Revista Paraguaya de Salud / https://saludparaguay.org
Volumen 3 Número 7 mayo-agosto 2026 / ISSN-L: 3105-4013 / pp. 24 – 35
https://doi.org/10.33996/rps.v3i7.39

REVISTA PARAGUAYA DE SALUD

Articulo original

Tipo de familia y calidad de vida de estudiantes de la Asociación Educativa Adventista, Tarapoto

Family Type and Quality of Life of Students of the Adventist Educational Association, Tarapoto

[a] Benjamín David Trinidad Ticse ✉ [b] Miguel Guillermo Bernui Contreras

[a] Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Correo: bendavid@upeu.edu.pe Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3610-3653

[b] Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú. Correo: mbernui@upeu.edu.pe. https://orcid.org/0000-0001-6687-2483

Editor responsable:
David Max Olivares Alvares. Universidad Privada del Este. Ciudad del Este, Paraguay

Historia del artículo: Artículo Recibido 22 de enero 2026| Aceptado 19 de marzo 2026 | Publicado 04 de mayo 2026

Cómo citar:

Trinidad Ticse BD, Bernui Contreras MG. Tipo de familia y calidad de vida de estudiantes de la Asociación Educativa Adventista, Tarapoto. Rev Parag Salud. 2026;3(7):24-35 https://doi.org/10.33996/rps.v3i7.39

CC BY

Resumen

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud es la percepción subjetiva del individuo sobre su bienestar físico, emocional, social y escolar, influenciada por condiciones de salud, tratamientos y factores contextuales. **Objetivo:** Determinar la relación entre el tipo de familia y la calidad de vida de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nororiental en Tarapoto, Perú. **Método:** El estudio tuvo un diseño no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal con un enfoque cuantitativo. **Resultados:** Durante la investigación se reveló que las familias nucleares fueron las más protectoras con un 42 % con calidad de vida buena, mientras que las monoparentales maternas, extendidas y reconstituidas con madrastra presentaron mayor vulnerabilidad con menos del 31 % con buena calidad de vida. **Conclusión:** El tipo de familia se correlaciona significativamente con la calidad de vida estudiantil de la Asociación Educativa Adventista.

Palabras clave: Calidad de vida; Estudiantes; Familia; Iglesia adventista; Religión.

Abstract

Introduction: Health-related quality of life is an individual's subjective perception of their physical, emotional, social, and academic well-being, influenced by health conditions, treatments, and contextual factors. **Objective:** To determine the relationship between family type and the quality of life of students at the Northeastern Adventist Educational Association in Tarapoto, Peru. **Method:** The study employed a non-experimental, descriptive-correlational, cross-sectional design with a quantitative approach. **Results:** The research revealed that nuclear families were the most protective, with 42% reporting a good quality of life, while single-parent, extended, and reconstituted families with a stepmother showed greater vulnerability, with less than 31% reporting a good quality of life. **Conclusion:** Family type is significantly correlated with the quality of life of students at the Adventist Educational Association.

Keywords: Quality of life; Students; Family; Adventist church; Religion.

Introducción

La familia en la actualidad es considerada el primer y más importante ente social que favorece el bienestar y promueve una adecuada calidad de vida al individuo, por lo tanto, las familias en el cual los vínculos familiares son devaluados o escasos generan desequilibrio que tienden a ser una fuente de conflicto continuo entre sus miembros (1, 2).

El contexto de América Latina presenta dinámicas familiares con características singulares que requieren un análisis contextualizado y culturalmente sensible. Un estudio realizado en países de Argentina, Brasil y Chile en 1357 adolescentes determinó diferencias la calidad de vida en relación con al sexo, la edad y el país de origen, en base a respuestas del cuestionario KIDSCREEN-52, donde una de sus principales aportaciones fue la necesidad de intervenciones educativas que prevengan y promocionen una adecuada calidad de vida y que contemplen acciones de acuerdo con el sexo y la edad de cada grupo objeto haciendo especial énfasis en los adolescentes (3, 4).

Para comprender los planteamientos y hallazgos que se exponen a continuación es necesario determinar que la calidad de vida relacionada con la salud es la percepción subjetiva del individuo sobre su bienestar físico, emocional, social y escolar, influenciada por condiciones de salud, tratamientos y factores contextuales, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En población pediátrica, este constructo adquiere relevancia particular porque permite captar dimensiones del desarrollo que no son directamente observables mediante indicadores clínicos objetivos (5, 6).

La investigación se justifica por la brecha de conocimiento existente en América Latina y Perú sobre cómo las transformaciones familiares contemporáneas impactan la salud infantil, ya que la evidencia disponible proviene mayoritariamente de países de altos ingresos con realidades socioculturales diferentes. Además, el sistema educativo adventista, con su énfasis en estilos de vida saludables, constituye un escenario particular donde factores institucionales y religiosos podrían modular esta relación. Dada la alta prevalencia regional de familias monoparentales, extendidas y reconstituidas, resulta urgente generar evidencia contextualizada que permita identificar grupos vulnerables y orientar intervenciones en salud pública [(7)]. Por ello, se formula la siguiente pregunta problémica: ¿Existe relación entre el tipo de familia y la calidad de vida de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nororiental en Tarapoto, Perú?

En consecuencia, el objetivo principal del estudio es: determinar la relación entre el tipo de familia y la calidad de vida de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nororiental en Tarapoto, Perú.

Metodología

El estudio tuvo un diseño no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal con un enfoque cuantitativo. La investigación se realizó en la Asociación Educativa Adventista Nororiental en Tarapoto, Perú ubicada en el departamento de San Martín que agrupa a cinco instituciones educativas que llevan el nombre de las mismas ciudades donde habitan las cuales son José de San Martín-Tarapoto, Moyobamba, Alto Mayo, Rioja, y Soritor.

La población está constituida por 1107 estudiantes distribuidos en el nivel primario [(669)] y secundario [(438)] de la Asociación Educativa Adventista Nororiental en Tarapoto, Perú. La muestra consta de 744 estudiante de las diferentes ciudades con un rango de edades de 8 años hasta 18 años y ambos sexos, seleccionados a través de un muestreo probabilística aleatoria simple.

El instrumento a utilizar en la presente investigación es el PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales (CVRS) creado por Varni, Seid [(8)], y fue validado para la población peruana a través del criterio de tres expertos: Dr. Miguel Bernui, el Mg. Guido Ángelo Huapaya Flores y por el estadista el Dr. Luis Eduardo Córdova

Carranza, para medir la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes. Las respuestas siguen un patrón tipo Likert con una puntuación de 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (a veces), 3 (casi siempre) y 4 (siempre). La interpretación de la información se clasifica en según la sumatoria en Buena (78-100 puntos), En riesgo (69-77 puntos) y Alto riesgo (<69 puntos). El coeficiente Alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.86, lo cual define una confiabilidad interna de la escala aceptable.

Una vez obtenidos todos los datos necesarios se desarrolló a la tabulación en Microsoft Excel 2019 y el respectivo procesamiento en el paquee estadístico SPSS versión 27 para Windows para su respectiva interpretación. El proceso de análisis se realizará en base a estadística descriptiva e inferencial, la primera a través de frecuencias y porcentajes de las respuestas encontradas representadas en forma de tabla para una mejor comprensión. Respecto a la estadística inferencial empleada fue no paramétrica ya que no se cumplieron los supuestos de normalidad de distribución evaluados a través de la prueba de Kolmogarov-Smirnov, por lo cual se selecciona la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para determinar la presencia o no de correlación entre las variables estudiadas.

Para llevar a cabo la recolección de información del presente estudio, se seguirá un procedimiento estructurado, garantizando en todo momento el cumplimiento de los principios éticos de investigación con seres humanos. Previo al inicio de cualquier actividad, se obtendrá la aprobación institucional de la dirección de la Asociación Educativa Adventista Nororiental y de cada una de las cinco instituciones educativas involucradas, como parte de las consideraciones éticas, se solicitará el consentimiento informado por escrito a los padres, madres o tutores de los estudiantes menores de edad, explicando de manera clara los fines del estudio, el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad de los datos.

Resultados

La distribución de los niveles de calidad de vida según las variables sociodemográficas muestra diferencias relevantes que deben ser consideradas como antecedentes para el análisis de la variable central del estudio como se aprecia en la Tabla 1. En cuanto al género, se expone una brecha desfavorable para las estudiantes femeninas, ya que casi la mitad de ellas se ubica en el nivel de alto riesgo, mientras que entre los varones esta proporción es de aproximadamente un tercio. Esta diferencia indica que el género femenino podría constituir un factor asociado a peores indicadores de salud relacionada con la calidad de vida, por lo que deberá ser controlado al momento de analizar la relación con el tipo de familia.

Respecto a las instituciones educativas adventistas, se identifica un foco crítico en Soritor, donde más de la mitad de sus estudiantes se encuentran en nivel de alto riesgo y menos de una quinta parte alcanza una calidad de vida buena, mientras que el resto de instituciones presentan distribuciones más equilibradas, con porcentajes de alto riesgo que oscilan entre el 37 % y el 41 %, y niveles buenos que alcanzan hasta el 37 % en Moyobamba y José de San Martín. Esta heterogeneidad institucional refleja que factores locales, posiblemente vinculados a condiciones socioeconómicas, comunitarias o familiares, podrían estar influyendo fuertemente en la calidad de vida relacionada con la salud.

En relación a la edad, se identifica un patrón bimodal claramente definido, donde los niños más pequeños, especialmente de 8 a 10 años, así como los adolescentes mayores de 15 a 19 años, concentran los porcentajes más elevados de alto riesgo, mientras que el grupo de 11 a 14 años presenta los mejores indicadores, destacando particularmente la edad de 11 años donde más de la mitad de los estudiantes logra una calidad de vida buena. Este hallazgo indica que la niñez intermedia y la adolescencia tardía constituyen periodos de mayor vulnerabilidad psicosocial, mientras que la adolescencia temprana parece ser una etapa de relativa estabilidad en términos de salud relacionada con la calidad de vida.

Por otra parte la religión expone que los estudiantes de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD) presentan una distribución muy similar al promedio general, con aproximadamente dos de cada cinco en alto riesgo y algo más de un tercio en nivel bueno, mientras que los estudiantes católicos y evangélicos revelan porcentajes ligeramente inferiores de calidad de vida buena, no obstante, quienes pertenecen a otras religiones presentan el mejor perfil, con la menor proporción en alto riesgo y un nivel bueno similar al de los adventistas.

Finalmente, el nivel de estudio no muestra diferencias sustanciales entre primaria y secundaria, aunque los estudiantes de secundaria presentan una ligera pero mayor proporción en alto riesgo. En conjunto, estos hallazgos evidencian que el género, la edad, la institución educativa y la religión se asocian de manera diferencial con la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 1. *Calidad de vida según variables sociodemográficas de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nororiental en Tarapoto, Perú*

		Calidad de Vida						Total	
		Alto riesgo		En riesgo		Buena			
		f	%	f	%	f	%	F	%
Género	Masculino	134	34.5	99	25.5	155	39.9	388	100.00
	Femenino	162	45.5	83	23.3	111	31.2	356	100.00
IEA	Soritor	19	57.60	8	24.20	6	18.20	33	100.00
	Alto Mayo	39	41.10	26	27.40	30	31.60	95	100.00
	Moyobamba	58	37.70	38	24.70	58	37.70	154	100.00
	Nueva Cajamarca	72	39.60	43	23.60	67	36.80	182	100.00
	José de San Martín	108	38.60	67	23.90	105	37.50	280	100.00
Nivel de estudio	Primaria	144	39.20	85	23.20	138	37.60	367	100.00
	Secundaria	152	40.30	97	25.70	128	34	377	100.00
Edad	8 años	14	60.90	4	17.40	5	21.70	23	100.00
	9 años	53	50.00	23	21.70	30	28.30	106	100.00
	10 años	51	48.10	22	20.80	33	31.10	106	100.00
	11 años	18	18.60	29	29.90	50	51.50	97	100.00
	12 años	28	36.40	13	16.90	36	46.80	77	100.00
	13 años	38	38.80	28	28.60	32	32.70	98	100.00
	14 años	22	26.80	27	32.90	33	32.70	82	100.00
	15 años	29	38.70	22	29.30	24	32.00	75	100.00
	16 años	31	53.40	10	17.20	17	29.30	58	100.00
	17 años	7	46.70	4	26.70	4	26.70	15	100.00
	18 años	4	66.70	0	0.00	2	33.30	6	100.00
	19 años	1	100	0	0.00	0	0.00	1	100.00
Religión	IASD	192	39.50	114	23.50	180	37.00	486	100.00
	Iglesia Católica	57	44.50	29	22.70	42	32.80	128	100.00
	Iglesia Evangélica	27	42.90	17	27.00	19	30.20	63	100.00
	Otra	20	29.90	22	32.80	25	37.30	67	100.00

En la Tabla 2 se revelan diferencias sustanciales en la distribución de la CVRS según la estructura del hogar de los estudiantes. Los estudiantes provenientes de familias nucleares, que constituyen el grupo más numeroso de la muestra, presentan el mejor perfil de calidad de vida, ya que más de dos quintas

partes de ellos alcanzan un nivel bueno, mientras que poco más de un tercio se ubica en alto riesgo, lo que representa una proporción inferior al promedio general de la muestra. En el extremo opuesto, las familias monoparentales encabezadas por la madre muestran una situación particularmente crítica, dado que casi la mitad de estos estudiantes se encuentra en nivel de alto riesgo y solamente algo más de una quinta parte logra una calidad de vida buena, siendo este el grupo con el porcentaje más bajo de CVRS buena junto con las familias reconstituidas con madrastra.

En contraste las familias monoparentales encabezadas por el padre presentan un patrón atípico, ya que la mitad de sus integrantes se ubica en alto riesgo, pero la otra mitad alcanza un nivel bueno, sin presentar casos en la categoría de riesgo intermedio, lo que presenta una distribución bimodal extrema. Las familias extendidas también muestran una situación desfavorable, con casi la mitad de sus estudiantes en alto riesgo y solamente algo más de una cuarta parte alcanzando una calidad de vida buena, lo que las posiciona como uno de los grupos con peores indicadores.

En cuanto a las familias compuestas, su distribución se aproxima al promedio general, aunque con una ligera sobrerrepresentación en el nivel de alto riesgo y una subrepresentación en el nivel bueno en comparación con las familias nucleares. Las familias reconstituidas con padrastro presentan una distribución relativamente equilibrada, aunque con un porcentaje de CVRS buena inferior al de las familias nucleares, mientras que las reconstituidas con madrastra constituyen el grupo más vulnerable de toda la muestra, con más de la mitad de sus estudiantes en alto riesgo y solamente una minoría muy reducida alcanzando una calidad de vida buena.

Respecto a los hogares encabezados por abuelos, se observan diferencias notables entre ambos tipos: aquellos que viven con abuelos paternos muestran una distribución perfectamente equitativa entre los tres niveles de calidad de vida, cada uno con un tercio de los casos, mientras que quienes viven con abuelos maternos presentan una situación mucho más adversa, con la mitad de los estudiantes en alto riesgo y solamente cerca de un tercio alcanzando un nivel bueno.

Los principales hallazgos indican, en primer lugar, que existe una asociación clara entre el tipo de familia y la calidad de vida relacionada con la salud, evidenciada por las marcadas diferencias en los porcentajes de estudiantes en nivel bueno y alto riesgo según la estructura familiar. En segundo lugar, la familia nuclear emerge como la configuración más protectora, ya que es la única que supera el 40 % de estudiantes con CVRS buena y presenta la menor proporción en alto riesgo por debajo del promedio general. En tercer lugar, las situaciones de mayor vulnerabilidad se concentran en las familias monoparentales con madre, las familias extendidas y las familias reconstituidas con madrastra, todas ellas con porcentajes de alto riesgo que rondan o superan el 50 % y con niveles de CVRS buena inferiores al 30 %.

Además, resulta llamativo el contraste entre los dos tipos de familias monoparentales, mientras aquellas encabezadas por la madre muestran consistentemente malos indicadores, aquellas encabezadas por el padre presentan una distribución bimodal extrema sin casos en riesgo intermedio, lo que señala que podrían estar operando factores diferentes no capturados por esta clasificación, como el nivel socioeconómico o las redes de apoyo.

También, la diferencia entre hogares con abuelos paternos y maternos es notable, ya que los primeros muestran una distribución equitativa atípica que podría interpretarse como una estabilidad paradójica, mientras que los segundos se asemejan más a los patrones de vulnerabilidad observados en familias monoparentales. Finalmente, estos hallazgos confirman la pertinencia del objetivo de investigación, al demostrar que el tipo de familia se relaciona de manera diferencial y significativa con la calidad de vida relacionada con la salud, siendo las familias nucleares las más favorables y las monoparentales maternas, extendidas y reconstituidas con madrastra las que concentran los mayores niveles de riesgo.

Tabla 2. *Tabla cruzada entre tipo de familia y calidad de vida*

Tipo de familia	Calidad de Vida							
	Alto riesgo		En riesgo		Buena		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nuclear	149	35.4	95	22.6	177	42.0	421	100.00
Compuesta	19	40.4	12	25.5	16	34.0	47	100.00
Extendida	28	47.5	15	25.4	16	27.1	59	100.00
Abuelos paternos	4	33.3	4	33.3	4	33.3	12	100.00
Abuelos maternos	8	50.0	3	18.8	5	31.3	16	100.00
Monoparental (mamá)	60	49.2	35	28.7	27	22.1	122	100.00
Monoparental (papá)	6	50.0	0	0.0	6	50.0	12	100.00
Reconstituida (padrastro)	16	36.4	15	34.1	13	29.5	44	100.00
Reconstituida (madrastra)	6	54.5	3	27.3	2	18.2	11	100.00
Total	296	39.8	182	24.5	266	35.8	744	100.00

Los resultados del análisis inferencial exponen un valor del estadístico de Chi-cuadrado de 28.486 con 16 grados de libertad, y el nivel de significación asintótica bilateral reportado es de 0.028, lo que permite definir que existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el tipo de familia y la calidad de vida relacionada con la salud en la población estudiada. Además, la probabilidad de que la correlación se deba al azar es muy baja, por lo que se acepta que la estructura familiar se asocia de manera no aleatoria con los niveles de CVRS de los estudiantes.

En síntesis, los resultados evidencian que la identificación de la familia nuclear como un factor protector, dado que el 42 % de estos estudiantes alcanza un nivel bueno de CVRS, superando a todos los demás tipos familiares, lo que proporciona un punto de referencia positivo para el diseño de intervenciones. Asimismo, la heterogeneidad de la muestra en cuanto a edades, géneros, instituciones y religiones permite explorar cómo el tipo de familia interactúa con estos factores, enriqueciendo la comprensión del fenómeno.

Además, destacan como los tipos de familia más vulnerables, las monoparentales con madre, las extendidas y las reconstituidas, donde los porcentajes de CVRS buena no superan el 31%, lo que indica un margen de mejora sustancial. También se puede aprovechar la infraestructura educativa para implementar programas diferenciados de apoyo psicosocial y parentalidad positiva dirigidos a cada tipo familiar. Además, el hallazgo de que los estudiantes de 11 años muestran el mejor perfil de CVRS, lo que expone que existe una ventana etaria óptima para reforzar habilidades socioemocionales y fortalecer dinámicas familiares antes de que se presenten los mayores riesgos observados en la adolescencia tardía.

Sin embargo, el género femenino presenta un 45.5 % de estudiantes en alto riesgo frente al 34.5 % de los varones, y que las edades extremas concentran los peores indicadores. Otra debilidad es la ausencia de información sobre el nivel socioeconómico, la conflictividad familiar intrafamiliar o el tiempo de convivencia en cada tipo de estructura, factores que podrían mediar o moderar la relación observada. Asimismo, la categoría de abuelos paternos muestra una distribución perfectamente equitativa entre los tres niveles de CVRS, lo que resulta atípico y podría deberse al reducido tamaño muestral de esa categoría.

Por otra parte, el hecho de que la muestra provenga exclusivamente de instituciones educativas adventistas, donde la religión IASD representa el grupo mayoritario, lo que introduce un sesgo institucional que podría no reflejar la realidad de estudiantes de escuelas públicas o de otras confesiones religiosas. Otra amenaza significativa es la alta prevalencia general de estudiantes en niveles de alto riesgo y en riesgo, lo que implica que solo el 35.8 % de la muestra total alcanza una CVRS buena, sugiriendo un problema de salud pública que podría empeorar si no se implementan

intervenciones tempranas. Finalmente, la posible estigmatización de ciertos tipos familiares podría generar resistencia por parte de las familias a participar en futuras investigaciones o programas de apoyo, afectando la viabilidad de estudios longitudinales o intervenciones comunitarias.

En este sentido y con la meta de fortalecer investigaciones futuras se recomienda realizar un análisis de regresión logística multivariante que incluya simultáneamente el tipo de familia, el género, la edad, la institución educativa y la religión, con el fin de determinar el peso específico de cada variable y controlar posibles factores de confusión. También se propone incorporar instrumentos complementarios que midan variables mediadoras como la funcionalidad familiar, la comunicación intrafamiliar, el apoyo social percibido y el nivel socioeconómico, para comprender no solo si existe relación sino por qué y cómo se produce. Finalmente, se sugiere realizar un estudio cualitativo complementario mediante entrevistas o grupos focales con estudiantes y padres de cada tipo familiar, con la intención de explorar en profundidad las percepciones, experiencias y estrategias de afrontamiento que podrían explicar las diferencias encontradas, especialmente en el caso atípico de los hogares con abuelos paternos que mostraron una distribución equitativa.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio demuestran una relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y la calidad de vida relacionada con la salud, confirmando lo reportado en una revisión sistemática que encontró asociaciones significativas entre la calidad de la relación padrastro-hijastro y múltiples dimensiones del bienestar infantil, incluyendo el bienestar psicológico y el bienestar académico, así como asociaciones negativas con problemas psicológicos y conductuales, lo que evidencia que la estructura familiar, más allá de ser una mera clasificación demográfica, constituye un determinante relevante de la salud en la población infanto-juvenil [(9)].

La identificación de la familia nuclear como la configuración más protectora para la CVRS coincide con la evidencia acumulada que señala que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos presentan mejores resultados socioemocionales y conductuales en comparación con aquellos que crecen en familias con padrastros [(10)]. Esta consistencia entre los hallazgos locales y la literatura internacional sugiere que el efecto protector de la familia nuclear trasciende contextos culturales específicos.

El hallazgo de que las familias monoparentales encabezadas por la madre constituyen uno de los grupos más vulnerables se hace muy similar a una investigación reciente sobre la influencia de la estructura familiar en el bienestar infantil, la cual expuso que los niños en familias monoparentales enfrentan desafíos particulares debido a la ausencia de apoyo parental dual, lo que afecta sus logros académicos, relaciones interpersonales y satisfacción general con la vida [(11)]. Esta confirmación empírica refuerza la necesidad de intervenciones específicas para este grupo poblacional en el contexto peruano.

El presente estudio revela diferencias entre familias reconstituidas con padrastro y aquellas con madrastra, siendo estas últimas significativamente más vulnerables. Este patrón desafía parcialmente una revisión sistemática reciente, la cual señala que los padrastros pueden influir en el desarrollo de sus hijastros de manera diferente a los padres biológicos o a las madrastras debido a diferencias en el parentesco biológico, las expectativas sociales y los procesos familiares involucrados [(12)], donde la mayor vulnerabilidad asociada a la madrastra en nuestro estudio podría reflejar expectativas sociales más exigentes sobre el rol de cuidado materno.

La situación desfavorable de las familias extendidas en nuestro estudio y la diferencia notable entre hogares con abuelos paternos y maternos constituye un hallazgo importante, pues si bien el papel de los abuelos pueden tener efectos positivos en el ajuste adolescente en diversos tipos de familias [(13)], la marcada diferencia según la línea parental no ha sido suficientemente explorada. Este hallazgo

sugiere la necesidad de investigar los mecanismos culturales y relacionales que podrían explicar esta disparidad en el contexto latinoamericano.

Por otra parte, la brecha de género desfavorable para las mujeres coincide con lo propuesto por estudios y organizaciones como Currie [(14)], y World Health Organization [(15)], respectivamente que incluye datos de múltiples países europeos y norteamericanos, donde se reflejan diferencias de género en el bienestar adolescente, con las mujeres reportando sistemáticamente peores indicadores de salud percibida y bienestar psicológico. Este patrón transcultural indica que los factores de género operan independientemente del contexto geográfico y cultural, aunque con variaciones en magnitud.

Además, la identificación de un patrón bimodal en la CVRS según la edad, con mayor vulnerabilidad en niños pequeños y adolescentes mayores, y un pico de bienestar a los 11 años, constituye un hallazgo que enriquece el conocimiento existente. De manera similar x señala que los adolescentes son particularmente sensibles a las influencias de su entorno y vulnerables al estrés y al riesgo, lo que puede desencadenar problemas internalizados o externalizados con implicaciones duraderas para el desarrollo [(16)]. Sin embargo, el patrón encontrado de transición de la niñez a la adolescencia (11-14 años) podría representar una ventana de oportunidad para intervenciones preventivas antes de que se consoliden patrones de riesgo en la adolescencia tardía y posterior paso a la juventud.

La marcada heterogeneidad entre instituciones educativas adventistas, con particular foco de afección en Soritor, reafirma la importancia de los factores contextuales locales en la determinación de la CVRS. También se ha enfatizado que la inestabilidad y complejidad involucradas en la reconfiguración familiar, incluyen experiencia de pérdida parental y los cambios en el nivel socioeconómico, son factores cruciales a considerar al examinar los efectos de las estructuras familiares no tradicionales [(17)]. La variabilidad institucional encontrada refleja que estos factores contextuales pueden tener un peso incluso mayor que la estructura familiar per se.

Respecto a la religión y calidad de vida, los estudiantes de la IASD presentan una distribución de CVRS similar al promedio general, mientras que aquellos de otras religiones muestran un mejor perfil, lo cual desafía las expectativas basadas en el énfasis adventista en estilos de vida saludables. Sin embargo, Jensen y Zhao [(18)], ha señalado que el apoyo social y las redes comunitarias son factores que moderan las influencias familiares en cada uno de los diferentes contextos de familias, lo que podría explicar porque otras religiones presenta mejores indicadores.

Las limitaciones identificadas exponen la ausencia de información sobre nivel socioeconómico, conflictividad intrafamiliar y tiempo de convivencia en cada tipo de estructura, son consistentes con las limitaciones señaladas en la literatura especializada. Una revisión sistemática sobre correlatos de la calidad de la relación padrastro-hijastro desde la perspectiva infantil identificó que múltiples dimensiones, incluyendo las características individuales, las características familiares, la interacción padrastro-hijastro, las dinámicas relacionales padre-hijo y los factores contextuales, son relevantes para comprender la calidad de estas relaciones [(19)]. La presente investigación capturó parcialmente estas dimensiones, lo que apunta la necesidad de incorporar mediciones más exhaustivas en investigaciones futuras.

Finalmente, la confirmación de la relación entre tipo de familia y CVRS, junto con la identificación de grupos de especial vulnerabilidad, tiene implicaciones directas para la práctica y la política pública. Cabe resaltar entonces otros estudios que afirman la importancia de al menos cinco dominios de crianza efectiva en familias reconstituidas que se asocian con resultados positivos para los niños al mantener vínculos cercanos entre padres e hijos, establecer límites apropiados en la comunicación, ejercer control parental, apoyar el desarrollo de la relación padrastro-hijastro y facilitar la cohesión familiar [(20)].

Conclusiones

La investigación determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y la calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes, y permite afirmar que la estructura del hogar no es un factor neutral, sino que se asocia de manera diferencial y positiva con los niveles de CVRS alcanzados por los niños y adolescentes de la Asociación Educativa Adventista Nororiental, siendo las familias nucleares las que presentan el perfil más favorable y las monoparentales maternas, extendidas y reconstituidas con madrastra las que concentran los mayores niveles de vulnerabilidad.

Además, la familia nuclear se consolida como la configuración más protectora, ya que es el único tipo familiar donde más del 40 % de los estudiantes alcanza una calidad de vida buena y donde la proporción de alto riesgo se ubica por debajo del promedio general, lo que reflejó que la presencia de ambos padres biológicos en el hogar constituye un recurso psicosocial relevante para la salud relacionada con la calidad de vida.

También las situaciones más asociadas al riesgo se concentran en tres tipos familiares específicos, las familias monoparentales, las familias extendidas y las familias reconstituidas, todos ellos con porcentajes de alto riesgo que superan el 47 % y niveles de CVRS buena inferiores al 28 %, lo que evidencia una brecha significativa respecto a las familias nucleares.

Por último, se recomienda realizar análisis multivariantes como regresión logística que permitan controlar el efecto conjunto de estas variables y determinar el peso específico del tipo de familia frente a otros determinantes sociodemográficos. Igualmente, se sugiere incorporar instrumentos complementarios que midan variables mediadoras como la funcionalidad familiar, la comunicación intrafamiliar, el apoyo social percibido y el nivel socioeconómico, con el fin de comprender no solo si existe relación entre el tipo de familia y la CVRS, sino también los mecanismos psicosociales que explican por qué ciertas estructuras familiares resultan más protectoras o más vulnerables.

Finalmente, se propone diseñar e implementar intervenciones diferenciadas dirigidas prioritariamente a los tipos familiares más afectas aprovechando la infraestructura de las instituciones educativas adventistas y la ventana etaria óptima identificada alrededor de los 11 años, para fortalecer habilidades parentales, redes de apoyo comunitario y estrategias de afrontamiento, así como realizar un estudio cualitativo complementario mediante entrevistas o grupos focales que permita explorar en profundidad las percepciones y experiencias de los estudiantes y sus familias.

Referencias

1. Lopez MT. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Salud mental. 2011;34(2):111-20. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000200004&script=sci_abstract&tlng=pt

2. Rosa Á, Parada JL, Olivares PJ, Bernal C, Rosa AI. Estilos educativos parentales y emociones como predictores de respuestas obsesivo-compulsivas en población adolescente. Terapia psicológica. 2019;37(3). http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300241

3. Guedes DP, Astudillo HA, Morales JM, Del Campo J, Pires JR. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(1):46-52. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n1/07.pdf

4. Cordero ML. Calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas rurales de Tucumán, Argentina (2015). Población y Salud en Mesoamérica. 2019;16(2). http://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i0.33986

5. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. 2003;9(2):9-21. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002

6. Lopera JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(2). https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017

7. DeRose L, Huarcaya G, editors. Children´s living arrangements and schooling in Latin America and the Caribbean. II International Conference Familiy and Society 2015. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8688722

8. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. Medical care. 2001;39(8):800-812. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/2001/08000/pedsql__4_0__reliability_and_validity_of_the.6.aspx

9. Jensen TM. Stepparent–child relationships and child outcomes: A systematic review and meta-analysis. Journal of Family Nursing. 2022;28(4):321-40. http://dx.doi.org/10.1177/10748407221097460

10. Cui Y, Li X, Nyman TJ. Stepfathers and adolescent well-being: A systematic literature review. Marriage Family Review. 2024;60(8):501-34. http://dx.doi.org/10.1080/01494929.2024.2401534

11. Han M, editor Influence of Family Structure on Children's Well-being–Challenges and Pathways to Promote Positive Development. SHS Web of Conferences; 2023: EDP Sciences, 180, 02008. https://doi.org/10.1051/shsconf/202318002008

12. Golombok S. Familias modernas: Padres e hijos en las nuevas formas de familia: Siglo XXI; 2017. https://n9.cl/5iffc

13. Gil Ríos AM, Jociles MI. Processes, Relationships, and Generativity in Stepfamilies: Contributions of an Exploratory Systematic Review. Families in Society. 2025. https://doi.org/10.1177/10443894251333554

14. Currie D. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey: World Health Organization; 2016. https://n9.cl/1uz1vz

15. World Health Organization. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report: summary. Spotlight on adolescent health and well-being Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada International report: summary: World Health Organization; 2020. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-357175

16. Castaneda JC. Factores que intervienen en el desarrollo de los adolescentes durante su etapa escolar. Un estado del arte. Revista Textos. 2024(28):101-22. https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/11863

17. Mead M. Cultura y Compromiso: estudios sobre la ruptura generacional: Gedisa Editorial; 2019. https://n9.cl/1z036

18. Jensen TM, Zhao Y. A systematic review of correlates of stepparent–child relationship quality from children's perspectives: A 10-year update. Journal of Family Theory Review. 2025;17(3):656-90. https://doi.org/10.1111/jftr.70002

19. Ganong LH, Sanner C. Stepfamily roles, relationships, and dynamics: A review of stepfamily typologies. Journal of Child Family Studies. 2023;32(11):3581-600. https://doi.org/10.1007/s10826-023-02558-4

20. Lomelí MT. Psicoterapia infanto-familiar ecosistémica desde el modelo vincular integrador: Ediciones Morata; 2024. https://n9.cl/pqmb4