedad y la asistencia sanitaria, y se aprende a cuidarse y a cuidar a otros, de modo que la familia puede contribuir al crecimiento y desarrollo de estos (Lima et al., 2009b). Es de destacar que la familia también puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico y brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos (Ortiz, 1999).

Constituye a su vez, la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias, a lo largo del ciclo vital, en el contexto social (Louro, 2003). Pero también puede ser un factor de riesgo para sus miembros favoreciendo la aparición de enfermedades o su mala evolución (De la Cuesta, 1995; González, 2000; Mejía & López, 2010), pudiendo constituirse en fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Y es que la familia influye en el estado de salud y de enfermedad de sus miembros y en las relaciones familiares, e igualmente cada uno de sus miembros pueden influir sobre el sistema familiar en su conjunto (Sánchez, Gómez & Duarte, 2008).

Y por tanto, al ser un sistema altamente interdependiente, debe existir percepción colectiva de eficacia para un buen funcionamiento de ésta. Es decir, debe basarse en creencias que apoyen las capacidades de la familia para trabajar juntos y promover el desarrollo individual y colectivo, que favorezca el bienestar, deben existir lazos beneficiosos para el sistema extrafamiliar y debe tener resistencia ante la adversidad (Bandura et al., 2011), contribuyendo así a mantener la salud familiar.

La valoración de la familia²

Hernández & Esteban (1999) establecen que la valoración familiar debe basarse en un modelo conceptual que guíe el proceso, conociendo los componentes o las dimensiones que hay que buscar, tener en cuenta, y valorar de la familia. En este sentido, y reuniendo diferentes teorías, debe contemplarse la estructura de la misma en base a aspectos internos (la composición familiar, el rango de orden de sus miembros, los diferentes subsistemas según las generaciones, el sexo, los intereses, las funciones y las fronteras o normas de la familia), y aspectos externos (la cultura, la religión, el status

² Este subapartado se tratará de forma más extensa en los Antecedentes y el Estado Actual del Tema.

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

de clase social, los medios y los familiares lejanos); debe contemplarse el desarrollo familiar, haciendo referencia a las etapas, tareas y atribuciones de cada miembro; y las funciones familiares clasificadas en instrumental (actividades de la vida diaria y repartición de tareas) y expresivas (comunicación, solución de problemas, roles, control, creencias, actitudes, expectativas, valores, prioridades y alianzas, coaliciones, dirección, balance e intensidad de las relaciones entre los miembros) (Colectivo de autores, 2004).

Otros autores como Varela, Rodríguez, Romero, Castro & Fernández (2005) establecen que dicha evaluación debe contemplar otros elementos como: La estructura interna (que corresponde a la unidad doméstica actual y a los componentes de la familia), la estructura externa (compuesta por la familia extensa, amigos, recursos sociales, trabajo, escuela, profesionales de la salud y todo aquello que rodea a una familia, para superar o hacer frente a los desafíos de la vida), la estructura contextual (etnia, raza, clase social, religión, entorno, etc.), la fase del ciclo evolutivo de la familia, la etapa de desarrollo individual en que se encuentran todos sus miembros, el funcionamiento de la familia, las pautas de apego excesivo y desapego, las fronteras generacionales y las fronteras entre la familia y la comunidad, la presencia de una enfermedad física o discapacidad, el grado de evolución o ciclo de la misma, la incertidumbre y previsibilidad de complicaciones, los acontecimientos y transacciones claves en la familia, así como las estrategias de afrontamiento y respuesta ante estas situaciones, los factores estresantes, la comunicación de cuestiones prácticas, instrumentales y emocionales, y el sistema de creencias.

La salud familiar

Al hablar de salud referida a la familia existe cierta confusión entre “salud de la familia” y “salud familiar”. La primera se refiere a la salud de cada uno de sus

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

miembros, donde la familia es reducida a la suma de las características de los integrantes que la componen (Rolland, 2000); mientras que la salud familiar implica abordar a la familia como una unidad biopsicosocial precisa cuidados propios y que a su vez actúa como guía en el cuidado de la salud, como factor de riesgo y como recurso en relación a la salud de sus miembros (Mejía et al., 2010; OMS 1974).

Definición de salud familiar

El concepto de salud familiar, ha sido definido como “un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de ésta, como unidad biopsicosocial, en el contexto de una cultura y una sociedad” (OMS, 1976). Y también como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en término de funcionamiento efectivo, dinámica interaccional, capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, y cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida (Ortiz, Louro, Jiménez & Silva, 1999).

Posteriormente se ha definido como el funcionamiento del sistema familiar, como unidad para alcanzar el desarrollo de sus miembros, mediante la satisfacción de sus necesidades, la adecuada interacción entre ellos y con el suprasistema, además de la resolución de problemas (Caro et al., 2011; Castellanos, 1997; González & Morera, 1983; Horwitz et al., 1985; Lima et al., 2009a; Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón & Domínguez-Sánchez, 2012a; Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón, Domínguez-Sánchez & Bujan-López, 2011b; Louro, 2003; Méndez, Louro & Bayarre, 2011; Ortiz, 1999). Y más recientemente Lima et al. (2009a) la definen como “la capacidad para conseguir el crecimiento y desarrollo de sus miembros y la adaptación a las situaciones de crisis que se le presenten en las distintas etapas de su

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

ciclo vital”, basados en que salud familiar no es un estado sino un proceso continuo y dinámico que se encuentra en constante equilibrio y cambio, como respuesta a los acontecimientos propios del ciclo vital y aquellos hechos o situaciones accidentales que les afectan (Rolland, 2000). Se construye en la propia dinámica interna que establecen sus miembros, en la toma de decisiones, en la forma en que estos se educan y en la disponibilidad y el acceso a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades (González, 2000; Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón & Domínguez-Sánchez, 2011a; Lima et al., 2009b; Louro, 2003).

Valoración de la salud familiar

Sánchez y et al., (2008) definen las características de la familia saludable y establecen los elementos a valorar: La vinculación y compromiso de los familiares como una unidad de relaciones de afecto y de apoyo mutuo; el respeto y fomento de las diferencias personales, la autonomía y las necesidades de cada uno, así como el desarrollo y el bienestar de los miembros de cada generación; la relación de afecto, respeto mutuo, apoyo y reparto equitativo del poder y de las responsabilidades en las parejas; el liderazgo y autoridad de los padres hacia los hijos para la crianza, protección y socialización de éstos y el cuidado de otros familiares vulnerables, así como conocer y respetar los límites establecidos; la estabilidad emocional y organizativa; la adaptabilidad y flexibilidad para satisfacer las exigencias internas o externas al cambio, al estrés y los problemas; la comunicación abierta y transparente; la utilización del método de resolución de problemas cuando se da un conflicto o problema; el sistema de valores y creencias compartido, que permita confianza mutua, vinculación; y los recursos adecuados para una seguridad económica y un apoyo psicosocial y emocional básico en la familia extensa, redes de amigos, comunidad y sistemas sociales más amplios.

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Louro (1993) resalta, además, la capacidad familiar para superar las crisis y adaptarse a los cambios incidiendo, por tanto, en la necesidad de valorar el equilibrio armónico entre salud y los factores socioeconómicos-culturales, la satisfacción de las necesidades de sus miembros, los factores personales (psicológicos, biológicos y sociales), los factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento de crisis) y factores sociológicos (modo de vida en la comunidad).

Partiendo de los modelos de valoración familiar y los modelos de valoración de la salud familiar, se deducen diferentes elementos, componentes o dimensiones comunes, que influyen sobre la salud familiar y que deben integrarse en un sistema de valoración que los interrelacione. En este sentido, Lima et al., (2009b) proponen evaluar la salud familiar en base a la composición, la estructura, el ciclo vital familiar, los acontecimientos estresantes que puedan afectar a la familia y el apoyo social percibido, contemplando cinco dimensiones como componentes de la salud familiar (Figura 1): el clima social familiar, el funcionamiento de la unidad, el grado de integridad que mantienen sus miembros, la capacidad de resistencia frente a los problemas que les afectan y la forma de afrontarlos.

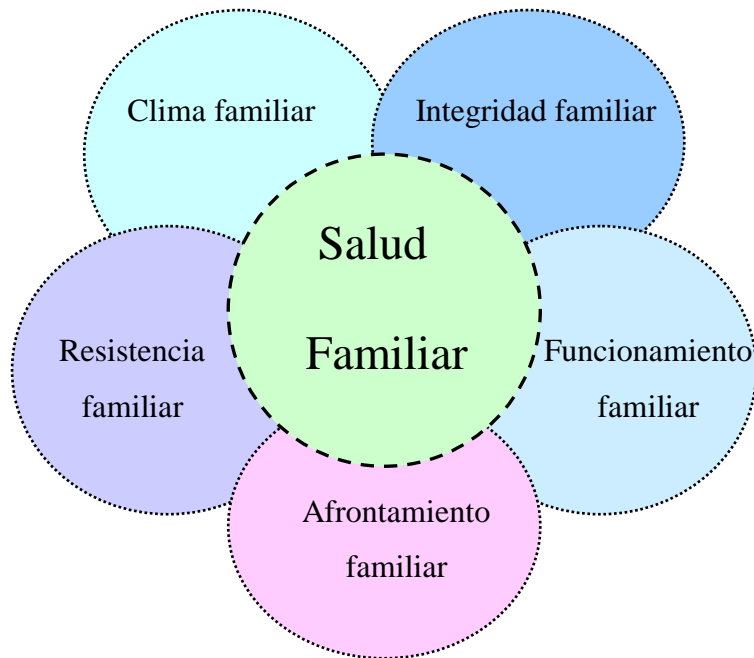


Figura 1. Componentes de la salud familiar. Elaborado por Lima et al., (2009a).

El *clima social familiar* estaría relacionado con el ambiente interno que generan los miembros de la unidad, que debe fomentar el crecimiento y desarrollo, la madurez, la adquisición de competencias y la promoción de valores adecuados. Depende del equilibrio entre individualidad (autonomía, independencia, intimidad, espiritualidad), y colectividad (pertenencia, colaboración, apoyo), de la libre expresión de emociones, opiniones, quejas, y de la estabilidad en el sistema conseguida por el mantenimiento de su organización, de las rutinas familiares, o de la adecuada gestión de finanzas (Lima-Rodríguez et al., 2012a). Está influenciado por la estructura de la familia, los valores que imperan en la misma, y el tipo de comunicación y relación entre sus miembros y es que la estructura familiar inconsciente se compone de los vínculos que unen a cada uno de sus miembros, que están regulados por acuerdos y normas (Berenstein, 1987; Lima-Rodríguez et al., 2012a). Está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros, demostrando que ejerce una influencia significativa en la conducta y el desarrollo social, físico e intelectual de los individuos que integran la familia (Ruiz,

López, Pérez & Ochoa, 2009). Los vínculos emocionales determinan si una familia está cohesionada o no, estableciendo unos límites, un fomento de la intimidad, y apoyos emocionales mutuos (Lima et al. 2009a). Estos, a su vez, darían estabilidad al clima reflejándose en un mantenimiento de las rutinas familiares a lo largo del tiempo, y haría que los miembros de la familia se desarrollen de un modo adecuado (en términos de competencias personales, valores morales, y desarrollo intelectual) (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón & Domínguez-Sánchez, 2013), ayudando a la gestión de conflictos, pues estos pueden alterarla y generar un clima inadecuado (Turner & West, 1998).

La *integridad familiar* hace referencia al grado de unión que se establece entre sus miembros. Se refleja en el modo en que estos participan en ceremonias y eventos familiares, se implican para solucionar problemas, son leales a la familia (se adhieren a las reglas, cumplen las obligaciones, defienden la familia), comparten preocupaciones y sentimientos y adquieren compromisos. En la misma intervienen valores (solidaridad, confianza, respeto, honestidad), elementos instrumentales (toma de decisiones, solución de problemas, derechos y obligaciones) y elementos estructurales (sentimiento de pertenencia y de identidad y compromiso con la familia) (Lima-Rodríguez et al., 2013). Y en una familia se mantiene la integridad cuando sus miembros demuestran unión, afinidad, y lazos que les llevan a compartir afectos y preocupaciones entre ellos, y a comunicarse de forma abierta y honesta. Cuando los familiares se implican en las rutinas y en los problemas que afecten a la familia, estos se convierten en un recurso para la familia que se fortalece y una familia íntegra se convierte a su vez en un recurso para sus miembros. Además implica los esfuerzos de la familia en busca de minimizar el impacto estresor (Jiménez, Amarís & Valle, 2012).

El *funcionamiento familiar* se orientaría a satisfacer las necesidades de los miembros durante la transición entre las diferentes etapas de su desarrollo, a la realización de las rutinas familiares, al desarrollo de los procesos familiares, al mantenimiento de un entorno seguro y protector, a adaptarse a los cambios en el ciclo vital familiar. Sería una dinámica relacional interactiva y sistémica, que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema. Depende de la composición, la estructura, la organización familiar, el desempeño de roles, la adecuación de las reglas, el patrón de comunicación y relaciones, y el mantenimiento de una línea clara de autoridad (Camacho, León & Silva, 2009; Lima-Rodríguez et al., 2012a). En las familias que mantienen un buen funcionamiento, los roles familiares se distribuyen y desempeñan de forma efectiva conforme a unas reglas que son bien aceptadas, y con un buen nivel de comunicación entre sus miembros. Por lo tanto, una organización adecuada, flexible, con un patrón de comunicación y relaciones adecuado, y una organización económica que favorezca un entorno seguro y protector, asegurarán un adecuado funcionamiento familiar (Lima-Rodríguez et al., 2012a). Por otro lado, cuando el funcionamiento es adecuado se convierte en una fortaleza en momentos de estrés ya sea interno a la familia (enfermedad, pérdidas, separación...) o externo a ésta (desempleo, cambios de residencia, deudas...) (Vollrath, Neyer, Ystrom & Landolt, 2010).

La *resistencia familiar* estaría relacionada con los mecanismos de defensa que tiene la familia para hacer frente a las situaciones adversas y mantener la salud familiar. Representa un patrimonio humano, cultural, material, que ayuda a la familia a soportar el impacto de los agentes estresantes y defenderse de ellos. Para mantener y aumentar su resistencia las familias pueden contar con sus propios recursos y con otros procedentes de la familia extensa y de la comunidad (Lima-Rodríguez et al., 2012a). Los recursos

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

internos lo conforman por sus propios miembros, sus conocimientos, competencias, creencias promotoras de salud y experiencias para resolver problemas. Hay estudios que muestran que las personas con mayor nivel de estudios se perciben a sí mismas como más competentes, por lo que su evaluación de la situación es más positiva, y sus estrategias de afrontamiento más efectivas (Putwain, Woods & Symes, 2010). Otra fuente de resistencia se encuentra en los recursos materiales propios. Los recursos externos incluyen a otros miembros de la familia extensa y los recursos comunitarios sociales, como pueden ser las redes y apoyos, los grupos de autoayuda, o el acceso y la disponibilidad de servicios comunitarios, entre otros (Lima-Rodríguez et al., 2012a). En este sentido se puede intervenir sobre las familias ayudándolas a desarrollar habilidades como el pensamiento positivo y/o habilidades sociales para aumentar su red de apoyo o familiares.

El *afrontamiento familiar* sería el modo de enfrentarse a la aparición de acontecimientos estresantes. Depende fundamentalmente de la capacidad para percibirlos, tomar decisiones, elegir estrategias convenientes, utilizar los recursos disponibles. Es adecuado cuando permite mantener el funcionamiento familiar. Existen tres comportamientos familiares que pueden alterar el proceso de afrontamiento familiar: el estilo estructural o estilo de afrontamiento, las conductas automáticas y el control del entorno (Lima-Rodríguez et al., 2012a). Los familiares usarán diferentes estrategias para recobrar el bienestar que se ve amenazado, dirigiendo esfuerzos cognitivos y conductuales a compensar las demandas que producen los distintos acontecimientos estresantes (Bulbena, Berrios & Fernández de Larrinoa, 2000). Las opiniones y atribuciones (afrontamiento) de los familiares afectarán a su experiencia subjetiva (funcionamiento) de carga familiar de cuidado (Kallert & Nitsche, 2008). Y el significado que la familia le dé a la situación influye sobre aspectos cognitivos,

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

emocionales y motivacionales, determinando por tanto las estrategias de afrontamiento frente a los problemas que puedan presentarse. En el significado que se dé a la enfermedad influyen la cultura, las creencias y el grado de conocimiento personal. Si este significado se relaciona con la culpa o la victimización, se dificulta un adecuado afrontamiento (Nieto, 2001).

El subsistema conyugal

Para Jaén & Garrido (2005), los subsistemas son reagrupamientos particulares, de miembros del sistema general, que se realizan teniendo en cuenta las relaciones peculiares y los vínculos específicos que mantienen los miembros entre sí. Por ello, se entiende que aun manteniendo relación con los demás miembros del sistema, éstos establecen un tipo de intercomunicación diferente o peculiar dentro del mismo, al tiempo que ocasionan la organización en estructuras particulares.

De todos los subsistemas integrados en el sistema familiar, la relación de pareja, o subsistema conyugal, es el centro relacional de la familia (Davies, Sturge- Apple, Woitach, & Cummings, 2009) puesto que juega un papel crucial en la estructura emocional y relacional de la misma como un todo (Amato & Cheadle, 2008; Feldman, Wentzel, Weinberger & Munson, 1990). Y además, es un área de suma importancia en la formación de individuos para construir una sociedad equilibrada y en armonía y facilitar la funcionalidad dentro de un contexto, y de la familia como núcleo fundamental de la sociedad (Hawkins et al., 1992).

Definición de subsistema conyugal

Para muchos autores, el subsistema conyugal comienza cuando dos individuos están en pareja, delimitan una relación significativa, consensuada, con estabilidad en el tiempo, formando una nueva unidad social, un sistema marital (estén o no casados)

(Espriella, 2008). Este sistema no es la simple suma de dos personalidades o dos individuos con sus respectivas necesidades y características, sino una entidad nueva y cualitativamente distinta, que se transforma con el fin de generar, compartir y desarrollar un plan de vida común para enfrentar el futuro, de la que depende el funcionamiento de cada miembro de la pareja dentro de otros sistemas (Blázquez, 2011; Cole, 2002; Elsner, Montero, Reyes & Zegers, 2000; Roche, 2006).

El concepto de sistema conyugal o pareja, como integrantes de la familia, ha sido abordado por numerosos autores, desde distintos puntos de vista. Así, desde una perspectiva de la familia tradicional occidental, Minuchin (2009) explicó que en el momento en el que dos adultos se unen con la intención de construir una familia, se forma el sistema conyugal, considerado como un subsistema dentro de la estructura familiar. Considera, además, que la formación de una familia tiene su origen en la voluntad de dos personas de convivir e interactuar constantemente, entre las que existe el deseo de unión exclusiva y un proyecto de vida en común con evidente sentimiento de compromiso entre ellos. Esta unión sentimental es la que marca el comienzo de una nueva familia. La interacción existente entre ambos podría contribuir al futuro de la familia (Foucault, 1985; Melero, 2008; Oliveira, et al., 2009).

El funcionamiento del subsistema conyugal

El curso que lleva la relación de pareja puede variar con el paso del tiempo y con la presencia o ausencia de hijos, pero el objetivo fundamental de la relación no es lograr una estabilidad económica, ni la crianza de los hijos, ni la regulación o permisividad de la sexualidad, sino que la unión de dos personas tiene una finalidad social, donde lo emocional y las cuestiones sentimentales de la relación adquieren la máxima importancia (Foucault, 1985; Melero, 2008). E independientemente del modelo de

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

organización de cada pareja, o del tipo de pareja (homosexual, heterosexual, de hecho, matrimonio, etc.), para Minuchin (2009) el subsistema conyugal debe poseer tareas y funciones específicas vitales para el buen funcionamiento del grupo. Éstas ya fueron detalladas por Duvall & Miller (1985): Conservación física y hogar independiente, prestación de cuidados básicos de salud, provisión, administración y distribución de recursos, división del trabajo (tareas domésticas, cuidado de niños y necesitados, provisión de recursos, etc.), conservación del orden (satisfacción de las necesidades emocionales y establecimiento de canales de comunicación y relación), e integración en el núcleo social mayor de redes sociales y comunitarias.

Pero es que, además, para el correcto desarrollo de la relación de pareja y de sus funciones también son necesarios diferentes requisitos propuestos por Rage (2002), tales como que la pareja debe fomentar el proceso de madurez y preparación para la misión que van a emprender. Ambos miembros deben ser conscientes de los retos que les prepara el mundo cambiante, así como de las dificultades propias de cada etapa de su ciclo vital, para poder vivir y trabajar juntos en su propio crecimiento como personas y como pareja, en la formación de una familia sana, funcional y con valores. Este proceso se fundamenta en la complementariedad y la acomodación mutua (Minuchin, 2009). También se considera fundamental el respeto mutuo, el diálogo, el compañerismo y la capacidad para resolver problemas, el compromiso existente entre sus miembros, tanto el compromiso mutuo como en el compartido en relación con las actividades diarias (Foucault, 1985; Melero, 2008; Oliveira et al., 2009; Wallerstein & Blakeslee, 1995). Y es que la eficacia de la relación de pareja se centra en la capacidad de comunicarse abiertamente el uno con el otro, darse apoyo, resolver los problemas de la pareja y trabajar en los desacuerdos que pueda haber en la crianza de los hijos (en caso de que los haya) y el manejo de las finanzas (Bandura et al., 2011).

Igualmente importante resulta la experiencia de la sexualidad como formas de alimentar y retroalimentar la interacción (Foucault, 1985). En este sentido se resalta, la interacción conyugal positiva a través del afecto, apoyo, respeto y cuidado mutuo, el diálogo, el compañerismo, el fortalecimiento de los lazos emocionales, la preocupación y la atención por el otro, y de la capacidad para equilibrar las diferencias y resolver los conflictos (Bandura et al., 2011; Foucault, 1985; McCoy, Cummings & Davies, 2009), así como la sinceridad y la libertad para que los cónyuges dispongan de tiempos cruciales para revisar las situaciones que facilitan o dificultan una relación predominantemente armónica, permitiendo así buscar alternativas sanas y recíprocas en la convivencia (Oliveira et al., 2009).

Destacar el papel de los conflictos maritales, como un aspecto central en las relaciones íntimas, ya que el alto grado de interdependencia entre sus miembros favorece la aparición y el mantenimiento de los mismos. Estos conflictos son comunes y frecuentes porque el contexto en el que se desarrolla la pareja está impregnado de una confrontación constante entre la individualidad de los cónyuges y la pareja conyugal en sí misma (Féres-Carneiro, 1998). Se definen como cualquier disputa, desacuerdo o expresión de emociones negativas frente a los problemas cotidianos o problemas diarios (Cummings et al., 2002). Es una variable compleja para ser medida porque varía en función de la intensidad, contenido, grado de resolución, que puede ser abierto o encubierto, y que se ve afectada por el tiempo y las diferentes etapas de desarrollo de los miembros del subsistema (Kline, Pleasant, Whitton & Markman, 2006). Y existen múltiples causas relacionadas con los conflictos conyugales: las luchas por el poder, las transiciones familiares inherentes al desarrollo, la presencia de los niños, los problemas financieros, la división de responsabilidades, relaciones extramaritales, las diferencias de género, desacuerdos con respecto a la educación de los hijos y las diferencias en las

características personales de los cónyuges, tales como el temperamento, la historia de vida y la presencia de psicopatologías (Bigras et al., 2000).

La comunicación en la interacción de pareja también es un factor que tiene un peso significativo por ser un proceso dinámico de intercambio de acciones, pensamientos y sentimientos que permite a ambos miembros de la pareja establecer un acuerdo implícito o explícito sobre el objetivo de la relación, dialogar sobre los valores, el mantenimiento, la consolidación o reconstrucción de la autoestima propia y mutua, la expresión del afecto, la acogida, la comprensión y la revelación de vivencias interiores, el replanteo del contrato conyugal para que sea siempre algo dinámico, adecuado a las diversas circunstancias y a los cambios evolutivos del individuo y de ambos cónyuges. La buena comunicación ha de ser vehículo de la expresión de igualdad y confianza entre ambos cónyuges, ha de ser instrumento de una puesta en común y de un aumento de la motivación respecto a los intereses de cada uno y ha de facilitar una flexibilidad en la distribución de los roles conyugales y de las tareas concretas a realizar a lo largo del ciclo vital familiar, requisito necesario en una sociedad cambiante, como la actual (Roche, 1982).

La pareja sana o enferma

En base a los aspectos reseñados, autores previos han reflexionado sobre los conceptos de pareja sana versus pareja enferma. Jaén & Garrido (2005) definen la pareja sana como aquella que se caracteriza por interacciones simétricas y complementarias, donde existe un proceso de autodefinición de cada miembro ante el otro, y donde se define y decide conjuntamente qué tipo de conducta comunicativa ha de prevalecer en la relación para que ésta pueda ir evolucionando. Es decir, la pareja tiene límites claramente definidos hacia el interior y el exterior de la relación, firmes respecto a otros

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

subsistemas y con ausencia de coaliciones entre los miembros de distintas generaciones. Además, tiende al equilibrio, la flexibilidad para conjugar el mantenimiento de la integridad del sistema, y con homeostasis para permitir la evolución y el desarrollo de la pareja. Presenta un reparto adecuado de los roles a desempeñar y normas y reglas que favorecen el desarrollo de la pareja y facilitan las relaciones fluidas.

Para ello, dicha pareja debe cumplir con ciertos requisitos para que tengan un funcionamiento adecuado y productivo. Éstos pueden ser individuales (autovaloración, autoestima, autoaceptación, personalidad madura, equilibrada y responsable), o interrelacionales entre ambos cónyuges, destacando aquellos relacionados con los sentimientos (amor, afecto, aceptación mutua, compromiso, complicidad, confianza, colaboración, pertenencia, apoyo, reciprocidad, respeto y atracción erótico-sexual), la satisfacción marital (evaluación global y subjetiva que un individuo hace de su cónyuge y su relación), la simetría en la relación (autoridad, liderazgo, responsabilidades, toma de decisiones, definición y reparto de tareas, adaptabilidad, flexibilidad, claridad de reglas y roles, igualdad de derechos y libertades), el funcionamiento conyugal (estabilidad emocional, cohesión, ajuste y armonía cognitiva y sexual, definición de fronteras), el afrontamiento conyugal (habilidades comunicativas y negociadoras, capacidad de adaptación, flexibilidad, permeabilidad social, disponibilidad de recursos...), y la predisposición favorable a la salud del sistema conyugal y familiar, entre otros (Herrera, 2000; Roche, 1982; Zicavo et al., 2011).

Y por el contrario, la pareja enferma o disfuncional, destaca por la existencia de límites excesivamente rígidos o permeables, no presenta homeostasis o ésta es inestable, la interacción entre ambos cónyuges es asimétrica o no complementaria, existe una definición confusa de la relación, de los roles o incluso de las reglas y las normas o la

comunicación entre ambos es paradójica, de modo que impide la fluidez de la relación y dificulta el desarrollo de la pareja (Jaén et al., 2005).

El ajuste diádico conyugal

El ajuste tiene que ver con los procesos necesarios que cada miembro de la diada debe realizar para conseguir una relación funcional y armónica (Sabatelli, 1988). Pero dicho concepto tal y como es planteado puede conducir a confusiones debido a que a menudo es utilizado como sinónimo de “adaptación”, razón por la cual, resulta de gran importancia delimitar su significado. En este sentido, el ajuste se refiere al nivel de funcionamiento en base a las respuestas que se dan a los distintos cambios que ocurren en un momento determinado (Polaino-Lorente et al., 2003).

Definición de ajuste y desajuste diádico conyugal

Diferentes autores han definido este concepto desde distintos puntos de vista refiriéndose a él como ajuste diádico conyugal o marital. Locke & Wallace (1959), entendieron el ajuste marital como la “acomodación entre un marido y su mujer en un momento dado del tiempo”. Para Spanier (1976) es un proceso cuyo resultado depende de diversos factores, como son las diferencias problemáticas en la pareja, las tensiones interpersonales, la satisfacción y cohesión diádica, y el consenso en aspectos importantes para el funcionamiento de la pareja. Tapia et al., (2009), definieron el ajuste marital como el reporte subjetivo de los miembros de la pareja en lo que respecta a compartir intereses, valores, objetivos y puntos de vista, así como a las vivencias expresadas sobre el estado de la relación de la pareja.

En cambio, el desajuste marital, es un concepto que introduce la Teoría Bowenian (Bowen, 1978), y que aparece cuando un miembro del subsistema está estresado o presenta altibajos emocionales, haciendo que la relación diádica pueda verse

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

afectada. Para Kerr & Bowen (1988) los desequilibrios o desajustes en las relaciones de pareja aparecen cuando un miembro de la diada se considera inadecuado para la misma o se ve excluido del subsistema. Para otros autores, estos desajustes pueden aparecer por diversas causas, destacando: Falta de comunicación en la pareja, conflictos conyugales (Cummings et al., 2002; Turner et al., 1998), infidelidad, falta de igualdad de participación entre ambos cónyuges en las tareas domésticas y/o cuidado de los hijos, involución de la pareja, debilitamiento de los lazos de afecto, falta de compromiso o clima de tensión (Oliveira, Leiva & Lopes, 2002), y triangulación, es decir, que una tercera persona, generalmente un hijo, entra a formar parte de la diada generando conflictos, o donde el niño se convierte en el objeto del conflicto marital (Lindahl, Clements & Markman, 1997; Minuchin, 1974).

Lo cierto es que cada crisis del subsistema marital debe ser situada en un ciclo vital concreto para que se comprenda su sentido y se pueda formular una solución (Elsner et al., 2000). La pareja puede superar la crisis con comodidad o quedarse atrapada por algo que impida el mantenimiento y la consolidación de tres características fundamentales para su armonía: estabilidad, cohesión y progreso (Elsner et al., 2000; Ríos, 2006). En este sentido, el ajuste se convierte en una dimensión cualitativa cambiante que permite sortear los requerimientos de las distintas fases del ciclo vital (Elsner et al., 2000; Hernández, Fernández & Baptista, 2008; Rage, 2002).

Evaluación del ajuste diádico

Según Doss y Christensen (2006), el ajuste diádico se puede evaluar a través cuatro subcategorías, de las cuales dos se consideran positivas y dos, negativas. Entre las positivas se encuentra la Afectividad (fundamentada en los componentes de intimidad verbal, intimidad física y actividad sexual) y la de Cercanía (compuesta por

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

decisiones financieras, tiempo compartido, confianza, crianza de los hijos, actividades sociales, apoyo, soluciones intentadas y tareas del hogar). Entre las negativas están las Exigencias (fundamentada en el abuso verbal, las críticas, el control y el autoritarismo) y la Violación (definida como la falta de respeto, en la cual se encuentran la infidelidad, deshonestidad, comportamientos adictivos, abuso físico, invasión de privacidad e incumplimiento de acuerdos).

Para Spanier (1976) la calidad de la relación o el grado de ajuste marital depende de cuatro áreas medibles, estas son: El consenso marital, la cohesión marital, la satisfacción marital y las expresiones de afecto. El consenso marital está relacionado con el grado de acuerdo en la pareja respecto a temas importantes, como pueden ser los valores, educación, tareas domésticas, esparcimiento, etc. La cohesión marital indica el grado en que la pareja se involucra en actividades en común relativas a proyectos de vida o de intercambio positivo de reforzadores. La satisfacción marital se refiere a la satisfacción de la pareja con la relación, entendida como frecuencia y grado de las discusiones, satisfacción con la relación actual y al compromiso de continuar con la relación. La expresión de afecto se relaciona con la satisfacción de la pareja con las expresiones de afecto dentro de la relación, así como si están satisfechos con las relaciones sexuales.

Y autores más actuales como Santos-Iglesias, Vallejo-Medina & Sierra (2009), cuestionan la estructura original de cuatro factores propuesta por Spanier (1976) para la medición del ajuste diádico. Y en su estudio demuestran que la expresión de afecto está implícita en la satisfacción marital y se correlaciona pobremente con el consenso y la cohesión, demostrando que existe buen ajuste en el modelo formado solo por las tres áreas de consenso, cohesión y satisfacción.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Antecedentes y estado actual del tema

Evolución del trabajo con familias

Según Bowen (1991) no existe consenso en la tentativa de explicar o describir el origen del movimiento familiar. Este autor considera que fue en 1950 cuando se desarrolló el campo de conocimiento dirigido al estudio familiar, con la intención de buscar métodos de terapia más eficaces en los casos de graves trastornos emocionales, y que, por tanto, prosperó como una extensión del psicoanálisis y la psiquiatría. En cambio, para Icart & Freixas (2013), los estudios sobre familias comenzaron cuando aquellos que tenían una ideología pseudocientifista dejaron de ver al individuo como la causa de su propio trastorno, para pensar que el individuo pertenece a un círculo social cercano, el grupo familia, cuyas interrelaciones entre sus miembros configuran la dinámica del grupo, al tiempo que va moldeando la personalidad de cada uno de ellos. Así, el actual movimiento familiar fue iniciado por muchos y diferentes investigadores (trabajando de manera independiente) que, partiendo de un concepto teórico o clínico, comenzaron a afirmar que la familia era importante. Desde el momento en que la atención se desplazó del individuo a la familia, todos ellos tuvieron que afrontar el dilema de describir y conceptualizar el sistema relacional de la familia (Bowen, 1991).

Ackerman, fue uno de los pioneros en hacer trabajos de campo con la familia desarrollando un modelo conceptual titulado “Interdependencia patológica en las relaciones familiares” y un método terapéutico denominado “terapia de la familia” donde se observa, demuestra e interpreta la interdependencia observada en el seno familiar (Radó & Daniels, 1956). Pero enseguida este movimiento familiar pasó a ser un “estado de caos”, cuando los profesionales clínicos y/o terapeutas familiares empezaron a entrevistar y analizar a las familias y se toparon con nuevos fenómenos clínicos no

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

explicados por la teoría individual a los que debían enfrentarse, descubriendo que muchos conceptos se habían vuelven superfluos, y viéndose obligados a buscar nuevas formulaciones teóricas (Bowen, 1991). Por tanto, tanto la medicina, como la psicología, sociología, enfermería etc., empezaron el desarrollo de modelos, teorías e instrumentos de medida para acercarse a la valoración integral y sistémica de la familia y de la salud familiar para poder obtener la información necesaria y trabajar desde cada uno de estos enfoques disciplinares (Griffith & Christensen, 1982).

En la práctica enfermera, a pesar de que los estudios sobre la familia son cada vez más abundantes y se han convertido en foro de debates de experiencias y de adquisición de nuevos modos de estudiar el fenómeno “familia” (Bowen, 1991), se aprecian dificultades para trabajar con la unidad familiar, y esto puede ser explicado por: la falta de una definición de familia y de salud familiar estándar y común para la disciplina enfermera, la complejidad de la familia y de los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad de la misma, y la ausencia de modelos enfermeros suficientemente desarrollados para su abordaje (Silberstein, 1997). Esto ha servido de aliciente para que, en los últimos años haya aumentado el interés de los profesionales sanitarios en medir la salud familiar, tanto en la investigación como en la práctica clínica (Badia & Baró, 2001). Y para ello ha sido necesario la identificación de sus dimensiones fundamentales para establecer indicadores que permitan objetivarla, a pesar de los problemas que se encuentran a su paso, los de medición y los de acopio y análisis de datos (OMS, 1976).

En este sentido la disciplina enfermera es pionera en el desarrollo de un sistema de Clasificación de Resultados de Enfermería (Orozco, 2010), que recoge dentro del dominio de Salud Familiar, y de la clase de bienestar familiar, indicadores como: el afrontamiento de los problemas de la familia, el apoyo familiar durante el tratamiento,

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

el clima social de la familia, el funcionamiento de la familia, la integridad de la familia, la normalización de la familia, la participación de la familia en la asistencia profesional y la resistencia familiar, como resultados que deben alcanzar las familias para obtener el mejor estado posible de salud familiar (Moorhead, 2009). A pesar de ello, las dificultades encontradas a la hora de describir y analizar las complejas dimensiones humanas han dejado al descubierto que tanto el Proceso de Atención de Enfermería como la entrevista y la observación por sí solas no son suficientes para recoger información, analizarla, establecer un diagnóstico y planificar cuidados, identificando los problemas y/o necesidades que afectan a la familia (Ortega, Cuesta & Días, 1999; Varela, Rodríguez, Romero, Castro & Fernández, 2005). Por lo que se ha ido avanzado en el uso y la creación de estrategias clinimétricas y escalas de medición con la finalidad de medir fenómenos como la salud que no son directamente observables, tanto en la investigación como en la práctica clínica (Badía & Baró, 2001). Estas escalas ayudan al diagnóstico, al umbral de tratamiento, a la actitud terapéutica, a la comunicación con otros profesionales, establecen un referente poblacional y sirve de ayuda y apoyo en la investigación clínica (López & Morales, 2005).

Una revisión exhaustiva ha permitido conocer la existencia de multitud de escalas y cuestionarios de nueva creación para el estudio de las necesidades familiares. Entre todas ellas se han querido destacar las de más reciente publicación y manejo en la práctica clínica y en la investigación entre los profesionales de la salud (Tabla 1).

Tabla 1. Escalas para evaluar las necesidades de la familia. Revisión de la literatura.

Referencia	Instrumento; Ítems (dimensiones); Población; Propiedades psicométricas.
Astedt-Kurki, Tarkka, Rikala, Lehti & Paavilainen (2009)	Funcionamiento de la Familia, Salud y Asistencia Social; 62 ítems en 3 dimensiones (funcionamiento de la familia, la salud de la familia y el apoyo social); Familias con pacientes cardíacos adultos; α Cronbach= 0,70 a 0,98.
Da Silva et al. (2014)	Apgar Familiar; 5 ítems en 1 dimensión (Funcionamiento de la familia); Población general; Coeficiente de correlación > 0,55, Correlación ítem-escala= 0,61-0,71; α Cronbach=0,84.
Jorge & Chaves (2012)	Inventario de Experiencia en el Cuidado; 66 ítems en 9 dimensiones (los comportamientos difíciles, síntomas negativos, el estigma, problemas con los servicios, los efectos sobre la familia, necesitan hacer copias de seguridad, la dependencia, pérdida, experiencias personales gratificantes, los buenos aspectos de la relación); cuidadores de pacientes con enfermedad mental grave; α Cronbach= 0,74 a 0,91.
Knafl et al. (2011)	Medida de Gestión Familiar; 45 ítems en 5 dimensiones (La vida cotidiana del niño, su capacidad de gestión del estado, gestión del estado de esfuerzo, dificultad de la vida Familiar, la mutualidad de los padres); Los padres de niños con enfermedades crónicas; α Cronbach= 0,72 a 0,91, fiabilidad test-retest=0,71 a 0,94.
Lima et al. (2012a)	Estado de Salud Familiar; 42 ítems en 5 dimensiones (Clima, Integridad, Funcionamiento, Resistencia y Afrontamiento familiar); Población general; α Cronbach=0,73 a 0,89.
Mansfield, Keitner & Dealy (2015)	Evaluación de dispositivos familiares; 53 ítems en 8 dimensiones (funcionamiento familiar, resolución de problemas, comunicación, roles, capacidad de respuesta afectiva, participación afectiva, control de la conducta y funcionamiento General); Población general; α Cronbach= 0,62 a 0,92.
Martin-Carrasco et al. (2010)	Escala de sobrecarga del cuidador; 22 ítems en 4 dimensiones (el estado de salud de los cuidadores, el bienestar psicológico, las finanzas y la vida social); α Cronbach=0,91, fiabilidad test-retest= 0,71.
Olson (2011)	Escala de evaluación de la cohesión y Adaptabilidad Familiar; 20 ítems en 2 dimensiones (cohesión y adaptabilidad); Población general; α Cronbach= 0,87 a 0,89.

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Ronccone et al. (2007)	Funcionamiento familiar; 24 ítems en 3 dimensiones (resolución de problemas, habilidades de comunicación y metas personales); Población general; α Cronbach=0,66 a 0,83, total=0,84, fiabilidad test-retest= 0,60 a 0,75.
Soleimani & Bashash (2014)	Encuesta de las necesidades familiares; 35 ítems en 2 dimensiones (necesidades funcionales de los padres con los discapacitados y en el cuidado de la salud crónica de los niños); Familias con hijos con enfermedad crónica o discapacidad; α Cronbach= 0,91.
Thomlison (2015)	Inventario de Familia; 36 ítems en 6 dimensiones (Funcionamiento familiar, competencia, los conflictos, la cohesión, el liderazgo y la expresividad emocional); Población general; α Cronbach= 0,84 a 0,88, fiabilidad test-retest= 0,41 a 0,89.
Thomlison (2015)	Escala de los recursos de la familia; 30 ítems en 6 dimensiones (crecimiento y apoyo, necesidades y salud, necesidades y refugio, apoyo intra-familiar, el cuidado físico y recursos personales); Familias con niños pequeños; α Cronbach=0,65 a 0,92, fiabilidad= 0,95, fiabilidad test-retest 2-3 meses= 0,52, en uno= 0,69.
Thomlison (2015)	Fortalezas de la Familia; 20 ítems en 3 dimensiones (Compromiso, desafío, y el control); Población general; α Cronbach= 0,65 a 0,82, fiabilidad test-retest= 0,86.
Thomlison (2015)	Inventario de la familia de los acontecimientos vitales; 71 ítems en una dimensión (Eventos y cambios de vida); Población general; α Cronbach= 0,81, fiabilidad test-retest= 0,80.

Evolución de los estudios sobre las relaciones familiares

Al mismo tiempo que se introdujo a la familia en el contexto del individuo para buscar métodos de terapia más eficaces en los casos de graves trastornos emocionales, un psiquiatra y psicoanalista denominado Theodore Lidz, llevó a cabo un estudio intensivo con 16 jóvenes esquizofrénicos y sus respectivas familias. Este le llevó a describir la relación conyugal de los padres de esquizofrénicos, a conocer relaciones gravemente desestructuradas que ocasionaban parte del trastorno de sus hijos, introdujo

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

el término de Desviación Comunicacional de los padres, y conoció el estilo afectivo de las relaciones paterno-filiales (Pereira, 1994). Este hecho marcó el comienzo del estudio de las relaciones conyugales y el progreso en la clínica y en la investigación en torno a cómo este subsistema afecta y es afectado por otros, demostrándose la estrecha implicación entre los subsistema maritales, parentales y fraternales, así como la estrecha intercomunicación con el propio sistema familiar (Krishnakumar & Buehler, 2000; Lucas-Thompson & Goldberg, 2011).

La mayor parte de las investigaciones sobre las relaciones familiares se han articulado para enfatizar la importancia de estudiar las relaciones entre subsistema conyugal y parental (Bigras et al., 2000; Dessen et al., 2005; Erel et al., 1995). De esta forma, autores como Shigeto, Mangelsdorf & Brown (2014) demuestran que el buen ajuste marital genera mayor compromiso de los cónyuges en su rol parental. Camisasca, Miragolia & Di Blasio (2014) y Merrifield & Gamble (2013), entre otros, relacionan la calidad marital y el ajuste diádico con la autoeficacia en la crianza de los hijos, es decir, con la percepción de ambos cónyuges de que su rol parental y su consenso para el desempeño en la crianza de los hijos es satisfactoria y positiva, y contribuye a la reducción del estrés parental. En sentido negativo, la falta de apoyo o las relaciones conyugales conflictivas agotan los recursos emocionales de los padres, que a su vez disminuye su capacidad para proporcionar apoyo, atención, y sensibilidad para con sus hijos (Emde & Easterbrooks, 1985), es decir, los conflictos conyugales interrumpen el funcionamiento del subsistema parental (Benson, Buehler & Gerard, 2008). Igualmente la hostilidad marital se relaciona significativamente con la dureza en el rol parental y con la depresión de ambos cónyuges (Buehler & Welsh, 2009).

También existe multitud que, a lo largo de los años, han relacionado la influencia del ajuste conyugal en el desarrollo de los hijos (Buchanan, Maccobby &

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Dornbusch, 1991; Kerig, 1995; Grych, 2005; Grych & Fincham, 1990). En este sentido, Grych y Fincham (1990) analizan cómo las relaciones conyugales de alta calidad ayudan a amortiguar o proteger a los hijos contra los efectos negativos de otros subsistemas de baja calidad en sus relaciones. Schermerhorn et al., (2011) relacionaron el ajuste marital con el ajuste psicosocial de los hijos, apreciando que cuando existe bajo ajuste marital aumentan las posibilidades de problemas de internalización y externalización en el comportamiento de los mismos. En este sentido, Lindahl & Malik (1999) también relacionan los conflictos maritales con problemas de externalización o internalización infantil, reactividad emocional de los hijos ante los conflictos, y riesgo de inadaptación. Y Hayatbakhsh et al., (2013) van más allá al examinar la asociación existente entre la estructura marital y el conflicto marital con los síntomas de psicopatía infantil demostrando mayor incidencia de comportamientos desajustados o psicopatología en los hijos tales como: ansiedad/depresión, problemas de abstinencia, problemas de somatización, de atención, agresión, delincuencia y externalización e internalización del comportamiento.

Una búsqueda sistematizada de los últimos seis años ha permitido conocer el estado actual del tema de estudio, pero en base al tema principal de esta investigación se aluden solo aquellas aportaciones que enriquecen la estrecha relación entre el ajuste diádico conyugal y la salud familiar o con alguna de sus dimensiones. La tabla 2 muestra las características principales de los estudios seleccionados.

Tabla 2. Características principales de los estudios seleccionados en la revisión sistematizada.

Referencia	1. Tipo de estudio; 2. País; 3. Muestra; 4. Variables sociodemográficas; 5. Instrumentos; 6. Teoría; 7: Análisis de datos; 8: Programa estadístico.
Ackerman, Kashy, Donnellan & Conger (2011)	1. Estudio analítico; observacional; longitudinal, retrospectivo; 2. Europa; 3. 445 familias intactas en 1989, 413 en 1990, 424 en 1991; 4. Edad de los cónyuges, edad de los hijos, sexo de los hijos, nivel de educación; 5. Dos entrevistas anuales en tres años consecutivos, grabación en vídeo de una discusión familiar; 6. Teoría de los Sistemas Familiares; 7. Correlación y regresión y SRM; 8. MPlus.
Bandura et al., (2011)	1. Estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo; 2. Milán, Italia; 3. 142 familias intactas; 4. Edad de los cónyuges, edad de los hijos, sexo de los hijos, tipo de familia, rango socioeconómico, número de hijos; 5. Conjunto de Escalas de Percepción de Autoeficacia de la Diada Conyugal y de la Eficacia de la Familia, Escala de Comunicación con los padres, Escala de Autorevelación, Escala de Satisfacción Familiar; 6. Teoría de la Acción Humana, Teoría Cognitiva Social; 7. Correlación y regresión; 8. Mplus.
Froyen, Skibbe, Bowles, Blow & Gerde (2013)	1. Estudio analítico, observacional, transversal prospectivo; 2. Michigan, EEUU; 3. 385 familias intactas; 4. Edad de los hijos, sexo de los hijos, estado civil de los cónyuges, nivel de educación de la madre, etnia de la familia, idioma hablado en la familia; 5. Escala de Satisfacción Civil de Kansas, Cuestionario de Expresividad Familiar, Cuestionario para Padres; 6. Teoría de los Sistemas Familiares, Teorías Ecológicas Humanas; 7. Correlación y regresión; 8. MPlus.
Jager, Yuen, Bornstein, Putnick & Hendricks (2014)	1. Estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo; 2. Costa Este de EEUU; 3. 128 familias intactas; 4. Edad de los cónyuges, edad de los hijos, sexo de los cónyuges, sexo de los hijos, etnia de la familia; 5. FAD auto-reporte, Escala Kerns Seguridad, Comfort con Secure Papel Base, Escala de Ansiedad de Separación, subescala de Interacción Díada del cuestionario sobre el Comportamiento de Conflictos, Escala de Estado Socioeconómico Familiar; 6. Teoría de Construcción Social, Teoría de los Sistemas Familiares; 7. Correlación y regresión; 8. MPlus.
Schermerhorm, et al., (2011)	1. Estudio analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo; 2. Suecia; 3. 1734 familias intactas; 4. Edad de los cónyuges; edad de los hijos, sexo de los cónyuges, sexo de los hijos, ocupación más alto de cada hogar, nivel de educación; 5. Escalas Non shared Environment in Adolescent Development project, Escala de Ajuste

Diádico, subescala de Conflicto Familiar de la Escala de Ambiente Familiar, Child Behavior Checklist; 6. Teoría de los Sistemas Familiares, Teoría del Genotipo y de los Factores Medioambientales; 7. Correlación y regresión y SRM; 8. MPlus.

Shigeto et al., (2014) 1. Estudio analítico, observacional, longitudinal, prospectivo; 2. EEUU; 3. 124 familias intactas; 4. Edad de los cónyuges, edad de los hijos, sexo de los cónyuges, sexo de los hijos, ciudad en la que habitan, ingreso familiar; 5. Grabaciones en vídeo, informes, observaciones de los padres, Escala de Cohesión Familiar, Escala de Ajuste Diádico; 6. Teoría de los Sistemas Familiares; 7. Correlación y regresión; 8. Desconocido.

Jager et al., (2014) en su estudio con 128 familias, analizaron si la autopercepción de disfunción familiar se asocia con un mal ajuste diádico, para comprobar luego si cuando la perspectiva de la familia es de disfunción familiar, dicha perspectiva es compartida por cada miembro de la diada. Demostraron que cuando, tanto la diada como los miembros de la misma, comparten un mal ajuste diádico en cada dominio (seguridad, conflicto y calidad marital) también comparten la percepción de disfunción familiar. Esta disfunción familiar es atribuida por la mujer al mal ajuste diádico marital y por el hombre a la disfunción parental.

Bandura et al., (2011), estudiando a 142 familias, se propusieron conocer cómo se relacionaba la percepción de ambos cónyuges de eficacia en sus relaciones maritales con respecto a la calidad del funcionamiento y la satisfacción con la vida familiar. Observaron que la relación era positiva y significativa, es decir, el buen ajuste marital conlleva al buen funcionamiento y a la satisfacción familiar.

En relación al clima social de la familia, Shigeto et al., (2014), exploraron 124 familias para conocer la relación e interacción entre cohesión familiar y ajuste marital, observando que ambos no están relacionados. Al igual que Schermerhorn et al. (2011), que estudiando a 1.734 familias encontraron que, en las percepciones de ambos

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

cónyuges, no existe relación entre la subescala de conflicto familiar dentro de la Escala de Clima Familiar (FES) con la escala de ajuste diádico ni con cada una de las dimensiones de consenso, cohesión, satisfacción y afecto.

Froyen et al., (2013), en su estudio con 385 familias, trataron de conocer si una alta satisfacción marital predice mayores niveles de expresividad emocional positiva en la familia y mayor ambiente de aprendizaje en el hogar, observando que, altos niveles de satisfacción marital, generan valores más positivos de expresividad emocional de la familia, y esto genera un ambiente de aprendizaje en el hogar.

Ackerman et al., (2011), estudiando a 445 familias, conocieron, como en la diada conyugal, si uno de los dos miembros tiende a mostrar un comportamiento positivo, tales como compromiso, apoyo y expresiones de afecto hacia el otro, éste tiende a ser destinatario de comportamientos positivos similares de los miembros de la familia. De esta manera se establece una relación de reciprocidad que refleja las cualidades de clima e integridad familiar.

Otras referencias actuales y contempladas fuera de la revisión sistemática son las aportaciones de Eichelsheim, Dekovic, Buist & Cook (2009), que en su revisión sistemática con 21 artículos originales, extrajeron la conclusión de que la relación conyugal es la diada familiar que más influye sobre el funcionamiento familiar, donde sus miembros tienden a realizar ajustes para no alterar sus relaciones con otros miembros de la familia.

Villares, Dessen & Melchiori (2010), que hicieron una revisión bibliográfica con 60 artículos originales, de los que extrajeron la conclusión de que los conflictos matrimoniales no se consideran buenos o malos a priori sino que, la forma en que se resuelven denota la funcionalidad o no del matrimonio y de las relaciones familiares en

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

su conjunto, proporcionando pistas sobre cómo los hijos se ven afectados por ellos. Y es que el uso de estrategias adecuadas en la resolución de conflictos de la pareja es un factor positivo en la satisfacción conyugal, el mantenimiento de una relación duradera, en la estabilidad familiar y en la calidad de las relaciones parentales.

Y Lucas-Thompson & Goldberg (2011) que llevaron a cabo una revisión bibliográfica con 220 artículos originales, donde extrajeron la conclusión de que conflictos conyugales generan estrés familiar que puede verse reflejado en divorcio, depresión y alcoholismo en los cónyuges, interrupción del funcionamiento de las diadas parentales con la alteración en el desempeño de los roles, problemas de incompetencia social, desregulación emocional, desapego, fracaso escolar, desajuste y enfermedad en los hijos.

En resumen, los conceptos de familia y de subsistema conyugal han sido ampliamente desarrollados por diversas disciplinas como la psicología, la antropología y la sociología para adaptarlos a la sociedad cambiante. Desde la enfermería hay poco camino recorrido, y lograr articular los conceptos de salud y enfermedad en la familia y en las relaciones maritales suponen todo un reto y un esfuerzo. Este estudio de investigación pretende un acercamiento con una visión diferente y propia de una disciplina que dispone de mucha riqueza en materia de salud para contribuir.

OBJETIVOS

Objetivos

Objetivo general

Determinar la influencia de la autopercepción ajuste diádico en la autopercepción del estado de salud familiar en familiares nucleares residentes en la provincia de Sevilla.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y otras variables de interés de las familias estudiadas.
- Conocer la autopercepción del estado de salud familiar de las familias participantes.
- Determinar el ajuste diádico, según la percepción de cada uno de los miembros de las parejas incluidas en el estudio.
- Establecer las relaciones existentes entre los miembros de la pareja en la autopercepción del ajuste diádico.
- Estudiar las relaciones e influencias de las variables sociodemográficas y otras variables de interés sobre el ajuste diádico.
- Analizar la relación e influencia del ajuste diádico sobre la salud familiar-controlada por el efecto de las variables sociodemográficas y el resto de variables de interés.

Hipótesis

H_0 : No existe influencia estadísticamente significativa del ajuste diádico sobre la autopercepción del estado de salud familiar.

H_1 : Existe influencia estadísticamente significativa del ajuste diádico sobre la autopercepción del estado de salud familiar.

METODOLOGÍA

Metodología

Tipo de diseño

Estudio observacional, preexperimental, correlacional, analítico, de corte transversal, sin segregación de grupos (Cea, 2009).

Población de estudio

La población de estudio son las familias nucleares residentes en Sevilla con o sin hijos.

Criterios de inclusión

- Ser familia nuclear con o sin hijos.
- Parejas mayores de 18 años que estén conviviendo en el mismo hogar.
- Llevar un mínimo de doce meses de convivencia conyugal.
- Ser residentes de la provincia de Sevilla.

Criterios de exclusión

- Parejas en las que uno de los dos miembros posea dificultad idiomática.
- Parejas en las que uno de los dos miembros no sepa leer y/o escribir.
- Parejas en la que uno de los dos miembros sean extranjeros o posean una cultura diferente a la española.
- Personas que no quieran participar en el estudio.

Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el programa GPower vs. 3.1.9.2. Se estimó una muestra de 219 familias para su análisis estadístico mediante modelos de regresión lineal múltiple, para un contraste bilateral, un tamaño de efecto

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

medio ($R^2=0,06$), un poder ($1-\beta$) del 95%, y una $p<0.05$ (figura 2). Sin embargo, considerando un porcentaje de pérdidas del 30%, se estimó una muestra de 264 familias, finalmente han sido un total de 369 familias incluidas en el estudio. A posteriori, se calculó el poder o potencia del estudio, es decir, de observar en la muestra una determinada diferencia o efecto, si existe en la población, dado el tamaño muestral y el efecto ($R^2\geq 0,30$) alcanzados. En el modelo de ajuste diádico, para 7 variables predictoras, tamaño del efecto 0,21 y 7 predictoras el cálculo de la potencia del estudio a posteriori es del 95%; mientras que para el modelo de salud familiar, con tamaño de efecto del 0,37 y 6 predictoras, la potencia sería del 100%.

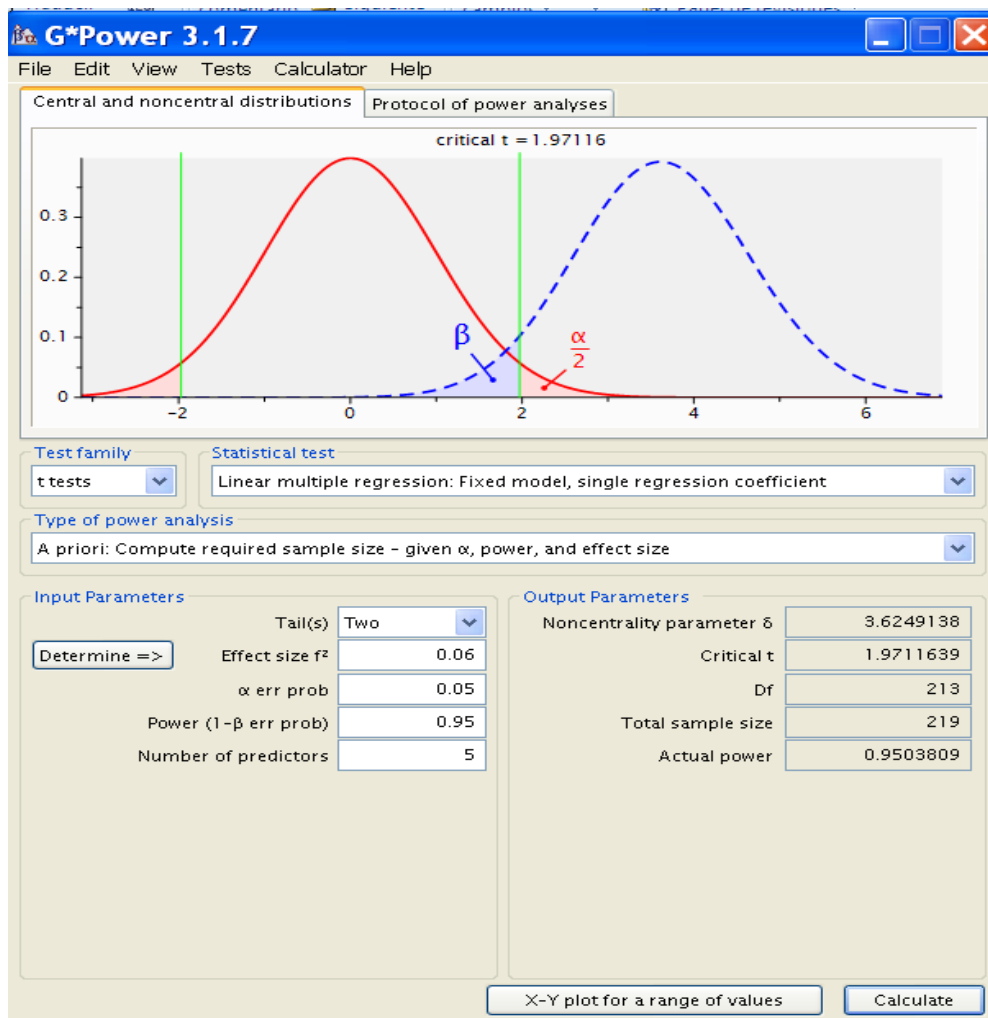


Figura 2. Cálculo del tamaño muestral.

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

El método de muestreo utilizado ha sido consecutivo estratificado por cuota, que consiste en seleccionar la muestra considerando una serie de características específicas presentes en la población, por lo que la muestra habrá de tenerlas en la misma proporción (Cea, 2009). Las cuotas que se establecieron para este estudio fueron: Nivel asistencial (atención primaria, atención hospitalaria; población adscrita a atención primaria de salud y a los diferentes distritos sanitarios como Distrito Sierra Norte, Distrito Aljarafe, Distrito Sevilla, Distrito Sevilla Sur y Distrito Sevilla Este-Osuna); número de camas en las unidades de hospitalización (Hospital Virgen del Rocío, Hospital Virgen Macarena, Hospital Virgen de Valme, Hospital de la Merced de Osuna y Consorcio Sanitario Público Aljarafe); miembros en la unidad familiar (2, 3, 4, 5, o más miembros); y familias residentes en zonas urbanas o rurales.

De acuerdo a los datos localizados en el INE, sobre el catálogo de centros sanitarios, y el mapa sanitario de Andalucía, la Base de Datos de Usuarios del Servicio Andaluz de Salud y el Censo Poblacional de 2012, se establecieron las siguientes fases consecutivas:

- Fase 1: La muestra calculada, se dividió proporcionalmente respecto al nivel asistencial, formando dos estratos uno correspondiente a atención primaria (50%) y otro a atención hospitalaria (50%).
- Fase 2: En función de la población adscrita a atención primaria de salud y a los diferentes distritos sanitarios se establecieron las siguientes cuotas: Distrito Sierra Norte (11%) Distrito Aljarafe (35%) Distrito Sevilla (13%) Distrito Sevilla Sur (13%) Distrito Sevilla Este-Osuna (28%), la selección de los centros de atención primaria se realizó de manera aleatoria.
- Fase 3. En función del número de camas se establecieron las siguientes cuotas para las unidades de hospitalización: Hospital Virgen del Rocío (42%), Hospital

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Virgen Macarena (29%), Hospital Virgen de Valme (18%), Hospital de la Merced de Osuna (6%), Consorcio Sanitario Público Aljarafe (5%).

- Fase 4. Se tuvieron en cuenta el número de miembros en la unidad familiar según las proporciones establecidas por el INE, así como la proporción de familias residentes en zonas urbanas y rural, procurando las siguientes cuotas: familias de dos miembros (36,3%), familia de tres miembros (29,5%) familia de cuatro 4 o más miembros (26,7%), familia de cinco o más miembros (7,5%) y familias residente en zonas urbanas (70%) y familias residentes en zona rural (30%) en la muestra global.

El trabajo de campo se realizó entre los meses de junio y septiembre de 2014.

Aspectos éticos

Se han tenido en cuenta los principios éticos recogidos por la Asociación Médica Mundial (Mundial, 2008) en la declaración de Helsinki, sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008).

En la investigación, las consideraciones o los conflictos éticos derivados del trabajo con seres humanos cobran gran importancia. De su teoría se deducen las normas éticas que deberían o no realizarse en el marco de la investigación, con la finalidad de cumplirse los requisitos derivados de los principios éticos fundamentales. Estos son: Invitación a participar en el estudio, informar sobre los objetivos del estudio, fundamentar porqué son considerados candidatos para el estudio, explicar el procedimiento del estudio, la duración de la participación, etc., descripción de las incomodidades razonablemente esperables, descripción de los beneficios para los

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

sujetos del estudio, garantía de confidencialidad de la información, contacto para resolver dudas y responder preguntas que puedan aparecer, y la renuncia a participar o continuar con el estudio no comporta castigos ni pérdidas de beneficios (Argimón & Jiménez, 2000).

Para la resolución de los conflictos éticos se procedió a la entrega de un consentimiento informado (Anexo 1) a cada sujeto susceptible de participar en el estudio, solicitándoles el permiso y el consentimiento para su aplicación y para el manejo de la información de forma anónima y confidencial, cumpliendo con las normas éticas de confidencialidad, y el secreto profesional conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encuentran debidamente custodiados, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal).

Así mismo este estudio ha sido sometido a aprobación por parte del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Sevilla con fecha 24 de abril de 2013 (Anexo 2).

Variables de estudio

Las variables empleadas en este estudio se presentan en la tabla 3, exponiendo el nombre de la variable, su definición, el tipo de variable según Polit, Hungler, Martínez & De la Torre (2000). Se añade además, la escala de medición y el instrumento con el que han sido medidas.

Tabla 3. Descripción de las variables empleadas en el estudio.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Cualitativa nominal y dicotómica	Hombre, mujer.	Cuestionario autoadministrado
Edad	Edad de los sujetos en años cumplidos en el momento de la recogida de datos	Cuantitativa discreta	Años. A partir de 18 años.	Cuestionario autoadministrado
Tipo de población	Población rural aquella que tiene menos de 30.000 habitantes y urbana como 30.000 o más habitantes (Real Decreto, 752/2010)	Cualitativa nominal y dicotómica	Urbano, rural.	Cuestionario autoadministrado
Nivel de estudios máximo alcanzado por los miembros de la familia.	Grado más alto de estudios que una persona ha cursado y concluido (INE, 2014).	Cualitativa nominal	Sin estudios/ estudios primarios, Primer nivel de enseñanza secundaria (1º, 2º y 3º curso ESO), Segundo nivel de enseñanza secundaria (4º curso ESO), Bachiller o Formación Profesional de primer grado (FPI), Formación Profesional superior (FPPI), Estudios universitarios de ciclo corto (Diplomaturas, escuelas técnicas) y estudios universitarios de ciclo largo (Grado, Licenciado, Máster, Doctorado).	Cuestionario autoadministrado
Relación	Vínculo establecido y	Cualitativa	Pareja de hecho,	Cuestionario

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

jurídica	regulado de manera legal entre dos sujetos.	nominal	matrimonio, pareja sin estar casados.	autoadministrado
Tiempo de Convivencia	Tiempo en años de convivencia en el momento de la recogida de los datos	Cuantitativa discreta	Años. A partir de un año.	Cuestionario autoadministrado
Número de miembros de la unidad familiar	Número de personas que conviven en la misma vivienda	Cuantitativa discreta	En números. A partir de 2 personas.	Cuestionario autoadministrado
Existencia de hijos	Presencia o no de hijos que conviven en la vivienda	Cualitativa nominal y dicotómica	Sí, no.	Cuestionario autoadministrado
Etapas del ciclo vital	Fases por la que pasa una familia desde su formación hasta su disolución (Adaptado de Duvall et al., 1985).	Cualitativa nominal	Formación de pareja, hijo lactante, hijo escolar, hijo adolescente, hijo emancipado, familia madura, familia anciana.	Cuestionario autoadministrado
Transición familiar	Proceso de cambio desde una etapa del ciclo vital a otra (De 3 a 6 meses).	Cualitativa nominal y dicotómica	Sí, no.	Cuestionario autoadministrado
Salud familiar	Capacidad para conseguir el crecimiento y desarrollo de los miembros y la adaptación a las situaciones de crisis que involucra cinco aspectos: clima, integridad, funcionamiento, resistencia y afrontamiento familiar (Lima et al., 2012a).	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 84 puntos.	Escala de Auto percepción del Estado de Salud Familiar (AESFA-5).
Clima familiar	Ambiente interno en el que se desarrollan los miembros de la familia (Lima et al., 2012a).	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 18 puntos.	Primeros 9 ítems de AESFA-5
Integridad familiar	Forma y grado de los lazos que tienen los	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 16 puntos.	Desde el ítem 10 al 17 de AESFA-

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

	miembros de la familia (Lima et al., 2012a).			5.
Funcionamiento familiar	Forma en que se organiza y funciona la familia para cubrir las necesidades de sus miembros y adaptarse a los cambios (Lima et al., 2012a).	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 18 puntos.	Desde el ítem 18 al 26 de AESFA-5.
Resistencia familiar	Capacidad de la unidad para soportar el impacto de los agentes estresantes y mantener el funcionamiento familiar (Lima et al., 2012a).	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 20 puntos.	Desde el ítem 27 al 36 de AESFA-5.
Afrontamiento familiar	Forma en que los individuos o grupo familiar se enfrentan a los acontecimientos estresantes (Lima et al., 2012a).	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 12 puntos.	Desde el ítem 37 al 42 de AESFA-5.
Ajuste diádico	Proceso de acomodación entre dos personas que involucra tres aspectos básicos: consenso, satisfacción y cohesión (Spanier, 1976).	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 63 puntos.	Versión Breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13).
Consenso marital	Grado de acuerdo existente entre ambos miembros de la pareja en aspectos importantes de la relación.	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 25 puntos	Primeros 5 ítems de EAD-13.
Satisfacción marital	Frecuencia y grado de las discusiones, satisfacción con la relación actual y compromiso de continuar con la relación.	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 24 puntos.	Ítems 6, 7, 8, 9 y 13 de EAD-13.
Cohesión marital	Grado en que la pareja se involucra en actividades comunes relativas a	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 14 puntos.	Ítems 10, 11 y 12 de EAD-13.

	proyectos de vida o de intercambio positivo de Reforzadores.			
Acontecimientos vitales estresantes	Unidades de cambios vitales acaecidos a la familia en los últimos 12 meses (Holmes & Rahe, 1967).	Cuantitativa discreta	Desde 0 hasta 1511 puntos.	Escala de Reajuste Social.
Apoyo social	Red familiar y extrafamiliar (De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón & Medina, 2005)	Cuantitativa discreta	Desde 19 hasta 95 puntos.	Cuestionario de MOS de Apoyo Social.

Instrumentos

Para este estudio se han utilizado los siguientes cuestionarios o escalas: Cuestionario autoadministrado para las variables sociodemográficas y otras variables de interés, Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar, Versión Breve de la Escala de Ajuste Diádico para las variables de estudio, Escala de Reajuste Social y Cuestionario de MOS de apoyo social para las posibles variables de confusión o moderadoras. Se presentan las características y valores de fiabilidad para cada una de las escalas.

Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar

Para medir la salud familiar se utilizó la Escala AESFA-5 (anexo 3), desarrollado y validado por Lima-Rodríguez et al. (2012a; 2013). Consta de 42 ítems agrupados en cinco subescalas: Clima familiar, compuesto por 9 ítems, con un alpha de Cronbach, $\alpha = 0.79$, integridad familiar, compuesto por 8 ítems, con un $\alpha = 0.89$, funcionamiento familiar, compuesto por 9 ítems, con un $\alpha = 0.79$, resistencia familiar, compuesto por 10 ítems, con un $\alpha = 0.81$ y afrontamiento familiar, compuesto por 6

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

ítems, con un $\alpha = 0.81$. Se trata de una escala tipo Likert con 42 ítems y con tres opciones de respuesta: casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2) (Anexo 3). Se construyó a partir de los criterios de resultados de la NOC para el dominio salud familiar y la clase bienestar familiar y de una selección de ítems utilizados en otros instrumentos aplicables a la familia, que sus autores localizaron tras una revisión bibliográfica; fue sometida a validación de expertos de origen multidisciplinar (enfermeras, médicos y psicólogos) pertenecientes a diferentes ámbitos profesionales (asistencial, gestor, docente, investigador); y a un análisis factorial.

Versión Breve de la Escala de Ajuste Diádico

La Dyadic Adjustment Scale (DAS), en su versión larga, con 32 ítems, fue creada por Spanier (1976) para medir la calidad del matrimonio y otras diadas similares, incluyendo las parejas que viven juntas sin estar casadas. Su autor señala que la DAS fue usada en más de 1000 estudios en los 10 años siguientes a su publicación.

La EAD-13 fue desarrollada y validada, en España por Santos-Iglesias et al., (2009). Procede de la Escala de Ajuste Diádico (EAD), versión española traducida de la DAS. Esta versión breve evalúa la calidad de la relación o el grado de armonía de una pareja o díada, con 13 reactivos. Tiene una confiabilidad alpha de Cronbach de 0.83 para la escala total y tres factores interrelacionados; consenso, satisfacción y cohesión, con consistencia interna α de 0,73, 0,70 y 0,63 respectivamente. Los resultados demostraron que presenta adecuadas propiedades psicométricas para su uso en el contexto español. El punto de corte se sitúa en 44.28, que fue redondeado a 44 puntos (Anexo 4).

Escala de Reajuste Social

The Social Readjustment Rating Scale, conocida en español como la Escala de Reajuste Social fue desarrollada por Holmes & Rahe (1967) con la intención de proporcionar una medida estandarizada del impacto que generan una amplia gama de factores estresantes. Es un instrumento de autoevaluación que busca aportar mayor precisión a los estudios que tratan de demostrar asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad. La escala original fue propuesta para adultos, aunque posteriormente se ha validado para niños y adolescentes y se le ha otorgado recomendaciones para su uso en el estudio de sistemas familiares. Igualmente ha sido validada en diferentes idiomas incluidos al español. Precisamente este estudio emplea una de esas escalas adaptadas a la población española, la desarrollada por González et al., (1983) en la que se exploran 43 acontecimientos vitales que han podido acaecer a la familia en los últimos 12 meses (anexo 5). A cada uno de estos acontecimientos se le asigna un valor comprendido entre 0 y 100 puntos, denominados unidades de cambio vital. Finalmente se suman los valores asignados a cada uno de los acontecimientos que ocurrieron a la familia. Se considera que puntuaciones con valores inferiores a 150 sugiere un bajo riesgo de enfermedad, si es superior a 150 puntos puede afectar a la salud individual o familiar, siendo especialmente alto a partir de valores superiores a 300. Se estima que el riesgo de enfermedad es de un 50% para valores comprendidos entre 150 y 300 puntos o unidades de cambio vital y del 80% en aquellos superiores a 300.

Cuestionario de MOS de Apoyo social Percibido

El cuestionario de MOS Social Support Survey fue creada y validada por Sherbourne & Stewart (1991) con la intención de determinar cómo el apoyo social y sus

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

diferentes dimensiones contribuyen a la salud, es decir, conocer la red familiar y extrafamiliar y mide el apoyo social percibido. Cuenta con 20 ítems: el primero, dimensiona el tamaño de la red social (el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado) y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social: Apoyo afectivo (demostración de amor, cariño y empatía), de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre).

El cuestionario MOS de apoyo social percibido es la versión española desarrollada por la Revilla et al., (2005). Tras el análisis factorial obtuvieron igualmente cuatro dimensiones: El apoyo emocional formado por los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19 con alpha de Cronbach= 0.94; El apoyo afectivo con los ítems 6, 10, 20 y alpha de Cronbach= 0.85; La ayuda material contiene los ítems 2, 5, 12 y 15 con alpha de Cronbach= 0.87; y las relaciones sociales de ocio y distracción abarca los ítems 7, 11, 14 y 18 con alpha de Cronbach= 0,89. El índice global puntúa en un rango de 19 a 95, siendo mayor el apoyo social percibido cuanto mayor es este puntaje (Anexo 6).

Procedimiento

El cuestionario autodministrado que se ha empleado (Anexo 7), previamente a la aplicación a la muestra de estudio, se ha pilotado en familias de similares características a las del estudio con la finalidad de comprobar si las preguntas tenían sentido, si provocaban las respuestas esperadas, si la categorización de las respuestas y la codificación era correcta, si la disposición conjunta del cuestionario era la adecuada, si su duración no fatigaba al encuestado y si las instrucciones, que figuran en el

cuestionario, se entendían (Cea, 2009). A la vista de los resultados esperados no fue necesario introducir modificaciones.

Se contactaron con las familias que cumplieron los criterios de selección establecidos y posteriormente se establecieron con ellos una cita con el objeto de entrevistar a ambos miembros de la pareja. Antes de proceder a la recogida de datos se les informo sobre los objetivos del estudio y se les solicitó que firmaran el consentimiento informado. La recogida de datos se llevó a cabo siguiendo un protocolo, por encuestadores previamente formados garantizando la sistematización de la administración de los cuestionarios.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó en dos fases: análisis descriptivo, y análisis inferencial mediante estadística bivariante y multivariante. En el análisis inferencial se siguieron los siguientes pasos: inicialmente se correlacionaron pares de variable para identificar relaciones simples, a continuación se construyeron modelos de regresión simple univariante y finalmente se elaboraron modelos de regresión multivariante con aquellas variables que cumplieron los criterios para ser incluidas dentro de los mismos. Se han utilizado los software para análisis estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 18.0 para Windows, y R 3.1.2. (64-bit) para Windows.

Análisis descriptivo

Por un lado, se detallan las variables cualitativas utilizando frecuencias y porcentajes, por otro lado, se exponen los valores mínimo, máximo, media y desviación típica de las variables sociodemográficas cuantitativas. Y por último se describen también los valores mínimo, máximo, media y desviación típica para las escalas AESFA-5, EAD-13, Reajuste Social y MOS, explicando para cada escala si la

puntuación media, global o punto de corte de cada una, establece la presencia o no de bajo ajuste marital, en el caso de EAD-13, disfunción familiar en la escala de Reajuste Social, y apoyo social percibido para MOS.

La variable miembros de la unidad familiar (cuantitativa discreta) se transforma en cualitativa ordinal para, junto con la variable tipo de población, dar a conocer si los porcentajes muestrales obtenidos concuerdan con las proporciones poblacionales establecidas por el INE, y por tanto conocer si la muestra es representativa de la población de estudio.

Análisis correlacional

Para este análisis se establecieron correlaciones bivariadas según el tipo de variable, usando el coeficiente de correlación r de Pearson considerando la normalidad de las variables cuantitativas dado el tamaño muestral y tras la revisión gráfica de los histograma de frecuencia asociados, gráficos de caja y gráficos q-q, el coeficiente de correlación biserial puntual para relacionar variables dicotómicas y variables cuantitativas, y F anova para relacionar variables cualitativas con más de dos categorías con variables cuantitativas (Field, 2011). Se consideraron correlaciones estadísticamente significativas aquellas con $p < 0,05$. Primero se observó la existencia o no de correlación bivariada entre las variables cuantitativas ADA (ajuste diádico del encuestado principal ya sea hombre o mujer) y ADB (ajuste diádico de las parejas respectivas de ADA), a fin de conocer si para las sucesivas correlaciones se han de tener en cuenta las respuestas dadas por uno o ambos cónyuges. Luego se establecieron correlaciones entre ADA y AESFA-5, con sus respectivas dimensiones, éstas entre las escalas Reajuste Social y MOS y entre el resto de las variables sociodemográficas y de interés. Se consideró el tamaño del efecto mediante r , considerando que para un coeficiente de entre 0.10 y 0.30

el tamaño de efecto es pequeño, entre 0.30 y 0.50 , es moderado y para valores mayores de 0.50, es grande (Cohen, 1988).

Análisis de regresión

En primer lugar, tras realizar el análisis exploratorio de datos se realizaron modificaciones en algunas de las variables de interés. Se recodificó la variable nivel de estudios en otra que se denominó Estudios-REC con cuatro valores en lugar de siete: 1) Sin estudios/estudios primarios; 2) primer y segundo nivel de enseñanza secundaria (ESO); 3) Bachiller, FPI o FPII; 4) Estudios universitarios de ciclo corto o de ciclo largo. Y la variable etapa del ciclo vital pasó a llamarse Etapa-REC igualmente con cuatro valores frente a los siete que inicialmente la componían: 1) Formación de la pareja; 2) Hijo lactante o escolar; 3) Hijo adolescente o emancipado; 4) Familia madura o anciana. Finalmente, se centraron las puntuaciones de todas las variables cuantitativas a emplear para el análisis de regresión, siguiendo las recomendaciones, de autores como Aiken & West (1991), Bryk & Raudenbush (2002), de restar a cada puntuación su media.

Para el análisis de regresión, se siguieron varios pasos. En primer lugar, se revisaron las correlaciones bivariadas y se incluyeron en el modelo solamente aquellas variables consideradas de interés, teniendo en cuenta como criterio que el nivel de confianza del estadístico fuera de $p < 0,25$. Por otra parte, se revisaron las correlaciones de las variables cuantitativas entre ellas, a fin de detectar problemas relacionados con la multicolinealidad. Según Peña (1987) la muy alta correlación entre dos variables puede dar problemas de colinealidad, referidos como los casos en los que los predictores se encuentran en combinación lineal, por lo que no puede distinguirse la influencia de cada uno de ellos en el criterio, al quedar solapados unos con otros. Esto conlleva que no se

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

consiga una explicación del fenómeno en cuestión, los pronósticos no sean fiables, puesto que otra combinación de predictores introducida en el modelo varían el orden y/o producen predicciones contradictorias en el criterio o que no se realiza una selección adecuada del orden de entrada de los regresores en el modelo, entre otros. En caso de encontrar problemas de colinealidad se siguen las recomendaciones de Gujarati (2003) y Pardo & Ruiz (2002) de buscar una solución antes de proseguir, tales como repensar el modelo eliminando aquellas variables redundantes que correlacionen fuertemente con otras (López, 1998). Es por ello, que se decidió eliminar del modelo la variable edad, prevaleciendo la variable tiempo de convivencia, por la alta correlación y porque esta última se consideró más relevante para el modelo de regresión.

A continuación, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal simple o modelos univariantes de cada variable independiente con la variable dependiente. Se tomaron como valores de referencias para incluir una variable en el modelo multivariante, aquellos asociados a una $p < 0,25$ (Seguí-Gómez, Martínez-González & Sánchez-Villegas, 2009). También se probaron posibles interacciones entre variables que pudieran modificar el efecto de las mismas en los modelos de regresión multivariante. Es decir, se comprobó si entre dos o más factores causales existe una interdependencia entre sus mecanismos de acción, de forma que el conjunto de ambas pueda modificar el efecto que se produce de manera independiente respecto de la variable dependiente (Matthew & Altman, 1996). Se consideró la existencia de interacción cuando el error tipo I asociado fue de $p < 0,05$.

Finalmente, se propusieron dos modelos de regresión múltiples: El modelo 1 incluiría la variable ADA como variable dependiente o de respuesta, para estudiar cómo influyen sobre esta el resto de las variables independientes, predictoras; y el modelo 2 que incluiría la variable AESFA-5 como variable independiente a la variable ADA para

comprobar si se acepta o rechaza la hipótesis de estudio planteada, controlada por el resto de variables. Inicialmente, en los modelos de regresión multivariante se incluyeron las variables que habían cumplido los criterios antes indicados para su inclusión en los mismos. A continuación, mediante un análisis dirigido por la investigadora, empleando la técnica “Backward Stepwise Regression” de eliminación progresiva (Steyerberg, Eijkemans, Harrell & Habbema, 2000), se partió de un modelo multivariante formado por un conjunto de variables predictoras se fue eliminando “una a una” en distintas etapas la variable menos influyente según el contraste individual de la t (o de la F) hasta una cierta regla de parada. Paralelamente se realizó un análisis de los factores de confusión, es decir, de aquellas variables que debían permanecer en el modelo por confundir el efecto de las variables explicativas de interés. Siguiendo las recomendaciones de Hernán (2001), Grimes & Schulz (2002) se consideraron factores de confusión aquellas variables que, al eliminarse, generaban un cambio suficientemente grande (del 20% o mayor) en la magnitud del coeficiente β del resto de las variables independientes que permanecían en el modelo. De esta forma, se ha pretendido llegar a los dos modelos más parsimoniosos posibles, es decir, con el menor número de variables que expliquen bien los datos (Hosmer & Lemeshow, 2000; Katz, 2006).

Para finalizar el análisis de los datos, y de acuerdo con Osborne y Waters (2002), se realizó el diagnóstico del modelo, que es realmente valioso porque permite corroborar que se cumplen o no cada una de las hipótesis asumidas para el ajuste del modelo y que dan credibilidad a las conclusiones que se obtienen. La herramienta básica para el diagnóstico del modelo ha sido el análisis de los residuos, utilizando test estadísticos y representaciones gráficas de los mismos. Se comprobaron los supuestos de Linealidad, homocedasticidad, normalidad y no-colinealidad. Si no se cumplen o

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

aproximan los supuestos, el diagnóstico del modelo sugiere realizar alguna modificación correctora en el mismo, repitiendo de nuevo la dinámica de análisis hasta dar con una solución satisfactoria. En este caso, se exploró si la eliminación de los valores extremos conseguía la homogeneidad en el modelo ajustado.

- *Linealidad*: La variable dependiente debe mantener una relación lineal con cada una de las variables predictoras. Si la relación entre las variables no es lineal, puede dar lugar a un incremento de la tasa de error tipo II en relación con dichas variables, así como a un incremento de la tasa de error tipo I para otras variables correlacionadas con ella. Se representa gráficamente la nube de puntos de Y en función de cada variable predictora, empleándose los residuales (ZRESID x ZPRED).
- *Homocedasticidad*: Las varianzas del error deben ser homogéneas para los distintos valores de las variables independientes. El incumplimiento de este supuesto es especialmente relevante en relación con la inflación de la tasa de error tipo I. Se evalúa gráficamente a través de la nube de puntos de Y en función de X, empleando los residuales (ZRESID x ZPRED).
- *Normalidad*: Los errores deben seguir una distribución normal. El supuesto de normalidad es importante para no perder potencia a la hora de realizar una prueba de significación sobre la capacidad predictiva del modelo de regresión. Se comprueba con la técnica gráfica de histograma. Si la distribución es normal, el 95% de los residuos debería tener un valor en el rango (-3, +3).
- *No-colinealidad*: Se examina si las variables están muy correlacionadas pues de existir variables combinadas no es posible medir los efectos individuales de estas variables sobre la variable dependiente. Los estadísticos de colinealidad son la tolerancia y el factor de inflación de la varianza (FIV) que se calcula

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

como 1/tolerancia. Una tolerancia inferior a 0,20 y un valor de FIV superior a 15 indicarían multicolinealidad (Pardo et al., 2002).

Para evaluar el modelo se utilizó el estadístico F de Snedecor, se rechazó la hipótesis nula para una $p < 0,05$, se calcularon los tamaños del efecto mediante la R^2 ajustada, considerando que este era bajo=0.01, medio=0.06 y grande=0.14 y también se especificaron los coeficiente β , el error típico, la t de student y el nivel de significación para cada relación y la R^2 para el modelo en su conjunto. (Field & Babbie, 2011; Cohen, 1992).

RESULTADOS

Resultados

Análisis descriptivo

Los resultados reportan una muestra (N) formada por 369 parejas pertenecientes a familias nucleares residentes en Sevilla. Los encuestados principales eran mayoritariamente mujer (68,8%, $N=254$), con edad media de 46 años y $SD=13,57$, unidas por matrimonio a sus cónyuges (79,1% $N=292$) con los que lleva una media de 22 años de convivencia ($SD=14,96$). La familia de los encuestados principales residían mayormente en zonas urbanas (69,4% $N=256$), estaba formada por una media de 3,11 miembros ($SD=1,02$), el 64,8% de las familias tenían hijos y el 27,4% ($N=101$) se encontraban en la etapa del ciclo vital “Hijo adolescente” y el 92,1% de las familias estudiadas no atravesaban por una etapa de transición familiar. La tabla 4 detalla los datos sociodemográficos y de las variables de interés.

Tabla 4. Variables sociodemográficas y de interés.

Variable	N (%)
Sexo	
Hombre	115 (31,2)
Mujer	254 (68,8)
Tipo de población	
Urbano	256 (69,4)
Rural	113 (30,6)
Nivel de estudios máximo alcanzado	
Sin estudios/estudios primarios	73 (19,8)
Primer nivel de enseñanza secundaria (1º, 2º y 3º curso ESO)	18 (4,9)
Segundo nivel de enseñanza secundaria (4º curso ESO)	22 (6,0)
Bachiller o FPI	74 (20,1)
FPII	53 (14,4)
Estudios universitarios de ciclo corto (Diplomaturas, escuelas técnicas)	53 (14,4)
Estudios universitarios de ciclo largo (Grado, Licenciado, Máster, Doctorado)	76 (20,4)
Relación jurídica	
Pareja de hecho	16 (4,3)

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Matrimonio				292 (79,1)
Pareja sin estar casados				61 (16,6)
Número de miembros de la unidad familiar				
2 miembros				130 (35,2)
3 miembros				107 (29,0)
4 miembros				96 (26,0)
5 o más miembros				36 (9,8)
Existencia de hijos				
No				130 (35,2)
Si				239 (64,8)
Etapas del ciclo vital				
Formación de la pareja				70 (19,0)
Hijo lactante				25 (6,8)
Hijo escolar				70 (19,0)
Hijo adolescente				101 (27,4)
Hijo emancipado				34 (9,1)
Familia madura				37 (10,0)
Familia anciana				32 (8,7)
Transición familiar				
No				340 (92,1)
Sí				29 (7,9)
	Mínimo	Máximo	Media	SD
Edad	19	89	46,02	13,57
Tiempo de Convivencia	1	68	22,32	14,96
Miembros de la unidad familiar	2	6	3,11	1,02

La tabla 5 describe las puntuaciones obtenidas en las escalas y cuestionarios AESFA-5, EAD-13, Reajuste Social y MOS. Los valores medios en la autopercepción del estado de salud familiar (AESFA-5) estuvieron por encima del punto medio de la misma, destacando positivamente los obtenidos por la escala total y las dimensiones integridad familiar, funcionamiento y afrontamiento familiar. Para el ajuste diádico, la media de la puntuación global es de 50,63 para el encuestado principal ya sea hombre o mujer (ADa) y de 50,32 para sus respectivas parejas (ADb). Al superar 44 como punto de corte establecido podemos decir que existe en general la percepción de buen ajuste marital. Sin embargo, la Escala de Reajuste Social ha obtenido una puntuación global

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

media de 160,92 y como está por encima de 150 puntos, que es el punto de corte, supone un riesgo de disfunción familiar. Y en cuanto al apoyo social percibido, la media ha sido de 84,62 que se encuentra próximo al índice global de apoyo social máximo, situado en 95 puntos. En el resto de dimensiones se observaron valores entre medios y elevados de apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, y apoyo afectivo.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de AESFA-5, EAD-13, Reajuste Social y MOS.

	Media	SD	Mínimo	Máximo
AESFA-5				
Clima social familiar	13,99	2,59	0	18
Integridad familiar	14,47	1,99	1	16
Funcionamiento familiar	15,63	2,23	0	18
Resistencia familiar	16,06	2,90	2	20
Afrontamiento familiar	10,27	1,71	2	12
Global:	70,42	8,59	14	84
EAD-13 (ADa)				
Consenso (ADa)	20,66	3,69	2	25
Satisfacción (ADa)	19,77	2,93	3	24
Cohesión (ADa)	10,20	3,05	0	15
Global (ADa):	50,63	7,49	14	63
EAD-13 (ADb)				
Consenso (ADb)	20,63	3,79	0	25
Satisfacción (ADb)	19,78	2,85	4	24
Cohesión (ADb)	9,91	2,96	0	14
Global (ADb):	50,32	7,55	17	63
REAJUSTE SOCIAL				
Global:	160,92	103,07	0	688
MOS DE APOYO SOCIAL				
Amigos íntimos	4,96	5,32	0	50
Familiares cercanos	7,92	6,41	0	40
Apoyo emocional	35,13	5,60	13	40
Ayuda material	17,72	3,04	4	20
Relaciones sociales	17,95	2,69	6	20
Apoyo afectivo	13,82	1,98	4	15
Global:	84,62	12,19	30	95

Análisis correlacional

Se realiza el coeficiente *r* de Pearson para ADa y ADb demostrando que existe correlación significativa con un alto tamaño de efecto (**tabla 6**), por tanto para el resto de las correlaciones se toman los valores de ADa como referencia.

Tabla 6. Coeficientes de correlación Pearson entre ADa y ADb.

		ADb	Consenso (ADb)	Satisfacción (ADb)	Cohesión (ADb)
ADa	<i>r pearson</i>	0,81			
	<i>p</i>	<0,001			
Consenso (ADa)	<i>r pearson</i>		0,75		
	<i>p</i>		<0,001		
Satisfacción (ADa)	<i>r pearson</i>			0,79	
	<i>p</i>			<0,001	
Cohesión (ADa)	<i>r pearson</i>				0,70
	<i>p</i>				<0,001

La tabla 7 muestra los resultados de las correlaciones entre ADa y AESFA-5 con sus respectivas dimensiones. En esta se puede observar la existencia de relaciones positivas, estadísticamente significativas, entre los resultados del ajuste diádico y la autopercepción del estado de salud familiar, con tamaño de efectos medio. Al analizar las correlaciones entre las distintas dimensiones del ajuste diádico y la salud familiar se observan correlaciones positivas, estadísticamente significativa, en todas las dimensiones, con tamaños de efecto entre bajo y medio, salvo en la satisfacción marital que no se correlaciona con la resistencia familiar.

Tabla 7. Coeficientes de correlación Pearson entre ADa, AESFA-5 y sus respectivas dimensiones.

	AESFA-5	Clima	Integridad	Funcionamiento	Resistencia	Afrontamiento
ADa						
<i>r pearson</i>	0,34	0,24	0,32	0,36	0,14	0,29
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,008	<0,001
Consenso (ADa)						
<i>r pearson</i>	0,26	0,12	0,21	0,34	0,13	0,21
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,015	<0,001
Satisfacción (ADa)						
<i>r pearson</i>	0,28	0,18	0,33	0,31	0,06	0,25
<i>p</i>	0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,258	<0,001
Cohesión (ADa)						
<i>r pearson</i>	0,26	0,26	0,21	0,18	0,13	0,22
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,014	<0,001

A su vez, se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el ajuste diádico y el apoyo social percibido con tamaños de efecto medio. Sin embargo, al relacionar el ajuste diádico con los acontecimientos vitales estresantes, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Finalmente, la autopercepción del estado de salud familiar se relaciona de forma significativa con los acontecimientos vitales estresantes y con el apoyo social percibido, con tamaños de efecto entre bajo y medio (Tabla 8).

Tabla 8. Coeficientes de correlación Pearson de ADa y AESFA-5 con Reajuste Social y MOS.

	Reajuste social	MOS	MOS. Apoyo emocional	MOS. Ayuda material	MOS. Relaciones sociales	MOS. Apoyo afectivo
ADa						
<i>r pearson</i>	0,05	0,44	0,42	0,32	0,41	0,46
<i>p</i>	0,353	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
AESFA-5						
<i>r pearson</i>	-0,12	0,45	0,48	0,30	0,45	0,38
<i>p</i>	0,019	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

En la tabla 9 se recogen las correlaciones entre ADa y AESFA-5 con el resto de variables sociodemográficas y de interés. Se aprecia que ADa se relaciona de forma significativa con el tiempo de convivencia y la transición familiar; mientras que AESFA-5 lo hace con la edad, con el tiempo de convivencia y con la existencia de hijos, si bien la fuerza de la relación fue baja en todos los casos.

Tabla 9. Coeficientes de correlación Pearson entre ADa y AESFA-5 con las variables sociodemográficas y de interés.

VARIABLE	ADa		AESFA-5	
	<i>r pearson</i>	<i>p</i>	<i>r pearson</i>	<i>p</i>
Sexo	-0,04*	0,478	0,08*	0,133
Edad	-0,09	0,069	-0,13	0,013
Tipo de población	0,04*	0,477	0,09*	0,080
Tiempo de convivencia	-0,10	0,047	-0,12	0,017
Nº miembros de la unidad familiar	-0,05	0,344	0,07	0,186
Existencia de hijos	0,01*	0,907	0,11*	0,043
Transición familiar	0,11*	0,037	0,05*	0,305

*rbp: Coeficiente de correlación biserial puntual para variables dicotómicas

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el ajuste diádico y la etapa del ciclo vital familiar, así como de la autopercepción del estado de salud familiar con el nivel de estudios y la etapa del ciclo vital (tabla 10).

Tabla 10. Estadístico anova entre ADa y AESFA-5 con las variables sociodemográficas y de interés.

VARIABLE	ADa					AESFA-5			
	N	MEDIA	SD	LEVENE	F	MEDIA	SD	LEVENE	F
				p	p			p	p
Nivel de estudios				2,06	0,55			1,47	3,61
				0,057	0,770			0,186	0,002
<i>Sin estudios o primarios</i>	73	50,78	6,59			68,03	8,34		
<i>1º, 2º y 3º curso</i>	18	51,78	11,75			66,11	12,56		
<i>ESO 4º curso</i>	22	51,09	9,15			68,77	8,20		
<i>Bachiller o FPI</i>	74	50,31	6,85			69,86	6,81		
<i>FPII</i>	53	51,41	8,08			71,26	9,03		
<i>Estudios universitarios cortos</i>	53	49,17	7,34			72,28	7,77		
<i>Estudios universitarios largos</i>	75	50,87	7,00			72,96	8,84		
<i>Global</i>	368	50,63	7,50			70,43	8,61		
Tipo de relación				0,42	0,48			0,80	0,18
				0,658	0,620			0,450	0,832
<i>Pareja de hecho</i>	16	51,06	6,45			69,56	5,66		
<i>Matrimonio</i>	292	50,44	7,55			70,56	8,47		
<i>Parejas no casadas</i>	61	51,44	7,54			70,02	9,85		
<i>Global</i>	369	50,63	7,49			70,42	8,59		
Etapas del ciclo vital				0,36	2,65			2,40	2,47
				0,906	0,016			0,027	0,027
									*
<i>Formación de pareja</i>	70	52,30	6,65			70,90	10,03		
<i>Hijo lactante</i>	25	52,08	8,03			71,16	5,81		
<i>Hijo escolar</i>	70	50,47	7,13			70,94	9,54		
<i>Hijo adolescente</i>	101	51,14	6,98			72,07	6,97		
<i>Hijo emancipado</i>	34	49,97	7,14			69,68	5,96		
<i>Familia madura</i>	37	46,76	8,09			68,51	6,99		
<i>Familia anciana</i>	32	49,78	9,48			65,50	11,55		

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

<i>Global</i>	369	50,63	7,49	70,43	8,59
---------------	-----	-------	------	-------	------

*Como el estadístico de Levene es significativo, se toman valores de F Welch.

Y finalmente la tabla 11 recoge las correlaciones del resto de variables. Los resultados reportan una relación muy grande estadísticamente entre las variables: edad y tiempo de convivencia ($r=0,865$ $p<0,001$), que conllevó la eliminación de la variable edad para el análisis de regresión.

Tabla 11. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y de interés.

		Edad	Tiempo de Convivencia	Miembros de la unidad familiar	Apoyo social	Reajuste Social
Edad	<i>r Pearson</i>	1	0,86	-0,10	-0,11	-0,03
	<i>p</i>		<0,001	0,065	0,037	0,624
Tiempo de Convivencia	<i>r Pearson</i>	0,86	1	-0,03	-0,12	-0,04
	<i>p</i>	<0,001		0,575	0,024	0,402
Nº miembros de la unidad familiar	<i>r Pearson</i>	-0,10	-0,03	1	-0,03	0,01
	<i>p</i>	0,065	0,575		0,515	0,792
Apoyo social	<i>r Pearson</i>	-0,11	-0,12	-0,03	1	0,04
	<i>p</i>	0,037	0,024	0,515		0,488
Reajuste Social	<i>r Pearson</i>	-0,03	-0,04	0,01	0,04	1
	<i>p</i>	0,624	0,402	0,792	0,488	

Análisis de regresión

Modelo 1

El modelo 1 incluyó la variable autopercepción del ajuste diádico (ADa) como variable dependiente o de respuesta, para estudiar cómo influyen el resto de las variables independientes o predictoras, sobre ésta: Sexo, tipo de población, estudios-REC, relación jurídica, tiempo de convivencia, número de miembros de la unidad familiar, existencia de hijos, etapa-REC, transición familiar, apoyo social percibido y acontecimientos vitales estresantes. La tabla 12 refleja tanto el análisis de regresión

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

lineal del modelo univariante o simple (coeficientes brutos, con una variable predictora y la variable resultado) como el análisis de regresión multivariante del modelo 1 (coeficientes ajustados de todas las variables predictoras que cumplieron el criterio de inclusión en dicho modelo). En los análisis simples, las variables tiempo de convivencia, etapa-REC (familia madura-anciana), transición familiar y apoyo social percibido mostraron valores de significación $p < 0,25$, siendo algunas de ellas estadísticamente significativas. El modelo multivariante mantenía valores de $p < 0,25$ para la etapa-REC (familia madura-anciana), el apoyo social percibido, los estudios-REC (universidad) y la transición familiar, si bien demuestra que solo la etapa-REC y el apoyo social percibido influían de forma significativa en ADA.

Tabla 12. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Modelo univariante y multivariante.

ADA	Modelo univariante					Modelo multivariante			
	Coeficiente	Error	t	p	R ²	Coefficiente	Error	t	p
<i>Sexo (mujer)</i>	-0,60	0,84	-0,71	0,478	<-0,01	-0,64	0,77	-0,83	0,408
<i>Tipo de población (rural)</i>	0,60	0,85	0,71	0,477	<-0,01	0,60	0,78	0,77	0,442
<i>Estudios-REC</i>					<-0,01				
- ESO	0,62	1,48	0,42	0,676		0,15	1,43	0,10	0,917
- Bachiller o FP	-0,01	1,10	-0,01	0,993		-0,53	1,10	-0,48	0,631
- Universidad	-0,62	1,10	-0,56	0,577		-1,96	1,12	-1,74	0,082
<i>Relación jurídica</i>					<-0,01				
- Matrimonio	-0,62	1,93	-0,32	0,746		1,12	1,85	0,61	0,543
- Pareja sin estar casados	0,38	2,11	0,18	0,857		0,46	1,97	0,24	0,813
<i>Tiempo de convivencia</i>	-0,05	0,03	-1,99	0,047	<0,01	0,02	0,04	0,60	0,548
<i>Nº miembros de la unidad familiar</i>	-0,36	0,38	-0,95	0,344	<-0,01	-0,61	0,61	-1,01	0,313

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

<i>Hijos (si)</i>	0,10	0,82	0,12	0,907	<0,01	-1,21	1,88	-0,64	0,519
<i>Etapa-REC</i>					0,02				
- <i>Lactante o escolar</i>	-1,40	1,17	-1,20	0,229		0,56	1,89	0,30	0,767
- <i>Adolescente/o emancipado</i>	-1,45	1,09	-1,33	0,183		0,01	1,98	<0,01	0,997
- <i>Madura o anciana</i>	-4,14	1,26	-3,29	0,001		-4,76	1,68	-2,83	0,005
<i>Transición familiar (si)</i>	3,02	1,44	2,09	0,037	0,01	1,84	1,34	1,36	0,172
<i>Apoyo social percibido</i>	0,27	0,03	9,28	<0,001	0,19	0,26	0,03	8,90	<0,001
<i>Acontecimientos vitales estresantes</i>	<0,01	<0,01	0,93	0,353	<0,01	<0,01	<0,01	0,89	0,372

R² del modelo multivariante 0,20

La tabla 13 muestra los términos de interacción probados, observándose que no existe interacción entre las variables tiempo de convivencia y etapa-REC, y entre las variables transición familiar y etapa-REC, por lo que dicha interacción no se incluyó en el análisis multivariante.

Tabla 13. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Prueba de interacción.

ADa	Prueba de interacción			
	Coefficiente	Error	t	p
Tiempo de Convivencia x Etapa-REC				
<i>Convivencia x Etapa-REC (Lactante o escolar)</i>	-0,30	0,22	-1,39	0,165
<i>Convivencia x Etapa-REC (Adolescente o emancipado)</i>	-0,10	0,18	-0,57	0,571
<i>Convivencia x Etapa-REC (Madura o anciana)</i>	0,09	0,18	0,49	0,626
Transición familiar x Etapa-REC				
<i>Transición familiar x Etapa-REC (Lactante o escolar)</i>	-2,34	3,73	-0,63	0,531
<i>Transición familiar x Etapa-REC (Adolescente o emancipado)</i>	-3,82	3,82	-1,00	0,318
<i>Transición familiar x Etapa-REC (Madura o anciana)</i>	NA	NA	NA	NA

NA: No existen datos.

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

La tabla 14 muestra el modelo 1 definitivo más parsimonioso, tras realizarle la técnica “Backward Stepwise Regression” al modelo multivariante inicial, tal como se describe en el apartado método. Los resultados muestran un modelo formado por siete variables independientes o predictoras. Controlando la influencia por el resto de variables. Se observa que el apoyo social percibido es la que presenta mayores tamaño de efecto entre moderado y alto ($r=0,43$) e influencia positiva sobre el ajuste diádico. Le sigue la variable etapa-REC con tamaño de efecto pequeño ($r=0,14$) al igual que la variable estudios-REC ($r=0,10$), siendo significativa la pertenencia a la etapa madura-anciana con una relación negativa sobre ADa. La $R^2=0,21$ del modelo fue elevada, este fue estadísticamente significativo y explicó aproximadamente el 46% de la variabilidad asociada a los datos.

Tabla 14. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Modelo definitivo.

ADa	Modelo 1 definitivo				
	Coefficiente	Error	t	p	Tamaño de efecto
<i>Estudios-REC</i>					
- ESO	0,07	1,41	0,05	0,962	<0,00
- Bachiller o FP	-0,65	1,09	-0,60	0,550	0,03
- Universidad	-2,10	1,10	-1,90	0,058	0,10
<i>Tiempo de convivencia</i>	0,03	0,04	0,67	0,502	0,03
<i>Número de miembros de la unidad familiar</i>	-0,56	0,60	-0,94	0,347	0,05
<i>Existencia de hijos (Si)</i>	-1,32	1,87	-0,71	0,479	0,04
<i>Etapa-REC</i>					
- Lactante o escolar	0,58	1,84	0,32	0,751	0,02
- Adolescente o emancipado	0,18	1,95	0,09	0,926	<0,00
- Madura o anciana	-4,46	1,66	-2,69	0,007	0,14
<i>Transición familiar (si)</i>	1,69	1,32	1,28	0,200	0,07
<i>Apoyo social percibido</i>	0,26	0,03	9,05	<0,001	0,43

$R^2= 0,21$, $F= 9,9$, $DF=356$, $p<0,001$

A este modelo se le realizó el diagnóstico de los supuestos. La linealidad y homocedasticidad se representan en el anexo 8, el histograma de los residuales que refleja la aproximación a la normalidad del modelo se refleja en la figura 3 y la no-colinealidad en la tabla 15. Los resultados demuestran que se cumplen los supuestos en el modelo definitivo.

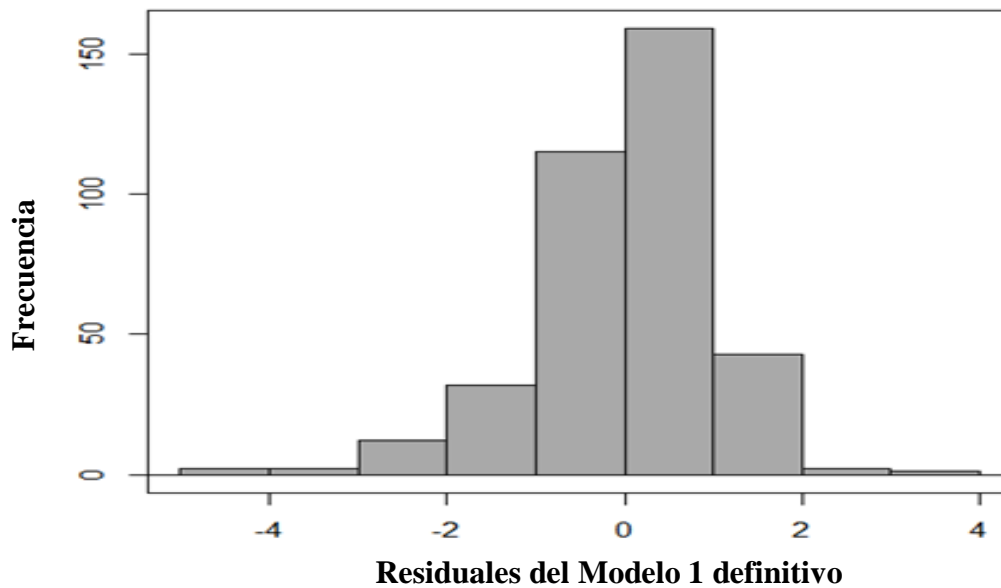


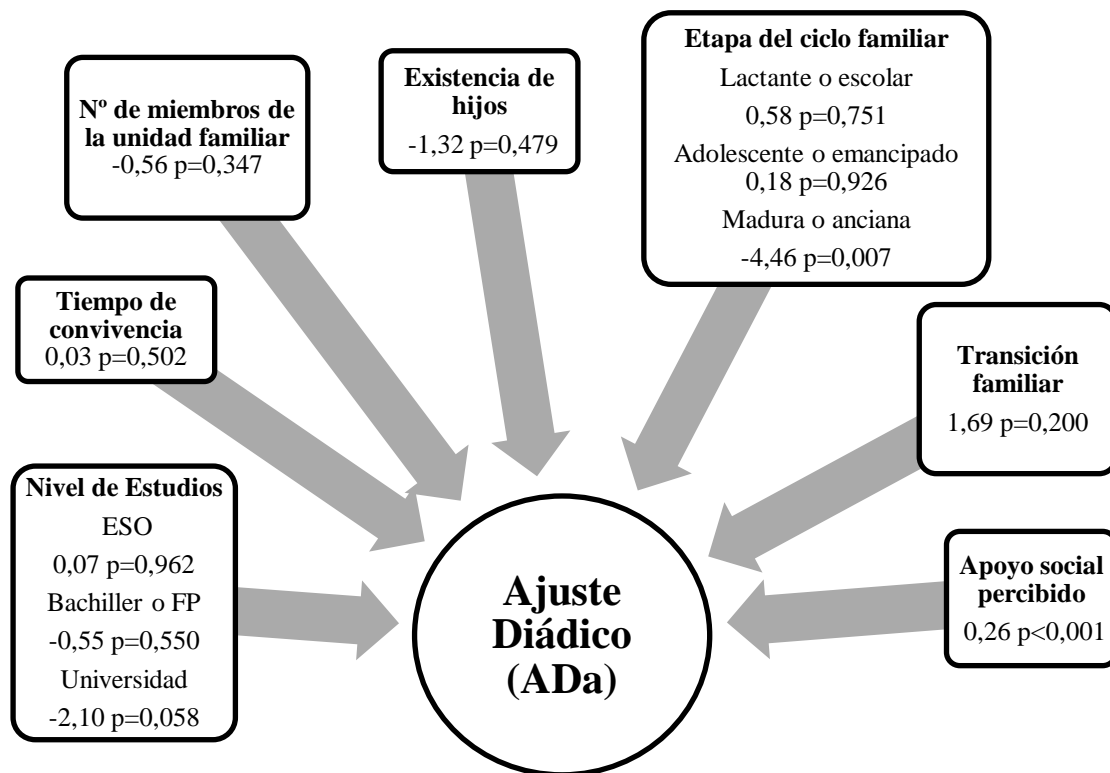
Figura 3. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Histograma de residuales.

Tabla 15. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. No-colinealidad.

ADa	Tolerancia	FIV
<i>Estudios-REC</i>	0,82	1,22
<i>Tiempo de convivencia</i>	0,39	2,59
<i>Número de miembros de la unidad familiar</i>	0,33	2,99
<i>Existencia de hijos</i>	0,34	2,92
<i>Etapa-REC</i>	0,41	2,47
<i>Transición familiar</i>	0,96	1,05
<i>Apoyo social percibido</i>	0,98	1,02

La figura 4 representa el Modelo 1 definitivo con las variables incluidas en el mismo.

Figura 4. Análisis de regresión del Modelo 1: Variables predictoras de la autopercepción del ajuste diádico. Representación del Modelo definitivo.



Adjusted R-squared del Modelo 1= 0,21 p<0,001

Modelo 2

El modelo 2 incluyó la variable, autopercepción del estado de salud familiar (AESFA-5) como dependiente o de respuesta para estudiar cómo influye la autopercepción del ajuste diádico (ADa) controlada por el resto de las variables independientes o predictoras: sexo, tipo de población, estudios-REC, relación jurídica, tiempo de convivencia, número de miembros de la unidad familiar, existencia de hijos, etapa-REC, transición familiar, apoyo social percibido y acontecimientos vitales estresantes. La tabla 16 refleja tanto el análisis de regresión lineal del modelo

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

univariante o simple (coeficientes brutos, con una variable predictora y la variable resultado) como el análisis de regresión multivariante del modelo 2 (coeficientes ajustados de todas las variables predictoras que cumplieron el criterio de inclusión en dicho modelo). En los análisis simples, las variables sexo, tipo de población, estudios-REC (bachiller o FP y universidad), tiempo de convivencia, existencia de hijos, etapa-REC (familia madura-anciana), apoyo social percibido, acontecimientos vitales estresantes y autopercepción del ajuste marital, mostraron valores de significación $p < 0,25$, siendo algunas de ellas estadísticamente significativas. Mientras que el modelo multivariante mantenía valores de $p < 0,25$ el sexo, el tipo de población, estudios-REC, apoyo social percibido y autopercepción del ajuste diádico, si bien demuestra que solo las variables estudios-REC (universidad), el apoyo social percibido, los acontecimientos vitales estresantes y la autopercepción del ajuste diádico influían de forma significativa en AESFA-5, aunque el sexo y el tipo de población muestran una tendencia a la significación.

Tabla 16. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Modelo univariante y multivariante.

AESFA-5	Modelo univariante					Modelo multivariante			
	Coficiente	Error	t	p	R ²	Coficiente	Error	t	p
<i>Sexo (mujer)</i>	1,45	0,96	1,50	0,133	<0,01	1,62	0,83	1,95	0,052
<i>Tipo de población (rural)</i>	1,71	0,97	1,75	0,080	<0,01	1,64	0,84	1,95	0,052
<i>Estudios-REC</i>					0,04				
- <i>ESO</i>	-0,45	1,65	-0,27	0,784		-2,10	1,54	-1,36	0,174
- <i>Bachiller o FP</i>	2,42	1,23	1,96	0,051		2,03	1,19	1,70	0,089
- <i>Universidad</i>	4,65	1,23	3,77	<0,00		3,75	1,22	3,08	0,002
				1					
<i>Relación jurídica</i>					<-				
- <i>Matrimonio</i>	0,99	2,21	0,45	0,653	0,01	0,80	2,00	0,40	0,690
- <i>Pareja sin estar</i>	0,45	2,42	0,19	0,851		-1,01	2,12	-0,34	0,634

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

<i>casados</i>										
<i>Tiempo de convivencia</i>	<i>de</i>	-0,07	0,03	-2,39	0,017	0,01	-0,03	0,04	-0,59	0,556
<i>Nº de miembros de la unidad familiar</i>		0,19	0,41	0,46	0,646	<- 0,01	0,05	0,66	0,07	0,941
<i>Existencia de hijos (si)</i>		1,89	0,93	2,03	0,043	0,01	0,58	2,03	0,29	0,773
<i>Etapa-REC</i>						0,03				
<i>- Lactante escolar</i>	<i>o</i>	0,10	1,33	0,07	0,940		0,13	2,05	0,06	0,950
<i>- Adolescente/emancipado</i>		0,56	1,25	0,45	0,650		1,34	2,14	0,63	0,531
<i>- Madura anciana</i>	<i>o</i>	-3,78	1,44	-2,63	0,009		-0,43	1,84	-0,23	0,816
<i>Transición familiar (si)</i>		1,71	1,66	1,03	0,305	<0,01	-0,62	1,46	-0,45	0,655
<i>Apoyo social percibido</i>		0,32	0,03	9,73	<0,001	0,20	0,26	0,03	7,48	<0,001
<i>Acontecimientos vitales estresantes</i>		-0,01	<0,01	-2,35	0,019	0,01	-0,01	<0,01	-2,55	0,011
<i>ADa</i>		0,39	0,06	7,00	<0,001	0,11	0,22	0,06	3,82	<0,001

R² del modelo multivariante 0,30.

La tabla 17 muestra los términos de interacción probados, observándose que no existe interacción entre las variables tiempo de convivencia y etapa-REC, transición familiar y etapa-REC, autopercepción del ajuste diádico y apoyo social percibido, y entre autopercepción del ajuste diádico y tiempo de convivencia, por lo que dichas variables no se incluyeron en el análisis multivariante.

Tabla 17. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Prueba de interacción.

AESFA-5	Prueba de interacción			
	Coefficiente	Error	t	p
Tiempo de convivencia x Etapa-REC				
<i>Convivencia x Etapa-REC (Lactante o escolar)</i>	-0,28	0,25	-1,13	0,258
<i>Convivencia x Etapa-REC (Adolescente o emancipado)</i>	-0,15	0,21	-0,69	0,488
<i>Convivencia x Etapa-REC (Madura o anciana)</i>	-0,24	0,21	-1,14	0,257
Transición familiar x Etapa-REC				
<i>Transición familiar x Etapa-REC (Lactante o escolar)</i>	-5,38	4,28	-1,26	0,210
<i>Transición familiar x Etapa-REC (Adolescente o emancipado)</i>	-4,46	4,39	-1,02	0,310
<i>Transición familiar x Etapa-REC (Madura o anciana)</i>	NA	NA	NA	NA
ADa x Apoyo social percibido	<0,01	<0,01	1,15	0,249
ADa x Tiempo de convivencia	<0,01	<0,01	-0,14	0,890

NA: no existen datos

El modelo 2 ajustado, tras realizar la técnica “Backward Stepwise Regression”, está representado en la tabla 18. En ella se observa que el modelo está formado por seis variables predictoras, todos con una influencia estadísticamente significativas, si bien en la variable estudios-REC solamente los que indicaron estudios universitarios presentaban valores favorables en AESFA-5 ($p < 0,001$). Controlando la influencia por el resto de variables, la variable ADa presentó un efecto pequeño ($r = 0,21$). El modelo explicó un 55% la variabilidad asociada a los datos, fue estadísticamente significativo y la $R^2 = 0,30$ del modelo fue elevada.

Tabla 18. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Modelo ajustado.

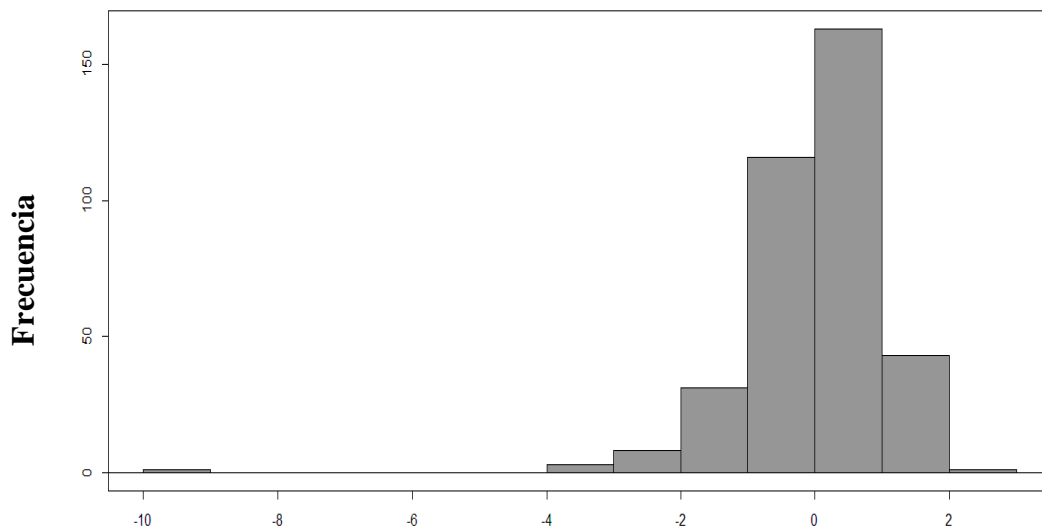
AESFA-5	Modelo 2 ajustado				
	Coefficiente	Error	t	p	Tamaño del efecto
<i>Sexo (mujer)</i>	1,74	0,82	2,12	0,035	0,11
<i>Tipo de población (rural)</i>	1,70	0,83	2,04	0,042	0,11

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

<i>Estudios-REC</i>					
<i>ESO</i>	-1,28	1,44	-0,89	0,373	0,05
<i>Bachiller o FP</i>	2,48	1,07	2,32	0,021	0,12
<i>Universidad</i>	4,18	1,07	3,91	<0,001	0,20
<i>Apoyo social percibido</i>	0,26	0,03	7,45	<0,001	0,37
<i>Acontecimientos vitales estresantes</i>	-0,01	<0,01	-2,75	0,006	0,14
<i>ADa</i>	0,23	0,06	4,04	<0,001	0,21

$R^2=0,30$, $F=20,41$, $DF=357$, $p<0,001$

Sin embargo, el diagnóstico de los supuestos indicó problemas de normalidad en los residuales asociados a dicho modelo, sugiriendo la eliminación de un valor atípico, como aparece reflejado en la figura 5 y el anexo 9.



Residuos del Modelo 2 ajustado

Figura 5. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Histograma de residuales del Modelo ajustado.

A continuación se muestra el modelo 2 definitivo, sin dicho valor atípico, representado en la tabla 19, que explica el 61% de la variabilidad asociada a los datos ($p<0,001$; $R^2=0,37$). En este modelo cambiaba un poco la significación estadística, encontrando que ni la variable tipo de población ni estudios-REC (ESO) presentaban

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

valores favorables en AESFA-5 ($p>0,05$). La variable Apoyo social es controlada por el resto de las variables con tamaño de efecto moderado ($r=0,37$), seguidas de ADa ($r=0,28$) y estudios-REC (universidad) con $r=0,26$ e influyendo positivamente sobre la percepción de salud familiar. El resto de variables presentan tamaño de efecto pequeño que oscilan entre 0,10 a 0,19. En este modelo, se observó una buena aproximación a los supuestos (anexo 10, figura 6 y la tabla 20).

Tabla 19. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Modelo definitivo.

AESFA-5	Modelo 2 definitivo				
	Coefficiente	Error	t	p	Tamaño del efecto
<i>Sexo (mujer)</i>	2,00	0,73	2,73	0,007	0,14
<i>Tipo de población (rural)</i>	1,39	0,75	1,87	0,062	0,10
<i>Estudios-REC</i>					
<i>ESO</i>	-1,17	1,28	-0,91	0,363	0,05
<i>Bachiller o FP</i>	2,60	0,96	2,72	0,006	0,14
<i>Universidad</i>	4,82	0,96	5,04	<0,001	0,26
<i>Apoyo social percibido</i>	0,24	0,03	7,61	<0,001	0,37
<i>Acontecimientos vitales estresantes</i>	-0,01	<0,01	-3,68	<0,001	0,19
<i>ADa</i>	0,28	0,05	5,58	<0,001	0,28

$R^2 = 0,37$, $F=27,56$, $DF=354$, $p<0,001$

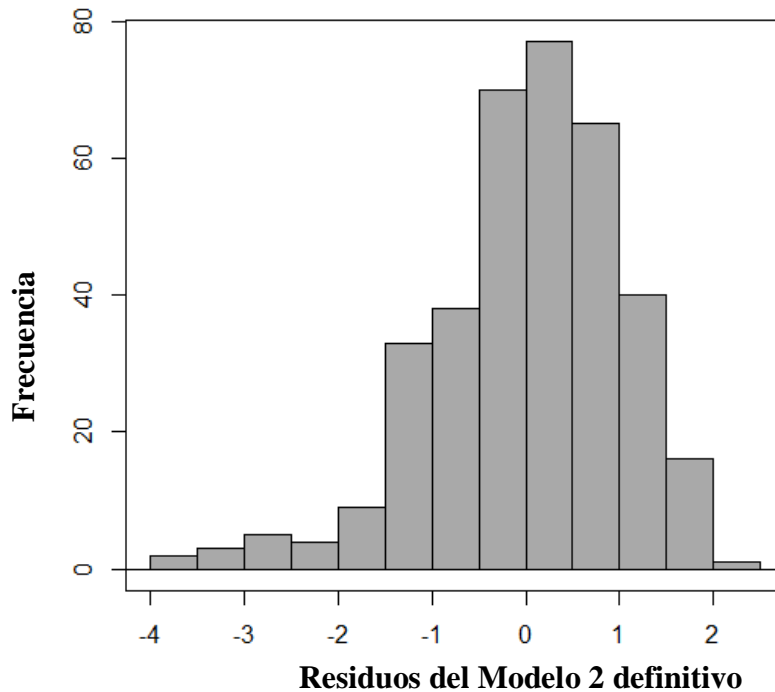


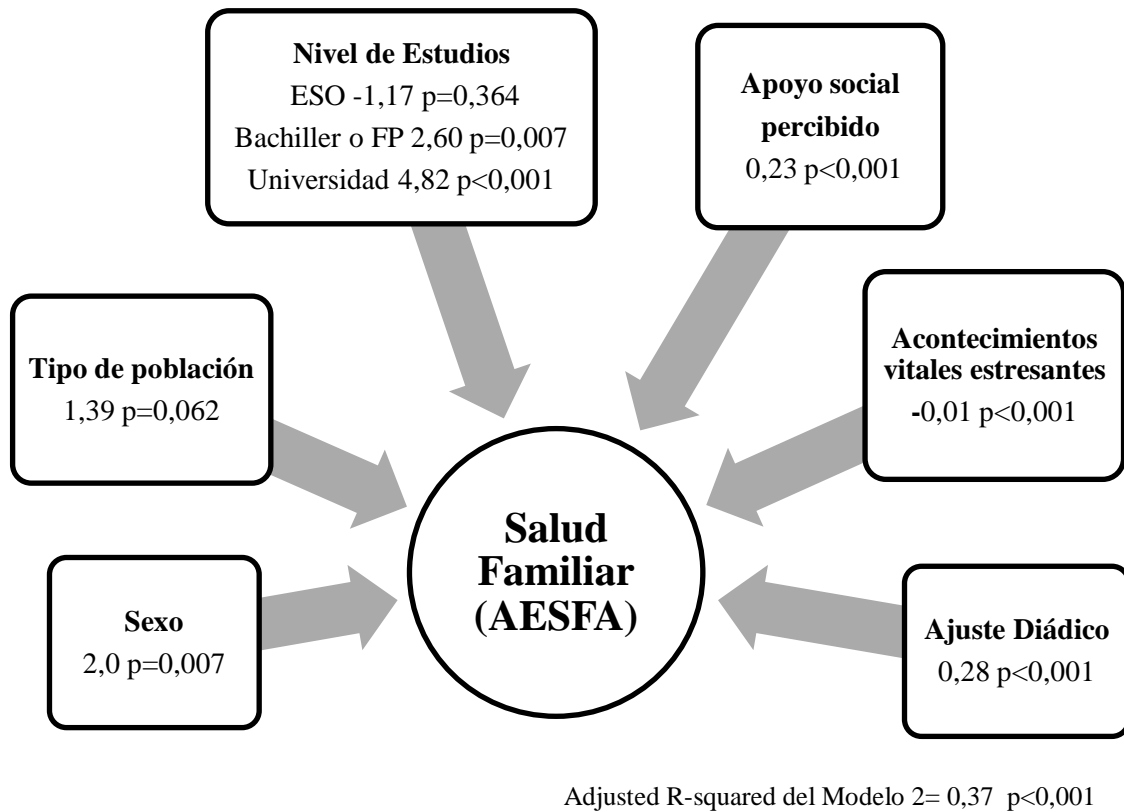
Figura 6. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Histograma de residuales del Modelo definitivo.

Tabla 20. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. No-colinealidad del Modelo definitivo.

No-colinealidad del Modelo 2 definitivo		
AESFA-5	Tolerancia	FIV
Sexo	1,02	1,01
Tipo de población	1,03	1,01
Estudios-REC	1,05	1,01
Apoyo social percibido	1,25	1,18
Acontecimientos vitales estresantes	1,02	1,01
ADa	1,25	1,18

Finalmente, la figura 7 representa el Modelo 2 definitivo con las variables predictoras de la autopercepción de salud familiar y confirma la hipótesis de estudio planteada por la cual el ajuste diádico influye de manera significativa sobre la salud familiar.

Figura 7. Análisis de regresión del Modelo 2: Variables predictoras de la autopercepción del estado de salud familiar. Representación del Modelo definitivo.



DISCUSIÓN

Discusión

Este estudio se ha desarrollado con el propósito de generar una visión global y actual de las familias, en cuanto al ambiente interno, el grado de unión entre sus miembros, el funcionamiento del sistema, la resistencia, el afrontamiento, el apoyo social percibido, los acontecimientos vitales estresantes acontecidos en los últimos doce meses, y conocer, dentro de las relaciones familiares, si el subsistema diádico conyugal explica parte del funcionamiento (Jager et al., 2014), y, más concretamente, el estado de salud familiar (Lima et al. 2012a). De esta manera, ha intentado contribuir a la comprensión de que los ajustes o desajustes maritales no sólo permanecen confinados a los subsistemas conyugales sino que sus beneficios o consecuencias actúan como factores influyentes en el sistema familiar (Froyen et al., 2013; Merrifield et al., 2013; Bandura et al., 2011), arrojando luz sobre la importancia de tener en cuenta los diferentes contextos maritales en los que los miembros de la familia están inmersos con el fin de comprender mejor su desarrollo social y emocional (Shigeto et al., 2014).

La discusión de este trabajo se enfoca desde varios apartados diferentes, la relación de los resultados obtenidos con otras aportaciones existentes en la literatura científica, las limitaciones del estudio, medidas llevadas a cabo para evitar posibles sesgos, y propuestas futuras de mejora de esas limitaciones, y, finalmente, las implicaciones prácticas o contribuciones del estudio para el avance del conocimiento científico.

Perfil de las familias estudiadas

Respecto al perfil de la muestra, el encuestado principal fue mayoritariamente mujer, de 46 años de edad media, casadas jurídicamente en el 79% de los casos, con una

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

media de 22 años de convivencia conyugal. El 65% poseía hijos y el 46% de las familias se encontraba en la etapa escolar y adolescente, dentro del Ciclo Vital Familiar. Esto permite la comparabilidad con otros trabajos que han empleado la escala de ajuste diádico para estudiar familias con hijos en edad escolar y/o adolescentes (Lindahl, Bregman & Malik, 2012; Jager et al., 2014; Etkin, Koss, Cummings & Davies, 2014; Ackerman et al., 2011).

La escala EAD-13 es indicativa de buen ajuste marital en las familias encuestadas, al superar el punto de corte establecido para indicar un desajuste por Santos-Iglesias et al., (2009). Por otra parte, la puntuación obtenida para los acontecimientos vitales estresantes en la familia, es muy similar a la obtenida por Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón, Domínguez-Sánchez & Cáceres-Rodríguez, (2012c) en su estudio sobre una muestra de 252 familias de Sevilla y área metropolitana. También hemos obtenido valores similares a los hallados por estos autores tanto para la autopercepción de la salud familiar por la escala AESFA-5 como para sus diferentes subescalas. Y aunque la puntuación media de dicha escala sería 42 puntos y la máxima 84, los datos obtenidos podrían indicar una tendencia hacia una adecuada autopercepción de la salud familiar en nuestra muestra (donde la puntuación media ha sido de 72,23), aún no se han establecido puntos de corte para la misma, siendo de interés seguir avanzando en esta línea de investigación para en el futuro poder poner límites indicativos de una buena o mala salud familiar.

Variables predictoras del ajuste diádico marital.

En el presente trabajo, se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre ajuste diádico y la edad y el tiempo de convivencia. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Garrido et al. (2002) al demostrar significación

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

($p < 0,05$) en las correlaciones que establecieron entre el ajuste diádico y los años de matrimonio. Nuestros resultados muestran una correlación negativa, es decir, a menor edad mayor ajuste diádico y a menor tiempo de relación también mayor ajuste diádico. León (1979) da una explicación a este fenómeno, al afirmar que el tiempo de relación y la edad influyen en el análisis de la pareja. Cuanto más joven es la pareja más posibilidades tienen de enfrentarse a la vida y a las crisis superándolas con éxito, planteándose pocas veces la separación o el divorcio como solución a los problemas. Aunque de darse la ruptura ambos jóvenes estarían igual de predispuestos a afrontar el cambio y plantear nuevos horizontes. Mientras que si ambos miembros son de edad avanzada e incluso tiene defectos físicos o ve deteriorada su salud se ven desprotegidos para enfrentarse a una nueva lucha, ponen serias dificultades en el acuerdo de separación e intenta aferrarse al despojo de su matrimonio por temor al porvenir.

Sin embargo hay autores que señalan que, a pesar de tener niveles altos de felicidad conyugal y bajas posibilidades de disolución matrimonial (Lavner & Bradbury, 2012), las mayores tasas de divorcio se dan en parejas con menos de cinco años de matrimonio (Karney & Bradbury, 1997), aunque Domínguez (2012) señala que la franja de edad donde tienen lugar mayor número de divorcios a causa del bajo ajuste marital es entre los 40 y 49 años. Pues bien, Valdés (2003) trata de explicarlo alegando que la sociedad ha cambiado mucho en las dos últimas décadas hasta tal punto que se considera la causante del crecimiento gradual de los niveles de divorcialidad y consensualidad. Entre los cambios acaecidos se incluyen las modificaciones en los valores familiares, los cambios en los procesos de unión de las parejas, las carencias económicas, los crecientes niveles de autonomía y la libertad personal. Esto ha conllevado a que cada vez más personas sean incapaces de aceptar un vínculo disfuncional que limite el crecimiento individual e impida la búsqueda de nuevos

atractivos en otra relación, incrementando las tasas de separaciones, divorcios o formaciones de pareja sin un vínculo legal. Por otro lado, Jiménez, Amarís & Valle (2012) explica que las tasas de divorcio entre parejas jóvenes también puede deberse a una falta de preparación para enfrentar la relación de pareja y la convivencia, la concepción de inmediatez e inmadurez en los planes de vida, a la anteposición de la satisfacción personal frente a la conyugal, rompiendo con el legado cultural que estigmatizaban las separaciones o las uniones no legalizadas. Y esto último, en parejas de más edad ha supuesto una ayuda en la toma de decisiones y en los replanteamientos de la vida matrimonial.

Los resultados de nuestro estudio mostraron que existe una correlación estadísticamente significativa del ajuste diádico con las etapas del ciclo vital familiar, y más concretamente, que la etapa madura y anciana influye negativamente sobre el ajuste diádico al introducirla en el modelo de regresión controlada por el resto de variables predictoras. Pues bien, la conceptualización que hacen Jiménez, Amaris y Valle (2012) acerca de las crisis normativas justifica la relación entre ajuste diádico y etapas del ciclo vital. Afirman que en las relaciones conyugales aparecen crisis normativas que son un reflejo de un proceso de desarrollo y crecimiento de cada individuo y de la familia. Algunas de ellas son el matrimonio, el nacimiento de un hijo, la vida escolar, la adolescencia, etc., pues bien, la pareja con su ajuste y acomodamiento a las crisis son capaces de asumir y superar las etapas temporales y cambiantes del ciclo vital.

Por otro lado, Ocampo y Londoño (2007) explican una de las posibles razones por las cuales existe una relación negativa entre ajuste y la etapa madura anciana del ciclo vital: el envejecimiento, como un proceso natural e irreversible que merma las reservas en la capacidad funcional de la persona y en consecuencia ésta presenta menor habilidad de adaptación a los factores del medio, a las crisis y menos capacidad de

adaptarse a la pareja a través del ajuste diádico. Para Madrid y Garcés (2000) la jubilación es otro de los condicionantes que afectan a la relación marital generalmente porque la mayor disposición de tiempo supone mayor convivencia, mayores conflictos y precisa de una reorganización personal y marital.

Todo esto se contradice con lo indicado por autores previos acerca de que el nacimiento del primer hijo, es la etapa más influyente que puede deteriorar las relaciones conyugales, encontrando evidencias para reconocer que la paternidad y maternidad será un reflejo de la relación de pareja previa al primer hijo (VanLaningham, Johnson & Amat, 2001; Cummins & O'Leary, 1997). Y los datos de nuestro estudio no apoyan esta idea lo que podría ser por diversas cuestiones. Una de ellas, podría relacionarse con el hecho de que, al estar la categoría de la etapa de familias con hijos lactantes poco poblada en la muestra de nuestro estudio, para el análisis de regresión se recodificó junto a la de familia con hijos en edad escolar para no ocasionar perjuicios al modelo de regresión. No obstante, si observamos las comparaciones simples, la media de la escala para ambos tipos de familia fue superior a la observada en familias en otras etapas, siendo de nuevo en este caso las familias en edad madura y anciana las que obtuvieron medias inferiores. En el futuro, estas dudas se podrían aclarar al aumentar la muestra, de modo que aumentara la población de estudio en distintas etapas del ciclo vital familiar.

Otro aspecto que correlacionó, en nuestro trabajo, con el ajuste diádico fue la transición familiar de una etapa a otra del ciclo vital familiar. Para Haley (1989) la familia se desarrolla en base a etapas de ciclo vital que siguen una progresión, en la que existen periodos de desequilibrio, que se originan en sus individuos y en la familia como contexto. Como consecuencia de esta desestabilización, se da un cambio a un estadio nuevo, pasando por un periodo de transición en el que tendrán que desarrollar

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

nuevas tareas y mantener aptitudes nuevas, siendo un momento crítico y de especial dificultad para la familia. Por otra parte, Carter & McGoldrik (1989) consideran que, acontecimientos importantes (como el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la partida del último hijo del hogar, etc.) anuncian la transición de una etapa a la próxima en el ciclo de vida familiar. Respecto a la importancia de la transición entre etapas dentro del ciclo vital, Blázquez (2011) subraya que las fases de transición entre cada etapa del ciclo vital y las modificaciones consecuentes, llevan a distintas situaciones, destacando cambios en los acuerdos de relación, un momento de crisis donde las reglas, hasta el momento válidas, ya no lo son, o una dificultad para superar una etapa del ciclo vital que, de no resolverse, puede convertirse en un síntoma. Esta idea se ve reforzada por lo ya comentado anteriormente respecto a las crisis normativas de Jiménez, Amaris y Valle (2012).

En estas situaciones de crisis intrafamiliar, resulta fundamental la presencia de apoyo social, es decir, acciones llevadas a cabo a favor de una familia por otras personas, amigos, familiares y compañeros de trabajo, proporcionando asistencia emocional, ayuda instrumental, información o valoración (Vinaccia et al., 2005). Esto se ha relacionado con la salud y el bienestar, en estudios previos (Gómez, Pérez & Vila, 2001; Barrón & Chacón 1992). Sin embargo, en ninguno de los estudios revisados se encontraron relaciones significativas, como si ha sucedido en nuestro caso entre el apoyo social percibido y el ajuste diádico, destacando también que su efecto fue entre moderado y grande, siendo además, junto a la etapa del ciclo vital familiar, una de las variables explicativas con valores estadísticamente significativos en el modelo de regresión ajustado sobre el ajuste diádico conyugal.

Finalmente, aunque los resultados de este estudio no mostraron correlación estadísticamente significativa entre la existencia de hijos y el ajuste diádico, ($r=0,01$,

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

$p=0,907$), y en los trabajos revisados no se hace referencia a este tipo de relaciones, si encontramos otros en los que se pone de manifiesto que los índices de divorcio, son mayores en parejas sin hijos que en parejas con hijos, aunque con diferentes resultados. Así, Lawrence & Nysten, (2007) encontraron valores del 50% en parejas sin hijos frente al 25% en las parejas con hijos, mientras que, según Shapiro & Gottman (2000), fueron del 20% para parejas sin hijos frente al 0% para parejas con hijos, lo que podría llevarnos a considerar que aunque, la existencia de hijos, no sería un factor que influye en el ajuste diádico, si podría ser un factor de protección frente al divorcio. En este sentido, sería interesante seguir profundizando en esta línea en el futuro, para contrastar de nuevo la influencia de este factor sobre el ajuste familiar.

Respecto al estado de salud familiar, y cumpliendo con los objetivos propuestos para este estudio, se demuestran correlaciones estadísticamente significativas entre esta y, la edad del encuestado ($r=-0,13$ $p<0,05$), el nivel de estudios máximo alcanzado ($r=3,61$ $p<0,05$), el tiempo de convivencia conyugal ($r=-0,12$ $p<0,05$) y la presencia o no de hijos en la familia ($r=0,11$ $p<0,05$), no encontrando estudios análogos que corroboren nuestros resultados, lo que evidencia la importancia de estos hallazgos.

Variables predictoras de la salud familiar. La influencia del ajuste diádico

Además de con el ajuste diádico, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas de la autopercepción del estado de salud familiar con la etapa del ciclo vital familiar, el apoyo social familiar y los acontecimientos vitales estresantes.

Respecto a la influencia de la etapa del ciclo vital familiar sobre la salud familiar Sierra et al., (2012) indican cómo cada etapa del ciclo vital, con sus características propias, dan lugar a diversas crisis que pueden afectar en gran medida la percepción del clima familiar por parte de cada uno de sus miembros. O el aportado por Gimeno (1999)

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

que asocia las etapas del ciclo vital con la presencia de conflictos familiares. En nuestro estudio, en los análisis bivariados, se observó que las etapas superiores del ciclo presentaban niveles inferiores de salud familiar al igual que ocurría con el ajuste marital, aunque esta influencia no llegó a ser significativa al controlar el modelo por otras variables.

En estudios previos, también se asocia un mayor grado de apoyo social con una mejor respuesta adaptativa, y con una vida más saludable de las familias. Dicho apoyo favorece la aceptación, por parte de la sociedad, actuar como un amortiguador de los efectos emocionales negativos de los acontecimientos estresantes, y fortalecer las relaciones interpersonales que pueden proporcionar ayuda emocional y feed-back (Martínez-Pérez & Osca, 2002; Barrón-López de Roda & Sánchez-Moreno, 2001). Cuando el apoyo social es inadecuado, disminuye la habilidad de la familia para afrontar efectivamente la situación reduciendo sus funciones emocionales (Álvaro & Garrido, 2003; Bloom & Kessler, 1994; Wortman, 1984). Por tanto se corroboran los resultados de nuestro estudio que relaciona positiva y significativamente el apoyo social familiar con la salud familiar, con tamaño de efecto entre moderado y grande, siendo una de las variables explicativa que permanece en el modelo de regresión ajustado con niveles significativos, lo que denota la relevancia de este aspecto en la salud familiar.

Este apoyo, resulta de vital importancia ante la presencia de situaciones de crisis intrafamiliares (por ejemplo, las relacionadas con las etapas del ciclo vital familiar) y extrafamiliares (destacando, distintos acontecimientos estresantes que inciden sobre el bienestar y funcionamiento de las familias). Hernández (1997) llama estresores a los eventos vitales que ocurre en un momento específico y produce o tiene el potencial de producir cambios, demostrando que esos cambios afectan a la estructura familiar y/o al sistema social familiar (McCubbin et al., 1980). Muchas familias pasan por eventos

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

catastróficos logrando afrontarlos mediante respuestas familiares adaptativas (Kazak, 1986), mientras otras, por el contrario, se bloquean o se rinden ante las situaciones (Sierra et al., 2012). Se podría pensar que la relación de eventos de vida y familia es, por lo tanto, unidireccional, con los primeros afectando la segunda, de manera positiva o negativa. Este estudio demuestra que la relación entre acontecimientos vitales estresantes es significativamente negativa, en las relaciones simples. Lavee, McCubbin y Olson (1987) también encontraron que los acontecimientos estresantes afectaban negativamente al bienestar familiar. Y más recientemente Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón, Domínguez-Sánchez & Cáceres-Rodríguez (2012b) también demostraron esta relación, siendo esta variable a tener en cuenta para explorar sus influencia en las valoraciones familiares y en las intervenciones de enfermería orientadas a la familia como unidad (Lima et al. 2009b.)

En este estudio se confirma la hipótesis de la influencia del ajuste diádico conyugal sobre la salud familiar, efecto bajo-moderado, tanto en el análisis simple, como al ajustar este factor en el modelo de regresión por otras covariables. Esto queda demostrado por un modelo lineal, que explica un importante porcentaje de la variabilidad de los datos de nuestro estudio, que ha sido estadísticamente significativo y parsimonioso siguiendo los criterios propuestos por Osborne et al. (2002). Y concuerda con autores previos acerca de que la relación marital juega un papel decisivo en la estructura emocional y relacional de la familia como conjunto (Amato et al., 2008; Feldman et al. 1990), pudiendo afectar, implicar o influir sobre otros subsistemas o diadas familiares (Lucas-Thompson et al., 2011).

Las diadas o los subsistemas disfuncionales son más propensos a encontrarse en familias disfuncionales que en familias saludables (Davies, Cummings & Winter, 2004). Es más, según Jager et al., (2014), si la perspectiva de la familia es de disfunción

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

familiar, esto está asociado con un peor ajuste diádico en los dominios de seguridad, conflicto y calidad marital. También Bandura et al., (2011) demostraron que existe una importante relación significativa entre la autopercepción de eficacia en la relación conyugal con la autopercepción de eficacia colectiva familiar y con la satisfacción familiar. Y propusieron un modelo de regresión que demostró con modelo también significativo que la autopercepción de los cónyuges respecto a la eficacia en sus relaciones maritales contribuye, de manera importante, a la autopercepción de eficacia colectiva familiar, así como en la satisfacción familiar

Otros autores corroboran esta relación de interdependencia entre el subsistema conyugal y la familia desde el conflicto. Por ejemplo, Gano & Fincham (1995) afirmaron que, debido a la interdependencia de las relaciones familiares, cualquier conflicto en la relación de pareja podría verse reflejado en otra parte del sistema familiar. De tal manera que, según estos autores, las relaciones de mayor calidad y menor conflicto se relacionan con resultados positivos en la familia, mientras que las de mayor conflicto están ligadas a resultados familiares negativos (Rothbaum & Weisz, 1994; Owen & Cox, 1997; Zimet & Jacob, 2001; Sheeber, Hyman & Davis, 2001). Gimeno (1999) también manifiesta que los conflictos familiares surgen asociados y causados por diferentes factores, que a menudo acumulan su efecto, interactúan o modulan entre sí respecto del efecto final, siendo los conflictos y las desavenencias conyugales algunos de esos factores desencadenantes. Y Bray et al., (1995), más centrados en los problemas de salud, explican cómo los conflictos conyugales, las separaciones y/o divorcios están relacionados con un incremento del riesgo de que la pareja y la familia sufran física y psicológicamente, alterando el bienestar de todos los miembros de la familia.

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Por otro lado estas relaciones no solo se aprecian respecto al estado de salud familiar en su conjunto, sino que se ven reflejada en sus distintas dimensiones, estas son el clima social, integridad, funcionamiento, afrontamiento y resistencia de la familia.

En relación al clima social de la familia, se encontraron correlaciones moderadas estadísticamente significativas con el ajuste diádico, pero también se observaron como el clima se ve influido por el grado de consenso en la pareja, con el nivel de satisfacción entre sus miembros y con la cohesión marital. Fisiloglu & Lorenzetti (1994) demostraron que las familias con percepción de cohesión familiar moderada tienen mayor ajuste diádico. Sin embargo, nuestros resultados no coinciden con los de Schermerhorn et al. (2011), que no hallaron relación entre la subescala de conflicto familiar dentro de la escala Escala de Clima Social en la familia con la escala de ajuste diádico ni con cada una de las dimensiones de consenso, cohesión, satisfacción y afecto mientras que Shigeto et al. (2014), más recientemente, no encontraron relación ni interacción entre cohesión familiar y ajuste marital

Para Lima et al. (2012a) clima social familiar depende entre otras cuestiones de la libre expresión de emociones, opiniones, quejas, y de la estabilidad en el sistema. Stocker, Ahmed & Stall (1997), Waldinger, Schulz, Hauser, Allen & Crowell (2004) y Krishnakumar & Buehler (2000) demuestran que la calidad de la relación matrimonial y las emociones involucradas en ella tienen implicaciones significativas para el medio ambiente global y emocional de la familia pudiendo afectar también a otros subsistemas de la misma. Es más, otros muchos autores demuestran que la comunicación de las emociones por parte de ambos progenitores dentro de la familia puede ser especialmente pertinente para el desarrollo y el mantenimiento de relaciones positivas intrafamiliares. De modo que, niveles altos de satisfacción marital están relacionados con niveles altos de expresividad positiva en la familia (mayor apertura y sensibilidad a los miembros de

la familia, que les lleva a expresar aprecio, empatía, cariño o preocupación), contribuyendo de este modo a mantener un clima social familiar adecuado. En cambio, los conflictos en la relación conyugal y/o la baja satisfacción conyugal se relacionan con niveles altos de expresividad negativa en la familia (expresión de ira y desprecio), con el consiguiente deterioro del clima social familiar (Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke & Fox, 1995; Kolak & Volling, 2007; Wong, McElwain & Halberstadt, 2009). Estas cuestiones, pueden explicar las relaciones que se han encontrado en esta investigación.

Para Pino (2012) los conflictos conyugales alteran la dinámica familiar, alterando la flexibilidad en la participación y cooperación en las funciones del hogar, creando un clima inadecuado que imposibilita las relaciones cercanas y la satisfacción de las necesidades de los integrantes del sistema familiar. De esta manera no solo se genera un clima inadecuado sino que la integridad familiar también se pueden ver alterada, por lo que se podría establecer una relación de reciprocidad que refleja las cualidades de clima, integridad familiar (Ackerman et al., 2011). Por otro lado, Villares y et al. (2010), explican como las estrategias en la resolución de conflictos de la pareja es un factor positivo, no solo en la satisfacción conyugal y el mantenimiento de una relación duradera, sino en la estabilidad familiar como parte del clima social familiar.

El clima social familiar debe fomentar el crecimiento y desarrollo, la madurez, la adquisición de competencias (Lima et al., 2012a). En este sentido, Sénéchal (2006), Sénéchal & LeFevre (2002) y Whitehurst & Lonigan (1998) reportan pocos datos acerca de cómo la calidad de la relación conyugal influye en el clima de aprendizaje en el hogar. En cambio Froyen et al. (2013) observaron que altos niveles de satisfacción marital generan valores más positivos de expresividad emocional de la familia y éstos a su vez generan un ambiente de aprendizaje en el hogar (coeficiente de regresión=0,25 $p<0,00$).

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

En relación con la integridad familiar, ésta se correlacionó positivamente con el ajuste diádico, con un efecto moderado. Existen diversos estudios que demuestran que el desajuste diádico de la pareja conlleva a la disolución matrimonial, o lo que es lo mismo, los conflictos maritales suponen el fin de la integridad familiar por medio del divorcio o la separación (Lucas-Thompson et al., 2011; Lansford, 2009; Martínez-Pampliega et al., 2009; Epstein & Baucom 2002). De hecho, como ya se dijo, Domínguez (2012) relacionó un mayor número de divorcios en personas entre los 40 y 49 años con bajo ajuste diádico, lo que demuestra su influencia en esta situación de conflicto.

En relación con el funcionamiento familiar, éste se correlaciona de forma moderada positivamente con el ajuste diádico y con sus tres dimensiones: consenso, satisfacción y cohesión. Al respecto autores previos también demuestran que el ajuste marital es predictor del funcionamiento familiar (Lim & Ivey, 2000; Tapia et al., 2009). Es más, Miller et al., (2000) encontraron relación entre la insatisfacción conyugal y funcionamiento familiar en su estudio sobre pacientes deprimidos. Y Eichelsheim et al. (2009) insisten en que los miembros de la diada conyugal tienden a realizar ajustes para no alterar las relaciones con otros miembros de la familia y el funcionamiento global familiar.

Otros autores, estudiando el conflicto conyugal en ambos cónyuges, encontraron correlaciones claras con el funcionamiento familiar (Cummings, Wilson & Shamir, 2003; El-Sheikh & Harger, 2001a; El-Sheikh, Harger, & Whitson, 2001b; Sheeber et al., 2001; Zimet et al., 2001; Owen et al., 1997; Rothbaum et al., 1994), donde, el conflicto aparece vinculado a una mayor relación de hostilidad y control y una menor relación de amor (Martínez-Pampliega et al., 2009). O donde los conflictos maritales y la forma en que se resuelven por la pareja denota la funcionalidad del matrimonio, de la

familia y de los hijos en cuanto a las repercusiones que pueden acarrear (Villares et al., 2010); e incluso interrumpiendo el funcionamiento de las diadas, alterando el desempeño de roles (Villares et al., 2010; Shigeto et al., 2014; Merrifield et al., 2013; Camisasca et al., 2014).

En referencia al afrontamiento familiar, este trabajo da como resultados correlaciones significativas con un efecto moderado con el ajuste diádico y con sus tres dimensiones. Autores como Taylor, Repetti & Seeman (1997) consideran que los problemas en la relación marital, pueden influir en el afrontamiento familiar al emplear estrategias con escasos recursos o maneras poco efectivas de gestionar y tratar los conflictos y el estrés, lo que da lugar a un modelo ineficaz de afrontamiento y resolución de conflictos. Otros autores corroboran esta relación al demostrar que las relaciones de mayor calidad y menor conflicto están asociados con resultados más positivos en el afrontamiento de la familia, sobre todo para los niños, y adolescentes; mientras que las relaciones de mayor conflicto están ligados a resultados negativos tanto para sus miembros como para la familia en general (Cummings et al., 2003; El-Sheikh et al., 2001a; Sheeber et al., 2001; Zimet et al., 2001; Owen et al., 1997; Rothbaum et al., 1994).

Finalmente, respecto a la resistencia familiar se observó su correlación con el ajuste diádico y dentro de este con las dimensiones consenso y cohesión, pero no con el grado de satisfacción de la pareja. Existe la evidencia de que la calidad de la relación marital es conceptualizada como un recurso potencial que permite a la familia enfrentar satisfactoriamente las situaciones de stress a las cuales se ve confrontada (Byrne & Cunningham, 1985). Y es que, como afirman Cortés-Funes, Bueno, Narváez, García-Valverde & Guerrero-Gutiérrez (2009) la relación matrimonial es el núcleo básico de la familia, el centro relacional de la misma (Davies et al. (2009), y la clave en la

organización de la vida familiar (Martínez-Pampliega, Sanz, Iraurgi & Iriarte, 2009), convirtiéndose en un recurso fundamental para la resistencia familiar frente a los acontecimientos vitales estresantes (Lima-Rodríguez et al. 2012c).

Limitaciones

Durante el proceso de planificación y ejecución de este trabajo, hemos procurado reducir los posibles sesgos a cometer. Para ello, se ha empleado un sistema de muestreo aleatorizado y un tamaño muestral suficiente para garantizar la representatividad de la población, incluso superior a la inicialmente prevista y que garantiza un poder o potencia de los resultados hallados respecto a los modelos de regresión propuestos en torno al 100%, lo que podría permitir la extrapolación de los datos a la población general. No obstante, en el futuro, sería de interés replicar el estudio en otras poblaciones a fin de contrastar algunos de los resultados obtenidos, que no coincide con los establecidos en investigaciones previas.

En los criterios de exclusión manifestamos nuestro deseo de que no participase toda aquella persona extranjera, con distinta nacionalidad. Los motivos los da Die (2003) quien explica cómo la cultura atribuye diferentes creencias acerca de la salud y la enfermedad, influyendo muy significativamente sobre la persona y el concepto que adopta de las cosas. De tal forma que dos personas con diferente cultura posiblemente tengan diferentes puntos de vista en cuanto a: las fuentes de apoyo que recibe o necesita, el valor que se le atribuye a las diferentes partes del cuerpo, las actitudes a adoptar, el comportamiento, tendrán conceptos diferentes de familia, funcionamiento, desempeño de roles, etc. Todo ello hace que sea más compleja la valoración e incluso la comunicación dado que se emplean términos o conceptos diferentes.

La recogida de información se hizo a través de cuestionarios, donde se pidió a ambos cónyuges que dieran su autopercepción del ajuste marital, y sólo al entrevistado principal se le facilitó el cuestionario sociodemográfico y el de autopercepción de la salud familiar. A pesar de existir estudios que corroboran que sólo es preciso un miembro en representación de la opinión general de la familia (Moos RH, Trickett & Moos BS, 1987; de la Revilla et al., 1991; Marcela, Avendaño, Duarte & Campos, 2006). Otros como Hernández & Valdez (1996) recomiendan que los cuestionarios familiares sean respondidos por un mínimo de tres miembros hasta el máximo de miembros que conviven con la familia en el momento de la aplicación, porque menos de eso generaría resultados con una visión parcial de la dinámica familiar. Y es que, según la teoría de construcción social (Hoffman, 1990; Paikoff, 1991) las diferencias en las percepciones de cada miembro de la familia ayudan a dar forma a la interpretación y el significado de las interacciones familiares, y mantener perspectivas diferentes o iguales entre ellos puede afectar a la salud de la familia (LaRossa & Reitzes, 1993; Paikoff, 1991). Estos aspectos deberían tenerse en cuenta en otras investigaciones y así corroborar nuestros hallazgos con respecto a las visiones de distintos miembros de la familia.

Por otra parte, este hecho de que la recogida de datos se haya realizado mediante encuesta está asociado a diversos sesgos. En primer lugar la información obtenida ha estado condicionada por el modo en que se formularon las preguntas y por la veracidad de las respuestas de los encuestados, ya que dicha información ha reportado las opiniones y percepciones de los participantes. En segundo lugar, la presencia de los entrevistadores ha podido provocar efectos de carácter reactivo en las respuestas de los participantes, si bien, las condiciones de aplicación descritas en el procedimiento de la recogida de datos han podido disminuir este sesgo, puesto que el cuestionario era

anónimo y autoadministrado. Además el protocolo llevado a cabo en el diseño y validación de los cuestionarios utilizados, ha podido matizar estos riesgos, posibilitando la obtención de una información significativa, y comparable entre los distintos participantes en el estudio (Hernández et al., 2006; Cea, 2009).

En cuanto a la metodología empleada, autores como Eichelsem et al. (2009) señalan que se debe procurar captar adecuadamente la complejidad de la familia, precisamente debido a la dificultad para ser captada empíricamente (Jager et al., 2012; Paikoff, 1991). Nuestro estudio emplea una metodología basada en recogida de información a través de cuestionarios y análisis estadísticos a través de correlaciones y modelos de regresión. Existen multitud de estudios que emplean los mismo métodos (Camisasca et al., 2014; Jager et al., 2014; Shigeto et al., 2014; Froyen et al., 2013; Merrifield et al., 2013; Schermerhorn et al., 2011; Bandura et al., 2011). Aunque se propone para futuras investigaciones emplear el modelo de relaciones sociales que permite el examen de la familia en tres niveles diferentes (individual, diádica y familiar) (Eichelsheim et al., 2009) o modelos de ecuaciones estructurales, que son más complejos de estimar que los modelos de regresión y van más allá, pues permiten proponer el tipo de relaciones que se espera encontrar entre las diversas variables (Buehler & Welsh, 2009). Otra línea de investigación, sería corroborar nuestros resultados a través de estudios longitudinales, lo que permitiría también controlar el factor tiempo y su influencia sobre la evolución de los hechos analizados.

Implicaciones prácticas

Este estudio ha permitido no solo establecer relación entre el subsistema conyugal y el sistema familiar en el que se encuentra inmerso, sino que además demuestra que el ajuste diádico dentro de la relación conyugal se relaciona con la salud

familiar en cada una de sus dimensiones y con el apoyo social familiar. Se ha demostrado a través de un método con potencia para comprobar hipótesis estadísticas y generalización de los resultados para la población de interés, con transparencia en los objetivos y en los efectos de los resultados (Emerson, Burdick, Mosteller & Chalmers, 1990; Juni, Altman & Egger, 2001; Verhagen, de Vet, de Bie, Boers & van den Brandt, 2001).

El trabajo, ha contribuido además, a comprobar la utilidad de la versión abreviada de la DAS. Ya se conoce que la DAS ha sido ampliamente utilizada en contextos clínicos y de investigación, validada para diferentes culturas, en diferentes idiomas y para su utilización en múltiples países (Tapia et al., 2009). Sin embargo, la versión breve (EAD-13) validada en España, tal y como afirman sus autores (Santos-Iglesias et al., 2009) necesita ser replicada para demostrar la pertinencia de su uso. Con esta investigación se apoya la versión breve, destacando sus ventajas tales como su brevedad, economía y formato de fácil puntuación, de cara a su empleo en estudios epidemiológicos y clínicos, su aplicabilidad en parejas convivientes independientemente de su relación jurídica, la solidez de sus propiedades psicométricas, y el mantenimiento de las fortalezas de la DAS original en cuanto a su multidimensionalidad.

Más aún, se ha empleado también un instrumento para medir la autopercepción del estado de salud familiar, inspirado en los criterios de resultados enfermeros para el dominio salud familiar, con validez y fiabilidad demostrada. Aunque su utilización en distintos estudios es incipiente, este instrumento puede ser adecuado para la investigación, la docencia y la práctica clínica y asistencial, resultando novedoso y útil para la disciplina enfermera en el abordaje de la salud familiar, siendo recomendable el desarrollo de investigaciones que lo utilicen para profundizar en su conocimiento y validación (Lima-Rodríguez et al., 2013; Lima-Rodríguez et al., 2011a; 2011b).

Es importante profundizar en el estudio y valoración de la familia para generar conocimientos, conocer profundamente los fenómenos que se dan en el seno familiar y generar estrategias que favorezcan el mantenimiento de la salud de las mismas (Galán, 2010). Todos los hallazgos de este estudio contribuyen a que el conocimiento de la familia y de la salud familiar, se convierta en un objetivo primordial dentro de las competencias de los profesionales sanitarios (OMS, 1974). Es por ello que los resultados de esta investigación pueden alentar a otros investigadores a profundizar en otras cuestiones aún por resolver. Destacamos el abordaje de las relaciones conyugales, con los objetivos de detectar riesgos, desarrollar y evaluar habilidades; abordar problemas, aminorar riesgos, evitar consecuencias e identificar variables que confluyen en el conflicto; el desarrollo y evaluación de intervenciones terapéuticas que incidan en ajuste conyugal y la salud familiar; y debido a la relación entre el ajuste diádico y la salud familiar, prevenir los problemas de esta última y fomentar el funcionamiento de las familias y de la salud psíquica de los miembros de la misma (Buehler et al., 2009; Lindahl et al., 2012). De esta forma se lograría reducir los efectos negativos del desajuste marital sobre la propia relación conyugal y la familia en general (Hayatbakhsh et al., 2013) y frenar o impedir la cronificación de situaciones de riesgo que conlleven a repercusiones en la integridad de la pareja y en la salud familiar.

Igualmente, este trabajo contribuye a ello con la mejora de los conocimientos enfermeros en el campo de las relaciones maritales, la familia y la salud familiar, al ofrecer un estudio que aporta información sobre datos a recoger para el estudio de las familias y ofrecer los hallazgos obtenidos sobre las familias de nuestro entorno.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Este estudio se ha basado en la Teoría de los Sistemas Familiares (Minuchin, 1985), en el concepto de ajuste diádico (Spanier, 1976) y en el de salud familiar (Lima et al. 2009a). Teniendo en cuenta estos aspectos, se pasan a enumerar las conclusiones alcanzadas en relación con los objetivos propuestos:

1. El perfil de la persona encuestada ha sido mayoritariamente mujer (68,8%, N=254), con edad media de $46 \pm 13,57$ años, unida en matrimonio a su cónyuges (79,1% N=292) con el que lleva una media de $22 \text{ años} \pm 14,96$ de convivencia. La familia a la que pertenece es nuclear, residente en Sevilla y en zona urbana (69,4% N=256), con hijos en el 64,8% de los casos y formada por 3 ± 1 miembros. La familia se sitúa en la etapa del ciclo vital adolescente y no atraviesa por ninguna etapa de transición familiar (92,1%). La familia tiene en general la percepción de buen ajuste marital, aunque con cierto riesgo de disfunción familiar pero buen apoyo social percibido.
2. En el análisis correlacional, observamos que el ajuste diádico mantiene relaciones estadísticamente significativas con el apoyo social percibido con tamaños de efecto medio, no relacionándose con los acontecimientos vitales estresantes. También se relaciona con el tiempo de convivencia y con la transición familiar de forma positiva y con la etapa del ciclo vital siendo la fuerza de la relación baja en estos casos.
3. Se concluye con modelo de regresión multivariante con siete variables predictoras del ajuste diádico conyugal en el que la percepción del mismo está influida de forma significativa por la etapa del ciclo vital familiar (concretamente aquellas familias en edad madura y anciana demuestran un menor ajuste) y el apoyo social percibido, cuando se controlan por las variables

nivel de estudio, tiempo de convivencia, número de miembros que compone la unidad familiar, la presencia o no de hijos, y si están atravesando o no por un momento de transición entre etapas. De estos factores, el apoyo social percibido resulta la variable de mayor interés, pues influye positiva y significativamente con tamaño de efecto moderado a grande sobre el ajuste diádico. Este modelo ha resultado estadísticamente significativo con un elevado tamaño del efecto, que explicaba un 46% de la variabilidad asociada a los datos.

4. En el análisis bivariado, destaca la existencia de relaciones positivas, estadísticamente significativas, entre los resultados del ajuste diádico y la autopercepción del estado de salud familiar, con tamaño de efectos medio. Al analizar las correlaciones entre sus respectivas dimensiones se observa correlaciones positivas, estadísticamente significativa, en todas las dimensiones, con tamaños de efecto entre bajo y medio, salvo en la satisfacción marital que no se correlaciona con la resistencia familiar. También se correlaciona con el apoyo social percibido, la existencia de hijos, la etapa del ciclo vital familiar y el nivel de estudios de forma positiva. Y lo hace también con la edad, el tiempo de convivencia y los acontecimientos vitales estresantes de forma negativa.
5. Finalmente, se concluye otro segundo modelo de regresión multivariante con seis variables predictoras de la salud familiar. En este, el ajuste diádico tiene una influencia positiva moderada estadísticamente significativa al controlar su efecto por otras variables también con niveles de influencias significativos tales como el sexo, nivel de estudios, percepción de apoyo social, acontecimientos vitales estresantes del último año, y ajuste marital. El tipo de población, aunque se mantuvo en el modelo como factor de confusión no llegó a influir significativamente sobre la salud familiar. Es precisamente el apoyo social

percibido la variable controlada por el resto, que influye positivamente sobre la salud familiar con tamaño de efecto moderado-grande. Este modelo ha resultado estadísticamente significativo con un elevado tamaño del efecto, que explica un 61% de la variabilidad asociada a los datos.

6. Los resultados y las conclusiones de este estudio sentarán las bases para alentar a otros investigadores a desarrollar las relaciones y los modelos que aquí han resultado ser significativas, a probarlos con otras poblaciones y expandir el ámbito de aplicación y servir de base para desarrollar intervenciones terapéuticas que permitan el abordaje de problemas, factores de riesgo y trabajar sobre la familia de cara al ajuste del sistema conyugal en su estrecha relación con la salud familiar.

REFERENCIAS

Referencias

- Ackerman, N.Y.A. (1990). *La creación del sistema terapéutico: La escuela de terapia familiar de Roma*. Barcelona: Paidós.
- Ackerman, R., Kashy, D., Donnellan, B. & Conger, R. (2011). Positive-Engagement Behaviors in Observed Family Interactions: A Social Relations Perspective. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 719-730. Doi: 10.1037/a0025288
- Aiken, L.S. & West, S.G. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Alayi, Z., Ahmadi-Gatab, T. & Khamen, A.B.Z. (2011). The relationship between parents marital adjustment, parents rearing style and health of children in Azad University. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 1969-1975. Doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.382
- Álvaro, J. & Garrido, A. (2003). *Desempleo, salud y exclusión social*. Madrid: Siglo XXI.
- Amato, P.R. & Cheadle, J.E. (2008). Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems: A comparison of adopted and biological children. *Social Forces*, 86, 1139-1161.
- Argimón, J.M. & Jiménez, J. (2000). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Harcourt.
- Badia, X. & Baró, E. (2001). Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(5), 349-356.
- Balón, E. & De la Revilla, L. (2011). La atención familiar la asignatura pendiente. *Atención Primaria*, 43(2), 55-57. Doi: 10.1016/j.aprim.2010.12.006
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Regalia, C. & Scabini, E. (2011). Impact of family efficacy beliefs on quality of family functioning and satisfaction with family life. *Applied Psychology International Review*, 60(3), 421-448. doi: 10.1111/j.1464-0597.2010.00442.x

- Barrón, A. & Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.
- Barrón-López de Roda, A. & Sánchez-Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Belsey, M. (1996). The concept of family health. En *Family: Challenges for the future*. New York: United Nations Publications.
- Benites, L. (1997). *Tipos de familia, habilidades, sociales y autoestima en un grupo de adolescentes en situación de riesgo*. Lima: UPSMP. Revista Cultura.
- Benson, M.J., Buehler, C. & Gerard, J.M. (2008). Interparental hostility and early adolescent problem behavior: Spillover via maternal acceptance, harshness, inconsistency, and intrusiveness. *Journal Early of Adolescence*, 28(3), 428-454. Doi: 10.1177/0272431608316602
- Berenstein, I. (1987). *Familia y Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bigras, M. & Paquette, D. (2000). L'Interdépendance entre les sous-systèmes conjugal et parental: Une analyse personne-processus-contexte. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(2), 91-102.
- Blázquez, A. (2011). *La influencia de la relación de pareja en la capacidad funcional en mujeres diagnosticadas de síndrome de fatiga crónica*. (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/42336>
- Bloom, B. (1985). A factor analysis of self-report measures of family functioning. *Family Process*, 24, 225-240.
- Bloom, J.R. & Kessler, L. (1994). Emotional Support following cancer: a test of the stigma and social activity hypotheses. *Journal of health and social behavior*, 35(29), 118-133.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Espasa Libros, S.L.U.

- Bray, J.H. & Jouriles, E.N. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of marital and family therapy*, 21(4), 461-473.
- Bryk, A.S. & Raudenbush, S.W. (2002). *Hierarchical linear models. Applications and data analysis methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Buchanan, C.M., Maccoby, E.E. & Dornbusch, S.M. (1991). Caught between parents: Adolescents' experience in divorced homes. *Child Development*, 62, 1008-1029.
- Buehler, C. & Welsh, D.P. (2009). A process model of adolescents' triangulation into parents' marital conflict: The role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 23, 167-180. Doi: 10.1037/a0014976
- Bulbena, A., Berrios, G. & Fernández de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Byrne, E.A. & Cunningham, C.C. (1985). The effects of Mentally Handicapped Children on Families-A Conceptual Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(6), 847-864.
- Camacho, P., León, C. & Silva, I. (2009). Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*, 2(2), 80-85.
- Camisasca, E., Miragoli, S. & Di Blasio, P. (2014). Is the Relationship Between Marital Adjustment and Parenting Stress Mediated or Moderated by Parenting Alliance? *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 235-254. Doi: 10.5964/ejop.v10i2.724
- Caro, S., Silvera, C., Barrios, A., Marengo, R., Vilorio, J.C., Hineostroza, J., et al. (2011). Abordaje de un grupo familiar con Displasia Ectodérmica Hipohidrotica a partir de Salud Familiar. *Salud, Barranquilla*, 27(1), 152-163. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522011000100015&lng=en.
- Carter, E.A. & McGoldrick, M. (1989). *The changing family cycle: a framework for family therapy*. New York: Allyn y Bacon.
- Castellanos, P. (1997). *Determinantes sociales de la salud de las poblaciones*. Washington: Documento de trabajo OPS-OMS.

- Cea, M.A. (2009). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Cigoli, V. & Scabini, E. (2006). *Family identity: Ties, symbols and transitions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). Power primer. *Psychology Bull*, 112, 155-159. Doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cole, J. (2002). *Dificultades y conflictos de pareja*. Barcelona: Editorial Hispano Europea.
- Colectivo de autores. (2004). *Enfermería familiar y social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Cortés-Funes, F., Pablo-Bueno, J., Narváez, A., García-Valverde, A. & Guerrero-Gutiérrez, L. (2012). Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. *Psicooncología*, 9(2-3), 335-354. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40901
- Cox, M.J. & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48 (1), 243-267. Doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.243
- Cummings, E.M. & Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 31-63.
- Cummings, E.M. & O'Leary, A.N. (1997). Fathers in family context: effects of marital quality on child adjustment. En Lamb M.E. (Ed.). *The role of the father in child development*. New York: John Wiley & Sons.
- Cummings, E.M., Wilson, J. & Shamir, H. (2003). Reactions of Chilean and US children to marital discord. *International Journal of Behavioral Development*, 27(5): 437-444. Doi: 10.1080/01650250344000055
- Darias, S. (1999). Valoración de la familia. *Metas de Enfermería*, 16(junio), 50-53.

- Davies, P.T., Cummings, E. & Winter, M.A. (2004). Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental subsystem, and child psychological problems. *Development and Psychopathology*, 16, 525-550. Doi: 10.1017/S0954579404004651
- Davies, P.T., Sturge-Apple, M.L., Woitach, M.J. & Cummings, E.M. (2009). A process analysis of the transmission of distress from interparental conflict to parenting: Adult relationship security as an explanatory mechanism. *Development and Psychopathology*, 45, 1761-1773. Doi:10.1037/a0016426
- Decreto 137/2002, de 30 de Abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA núm. 52, de Mayo.
- De la Cuesta, C. (1995). Familia y salud. *Revista Rol de Enfermería*, 203-204, 21-24.
- De la Revilla, L., Bailón, E., de Dios, J., Delgado, A., Prados, M.A. & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688-692.
- De la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E. & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 6(1), 10-18.
- Dessen, M.A. & Braz, M.P. (2005). A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. En Dessen, M.A. & Costa-Júnior, A.L. (Eds.) *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. (113-131). Porto Alegre: Artmed.
- Die, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0(1), 39-48. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/17245>
- Domínguez, E. (2012). *Estudio sobre satisfacción marital y variables asociadas en parejas españolas*. (Trabajo fin de master). Universidad de Salamanca. Recuperado de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121029/1/TFM_DominguezJoveE_Marital.pdf

- Doss, B. & Christensen, A. (2006). Acceptance in Romantic Relationships: The Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. *Psychological Assessment American Psychological Association*, 18(3), 289–302. Doi: 10.1037/1040-3590.18.3.289
- Duvall, E.M. & Miller, B.C. (1985). *Marriage and Family Development*. New York: Harperad Row.
- Eichelsheim, V.I., Dekovic, M., Buist, K.L. & Cook, W.L. (2009). The social relations model in family studies: A systematic review. *Journal of Marriage and Family*, 71, 1052-1069.
- El-Sheikh, M. & Harger, J. (2001a). Appraisals of marital conflict and children's adjustment, health, and physiological reactivity. *Developmental Psychology*, 37(6), 875-885. Doi: 10.1037/0012-1649.37.6.875
- El-Sheikh, M., Harger, J. & Whitson, S.M. (2001b). Exposure to interparental conflict and children's adjustment and physical health: The moderating role of vagal tone. *Child Development*, 72(6), 1617-1636. Doi: 10.1111/1467-8624.00369
- Elsner, P., Montero, M., Reyes, C. & Zegers, B. (2000). *La familia: una aventura*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Emde, R.N., Easterbrooks, M.A. (1985). Assessing emotional availability in early development. En Frankenburg, W.K., Emde, R.N. & Sullivan, J. (Eds.). *Early identification of children at risk: An international perspective*. (pp. 79-101). New York: Plenum.
- Emerson, J.D., Burdick, E., Mosteller, F. & Chalmers, T.C. (1990). An empirical study of the possible relation of treatment differences to quality scores controlled randomized clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 11, 339-352. Doi: 10.1016/0197-2456(90)90175-2
- Epstein, N., Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive-behavioral Therapy for Couples: A Contextual Approach*. Washington D.C: American Psychological Association.

- Erel, O. & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychology Bull*, 118(1), 108-132. Doi: 10.1037/0033-2909.118.1.108
- Espriella, R. (2008). Terapia de pareja: Abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 175-186. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420014>
- Etkin, R.G., Koss, K.J., Cummings, E. & Davies, P.T. (2014). The Differential Impact of Parental Warmth on Externalizing Problems Among Triangulated Adolescents. *The Journal of General Psychology*, 175(2), 118-133. Doi: 10.1080/00221325.2013.813437
- Feldman, S.S., Wentzel, K.R., Weinberger, D.A. & Munson, J.A. (1990). Marital satisfaction of parents of adolescent boys and its relationship to family and child functioning. *Journal of Family Psychology*, 4, 213-234. Doi: 10.1037/0893-3200.4.2.213
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo, o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 379-394. Doi: 10.1590/S0102-79721998000200014
- Field, A. (2011). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock'n'roll)* London: SAGE.
- Field, A. & Babbie, E.R. (2011). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock'n'roll)*. London: SAGE.
- Fisiloglu, H. & Lorenzetti, A.F. (1994). The relation of family cohesion to marital adjustment. *Contemporary Family Therapy*, 16, 539-552.
- Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Fortín, M.F. (1999). *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. México DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Foucault, M. (1985). O vínculo conjugal. En Foucault, M. (Ed.). *História da sexualidade 3: O cuidado de si*. (45-87). Rio de Janeiro: Graal.

- Froyen, L., Skibbe, L., Bowles, R., Blow, A. & Gerde, H. (2013). Marital Satisfaction, Family Emotional Expressiveness, Home Learning Environments, and Children's Emergent Literacy. *Journal of Marriage and Family*, 75, 42-55. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2012.01035.x
- Galán, E.F. (2010). Funcionalidad con familias en adolescentes escolarizados en Paipa. *Avances en Enfermería*, 28(1), 72-82. Recuperado de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_8.pdf.
- Gano, S. & Fincham, F.D. (1995). Family conflict, divorce, and children's adjustment. En Fitzpatrick, M. & Vangelisti, A. (Eds.). *Explaining family interactions*. (pp. 206-232). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. Doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483326368.n7>
- Garrido, M., Jaen, P. & Dominguez, A.M. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: Un estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). *Apuntes de psicología*, 20(1), 33-48.
- Gimeno, A. (1999). *La familia el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ariel.
- Gómez, L., Pérez, M. & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- González, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 16(5), 508-512.
- Griffith, J.W. & Christensen, P.J. (1982). *Proceso de atención en enfermería: Aplicación de teorías, guías y modelos*. México: El Manual Moderno.
- Grimes, D.A. & Schulz, K.F. (2002). Bias and causal associations in observational research. *The Lancet*, 359, 248-252.
- Grych, J.H. (2005). Interparental conflict as a risk factor for children maladjustment: Implications for the development of intervention programs. *Family Court Review*, 43(1), 97-108. Doi: 10.1111/j.1744-1617.2005.00010.x
- Grych, J.H. & Fincham, F.D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychology Bull*, 108(2), 267-290. Recuperado de

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.465.449&rep=rep1&type=pdf>

Gujarati, D.N. (2003). *Basic Econometrics*. Blacklick, OH: McGraw Hill.

Halberstadt, A.G., Cassidy, J., Stifter, C.A., Parke, R.D. & Fox, N.A. (1995). Self-expressiveness within the family context: Psychometric support for a new measure. *Psychological Assessment*, 7, 93-103.

Haley, J. (1989). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

Harachi, T. W., Fleming, C. B., White, H. R., Ensminger, M. E., Abbott, R. D., Catalano, R. F., et al. (2006). Aggressive behavior among girls and boys during middle childhood: Predictors and sequelae of trajectory group membership. *Aggressive Behavior*, 32, 279-293. Doi: 10.1002/ab.20125

Hawkins, J.D, Catalana, R.F. & Millar, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychology Bull*, 112(1), 64-105.

Hayatbakhsh, R., Clavarino, A.M., Williams, G.M., Bor, W., O'Callaghan, M.J. & Najman, J.M. (2013). Family structure, marital discord and offspring's psychopathology in early adulthood: a prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 693-700. Doi: 10.1007/s00787-013-0464-0

Hernández, A. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: Editorial el Búho.

Hernández, A. & Valdes, M. (1996). *Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos*. Washington, D.C: W. K. Kellogg Foundation. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Family.pdf>

Hernández, J. & Esteban, M. (1999). *Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método*. Madrid; McGraw-Hill Interamericana.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12. Doi:10.1111/j.1545-5300.1990.00001.x
- Holmes, T & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horwitz, N., Florenzano, R. & Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98(2), 144-155.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Icart, A. & Freixas, J. (2013). *La familia. Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Barcelona: Herder Editorial S.L.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios Año 2013. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np867.pdf>
- Jaén, R.P. & Garrido, F.M. (2005). *Psicoterapia de Parejas*. Madrid: CCS.
- Jager, J., Yuen, C.X., Bornstein, M.H., Putnick, D.L. & Hendricks, C. (2014). The Relations of Family Members' Unique and Shared Perspectives of Family Dysfunction to Dyad Adjustment. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 407-414. Doi: 10.1037/a0036809
- Jiménez, M., Amarís, M. & Valle, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud Uninorte*, 28(1), 99-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a10.pdf>
- Juni, P., Altman, D.G. & Egger, M. (2001). Systematic reviews in health care- Assessing the quality of controlled clinical trials. *British Medical Journal*, 323(7303), 42-46. Doi: 10.1136/bmj.323.7303.42
- Kallert, T. & Nitsche, I. (2008). Assessing the opinions of relatives on the causes and social consequences of different mental disorders: Are instruments cross-

culturally valid? *Psychiatry Research*, 158(3), 344-355. Doi: 10.1016/j.psychres.2007.01.007

Karney, B. & Bradbury, T. (1997). Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1075-1092. Doi: 10.1037/0022-3514.72.5.1075

Katz, M.H. (2006). *Multivariable Analysis*. Cambridge: University Press.

Kazak, A.E. (1986). Families with Physically Handicapped Children: social Ecology and Family Systems. *Family Process*, 25, 265-281. Doi: 10.1111/j.1545-5300.1986.00265.x

Kerig, P.K. (1995). Triangles in the family circle: Effects of family structure on marriage, parenting, and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 9, 28-43. Doi: 10.1037/0893-3200.9.1.28

Kerr, M.E. & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. New York: Norton & Co.

Kline, G.H., Pleasant, N.D., Whitton, S.W. & Markman, H.J. (2006). Understanding couple conflict. En: Vangelisti, A. & Perlman, D. (Eds.). *The Cambridge Handbook of personal relationships*. (pp. 445-462). New York: Cambridge University Press.

Kolak, A.M. & Volling, B.L. (2007). Parental expressiveness as a moderator of coparenting and marital relationship quality. *Family Relations*, 56, 467-478. Doi: 10.1111/j.1741-3729.2007.00474.x.

Krishnakumar, A. & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A metaanalytic review. *Family Relations*, 49, 25-44.

Lansford, J. (2009). Parental divorce and children's adjustment. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 140-152.

LaRossa, R. & Reitzes, D.C. (1993). Symbolic interactionism and family studies. En Boss, P.G. (Ed.). *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach*. (135-166). New York, NY: Plenum Press. Doi:10.1007/978-0-387-85764-0_6

- Lavee, Y., McCubbing, H.I. & Olson, D.H. (1987). The Effect of Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and well-being. *Journal of Marriage and Family*, 49, 857-873.
- Lavner, J. & Bradbury, T. (2012). Why do even satisfied newlyweds eventually go on to divorce? *Journal of Family Psychology*, 26(1), 1-10. Doi: 10.1037/a0025966
- Lawrence, E., Nylén, K. & Cobb, R.J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 155-164. Doi: 10.1037/0893-3200.21.2.155
- Leahy, K., Cobb, M. & Jones, M. (1977). *Enfermería para la salud de la comunidad*. México: La Prensa Mexicana.
- León, A. (1979). Aspectos psicosociales del divorcio. *Revista Médica de Honduras*, 47, 99-103. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1979/pdf/Vol47-3-1979-6.pdf>
- Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial de Estado nº 298 (1999).
- Lindahl, K.M., Bregman, H.R. & Malik, N.M. (2012). Family boundary structures and child adjustment: The indirect role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 26(6), 839-847. Doi: 10.1037/a0030444
- Lindahl, K.M., Clements, M. & Markman, H. (1997). Predicting marital and parent functioning in dyads and triads: A longitudinal investigation of marital processes. *Journal of Family Psychology*, 11, 139-151. Doi: 10.1037/0893-3200.11.2.139
- Lindahl, K.M. & Malik, N.M. (1999). Marital conflict, family processes, and boys' externalizing behavior in Hispanic American and European American families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 12-24.
- Lim, B. & Ivey, D. (2000). The assessment of marital adjustment with Chinese populations: a study of the psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale. *Contemporary Family Therapy*, 22(4), 453-465. Doi: 10.1023/A:1007801018478

- Lima [Rodríguez], J.S. & Lima [Serrano], M. (2009a). *Valoración enfermera de la familia*. Guía básica. Rescatado de <http://rodas.us.es/items/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/viewscorm.jsp>
- Lima [Rodríguez], J.S., Lima [Serrano], M. & Sáez, A. (2009b). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica*, 19(5), 280-283. Doi: 10.1016/j.enfcli.2009.05.001
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N. & Domínguez-Sánchez, I. (2011a). Validación de criterio de la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar. En Instituto de Salud Carlos III. (Ed.). *Libro de Ponencias del XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados*. (83-86). Madrid. Rescatado de http://www.scielosp.org/pdf/resp/v86n5/05_original3.pdf
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N. & Domínguez-Sánchez, I. (2012a). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 509-521.
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N. & Domínguez-Sánchez, I. (2013). Validación de contenidos de la escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar utilizando la técnica Dephi. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 21(2), 595-603.
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., Domínguez-Sánchez, I. & Bujan-López, R. (2011b). Diseño y Validación de un instrumento para evaluar la Autopercepción del Estado de Salud Familiar. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 41.
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., Domínguez-Sánchez, I. & Cáceres-Rodríguez, B. (2012b). Características de las unidades familiares valoradas desde un enfoque enfermero en la provincia de Sevilla. En Instituto de Salud Carlos III. (Ed.). *Libro de Ponencias del XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados*. (290-293). Cartagena. Rescatado de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/2012_XVI_encuentro_Investen_Murcia.pdf

- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., Domínguez-Sánchez, I. & Cáceres-Rodríguez, B. (2012c) Estudio correlacional entre la Escala de Reajuste Social y la de Autopercepción del Estado de Salud Familiar. En Instituto de Salud Carlos III. (Ed.). Libro de Ponencias del XVI *Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados*. (40-42). Cartagena. Rescatado de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/2012_XVI_encuentro_Investen_Murcia.pdf
- Locke, H.J. & Wallace, K.M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21(3), 251-255.
- López, E. (1998). Tratamiento de la colinealidad en regresión múltiple. *Psicothema*, 10(2), 491-507.
- López, S.R. & Morales, J.M. (2005). ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, tests e índices? *Índex de Enfermeria*, 14, 48-49. Doi: 10.4321/S1132-12962005000100001
- Louro, I. (1993). *Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencias en la atención primaria de salud*. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Louro, I., Infante, O., De la Cuesta, D., Pérez, E., González, I., Pérez, C., et al. *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002
- Lucas-Thompson, R. & Goldberg, W. (2011). Family relationships and children's stress responses. *Advances in Child Development and Behavior*, 40, 243-299.
- Madrid, A.J. & Garcés, J. (2000). La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Anales de psicología*, 16(1), 87-99. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v16/v16_1/09-99_05garcesJub.PDF

- Maling, M., Gurtman, M. & Howard, K. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5(1), 63-75. Doi: 10.1080/10503309512331331146
- Marcela, L., Avendaño, M.C., Duarte, Z.J. & Campos, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29.
- Marriner, A., Alligood, M.R. & Giró, M.T. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Martínez-Pampliega, A., Sanz, M., Iraurgi, I. & Iriarte, L. (2009). Impacto de la ruptura matrimonial en el bienestar físico y psicológico de los hijos. Síntesis de Resultados de una línea de investigación. *La Revue du REDIF*, 2, 7-18.
- Martínez-Pérez, M.D. & Osca, A. (2002). Análisis psicométrico del Inventario de Apoyo Familiar para Trabajadores. *Psicothema*, 14 (2), 310-316.
- Mattews, J.N. & Altman, D.G. (1996). Statistics notes. Interaction 2: Compare effect sizes not P values. *British Medical Journal*, 313, 313-808.
- Mattox, D.E. (2000). Welcome to ARCHIVES CME. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 126, 914. Doi:10.1001/archotol.126.7.914.
- McCoy, K., Cummings, E.M. & Davies, P.T. (2009). Constructive and destructive marital conflict, emotional security and children's prosocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 270-279. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01945.x
- McCubbin, H.I., Joy, C.B., Cauble, A.E., Comeau, J.K., Patterson, J.M. & Needle, R.H. (1980). Family Stress and Coping: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family*, 42, 855-871.
- Mejía, L.D. & López, L. (2010). La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Índex de Enfermería*, 19(2-3), 138-142. Rescatado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200015&script=sci_arttext

- Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: Consecuencias sobre la calidad de la relación*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.tesisenxarxa.net/handle/10803/10234;jsessionid=B7EEFBD5DD32C63B7845B3359E68C558.tdx1>
- Méndez, V., Louro, I. & Bayarre, H. (2011). Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 1-9. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100001&lng=es.
- Merrifield, K.A. & Gamble, W.C. (2013). Associations among marital qualities, supportive and undermining coparenting, and parenting self-efficacy: Testing spillover and stress-buffering processes. *Journal of Family Issues*, 34(4), 510-533. Doi: 10.1177/0192513X12445561
- Miller, I.W., McDermet, W., Gordon, K.C., Keitner, G.I., Ryan, C.E. & Norman, W. (2000). Personality and Family Functioning in Families of Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 539-545. Doi:10.1037/0021-843X.109.3.539
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302. Doi: 10.2307/1129720
- Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Moorhead, S. (2009). *Iowa Proyecto de Resultado. Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier.
- Moos, R.H., Trickett, E.J. & Moos, B.S. (1987). *Escalas de clima social: Familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar*. Madrid: Tea.

- Mundial, A.M. (2008). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea*. Recuperado de <http://www.wma.net>.
- Nieto, M. (2001). *La conducta de enfermar*. España: Universidad de Murcia.
- Nitschke, R.G. (1999). *Un viaje por el mundo de una vida saludable en la familia todos los días en los tiempos posmodernos: El descubrimiento de los lazos de afecto como una forma* (Tesis). Florianópolis (SC): Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina.
- Ocampo, J.M. & Londoño, I. (2007). Ciclo vital individual: Vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 21(3), 1072, 1084. Recuperado de <http://www.acgg.org.co/descargas/revista-21-3.pdf#page=36>
- Oliveira, A.M., Gonçalves, R., Santos, M.R., Calcagno, G. & Busanello, J. (2009). Repensando as relações intrafamiliares sob um olhar foucaultiano. *Revista Rene Fortaleza*, 10(3), 152-158.
- Oliveira, A.M., Leiva, V.A. & Lopes, F.L. (2002). *La revelación de los factores internos y externos que pueden influir en el comportamiento agresivo de los niños. Informe de Investigación, PIBIC/CNPq*. Rio Grande (RS): Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande, FURG.
- Olson, D.H. & DeFrain, J.D. (2000). *Marriage and the Family: Diversity and Strengths*. Mountain View: Calif. Mayfield.
- O.M.S. (1974). *Enfermería y salud de la comunidad*. (Informe técnico nº 558). Ginebra: O.M.S.
- O.M.S. (1976). *Índices estadísticos de la salud de la familia*. (Informe técnico nº 587). Ginebra: O.M.S.
- Oraá, J. & Gómez, F. (1997). *La Declaración Universal de Derechos Humanos. Un breve comentario en su 50 aniversario*. Bilbao: Universidad de Deusto. Recuperado de <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/forum/forum06.pdf>

- Orozco, L.C. (2010). *Mediciones en Salud. Diagnóstico y Evaluación de resultados. Un manual crítico más allá de lo básico*. Bucaramanga: División de Publicaciones UIS.
- Ortega, T., Cuesta, D. & Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15, 164-168. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci_arttext
- Ortiz, M.T. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 439-445.
- Ortiz, M.T., Louro, I., Jiménez, L., & Silva, L.C. (1999). La salud familiar: Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 303-309.
- Osborne, J. & Waters, E.W. (2002). Four assumptions of multiple regression that researchers should always test. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8. Rescatado de <http://PAREonline.net/getvn.aso?v=8&n=2>.
- Owen, M.T. & Cox, M.J. (1997). Marital conflict and the development of infant–parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, 11(2), 152-164. Doi:10.1037/0893-3200.11.2.152
- Paikoff, R.L. (1991). *Shared views of the family during adolescence: New directions for child development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Pardo, A. & Ruiz, M.A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw Hill.
- Parra, C.I. (2007). Evaluación del conflicto de pareja desde la perspectiva cognitiva conductual. *Evaluación del Conflicto de Pareja*, 2(5), 88-122. Rescatado de http://www.konradlorenz.edu.co/images/publicaciones/suma_digital_psicologia/5_evaluacion_del_conflicto_de_pareja_claudia_parra.pdf
- Peña, D. (1987). *Estadística. Modelos y Métodos. Vol. 2: Modelos lineales y series temporales*. Madrid: Alianza.

- Pereira, R. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista Psicopatología (Madrid)*, 14(1), 5-17. Recuperado de http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf
- Pino, J.W. (2012). Los conflictos y la dinámica interna familiar. *Revista Nacional de Investigaciones*, 10(18), 159-170.
- Polaino-Lorente, A. & Martínez, P. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: Ediciones Rialp, S.A.
- Polit, D.F., Hungler, B.P., Martínez, R.P. & de la Torre, G.F. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Putwain, D., Woods, K. & Symes, W. (2010). Personal and situational predictors of test anxiety of students in post-compulsory education. *British Journal of Educational Psychology*, 80(1), 137-160. Doi: 10.1348/000709909X466082
- Radó, S. & Daniels, G.E. (1956). Interlocking pathology in family relationships. En Radó, S. & Daniels, G.E. (Eds.) *Changing Concepts in Psychoanalytic Medicine*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Rage, E. (2002). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Editorial Plaza y Valdés.
- Real Decreto 752/2010, de 4 de junio, por el que se aprueba el primer programa de desarrollo rural sostenible para el período 2010-2014 en aplicación de la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, BOE No. 142 (2010).
- Ríos, J. (2006). *La pareja, modelos y estilos de terapia: aproximación sistémica*. Madrid: Editorial CCS.
- Roche, R. (1982). Comunicación y salud mental de la pareja humana. *Cuadernos de Psicología*, 1(1), 63- 181.
- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia: Análisis y optimización*. España: Ediciones Universitat Autònoma de Barcelona.

- Rolland J.S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Rothbaum, F. & Weisz, J.R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychology Bull*, 116(1), 55-74.
- Ruiz, D.M., López, E.E., Pérez, S.M. & Ochoa, G.M. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: El rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 123-136. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen9/num1/226/relacin-entre-el-clima-familiar-y-el-clima-ES.pdf>
- Sabatelli, R.M. (1988). Measurement issues in marital research: A review and critique of contemporary survey instruments. *Journal of Marriage and Family*, 50(4), 891-915.
- Sánchez, M.B., Gómez, J. & Duarte, G. (2008). *Conceptos básicos de Enfermería Familiar. Enfermería Comunitaria*. Madrid: Fuden.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. & Sierra, J.C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517.
- Schermerhorn, A.C., Turkheimer, E., Ganiban, J.M., Spotts, E.L., Lichtenstein, P., Reiss, D., et al. (2011). A Genetically Informed Study of Associations Between Family Functioning and Child Psychosocial Adjustment. *Developmental Psychology*, 47(3), 707-725. Doi: 10.1037/a0021362
- Seguí-Gómez, M., Martínez-González, M.A. & Sánchez-Villegas, A. (2009). Aspectos avanzados de regresión. En Martínez-González, M.A., Sánchez-Villegas, A. & Faulin-Fajardo, J. (Eds.) *Bioestadística amigable* (753-775). Madrid: Díaz de Santos.
- Sénéchal, M. (2006). Testing the home literacy model: Parent involvement in kindergarten is differentially related to grade 4 reading comprehension, fluency, spelling, and reading for pleasure. *Scientific Studies of Reading*, 10, 59-87.

- Sénéchal, M. & LeFevre, J. (2002). Parental involvement in the development of children's reading skills: A 5-year longitudinal study. *Child Development, 73*, 445-460. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3696368>
- Shapiro, A.F., Gottman, J.M. & Carrere, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology, 14*(1), 59-70. Doi: 10.1037//0893-3200.14.1.59
- Sheeber, L., Hyman, H. & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(1), 19-35.
- Shigeto, A., Mangelsdorf, S.C. & Brown, G.L. (2014). Roles of family cohesiveness, marital adjustment, and child temperament in predicting child behavior with mothers and fathers. *Journal of Social and Personal Relationships, 31*(2), 200-220. Doi: 10.1177/0265407513490586
- Silberstein, D. (1997). La familia, un paciente olvidado. *Revista Rol de Enfermería, 223*, 25-30.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice, 6*(6), 1231-1239.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal Marriage and Family, 38*, 15-28.
- Steyerberg, E.W., Eijkemans, M., Harrell, F. & Habbema, J.D. (2000). Prognostic modelling with logistic regression analysis: a comparison of selection and estimation methods in small data sets. *Statistics in Medicine, 19*(8), 1059-1079.
- Stocker, C., Ahmed, K. & Stall, M. (1997). Marital satisfaction and maternal emotional expressiveness: Links with children's sibling relationships. *Social Development, 6*, 373-385. Doi: 10.1111/j.1467-9507.1997.tb00112.x
- Sturge, M.L., Davies, P.T. & Cummings, E.M. (2006). Hostility and withdrawal in marital conflict: Effects on parental emotional unavailability and inconsistent discipline. *Journal of Family Psychology, 20*, 227-238. Doi: 10.1037/0893-3200.20.2.227

- Suarez, M.A. (2006). El médico familiar y la atención a la familia. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 3(4), 95-100. Recuperado de http://issuu.com/coordtic/docs/el_medico_familiar_y_la_atencion_a_la_familia
- Tapia, L., Poulsen, G., Isakson, P., Sotomayor, P., Armijo, I. & Pereira, X. (2009). *La evaluación del ajuste marital*. Series de Investigación Clínica en Terapia de Pareja N° 1. Universidad del desarrollo.
- Taylor, S.E., Repetti, R.L. & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.
- Turner, L.H. & West, R. (1998). Communicating conflict, power, and violence. En Turner, L.H. & West, R. (Eds.) *Perspectives on family communication* (133-165) Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo: Intervenciones en terapia familiar*. México: Manual Moderno.
- Valdés, Y. (2003). *El proceso de transmisión de valores: retos para la familia cubana actual*. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas Editorial. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120823101520/valdes.pdf>
- Van Laningahm, J., Johnson, D.R. & Amat, P. (2001). Marital happiness, marital duration and the US haped curve: evidence from a five-ware panel study. *Social Forces*, 78(4), 1313-1341.
- Varela, N., Rodríguez, F., Romero, M., Castro, A. & Fernández, M.J. (2005). Intervención de enfermería en el sistema familiar: Valoración. *Cultura de los cuidados*, (17), 74-81. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1012/1/culturacuidados_17_12.pdf
- Verhagen, A.P., de Vet, H.C.W., de Bie, R.A., Boers, M. & van den Brandt, P.A. (2001). The art of quality assessment of RCTs included in systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(7), 651-654.

- Villares, A.C., Dessen, M.A. & Melchiori, L.E. (2010). Conflitos conjugais e seus efeitos sobre o comportamento de crianças: Uma revisão teórica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(2), 91-102.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M., et al. (2005). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.
- Vivero, S. (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. México: Manual Moderno.
- Vollrath, M.E., Neyer, F.J., Ystrom, E. & Landolt, M.A. (2010). Dyadic personality effects on family functioning in parents of newly hospitalized children. *Personal Relationships*, 17(1), 27-40. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01250.x
- Von Bertalanffy, L. (1973). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: G Braziller.
- Waldinger, R.J., Schulz, M.S., Hauser, S.T., Allen, J.P. & Crowell, J.A. (2004). Reading others' emotions: The role of intuitive judgments in predicting marital satisfaction, quality, and stability. *Journal of Family Psychology*, 18, 58-71. Doi: 10.1037/0893-3200.18.1.58
- Wallerstein, J.S. & Blakeslee, S. (1995). *The good marriage: How and why love lasts*. New York: Houghton Mifflin.
- Whitehurst, G.J. & Lonigan, C.J. (1998). Child development and emergent literacy. *Child Development*, 69, 848-872. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/1132208>
- Winch, R.F. (1952). *The Modern Family*. New York: Henry Holt and Company.
- Wong, M.S., McElwain, N.L. & Halberstadt, A.G. (2009). Parent, family, and child characteristics: Associations with mother- and father-reported emotion socialization practices. *Journal of Family Psychology*, 23, 452-463. Doi: 10.1037/a0015552

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

Wortman, C.B. (1984). Social support and the cancer patient. Conceptual methodologic issues. *Cancer*, 53, 2339-2363.

Yurss, I. (2001). Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 73-82. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5900/4755>

Zicavo, N. & Vera, C. (2011). Incidencia del ajuste diádico y sentido del humor en la satisfacción marital. *Revista de Psicología Trujillo (Perú)*, 13(1), 74-89.

Zimet, D.M. & Jacob, T. (2001). Influences of marital conflict on child adjustment: Review of theory and research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(4), 319-335. Doi: 10.1023/A:1013595304718

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

1. INFORMACIÓN

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación titulado, "Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar. Percepción de las parejas de familias nucleares de Sevilla".

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

El objetivo de este estudio es conocer la influencia que tiene el ajuste diádico en la percepción del estado de salud familiar así como los factores que pueden influir en ambas.

Se le va a pasar un cuestionario que deberá rellenar y para que sea útil, es necesario que conteste cada pregunta de forma honesta y sincera. No hay ninguna doble intención en las cuestiones que se plantean. Y no hay respuestas correctas o incorrectas, cualquiera es buena en la medida que se corresponda con lo que usted realmente piensa y siente.

La participación es totalmente voluntaria y usted puede retirarse del estudio cuando lo manifieste, sin dar explicaciones. Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

2. CONSENTIMIENTO

Yo (Nombre y Apellidos):

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
- He podido hacer preguntas y he recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio titulado "Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar. Percepción de las parejas de familias nucleares de Sevilla. ".

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha

Fecha

ANEXO 2. Aprobación del estudio por parte del comité ético de investigación de la universidad de sevilla.



A quien pueda interesar:

El Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla, habiendo examinado el Proyecto “INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DEL AJUSTE DIÁDICO EN LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FAMILIAR EN FAMILIAS NUCLEARES DE SEVILLA” presentado por D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez y D^a. Marta Lima Serrano y emite el siguiente informe,

El proyecto cumple los requisitos exigidos para experimentación en sujetos humanos y en animales, y se ajusta a las normativas vigentes en España y en la Unión Europea.

Sevilla, a 24 de abril de 2013.

EL PRESIDENTE DEL COMITE,

Fdo.: Prof. Dr. Fernando Rodríguez Fernández.

ANEXO 3: Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (AESFA-5).

Elaborada por Lima-Rodríguez et al., (2011b; 2012a).

En mi familia:	CN	AV	CS
1. Las cosas se hacen de forma establecida.			
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas.			
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal.			
4. El dinero se administra de manera cuidadosa.			
5. Se valora la realización de actividades intelectuales.			
6. Acudimos a actividades culturales.			
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor.			
8. Nos sentimos comprendidos por los demás.			
9. Cuando tengo un problema puedo comentarlo.			
10. Nos apoyamos realmente los unos a los otros.			
11. Nos ayudamos los unos a los otros.			
12. Realmente nos llevamos bien unos con otros.			
13. Confiamos los unos en los otros.			
14. Tenemos mucho espíritu de grupo.			
15. En las decisiones importantes participamos todos.			
16. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo.			
17. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia.			
18. Cada uno cumple sus obligaciones.			
19. Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer.			
20. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas.			
21. Nos comunicamos sin rodeo.			
22. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa.			
23. Sabemos claramente quien tiene la autoridad.			
24. Tenemos cubiertas las necesidades básicas.			
25. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura.			
26. Nos cuidamos unos a otros.			
27. Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas.			
28. Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional.			

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

29. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales.			
30. Sabemos que hacer cuando tenemos un problema de salud.			
31. Valoramos tener hábitos saludables.			
32. Nos preocupamos por mantenernos sanos.			
33. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos.			
34. Estamos satisfechos con nuestra vivienda.			
35. Consideramos suficientes nuestros recursos.			
36. Contamos con gente que nos echa una mano si lo necesitamos.			
37. Si es necesario nos organizamos de otra manera.			
38. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia.			
39. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos.			
40. Intentamos conocer las causas de los problemas.			
41. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones.			
42. Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos.			

ANEXO 4: Versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13). Elaborada por Santos-Iglesias et al., (2009).

Ítems\respuesta	Desacuerdo				Acuerdo	
1. Manejo de las finanzas familiares.	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi siempre”	“Siempre”
2. Demostraciones de cariño.	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi siempre”	“Siempre”
3. Amistades.	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi siempre”	“Siempre”
4. Relaciones con los familiares próximos.	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi siempre”	“Siempre”
5. Tareas domésticas.	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi siempre”	“Siempre”
6. ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o separación?	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi nunca”	“Nunca”
7. ¿Lamenta haberse casado (o decidido vivir juntos)?	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi nunca”	“Nunca”
8. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?	“Siempre”	“Casi siempre”	“A menudo”	“A veces”	“Casi nunca”	“Nunca”
9. ¿Besa a su pareja?	“Nunca”	“Casi nunca”	“A veces”	“Casi todos los días”	“Todos los días”	
10. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?	“En ninguna”	“En casi ninguna”	“En algunas”	“En la mayoría”	“En casi todas”	
11. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa?	“Nunca”	“Menos de 1 vez al mes”	“1-2 veces al mes”	“1-2 veces a la semana”	“1 vez al día”	“Más a menudo incluso”

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

12. ¿Colaboran juntos en un proyecto?	“Nunca”	“Menos de 1 vez al mes”	“1-2 veces al mes”	“1-2 veces a la semana”	“1 vez al día”	“Más a menudo incluso”
13. De las frases que siguen, ¿Cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de su relación?	“Nuestra relación nunca podrá tener éxito y no hay nada más que yo pueda hacer para preservarla”	“Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago”	“Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea”	“Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para que así sea”	“Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para que así sea”	“Deseo a toda costa que nuestra relación tenga éxito y haría lo imposible porque fuera así”
Puntuación	0	1	2	3	4	5

ANEXO 5: Escala de Reajuste Social. Elaborada por González et al., (1983).

Acontecimiento vital	Valor	Acontecimiento vital	Valor
1. Muerte del cónyuge	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
2. Divorcio	73	24. Hijo o hija que deja el hogar	29
3. Separación matrimonial	65	25. Problemas legales	29
4. Encarcelación	63	26. Logro personal notable	28
5. Muerte de un familiar cercano	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar	26
6. Lesión o enfermedad personal	53	28. Comienzo o fin de escolaridad	26
7. Matrimonio	50	29. Cambio en las condiciones de vida	25
8. Despido del trabajo	47	30. Revisión de hábitos personales	24
9. Paro	47	31. Problemas con el jefe	23
10. Reconciliación matrimonial	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales	20
11. Jubilación	45	33. Cambio de residencia	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia	44	34. Cambio de colegio	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo	44	35. Cambio de actividad de ocio	19
14. Embarazo	40	36. Cambio de actividad religiosa	19
15. Dificultades o problemas sexuales	39	37. Cambio de actividades sociales	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39	38. Cambio de hábito de dormir	17
17. Reajuste de negocio	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares	16
18. Cambio de situación económica	38	40. Cambio de hábitos alimentarios	15
19. Muerte de un amigo íntimo	37	41. Vacaciones	13
20. Cambio en el tipo de trabajo	36	42. Navidades	12
21. Mala relación con el cónyuge	35	43. Leves transgresiones de la ley	11
22. Juicio por crédito o hipoteca	30		

ANEXO 6. Cuestionario MOS de apoyo social percibido. Elaborado por Revilla et al., (2005).

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

2. La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda

¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar

16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ANEXO 7. CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

Instrucciones:

Le tomara unos minutos cumplimentarlo. Por favor, tómese su tiempo y no deje ninguna pregunta sin contestar ¡Gracias!



Para comenzar, algunas cuestiones sobre usted y su familia

Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Lugar de residencia: _____

Cuántas personas de su familia viven juntas incluyéndola a usted _____

Número de hijos: _____

Nivel de estudios máximo alcanzado por alguno de los cabezas de familia (pareja)
(Marque con una cruz)

- Sin estudios o Estudios primarios, sin estudios: Incluye analfabetos
- Primer nivel enseñanza secundaria: (1º, 2º y 3, curso de ESO)
- Segundo nivel enseñanza secundaria: (4º curso de ESO).
- Bachiller o Formación Profesional de primer grado (FPI).
- Formación profesional superior: (FPPII)
- Estudios universitarios de ciclo corto: (Diplomatura, escuelas técnicas)
- Estudios universitarios de ciclo largo: (Licenciados, máster, doctorado)

Tipo de relación conyugal (Marque con una cruz)

- Pareja de hecho
- Matrimonio
- Pareja sin estar casados

Número de años que usted y su pareja conviven juntos: _____

A rellenar por el entrevistador

Etapas del ciclo vital familiar:

- Formación de la pareja
- Hijo lactante
- Hijo escolar
- Hijo adolescente
- Hijo emancipado
- Familia madura
- Familia anciana

Transición familiar: Si No

Por favor responda a las siguientes cuestiones marcando con una cruz solamente una de las siguientes opciones: **Casi Nunca (CN)** **A veces (AV)** **Casi Siempre (CS)**

En mi familia:	CN	AV	CS
1. Las cosas se hacen de la forma establecida.			
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas.			
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal.			
4. El dinero se administra de manera cuidadosa.			
5. Se valora la realización de actividades intelectuales			
6. Acudimos a actividades culturales			
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor.			
8. Nos sentimos comprendidos por los demás.			
9. Cuando tengo un problema puedo comentarlo.			
10. Nos apoyamos realmente los unos a los otros.			
11. Nos ayudamos los unos a los otros.			
12. Realmente nos llevamos bien unos con otros.			
13. Confiamos los unos en los otros.			
14. Tenemos mucho espíritu de grupo.			
15. En las decisiones importantes participamos todos.			
16. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo.			
17. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia.			
18. Cada uno cumple sus obligaciones.			
19. Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer.			
20. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas.			
21. Nos comunicamos sin rodeo.			
22. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa.			
23. Sabemos claramente quien tiene la autoridad.			
24. Tenemos cubiertas las necesidades básicas.			
25. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura.			
26. Nos cuidamos unos a otros.			
27. Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas.			
28. Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional.			
29. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales.			
30. Sabemos qué hacer cuando tenemos un problema de salud.			
31. Valoramos tener hábitos saludables.			
32. Nos preocupamos por mantenernos sanos.			
33. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos.			
34. Estamos satisfechos con nuestra vivienda.			
35. Consideramos suficientes nuestros recursos.			
36. Contamos con gente que nos echa una mano si lo necesitamos.			
37. Si es necesario nos organizamos de otra manera.			
38. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia.			
39. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos.			
40. Intentamos conocer las causas de los problemas.			
41. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones.			
42. Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos.			

¡Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar!

Además de su familia, las personas de su entorno también pueden relacionarse con usted y prestarle apoyo. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:



1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos _____

2. La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN...? (Marque con una X)	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar.					
4. Que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite.					
6. Que le muestre amor y afecto.					
7. Con quien pasar un buen rato					
8. Que le informe y ayude a entender la situación.					
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Que le abrace.					
11. Con quien pueda relajarse.					
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Cuyo consejo realmente desee.					
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
18. Con quién divertirse.					
19. Que comprenda sus problemas.					
20. A quien amar y hacerle sentirse querido.					

¡Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar!



Durante el año, podemos vivir situaciones que nos hacen sentir estrés.

En los últimos doce meses, ¿cuál de los siguientes acontecimientos se han producido en su familia? (Marque con un círculo)

1	Muerte del cónyuge.		23	Cambio de responsabilidad en el trabajo.
2	Divorcio.		24	Hijo o hija que deja el hogar.
3	Separación matrimonial.		25	Problemas legales.
4	Encarcelación.		26	Logro personal notable.
5	Muerte de un familiar cercano.		27	La esposa comienza o deja de trabajar.
6	Lesión o enfermedad personal.		28	Comienzo o fin de escolaridad.
7	Matrimonio.		29	Cambio en las condiciones de vida.
8	Despido del trabajo.		30	Revisión de hábitos personales.
9	Paro.		31	Problemas con el jefe.
10	Reconciliación matrimonial.		32	Cambio de turno o de condiciones laborales.
11	Jubilación.		33	Cambio de residencia.
12	Cambio de salud de un miembro de la familia.		34	Cambio de colegio.
13	Drogadicción y/o alcoholismo.		35	Cambio de actividad de ocio.
14	Embarazo.		36	Cambio de actividad religiosa.
15	Dificultades o problemas sexuales.		37	Cambio de actividades sociales.
16	Incorporación de un nuevo miembro a la familia.		38	Cambio de hábito de dormir.
17	Reajuste de negocio.		39	Cambio en el número de reuniones familiares.
18	Cambio de situación económica.		40	Cambio de hábitos alimentarios.
19	Muerte de un amigo íntimo.		41	Vacaciones.
20	Cambio en el tipo de trabajo.		42	Navidades.
21	Mala relación con el cónyuge.		43	Leves transgresiones de la ley.
22	Juicio por crédito o hipoteca.			

¡Ya casi está terminado!

Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar


Las siguientes cuestiones se refieren a usted y su pareja/conyugue. Recuerde que el cuestionario es confidencial, por favor conteste sinceramente.

Si no lo hizo anteriormente indique: Edad ____ Hombre ____ Mujer ____

La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en las siguientes cuestiones.

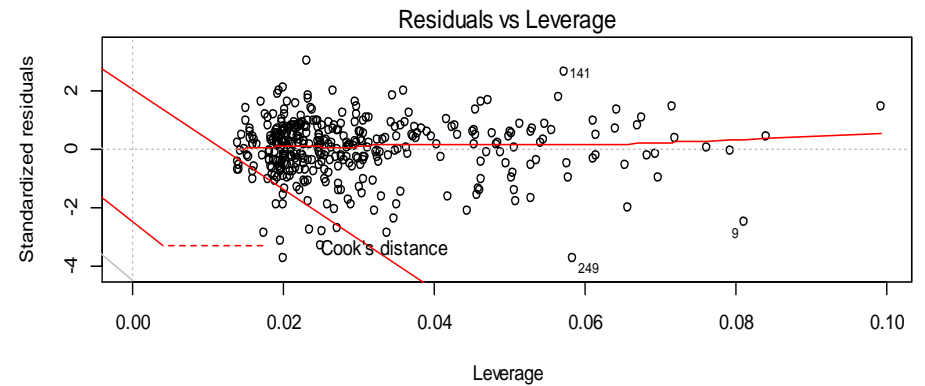
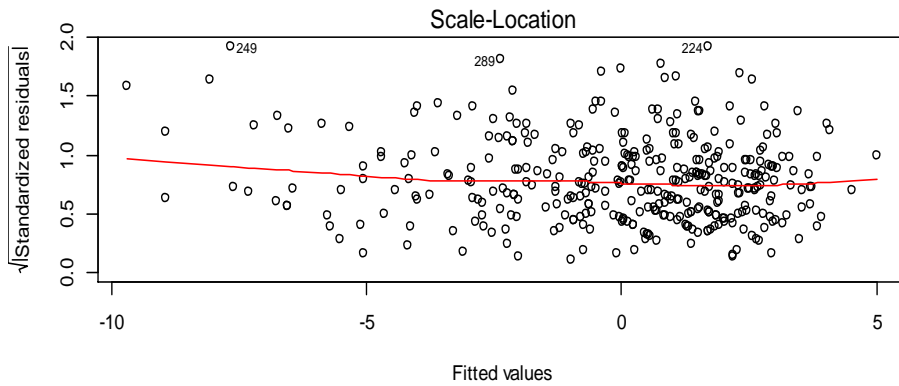
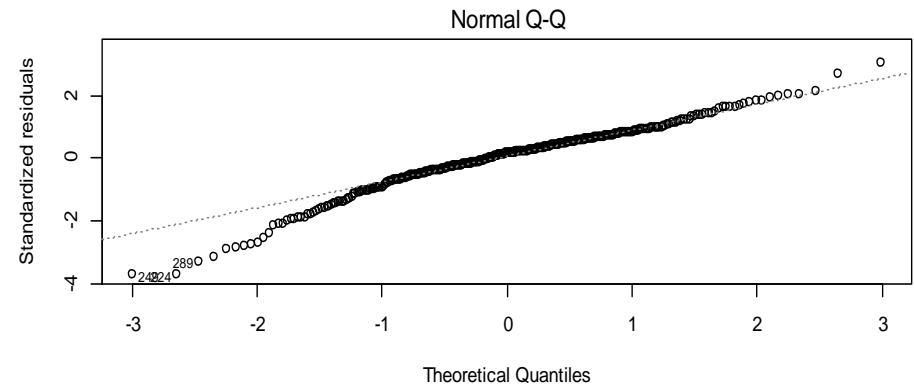
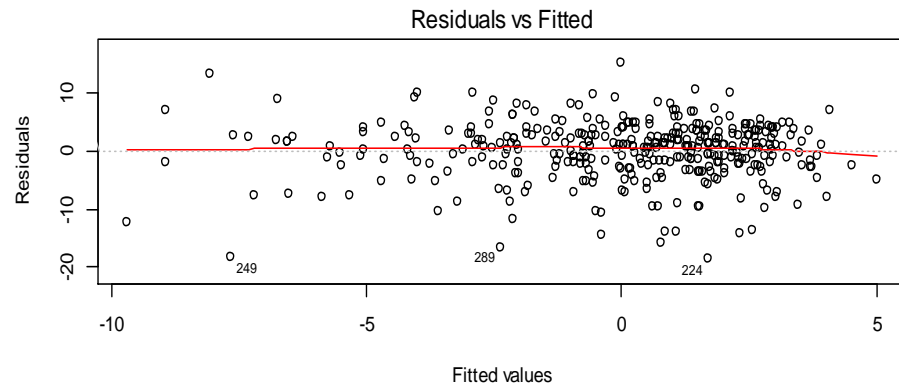


Marque con una x	Desacuerdo				Acuerdo	
	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Manejo de las finanzas familiares						
2. Demostraciones de cariño						
3. Amistades						
4. Relaciones con familiares próximos						
5. Tareas domésticas						
Indique con qué frecuencia...						
Marque con una x	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
6. ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o separación?						
7. ¿Lamenta haberse casado o decidido vivir juntos?						
8. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?						
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi todos los días	Todos los días	
9. ¿Besa a su pareja?						
	En ninguna	En casi ninguna	En algunas	En la mayoría	En casi todas	
10. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?						
	Nunca	Menos de 1 vez al mes	1-2 veces al mes	1-2 veces por semana	1 vez al día	Más a menudo incluso
11. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa?						
12. ¿Colaboran juntos en un proyecto?						
<i>¡Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar!</i>						

<p>13. De las frases que siguen, ¿Cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de su relación? (marque con una X sólo una respuesta)</p>	
<p>Responda solo a una frase</p>	<p>(X)</p>
Nuestra relación nunca podrá tener éxito y no hay nada más que yo pueda hacer para preservarla	
Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago	
Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.	
Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para que así sea	
Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para que así sea.	
Deseo a toda costa que nuestra relación tenga éxito y haría lo imposible porque fuera así.	
<p>¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!</p> <div style="text-align: right;">  </div>	

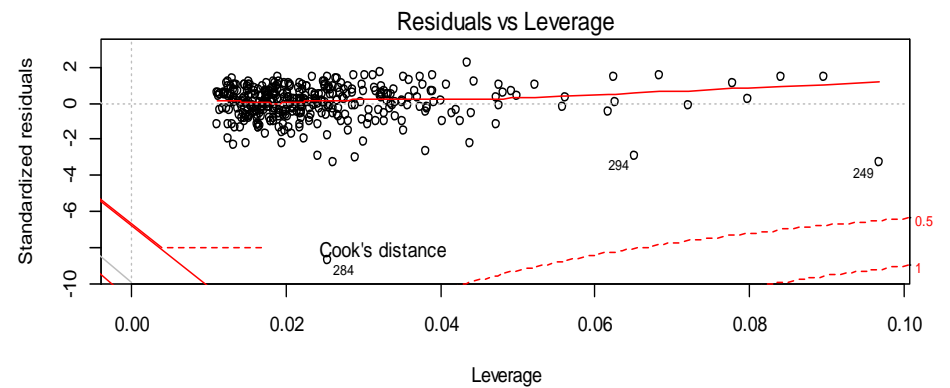
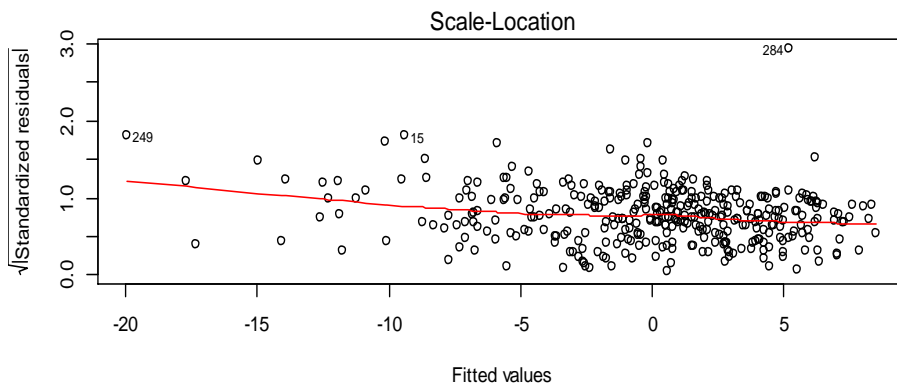
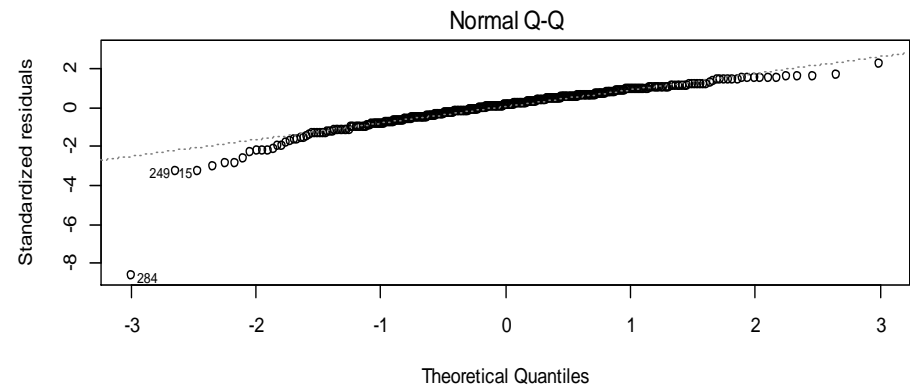
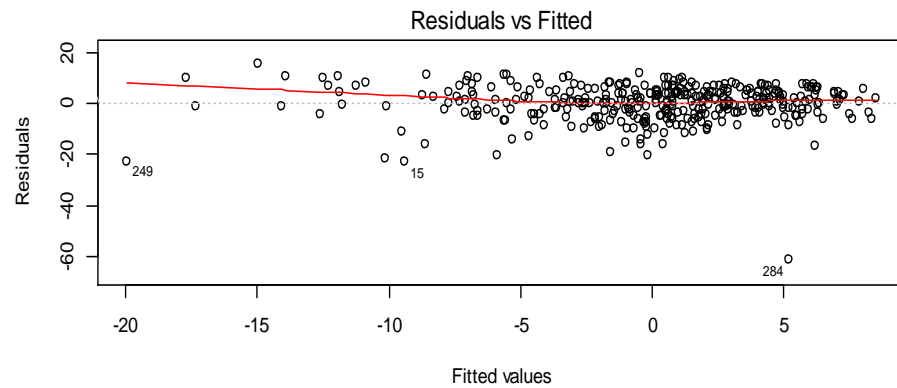
ANEXO 8. GRÁFICOS DE DISPERSIÓN DEL MODELO 1 DEFINITIVO

$\text{lm}(\text{ada_central} \sim \text{estudios_rec} + \text{miembros_central} + \text{etapa_rec} + \text{transición} + \dots)$



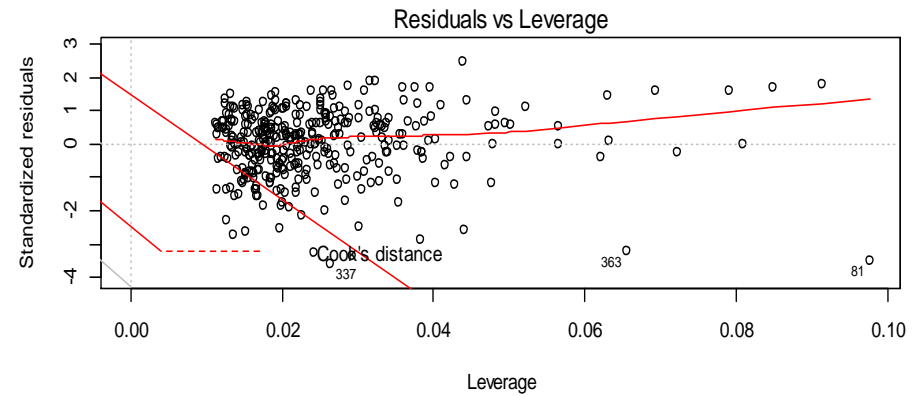
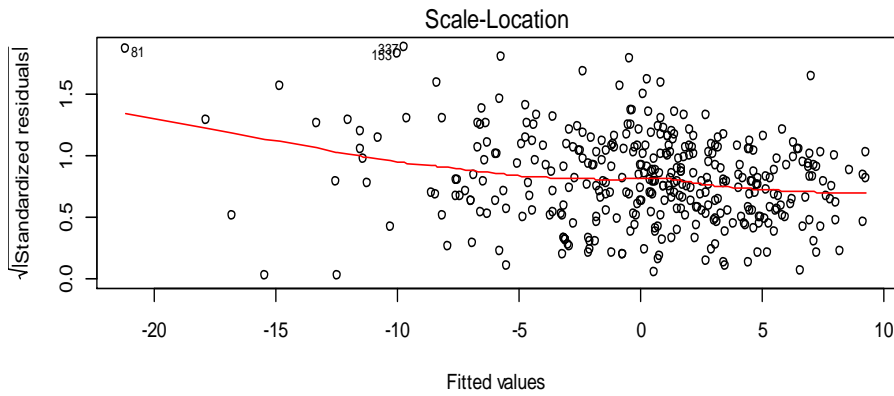
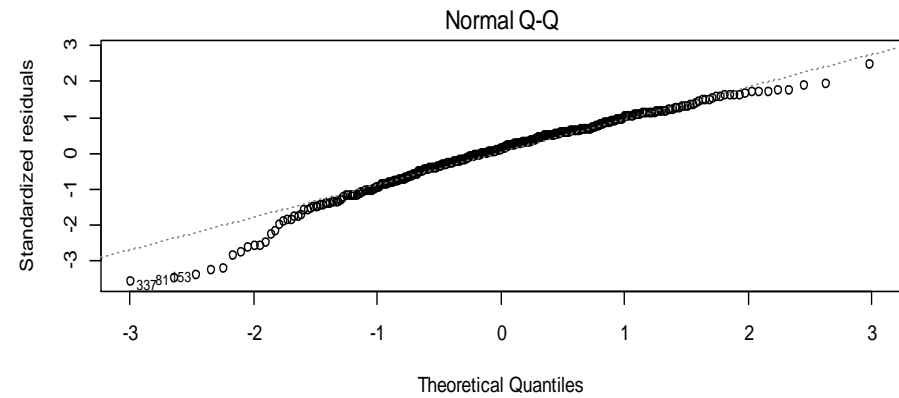
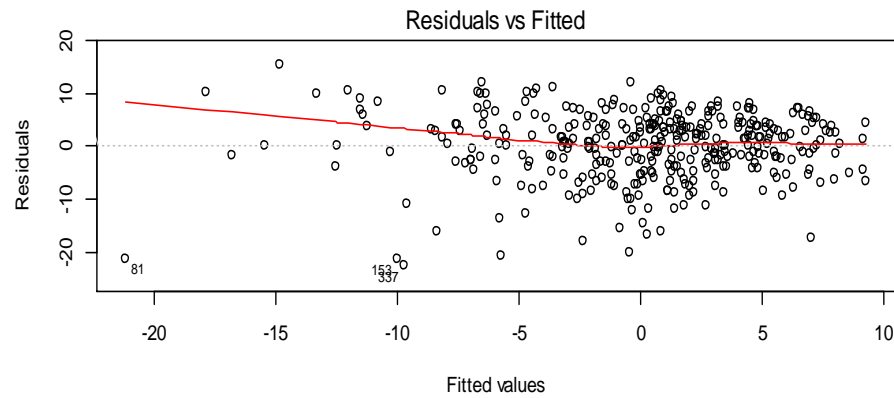
ANEXO 9. GRÁFICOS DE DISPERSIÓN DEL MODELO 2 AJUSTADO

$\text{lm}(\text{aesfa_central} \sim \text{sexoa} + \text{tipopoblacion} + \text{estudios_rec} + \text{mos_central} + \text{rea} \dots)$



ANEXO 10. GRÁFICOS DE DISPERSIÓN DEL MODELO 2 DEFINITIVO

$\text{lm}(\text{aesfa_central} \sim \text{sexoa} + \text{tipopoblacion} + \text{estudios_rec} + \text{mos_central} + \text{rea} \dots)$



ANEXO 11. ABREVIATURAS

Abreviatura	Definición
ADa	Ajuste diádico del encuestado principal ya sea hombre o mujer
ADb	Ajuste diádico de las parejas respectivas de ADa
AESFA-5	Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar
EAD	Escala de Ajuste Diádico
EAD-13	Versión Breve de la Escala de Ajuste Diádico
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria
FES	Escala de Clima Social en la familia
FIV	Factor de Inflación de la varianza
FPI	Formación Profesional de primer grado
FPII	Formación Profesional superior
INE	Instituto Nacional de Estadística
N	Tamaño muestral
NOC	Criterios de Resultados Enfermeros
rbp	Coficiente de correlación biserial puntual para variables dicotómicas
R²	Adjusted R-squared
SD	Desviación Típica
SPSS	Statistical Package for the Social Science

