



## LA RUPTURA DE LOS PROGENITORES Y SU IMPACTO EN EL ESTADO DE SALUD FÍSICO DE LOS HIJOS

José María Martín Sánchez. Catedrático de Pediatría. Universidad de Santiago de Compostela. Jefe de Servicio de Pediatría. Gerencia Integrada de Santiago.

Francisca Fariña Rivera. Catedrática de Psicología Jurídica del Menor. Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. Departamento AIPSE. Universidad de Vigo.

Dolores Seijo Martínez. Titular de Psicología. Departamento de psicología Organizacional, Jurídico-Forense y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Santiago de Compostela.

Mercedes Novo Pérez. Titular de Psicología. Departamento de psicología Organizacional, Jurídico-Forense y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Santiago de Compostela.

Contacto: [mariadolores.seijo@usc.es](mailto:mariadolores.seijo@usc.es)

Agradecimiento: Proyecto IRPES (La ruptura parental como factor de estrés tóxico en la infancia. Evaluación del impacto en el estado de salud física y mental de los niños). Financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria del Plan Nacional 2012 en la Acción Estratégica en Salud (2012-PN208) (Ref.PI12/00604)



### RESUMEN

La familia es el primer agente de socialización y es considerado como el elemento central y de mayor permanencia en la vida de los niños (American Academy of Pediatrics, 2003) y la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad puede ser de gran importancia. De esta manera, la funcionalidad familiar puede repercutir en el estado de salud física y psicológica, así como en el desarrollo cognitivo y social de los niños (American Academy of Pediatrics, 2012; Sun y Li, 2009). En este sentido, el divorcio de los padres puede dar lugar a una situación de desestructuración familiar que puede tener repercusiones para toda la familia. El objetivo de este trabajo es estudiar si la situación familiar (ruptura o intacta, así como el nivel de conflicto) media diferencias en el estado de salud física de los hijos. Participaron en este estudio 200 niños con edades



comprendidas entre 0 y 18 años ( $M = 8,20$ ;  $DT = 4,12$ ). Por género, los participantes eran 42 varones (21%) y 158 mujeres (79%). Del total de participantes, para 149 (76,8%) los progenitores se habían separado o divorciado y para 51 (23,2%) permanecían intactos. En las familias con ruptura se tiene en cuenta el nivel de conflicto existente entre los progenitores. Los datos se recogen a través de entrevistas que se llevan a cabo con los progenitores como informantes. Concretamente se aplica la *Historia estructurada de desarrollo/BASC-H* (Reynolds y Kamphaus, 1992) adaptada y baremada en España por TEA ediciones en el 2004. Se trata de una entrevista inicial en la que se recogen los antecedentes de interés del niño o el adolescente sobre aspectos tales como la historia familiar, los hermanos, la residencia del niño, las relaciones familiares, la historia del embarazo y del nacimiento, los principales hitos del desarrollo (adquisición de destrezas motoras, lenguaje, control de esfínteres, etc....), el historial de salud familiar, el cuidado médico del niño y el historial médico del niño. Los resultados indican diferencias significativas en la manifestación de las siguientes alteraciones problemas gastrointestinales (estreñimiento, dolor de estómago), problemas genitourinarios, problemas musculo-esqueléticos y alergias.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Ruptura de los progenitores, Salud, Hijos.

#### **ABSTRACT**

Family is the first agent of socialization and the central element and greater permanence in the lives of children (American Academy of Pediatrics, 2003) and the influence of the family in the health-disease process can be of great importance. Thus, family functioning can affect physical and psychological health as well as cognitive and social development of children (American Academy of Pediatrics, 2012; Sun and Li, 2009). In this sense, parental divorce can lead to a situation of family breakdown that may have implications for the entire family. The aim of this work is to study whether the family status (ruptured or intact, and the level of conflict) mean differences in physical health status of children. Participated in this study 200 children aged 0 to 18 years ( $M = 8.20$ ,  $SD = 4.12$ ). By gender, 42 participants were male (21%) and 158 women (79%). Of the total participants to 149 (76.8%) parents had separated or divorced and 51 (23.2%) remained intact. In families with rupture into account the level of conflict between parents. Data were collected through interviews that were conducted with parents as informants. Specifically structured development History / BASC-H (Reynolds and Kamphaus, 1992). Results indicate significant differences in the manifestation of the following alterations gastrointestinal problems (constipation, stomach pain), genitourinary problems, muscle-skeletal and allergies.

#### **KEY WORDS:**

Parents break up, Health, Children.



## 1. INTRODUCCIÓN

La familia es el primer agente de socialización y es considerado como el elemento central y de mayor permanencia en la vida de los niños (American Academy of Pediatrics, 2003). Tal y como advierten Guzmán, Barajas, Luce, Valadez, Gutiérrez y Robles (2008), la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de gran importancia, de tal manera que la funcionalidad familiar puede repercutir en el estado de salud física y psicológica, así como en el desarrollo cognitivo y social de los menores (American Academy of Pediatrics, 2012; Sun y Li, 2009). La ruptura de pareja puede dar lugar a una situación de desestructuración familiar que puede tener repercusiones para toda la familia. No obstante, aunque los adultos, y sobre todo los miembros de la pareja, pueden presentar desajustes durante el proceso, son los hijos los que suelen encontrarse con mayores dificultades. Sin embargo, aunque los efectos de la ruptura suelen observarse moderados por diferentes factores que pueden ser del propio proceso, como por ejemplo el ejercicio de la coparentalidad positiva o la gestión que los progenitores hagan de la ruptura o por variables propias del individuo como la capacidad de resiliencia que presenten (Fariña, Arce, Novo, Seijo, 2012). La literatura ha constatado que los menores que han experimentado la separación o divorcio de sus padres, presentan mayor vulnerabilidad ante determinados problemas, que puede venir explicada, principalmente, por el estrés tóxico al que son expuestos. Desde este posicionamiento algunos autores afirman que las alteraciones físicas, psicoemocionales y comportamentales, en la mayoría de las ocasiones, se deben básicamente a la inexistencia de una relación de coparentalidad responsable y a una inadecuada gestión de la ruptura (Troxel y Matthews, 2004).

Así, se han informado consecuencias de la ruptura tanto sobre la salud física como psicoemocional de los niños, así como sobre problemas comportamentales de tipo antisocial y de riesgo, que pueden presentar los menores que sufren esta contingencia de la separación, si bien, como ya hemos comentado su impacto puede verse amortiguado, por variables del proceso y por variables propias del sujeto. Frecuentemente, el nivel de vulnerabilidad de los niños aumenta cuando en la familia existe conflicto y los padres lo gestionan de manera inadecuada. En estos casos, se genera una situación que se convierte en un estresor psicosocial crónico, que puede incidir sobre la salud y contribuir a aumentar el padecimiento de diversas alteraciones etiológicamente relacionadas con el estrés (Troxel y Matthews, 2004). Diferentes estudios han concluido que los menores que se ven inmersos en estos procesos tienden a presentar alteraciones relacionadas con:

- a) El aparato circulatorio. Tales como Hipertensión y enfermedades de tipo coronario (Guzmán, y otros, 2008; Krantz y Manuck, 1984)



- b) El aparato respiratorio. Sobre todo se ha encontrado asma, informando hasta el doble de riesgo de padecerla los menores provenientes de familias separadas (Standing Comité on Legal Constitutional Affairs, 1998). En un estudio de corte transversal, Guzman et al. (2008) investigaron la relación entre el proceso salud-enfermedad (centrado en el asma) y la funcionalidad familiar, teniendo en cuenta la edad del niño y de la madre, el estado civil y la composición de la familia. Como conclusión, señalan que la disfunción familiar es un evento asociado a familias con pacientes pediátricos asmáticos, planteando que mediante la instauración de cambios en la dinámica familiar, se pueden reducir los síntomas del niño asmático y mejorar su calidad de vida. Estos resultados expresan la necesidad de valorar el funcionamiento familiar, para un adecuado tratamiento de esta dolencia, asumiendo así un enfoque biopsicosocial (Guzmán et al, 2008; Paena, 2008).
- c) Alteraciones dermatológicas. Por su parte, otros estudios informan de mayor incidencia de enfermedades de la piel y del aparato genitourinario. Concretamente, Seijo, Souto y Arce (2009), con una muestra de estudiantes universitarios, al comparar familias intactas con familias separadas, observaron relación entre el estado de salud física de los participantes y la ruptura de los padres, encontrando que las enfermedades del espectro respiratorio, eran más frecuentes en el grupo de hijos de divorciados.
- d) Alteraciones genitourinarias. También se constató que aquellos que habían vivido el divorcio de los padres padecieron, de forma significativa, más enfermedades de tipo infeccioso y relacionadas con el aparato genitourinario (Seijo, Souto y Arce, 2009; Seijo, Novo, Carracedo y Fariña, 2010).
- e) Quejas psicósomáticas. También se han detectado alteraciones psicósomáticas, tales como dolores de cabeza y estómago, posiblemente derivadas de la ansiedad y presión a la que son expuestos los menores. En este sentido, Orgilés, Amorós, Espada y Méndez (2008) precisan que la ansiedad que genera la separación en los hijos, se manifiesta sobre todo a nivel psicofisiológico y motor, llegando a sentir molestias físicas. Si bien son estos síntomas los más frecuentes en la muestra, estos autores únicamente han podido confirmar diferencias significativas entre menores provenientes de familias intactas y divorciadas en el factor "tranquilidad ante la separación", con puntuaciones más elevadas en los menores de familias separadas, concluyendo que el factor responsable de las quejas psicósomáticas es la ansiedad.
- f) Alteraciones a largo plazo. Como por ejemplo una disminución de la esperanza de vida y un mayor riesgo de mortalidad (Brown y otros, 2010; Ge, Natsuaki y Conger, 2006; Martín, Friedman, Clark y Tucker, 2005; Ringbäck, Hjerm, Haglung y Rosén, 2003; Singh y Yu, 1996;



Schwartz et al 1995). Otras investigaciones reiteran la relación positiva entre el divorcio de los padres y la disminución de los años de vida en los hijos, incluso cuando se controlan otras variables de riesgo, como el hábito de fumar, el alcoholismo, el consumo de drogas, etc...(Brown, Anda, Tiemeier, Felitti, Edwards, Malarcher, Croft y Giles, 2010; Ge, Natsuaki y Conger, 2006; Martin, Friedman, Clark y Tucker, 2005; Ringbäck, Hjern, Haglund y Rosén, 2003; Schwartz, Friedman, Tucker, Tomlison-Keasey, Wingard y Criqui, 1995). A este respecto, el estudio de Singh y Yu (1996) informa que aquellos niños que habían experimentado la ruptura de sus progenitores antes de cumplir los veintiún años, vieron reducida su esperanza de vida en cuatro años. También se ha encontrado un aumento de conductas de riesgo para la salud como hábitos sexuales inadecuados o abuso de sustancias (alcohol o tabaco) que pueden derivar en la contracción de enfermedades (Brown y otros, 2010; Doherty y Needle, 1991; Fergusson, Flewing y Baumann, 1990; Hoffman y Johnson, 1998; Horwood y Lynsky, 1994; Ringbäck, Hjern, Haglund y Rosén, 2003).

- g) Más riesgo de suicidio o de tentativa de suicidio. La ruptura de los padres se ha evidenciado como una de las causas más frecuentes, tanto del suicidio como de la tentativa de suicidio, de jóvenes menores de edad, motivando sentimientos de rechazo o pérdida de interés de sus padres hacia ellos (Lester y Abe, 1993; McCall y Land, 1994; Woderski y Harris, 1987). Diversos estudios dan cuenta de una mayor tasa de suicidios en aquellos cuyos padres se habían separado, y de más incidencia en varones que en mujeres (Brezo, París, Tremblay, Vitaro, Zocolillo, y Turecki, 2006; De Goede y Spruijt, 1996; D'Onofrio, Turkheimer, Emery, Slutske, Heath, Madden y Martin, 2006; Fuller-Thompson y Dalton, 2011; Lizardi, Thompson, Keyes, y Hasin, 2009).

El objetivo de este trabajo es estudiar si la situación familiar (ruptura o intacta, así como el nivel de conflicto) media diferencias en el estado de salud física de los hijos.

## 2. MÉTODO

### 2.1 Participantes

Participaron en este estudio 200 niños con edades comprendidas entre 0 y 18 años ( $M = 8,20$ ;  $DT = 4,12$ ). Por género, los participantes eran 42 varones (21%) y 158 mujeres (79%). Del total de participantes, para 149 (76,8%) los progenitores se habían separado o divorciado y para 51 (23,2%) permanecían intactos. Finalmente, en aquellos casos en los que los progenitores habían experimentado la ruptura el tiempo medio transcurrido desde la misma fue de 5,1 años ( $DT = 3,63$ )



## 2.1. Diseño

Esta investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo cuasi-experimental. Con un diseño de comparación en función de la situación familiar, en 5 categorías, a saber: a) Familias intactas (existe convivencia con ambos progenitores de manera normalizada); b) Familias con ruptura parental cooperativa (ha habido ruptura, pero los progenitores han sabido gestionar un plan de parentalidad, con comunicación y colaboración entre ellos); c) Familias con ruptura parental escasamente o nada cooperativa (ha habido ruptura, pero los progenitores no mantienen ningún tipo de comunicación entre ellos. Se rigen por lo que establece la sentencia o lo que se recoge en el convenio de manera rígida); d) Familias con ruptura parental enfrentada (ha habido ruptura, pero ésta ha sido contenciosa y los progenitores continúan en litigio, con denuncias por incumplimientos. No existe comunicación directa entre ellos); e) Familias con ruptura parental con violencia (la ruptura ha sido motivada por episodios de violencia de género. En estos casos existe denuncia y condena).

## 2.2. Procedimiento

El procedimiento de captación de las familias participantes ha sido diferente para los casos de ruptura y para los intactos. Así, para acceder a las familias que habían experimentado ruptura se contó con la colaboración de pediatras de Atención Primaria y de los Servicios de Pediatría de los centros hospitalarios de Galicia. Concretamente esta colaboración se constató a través de la *Red Gallega de Investigación Pediátrica-ReGALIP* ([www.regalip.org](http://www.regalip.org)). El procedimiento de captación de participantes consiste en que los pediatras colaboradores detectan aquellas familias que han experimentado la ruptura parental y, tras explicar los objetivos de la investigación, se les solicita al progenitor o tutor que acompañe al menor la participación en el estudio. Si acepta, el pediatra le informa que un miembro del equipo responsable de la investigación se pondrá en contacto para continuar con la recogida de datos. Por su parte, para poder llegar a la población general de la manera más normalizada, en el proceso para captar a las familias intactas se contó con la participación de varios centros educativos a través de las AMPAS. Además, se atendió al cumplimiento de las consideraciones éticas requeridas. Así, el estudio cuenta con la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia. En todos los casos, se obtuvo consentimiento informado de los participantes. Para garantizar la confidencialidad se cumplieron todos los cánones establecidos por la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos (LOPD).

## 2.3. Instrumentos

Los datos se recogen a través de entrevistas que se llevan a cabo con los progenitores como informantes. Concretamente se aplica la *Historia Estructurada de desarrollo/BASC-H*, adaptada y baremada en España por TEA ediciones en el 2004. Se trata de una entrevista inicial en la que se recogen los antecedentes de interés del niño o el adolescente sobre aspectos tales como la historia familiar, los hermanos, la residencia del niño, las relaciones familiares, la historia del embarazo y del nacimiento, los principales hitos del desarrollo



(adquisición de destrezas motoras, lenguaje, control de esfínteres, etc...), el historial de salud familiar, el cuidado médico del niño y el historial médico del niño. Concretamente, en esta sección se pregunta sobre existencia de los siguientes problemas:

- a) Respiratorios: resfriados frecuentes, tos crónica, asma, fiebre del heno y sinusitis.
- b) Cardiovasculares: falta de respiración o mareo después de un ejercicio físico, actividad limitada por problemas cardíacos, soplo e el corazón.
- c) Gastrointestinales: vómitos excesivos, diarrea frecuente, estreñimiento, dolor de estómago.
- d) Genitourinarios: orinarse en la cama, orinar con frecuencia excesiva, dolor al orinar, orinar con olor fuerte.
- e) Musculo-esqueléticos: dolor muscular, marcha torpe, mala postura, otros problemas musculares.
- f) Dermatológicos: sarpullidos frecuentes, le salen moratones fácilmente, llagas, acné severo, picor de piel (eczema).
- g) Neurológicos: ataques o convulsiones, defectos del habla, propensión a accidentes, se muerde las uñas, se chupa el dedo, rechina los dientes, tics nerviosos, se golpea la cabeza, se mece, no controla esfínteres, si toma o ha tomado medicamentos, si toma o ha tomado tranquilizantes.
- h) Alérgicos: a medicamentos, a comidas, otras alergias.
- i) Auditivos: infecciones de oído, problemas de audición, tubos de drenaje
- j) Visuales: problemas visuales, uso de gafas o lentes

#### 2.4. Análisis de datos

Primero, en el análisis de los datos se han descartado las variables que se encontraban infravaloradas en ciertas casillas y debido a su baja prevalencia no fueron consideradas en el estudio. Una vez descartadas estas variables se calculó la relación con la ruptura familiar, mediante contraste Chi-cuadrado. Concretamente para analizar las variables relacionadas se consideró un modelo logístico atendiendo a la variable situación familiar (intacto, ruptura cooperativa, ruptura escasamente o nada cooperativa, ruptura enfrentada, ruptura con violencia).

### 3. RESULTADOS

En el análisis de los datos se han descartado las siguientes alteraciones por encontrarse infravaloradas: Problemas respiratorios (tos crónica, fiebre del heno, sinusitis), problemas cardiovasculares (falta de respiración o mareo después de ejercicio físico, soplo corazón), problemas gastrointestinales (vómitos excesivos, diarrea frecuente); problemas genitourinarios (orina con frecuencia excesiva, dolor al orinar, orina con olor fuerte); problemas musculoesqueléticos (dolor muscular, marcha torpe, mala postura, otros problemas musculares); problemas dermatológicos (sarpullidos frecuentes, moratones frecuentes, llagas,



acné severo); problemas neurológicos (ataques, convulsiones, defectos del habla, propensión a accidentes, chuparse el dedo, no controla esfínteres, tics nerviosos, se golpea la cabeza, se mece); problemas de alergia (alergias medicamentos, alergias comidas); problemas auditivos (problemas de audición, tubos drenaje). Los contrastes Chi-cuadrado, aplicados para el resto de variables, indican que no guardan relación las siguientes alteraciones: Problemas respiratorios (resfriados frecuentes, asma); problemas genitourinarios (orinar en la cama), problemas dermatológicos (picor en la piel), problemas neurológicos (morderse las uñas, rechinar de dientes), y problemas auditivos (infecciones de oído).

Por otra parte se encontró evidencia para analizar las variables siguientes: problemas gastrointestinales (estreñimiento, dolor de estómago), problemas genitourinarios, problemas musculo-esqueléticos, y alergias. Concretamente para analizar estas variables se consideró un modelo logístico atendiendo a la situación familiar (intacto, ruptura cooperativa, ruptura escasamente o nada cooperativa, ruptura enfrentada, ruptura con violencia) (ver tablas 1 a 6).

| Variable              |                                 | Modelo bivariante        |         |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|---------|
|                       |                                 | Coficiente<br>(95% CI)   | p-valor |
| Situación<br>familiar | Intacto                         | 1                        |         |
|                       | Cooperativa                     | 2.692<br>(1.091; 6.643)  | 0.032   |
|                       | Escasamente/nada<br>cooperativa | 1.659<br>(0.631; 4.362)  | 0.305   |
|                       | Enfrentada                      | 2.667<br>(1.069; 6.651)  | 0.035   |
|                       | Con violencia                   | 4.368<br>(1.767; 10.795) | 0.001   |

**Tabla 1.** Modelo logístico para la situación familiar y problemas gastrointestinales

Los resultados (Tabla 1) indican que los niños que sufren significativamente más problemas gastrointestinales en comparación con los que conviven en familias intactas son aquellos lo hacen en familias cuya ruptura se llevó a cabo de manera cooperativa, enfrentada y de manera especial, con violencia.





| Variable           |                                | Modelo bivariante        |         |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------|---------|
|                    |                                | Coefficiente (95% CI)    | p-valor |
| Situación familiar | Intacto                        | 1                        |         |
|                    | Cooperativa                    | 3.707<br>(1.109; 12.383) | 0.033   |
|                    | Escasamente o nada cooperativa | 1.615<br>(0.411; 6.339)  | 0.411   |
|                    | Enfrentada                     | 3.965<br>(1.184; 13.279) | 0.025   |
|                    | Con violencia                  | 4.487<br>(1.333; 15.100) | 0.015   |

**Tabla 2.** Modelo logístico para la situación familiar y estreñimiento.

Se observa que presentan más problemas de estreñimiento (Tabla 2) los niños que se encuentran en familias cooperativas, enfrentadas y, especialmente, con violencia.

| Variable           |                              | Modelo bivariante       |         |
|--------------------|------------------------------|-------------------------|---------|
|                    |                              | Coefficiente (95% CI)   | p-valor |
| Situación familiar | Intacto                      | 1                       |         |
|                    | Cooperativa                  | 0.697<br>(0.215; 2.265) | 0.548   |
|                    | Escasamente/nada cooperativa | 0.755<br>(0.232; 2.460) | 0.641   |
|                    | Enfrentada                   | 1.648<br>(0.601; 4.519) | 0.332   |
|                    | Con violencia                | 2.618<br>(0.989; 6.934) | 0.053   |

**Tabla 3.** Modelo logístico para la situación familiar y dolor de estómago



La tabla 3 indica que los niños que se encuentran en una situación familiar de ruptura de los progenitores con violencia han presentan más dolor de estómago.

| Variable           |                              | Modelo bivariante        |         |
|--------------------|------------------------------|--------------------------|---------|
|                    |                              | Coefficiente<br>(95% CI) | p-valor |
| Situación familiar | Intacto                      | 1                        |         |
|                    | Cooperativa                  | 2.917<br>(0.948; 8.980)  | 0.062   |
|                    | Escasamente/nada cooperativa | 2.169<br>(0.665; 7.072)  | 0.199   |
|                    | Enfrentada                   | 5.605<br>(1.908; 16.465) | 0.002   |
|                    | Con violencia                | 3.627<br>(1.168; 11.265) | 0.026   |

**Tabla 4.** Modelo logístico para la situación familiar y problemas genitourinarios.

La tabla 4 indica que los niños que se encuentran en una situación familiar de ruptura de los progenitores enfrentada y con violencia presentan más problemas genitourinarios.

| Variable           |                              | Modelo bivariante        |         |
|--------------------|------------------------------|--------------------------|---------|
|                    |                              | Coefficiente<br>(95% CI) | p-valor |
| Situación familiar | Intacto                      | 1                        |         |
|                    | Cooperativa                  | 0.887<br>(0.308; 2.555)  | 0.824   |
|                    | Escasamente/nada cooperativa | 0.809<br>(0.268; 2.436)  | 0.706   |
|                    | Enfrentada                   | 1.620<br>(0.617; 4.256)  | 0.327   |
|                    | Con violencia                | 2.533<br>(0.992; 6.467)  | 0.052   |

**Tabla 5.** Modelo logístico para la situación familiar y problemas musculoesqueléticos.



Los niños que conviven en familias cuyos progenitores han roto con violencia presentan más problemas genitourinarios (Tabla 5).

| Variable              |                              | Modelo bivariante       |         |
|-----------------------|------------------------------|-------------------------|---------|
|                       |                              | Coficiente<br>(95% CI)  | p-valor |
| Situación<br>familiar | Intacto                      | 1                       |         |
|                       | Cooperativa                  | 0.775<br>(0.314; 1.912) | 0.580   |
|                       | Escasamente/nada cooperativa | 0.219<br>(0.059; 0.807) | 0.023   |
|                       | Enfrentada                   | 0.729<br>(0.288; 1.844) | 0.504   |
|                       | Con violencia                | 1.607<br>(0.688; 3.752) | 0.273   |

Tabla 6. Modelo logístico para la situación familiar y alergias.

Los datos indican (Tabla 6) que los niños que viven en familias con ruptura de los progenitores escasamente cooperativa presentan más problemas de alergias.

#### 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio han de ser considerados atendiendo a las limitaciones metodológicas del mismo. Así, en primer lugar, se ha de tener en cuenta que no contamos con un número similar de participantes de familias intactas. Por otro lado, la situación familiar se trata de una variable compleja en la que pueden incidir, además de la ruptura, otros aspectos del funcionamiento familiar que podrían tener influencia en los resultados. Así por ejemplo, variables como la edad de los niños en el momento de la ruptura de los progenitores o el tiempo transcurrido entre la ruptura y la evaluación de los casos, podrían ser factores influyentes en los resultados y que por tanto habría que tener en cuenta. Hemos de considerar que, en este estudio no se han controlado los posibles efectos de estas variables. En suma, dejando al margen las cuestiones que hemos mencionado, podemos concluir que, en consonancia con los hallazgos de otros estudios los niños que experimentan ruptura de los progenitores conflictiva, presentan un mayor impacto en su estado de salud físico.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Academy of Pediatrics (2003). Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*, 111 (6), 1541-1571. DOI: 10.1542/peds.111.6.S1.1541
- American Academy of Pediatrics (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129, 232-246. DOI: 10.1542/peds.2011-2663
- Brezo, J., París, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Zocolillo, M., y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological Medicine*, 36, 191-202.
- Brown, D., Anda, R., Felitti, V., Edwards, V., Malarcher, A., Croft, J., y Giles, W. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10 (20). DOI: 10.1186/1471-2458-10-20.
- D' Onofrio, B.M., Turkheimer, E., Emery, R. E., Slutske, W.S., Heath, A.C., Madden, P.A., y Martin, N.G. (2006). A genetically informed study of the processes underlying the association between parental marital instability and offspring adjustment. *Development Psychology*, 42, 486-499.
- De Goede, M., y Spruijt, E. (1996). Effects of parental divorce and youth unemployment on adolescent health. *Patient Education and Counseling*, 29, 269-276.
- Doherty, W., y Needle, R. (1991). Psychological adjustment and substance use among adolescents before and after a parental divorce. *Child Development*, 62, 328-337.
- Fariña, F., Arce, R., Novo, M., y Seijo, D. (2012). De las necesidades de los menores a la intervención: un programa con menores en riesgo de desestructuración familiar. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*, (pp. 305-317). Madrid: Pirámide.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Lynskey, M. T. (1994). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction*, 90, 935-46.
- Fuller-Thompson, E., y Dalton, A.D. (2011). Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: Findings from a representative Canadian community survey, *Psychiatry Research*, 187 (1-2), 150-155. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.12.004.
- Ge, X., Natsuaki, M., y Conger, R. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18, 253-273.
- Guzman, J. E., Barajas, R., Luce, E., Valadez, F. M., Gutiérrez, E., y Robles, M. (2008). Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Atención Primaria*, 40 (11), 543-548.



- Hoffman, J., y Johnson, R. (1998). A national Portrait of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family*, 60 (3), 633-645.
- Krantz, D.S., y Manuck, S.D. (1984). Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease. A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, 96 (3), 435-464.
- Lester, D., y Abe, K. (1993). The regional variation of divorce rates in Japan and the United States. *Journal of Divorce and Remarriage*, 18, 227-230.
- Lizardi, D., Thompson, R.G., Keyes, K., y Hasin, D. (2009). Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 899-904.
- Martin, L.R., Friedman, H.S., Clark, K.M., y Tucker, J.S. (2005). Longevity following the experience of parental divorce. *Social Science and Medicine*, 61, 2177-2189.
- McCall, P., y Land, K. (1994). Trends in white male adolescent, young-adult and elderly suicide: are there common underlying structural factors? *Social Science Research*, 23, 57-81.
- Orgilés, M., Amorós, J.P., Espada, J. P., y Méndez, J. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20 (3), 383-388.
- Paena, M. (2008). Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Atención Primaria*, 40 (11), 543-548.
- Ringbäck, G., Hjern, A., Haglund, B., y Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbidity and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *The Lancet*, 361, 289-295.
- Schwarz, J., Friedman, H., Tucker, J., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D., y Criqui, M. (1995). Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *American Journal of Public Health*, 85, 1237-1245.
- Seijo, D., Novo, M., Carracedo, S., y Fariña, F. (2010). Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana (Galician Journal of Iberoamerican Scientific Cooperation)*, 19, 16-21.
- Seijo, D., Souto, A. y Arce R. (2009). Separación y divorcio y su repercusión en la salud física y mental de los hijos. Comunicación presentada al XI Congreso Galego- portugués de Psicopedagogía. Celebrado en Braga del 9 al 11 de septiembre.
- Singh, G. y Yu, S. (1996). U.S. Childhood mortality 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials. *American Journal of Public Health*, 86, 505-512.
- Standing Committee on Legal and Constitutional Affairs (1998). *To have and to hold*. En Red [[http://www.fahcsia.gov.au/sa/families/pubs/family-have/Documents/to\\_have\\_to\\_hold\\_final.pdf](http://www.fahcsia.gov.au/sa/families/pubs/family-have/Documents/to_have_to_hold_final.pdf)]



- Sun, Y., y Li, Y. (2009). Parental divorce, sibship size, family resources, and children's academic performance. *Social Science Research* 38, 622–634.
- Troxel, W.M., y Mathews, K. A. (2004). What are the cost of marital conflict and dissolution to children's physical health? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 29-57.
- Woderki, J., y Harris, P. (1987). Adolescent suicide: a review of influences and the means for prevention. *Social Work*, 32, 477-484.