

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



**Tipo de familia y calidad de vida respecto a la salud de los  
estudiantes de la asociación educativa adventista**

**Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017**

Por:

Benjamín David Trinidad Ticse

Asesor:

Miguel Guillermo Bernui Contreras

Lima, mayo, 2018

*Tipo de familia y calidad de vida respecto a la salud de los estudiantes  
de la Asociación Educativa Nor Oriental - ASEANOR,  
Tarapoto, Perú, 2017*

## TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública  
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

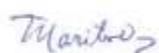
### JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
Dr. Jorge Luis Reyes Aguilar  
Presidente

  
Mg. Guido Angelo Huapaya Flores  
Secretario

  
Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras  
Asesor

  
Mg. Ana Bebeca Escobedo Ríos  
Vocal

  
Dra. María Teresa Cabanillas Chávez  
Vocal

Lima, 03 de mayo de 2018

#### ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE LA TESIS

Yo **MIGUEL GUILLERMO BERNUI CONTRERAS**, identificado con DNI N° 25700453, adscrito a la Facultad de Teología y docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

**DECLARO:**

Que la tesis titulada: *TIPO DE FAMILIA Y CALIDAD DE VIDA RESPECTO A LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE LA ASOCIACIÓN EDUCATIVA NOR ORIENTAL - ASEANOR, TARAPOTO, PERÚ, 2017*, constituye la memoria que presenta el Bachiller **BENJAMIN DAVID TRINIDAD TICSE** para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo, dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los tres días del mes de mayo de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras  
Asesor



## DEDICATORIA

A mi esposa, por su apoyo incondicional en este camino de crecer profesionalmente para servir a Dios, a mis hijas, una sola sonrisa de ellas es un móvil para seguir trabajando cada día, y a mis padres, por su sacrificio y entrega para ver a sus hijos crecer de manera integral en la vida.

## AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me llamó para ser un ministro de su obra, siendo un pobre pecador, me hizo renacer para ser ahora una luz, para todas aquellas personas a quienes atendemos y tenemos la misión de terminar su obra en el mundo.

A mi esposa Melita, por su preocupación en terminar este desafío.

A mis hijas, Meiying y Heisoo, por cada sonrisa brindada cuando estaba estresado.

A mis padres, por sus constantes oraciones.

A todos mis docentes de la maestría, porque dedicaron una parte de su “vida” para compartir conocimientos y experiencia, que me ayudaron a crecer como “evangelistas de la salud”.

## Tabla de contenido

Índice de tablas .....	10
RESUMEN .....	13
ABSTRACT.....	14
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
Descripción de la situación problemática .....	15
Antecedentes de la investigación.....	21
Antecedentes internacionales.....	21
Antecedentes nacionales .....	27
Formulación del problema .....	31
Problema general .....	31
Problemas específicos.....	31
Objetivos de investigación.....	32
Objetivo general.....	32
Objetivos específicos .....	32
Hipótesis de la investigación .....	33
Hipótesis general.....	33
Hipótesis específica .....	33
Justificación .....	34
Relevancia institucional .....	34

Relevancia Teórica.....	34
Relevancia <b>metodológica</b> .....	34
Relevancia práctica .....	35
Relevancia social .....	35
Viabilidad.....	36
Delimitaciones .....	36
Limitaciones.....	36
 CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	37
Marco bíblico filosófico.....	37
Fundamento bíblico .....	37
Posturas de la escritora Elena G. de White .....	39
Marco histórico .....	41
Evolución histórica del constructo CVRS .....	43
MARCO TEÓRICO.....	45
Familia .....	45
Definiciones .....	45
Tipos de familia .....	47
Teorías de los tipos de familias.....	51
Plan Nacional de Apoyo a la Familia (2016-2021) .....	53
Calidad de vida .....	54
Calidad de vida adolescente.....	55

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	56
Marco conceptual.....	58
Tipo de Familia.....	58
Familia nuclear.....	58
Familia monoparental .....	58
Calidad de vida relacionada con la salud.....	59
Tipo de estudio.....	60
Población y muestra.....	61
Tamaño de muestra.....	61
Criterios de inclusión y exclusión.....	62
Criterios de inclusión .....	62
Criterios de exclusión .....	62
Consideraciones éticas .....	62
Definición y operacionalización de variables .....	63
Tipo de familia.....	63
Calidad de Vida Respecto a la Salud .....	63
Operacionalización de variables .....	63
Técnicas e instrumento de colección de datos .....	66
Elaboración del instrumento .....	66
Validación del instrumento .....	68
Confiabilidad del instrumento.....	70

Procedimiento para recolección de datos.....	71
Plan de tabulación y análisis de datos.....	72
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	73
Análisis descriptivo sociodemográficos .....	73
Contrastación de hipótesis .....	79
Prueba de normalidad .....	79
Hipótesis general.....	80
Hipótesis específica 1 .....	82
Hipótesis específica 2 .....	84
Hipótesis específica 3 .....	87
Hipótesis específica 4 .....	89
Hipótesis específica 5 .....	91
Discusión de resultados.....	94
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	99
Conclusiones.....	99
Recomendaciones .....	103
REFERENCIAS.....	105
APÉNDICE A - MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	117
APÉNDICE B - MATRIZ INSTRUMENTAL .....	118
APÉNDICE C - INSTRUMENTO .....	119

## Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables .....	64
Tabla 2. Validez estadística del instrumento. ....	69
Tabla 3. Prueba de fiabilidad del instrumento. ....	70
Tabla 4. Prueba de confiabilidad por cada pregunta del instrumento.....	70
Tabla 5. Género de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental .....	73
Tabla 6. Institución Educativa Adventista a la que pertenecen los estudiantes.....	74
Tabla 7. Nivel de estudio de los encuestados. ....	74
Tabla 8. Grado de estudio de los encuestados .....	75
Tabla 9. Edad de los encuestados. ....	75
Tabla 10. Religión de los encuestados.....	76
Tabla 11. Tipo de familia a la que pertenecen los encuestados. ....	76
Tabla 12. Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental.....	77
Tabla 13. Calidad de Vida Respecto a la Salud según variables sociodemográficas. .	78
Tabla 14. Prueba de Normalidad para la variable Calidad de Vida Respecto a la Salud .....	80
Tabla 15. Tabla cruzada de Tipo de Familia y Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental.....	82
Tabla 16. Tabla cruzada de Tipo de Familia y la dimensión física de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental .....	84

Tabla 17. Tabla cruzada de Tipo de familia y la dimensión emocional de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental .....	86
Tabla 18. Tabla cruzada de Tipo de Familia y la dimensión social de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental .....	88
Tabla 19. Tabla Cruzada de Tipo de Familia y la dimensión escolar de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental .....	90
Tabla 20. Tabla cruzada de Tipo de familia y la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental .....	93
Tabla 21. Matriz de consistencia de la investigación .....	117
Tabla 22. Matriz instrumental de la investigación.....	118

## LISTA DE ABREVIATURAS

ASEANOR: Asociación Educativa Adventista Nor Oriental.

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

CV: Calidad de Vida.

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PIDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

PedsQL: Pediatric Quality of Life Questionnaire.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INATHA: Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Médica.

PNFA: Plan Nacional de Fortalecimiento de Familias.

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

IEA: Institución Educativa Adventista

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre el tipo de familia con la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, en el año 2017. En un estudio de tipo descriptivo, asociativo y correlacional. El diseño de la investigación es no experimental y es transaccional. La muestra son todos los estudiantes desde 8 años hasta 18 años, esto es equivalente a los estudiantes de 3ro de primaria hasta 5to de secundaria, 863 estudiantes, 425 del nivel primario y 438 del nivel secundario el muestreo es no probabilística no aleatoria

Los resultados evidencian que el p-valor es 0.028 que es menor a 0.05 por lo que concluye que sí existe relación significativa entre las variables. Asimismo, la mayoría de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pertenecen a la familia nuclear y a la familia monoparental. De los cuales, la mayoría de los encuestados de la familia nuclear tiene riesgo de 22.6% y alto riesgo de 35.4% en cuanto a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. Mientras que la familia monoparental, tiene alto riesgo de 49.2% en cuanto a la Calidad de Vida Respecto a la Salud.

Concluyéndose que sí existe una relación significativa entre el Tipo de Familia con la Calidad de Vida Respecto a la Salud. Aunque en las dimensiones del constructo Calidad de Vida Respecto a la Salud no se encuentra dicha relación, aparentemente, un panorama de la Calidad de Vida Respecto a la Salud en el estudiante muestra la relación significativa entre ambos constructo.

Palabra clave. Calidad de vida respecto a la salud , familia nuclear, familia monoparental.

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the type of family with the Quality of Life Regarding Health of the students of the Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Peru, in the year 2017. In a descriptive study , associative and correlational. The design of the research is non-experimental and is transactional. The sample is all students from 8 years to 18 years, this is equivalent to students from 3rd grade to 5th grade of secondary, 863 students, 425 of the primary level and 438 of the secondary level sampling is non-probabilistic non-random

The results show that the p-value is 0.028, which is less than 0.05, so it concludes that there is a significant relationship between the variables. Likewise, most of the students of the North East Adventist Educational Association belong to the nuclear family and the single-parent family. Of which, the majority of respondents of the nuclear family has a risk of 22.6% and a high risk of 35.4% in terms of Quality of Life Regarding Health. While the single-parent family has a high risk of 49.2% in terms of Quality of Life Regarding Health.

It is concluded that a significant relationship exists between the Family Type with the Quality of Life Shop AllTravels Budgets. Although in the dimensions of the construct Quality of Life Regarding Health is not said relationship, apparently, a picture of the Quality of Life Regarding Health in the student shows the significant relationship between both construct.

Keyword. Quality of life regarding health, nuclear family, single-parent family.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### **Descripción de la situación problemática**

La familia en la actualidad es considerada el primer y más importante ente social que favorece el bienestar y porque promueve una adecuada calidad de vida en el individuo (López, Barrera, Cortés, Guines y Jaime, 2011). Asimismo Leibovich De Figueroa, Schmidt (2010) afirman que las familias en las que los vínculos familiares están devaluados o escasos se generan desequilibrios, además de ser una fuente de conflictos continuos entre sus miembros. A lo que Vargas (2014) menciona que si estos no son resueltos podrían provocar con el tiempo posibles trastornos mentales. Algo semejante ocurre en la legislación peruana, la que destaca a la familia como la responsable de la educación de los hijos (Ley N° 28044, 2003).

Diversas definiciones de familia coinciden en que es un “sistema” en el que cada integrante cumple un rol bien definido, estrechamente relacionados que viven bajo un mismo techo, contribuyendo de esta manera a la adopción de una identidad particular, única; enmarcado en un desarrollo armonioso que ofrezca una adecuada calidad de vida a sus integrantes (García 2009; Dealbert, 2009 y Eguiluz, 2004). Por otro lado, Vargas (2014) afirma que toda estructura familiar es sometida a diferentes cambios debido a diversas circunstancias estresantes, y estas a su vez, pueden verse influenciados por el tipo de familia. El tipo de familia incluye a las familias nucleares, monoparentales, reconstituidas, etc., la proporción de cada una de ellas varía

grandemente por la cultura de cada país. Este factor influye grandemente en los hijos que lo conforman, su principal injerencia es con la calidad de vida relacionada con la salud.

A nivel mundial el centro de investigación sin fines de lucro Child Trends (2015) proporciona información sobre la problemática de la familia al mostrar 16 indicadores del bienestar familiar agrupadas en cuatro áreas: estructura de la familia, aspectos socioeconómicos de la familia, proceso familiar, y cultura familiar, estos indicadores se evidencian gracias a datos tomados en 49 países, y que constituyen el hogar de una gran mayoría de la población mundial. Este informe muestra que:

En primer lugar, gran parte de los niños del mundo viven en familias con sus dos padres, con la excepción de Sudáfrica. Los niños que tienen mayores posibilidades de vivir con ambos padres son Asia y el Medio Oriente.

En segundo lugar, el porcentaje de las familias extendidas es mayor en África Subsahariana, seguido por Asia y Centro y Sudamérica. Por el contrario en el Centro y Sudamérica y África Subsahariana existe una minoría relativamente grande de niños viven dentro de una estructura familiar monoparental, pero los hogares de los niños en estas regiones tienen una mayor probabilidad de incluir a miembros de la familia extendida, que pueden compensar la ausencia de uno o de ambos padres.

En tercer lugar, el tipo de familia monoparental y en algunos casos sin padres son mayores en Norteamérica, Europa, y Oceanía que en Asia y el Medio Oriente, sin embargo, vivir con familias extendidas es menos común en estas regiones.

En cuarto lugar, existen mundialmente diferentes matices con relación al matrimonio en el mundo. El matrimonio es más común en Asia y en el Medio Oriente que en otros territorios, mientras que la convivencia es prevaecente más en Europa y

Centro y Sudamérica. Norteamérica, Oceanía, y África Subsahariana se ubican en el intermedio.

Para concluir, Centro y Sur de América los índices de nacimientos de niños se producen en hogares de padres que no están casados, le siguen el Norte de Europa y Europa Occidental. En Sudamérica más de la mitad de los niños nacen de madres solteras, y Colombia registra los niveles más altos con la tasa del 84%.

Mientras que en América Latina, en las últimas décadas, los cambios a nivel tecnológico, social, político, demográfico, laboral, etc., han contribuido para desestabilizar la familia, dando una mayor autonomía a la mujer. El porcentaje de niños que viven con ambos padres en Sudamérica son en: Argentina con el 77%, Bolivia en un 72% de casos, Brasil 72%, Chile 69%, Colombia 62% (este país tiene el nivel de convivencia más alto), Costa Rica 76%, Nicaragua 66% y Perú con 75%. Aquí se muestra que Chile y Colombia son los países con porcentajes más bajos de niños que viven con ambos padres y tienen los más altos porcentajes de niños que viven con uno de los dos progenitores, en Chile es del 22% y Colombia 27% (Child Trends, 2015).

En el Perú, la realidad de las familias ha sido afectada por un clima de violencia en las décadas de los 80 y 90, de manera muy especial en las áreas rurales donde se daba muerte a la mayoría de varones que ocupaban cargos públicos en la ciudad, como resultado de este suceso el porcentaje de familias nucleares descendió drásticamente. En consecuencia, el Perú, mediante el Decreto Supremo N° 003-2016 publica el Plan nacional de fortalecimiento a las familias 2016-2021 que consiste en una propuesta para fortalecer la situación actual de la familia peruana. La cual indica, dentro de su marco conceptual, que el 0.3% de adolescentes mencionan como “casados”, lo cual implicaría que las y los adolescentes en realidad mantienen una

unión de hecho o convivencia a pesar que el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015) en el Código Civil artículo N° 241, declara que los adolescentes no pueden casarse.

Además se observa en la realidad peruana que el 75% de niños viven en familias nucleares, el 19% vive en familias monoparentales y el 6% no vive con sus padres, de una u otra manera, estos porcentajes han ido variando en los años subsiguientes por los factores tecnológicos, económicos, sociales, etc. (Child Trends, 2015).

En el departamento de San Martín se tiene aspectos que reflejan, en cierto grado, los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) muestran que el 72,3% de niños menores de 15 años viven con ambos padres y el 21,4% vive en una familia monoparental. También muestra los departamentos con más altas tasas de madres adolescentes en el Perú, que son: Loreto (25,6%), San Martín (22,6%) y Amazonas (21,6%), por el contrario, son menores en Moquegua (5,6%), Arequipa (6,3%) y Lambayeque (6,6%). Se puede observar que el departamento de San Martín ocupa el segundo lugar (22,6%) con respecto a madres adolescentes, reflejando de este modo, la problemática que presenta en la presente investigación, es decir las adolescentes embarazadas pueden terminar en familias nucleares, monoparentales o que se críen con los abuelos (INEI, 2015).

En la encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática, mencionado en el párrafo anterior, muestra que el comportamiento del estado civil o conyugal en San Martín es diferenciado; se observa que en el periodo intercensal (1993-2007), el aumento del número de convivientes es considerable (88 215), al pasar de 85 mil 734 (24,0%) en 1993 a 173 mil 949 (32,8%) en el 2007, es decir, varió en 8,8 puntos porcentuales; mientras que el porcentaje de casados disminuyó, al pasar de 33,3% en

el año 1993 a 25,9% en el 2007 (7,4 puntos porcentuales), similar comportamiento se observa en la categoría soltero (de 38,6% en 1993 a 35,7% en el 2007), (INEI, 2015).

Finalmente Rengifo (2009), muestra que el número de personas separadas se acrecentó en 9 mil 69 personas, al pasar de 4 mil 389 (1,2%) en 1993 a 13 mil 458 (2,5%) en el 2007. Por otro lado, la proporción de viudos no varió significativamente, del 2,6% en 1993 al 2,8% en el 2007, y el número de divorciados se amplió en 794 personas (de 987 en 1993 a 1 781 en el 2007) esto guarda relación con la realidad observada cada día por el personal docente de las instituciones educativas adventistas, las cuales son objeto de estudio en la presente investigación.

Algo semejante ocurre con la calidad de vida relacionada con la salud que para la presente investigación se denomina calidad de vida respecto a la salud, por motivos de que la palabra “relacionado” en investigación tiene una denotación bien clara al momento de plantear un problema de investigación. la calidad de vida relacionada con la salud es un constructo es casi nuevo en el campo de la salud, es decir no dista más de tres décadas en que se ha empezado a diferenciar este constructo de la calidad de vida y usarlo en investigaciones actuales (Alonso, 2000).

El organismo no gubernamental Social Progress Imperative emitió un informe sobre el progreso social a nivel mundial, donde una de las dimensiones de evaluación de este estudio es la salud y el bienestar. Es decir, el estudio clasifica a los países del mundo del más alto al más bajo en progreso social, dentro de esta investigación se observan 14 países (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suiza, Canadá, Países Bajos, Suecia, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Reino Unido, Alemania y Austria) que tienen un progreso social muy alto, es decir, son los países con mejor calidad de vida a nivel mundial (Social Progress Imperative, 2017). No obstante, la encuesta Mercer (año ) da un panorama parecido sobre la calidad de vida a nivel mundial,

donde muestra, aparte de las ciudades con mejor calidad de vida, las ciudades con una pésima calidad de vida, generalmente se encuentran en África y la India (Mercer, 2018).

El Perú, según el Social Progress Imperative (2017) se encuentra en un progreso social medio alto. Se observa una brecha resaltante entre las personas que viven en las áreas urbanas del país y las que viven en las zonas rurales. En el ranking sobre calidad de vida a nivel mundial, el Perú se ubica en el puesto 124, la encuesta Mercer analiza las ciudades de todo el mundo, tomando para esta investigación la capital del Perú, esto indica que la calidad de vida en nuestro país está en un proceso de crecimiento, sin embargo, no debe ignorarse la realidad en las zonas rurales (Mercer, 2018).

En la Amazonía, la calidad de vida es preocupante ya que se resalta necesidad de un mejor acceso al agua potable y sistema sanitario (Social Progress Imperative, 2017). En el departamento de San Martín, con una población proyecta al 30 de junio del 2017 de 862 822 mil habitantes y creada por Ley N° 201 el 4 de setiembre de 1906 que actualmente abarca 10 provincias y 77 distritos políticos ((INEI, 2017) se ha ido trabajando desde el año 2011 hasta el 2015, 163,610 niñas y niños de 2,463 instituciones educativas públicas son atendidos por el Programa Nacional de Alimentación Escolar – Qali Warma, a 26,925 hogares atiende el Programa Juntos en 46 distritos del departamento de San Martín y 17,894 adultos mayores han mejorado su calidad de vida con el apoyo de Pensión 65 (MIDIS, 2015). Mostrando de esta manera como se ha estado trabajando para mejorar la calidad de vida en la selva donde, como ya se ha mencionado, los san martinenses viven en condición de exclusión y pobreza.

En atención a la problemática expuesta sobre la familia y la calidad de vida respecto a la salud, se necesita identificar los tipos de familia a las que pertenecen los estudiantes de las instituciones educativas adventistas y relacionar con la calidad de vida respecto a la salud ya que ambas están estrechamente relacionadas en la problemática general, es imposible que un estudiante presente una buena calidad de vida respecto a la salud si no tiene una familia que lo acoja, ambos constructos, en el departamento de San Martín, han sido afectados y aunque el estado peruano vaya invirtiendo más dinero para mejorar la calidad de vida, las secuelas de antaño se arrastran hacia el presente, de allí que el porcentaje de población afiliada a un seguro de salud ha ido en aumento desde el 35.4% en el 2007 hasta el 85.2% al 2016 ((INEI, 2017).

### **Antecedentes de la investigación**

#### Antecedentes internacionales

Orgilés y Samper (2011), realizaron un estudio descriptivo en 1025 niños titulado: *El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante*, cuyo objetivo fue examinar por primera vez en una muestra española diferencias en la calidad de vida infantil en función de la estructura familiar, y averiguar si la calidad de vida de los niños con padres divorciados difiere en función de la conflictividad interparental después del divorcio. Usó el Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE, como instrumento para medir la calidad de vida. Los resultados muestran que los niños con padres casados muestran más calidad de vida percibida que aquellos con padres divorciados, con puntuaciones más altas en todas las dimensiones de la prueba. Cuando los niños presencian discusiones entre los padres después del divorcio, su calidad de vida es peor. Su conclusión fue que existen diferencias significativas en la calidad de vida infantil en función de la

estructura familiar, y muestran la relación entre la salud infantil percibida y la conflictividad entre los padres después del divorcio.

Holguín et al. (2015) realizaron un estudio descriptivo titulado: *Perfil de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescentes, 1970--2013:Meta-análisis*, el método que usaron fue la revisión sistemática con meta-análisis en 6 bases de datos multidisciplinarias. En sus resultados se incluyeron 71 investigaciones en 22425 adolescentes con enfermedades endocrinas, del sistema digestivo, de la sangre, enfermedad renal crónica, artritis, neoplasias, enfermedades cardíacas, mentales, VIH y sanos. La conclusión fue que el estudio de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud del adolescente da cuenta del impacto de las enfermedades en las áreas físico, psicosocial, emocional, social y escolar; y orienta a los clínicos y demás personas que se encargan de esta población, para un tratamiento holístico de la enfermedad que trasciende el enfoque biológico.

Higuita y Arias (2015) realizaron una revisión sistemática titulada: *Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013*, cuyo objetivo fue caracterizar los estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud del adolescentes. Los resultados obtenidos son que se incluyeron 909 investigaciones con 323 239 sujetos sanos; en los estudios con enfermos los que incluyeron mayor número de pacientes correspondieron a enfermedades circulatorias (n= 12 325), nerviosas (n= 6 590), músculo-esqueléticas (n= 6 236), etc., La conclusión del estudio es que la producción científica de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los adolescentes se ha focalizado en enfermedades crónicas.

Silva Chévez (2012) realizó un estudio descriptivo correlacional en 126 adolescentes titulado: *Calidad de vida relacionada con la salud de niños, niñas y*

*adolescentes en centros de protección especial en Nicaragua*, su objetivo era describir y analizar las características de la CVRS en la población ya mencionada. El instrumento que uso fue el KIDSCREEN 52. Los resultados fueron que las dimensiones evaluadas del KIDSCREEN-52 se correlacionaron de manera inversa con edad actual, tiempo de permanencia y edad de ingreso al CPE. Su conclusión fue que en relación a la edad se encontró que el rango de 8 a 11 años presenta medias significativamente más altas en relación al rango de 12 a 18 años edad, en las dimensiones bienestar psicológico, estado emocional y ánimo, autonomía; y amigos y apoyo social. Al analizar cada pregunta que conforma la dimensión modificada se encontró que el 69% “casi siempre” y “siempre” se sienten feliz en el hogar y en relación a la pregunta ¿Te has sentido apreciado/a en el hogar? el 67,5% respondió en la opción “mucho” y “muchísimo.

Suárez (2013) realizó un estudio transversal con 40 adolescentes titulado: *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública*. Se aplicó el Cuestionario KIDSCREEN - 52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los hallazgos señalan que los adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social del constructo Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En conclusión, se aprecia que los adolescentes con depresión auto reportan bajos niveles en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares. Estos resultados aportan evidencia sobre la importancia de obtener un tratamiento integral, que no apunte

únicamente a lo sindromático, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanto juvenil.

Rodríguez y Arango (2013) realizaron un estudio de caso en 120 adolescentes titulado: *Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios, Comuna 3, Medellín (Colombia)*. Utilizó el Kidscreen-27 para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se estimaron diferencias en el puntaje de cada dominio según variables sociodemográficas mediante los test U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis. Sus resultados y conclusiones fueron: el dominio de bienestar físico fue superior en hombres, adolescentes sin morbilidad y en aquellos con exceso de peso, mientras que la más baja fue reportada por adolescentes con riesgo de desnutrición. Quienes presentaron conductas de riesgo puntuaron una Calidad de Vida Relacionada con la Salud más baja en la dimensión de ambiente escolar. La puntuación más baja en el dominio de relación con padres y autocuidado de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se observó en los que vivían en condiciones de hacinamiento.

Gonzales et al. (2016) realizaron un estudio analítico titulado: *Gender differences in health-related quality of life of Chilean adolescent students*, dirigido a una población de estudiantes entre el 5° y 12° grado que asisten a escuelas municipales subvencionadas y privadas de 11 regiones de Chile. El objetivo fue analizar las diferencias de género en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de estudiantes adolescentes en Chile, por edad, tipo de escuela atendida y área de residencia. El instrumento usado fue el KIDSCREEN-52, un instrumento que se ha adaptado y validado previamente en Chile. Se analizó la base de datos obtenida de ese proceso de adaptación y validación. Los resultados de 7,910 estudiantes (mediana de edad 14 años, 53% mujeres) que completaron el cuestionario fue que en comparación

con los hombres, las mujeres tuvieron puntajes de Calidad de Vida Relacionada con la Salud más bajos en la mayoría de las dimensiones de KIDSCREEN-52. Sin embargo, era más probable que los hombres obtuvieran puntajes más bajos. La conclusión de este estudio apoya la existencia de desigualdades de Calidad de Vida Relacionada con la Salud auto percibidas en adolescentes chilenos. Las diferencias existentes no solo están relacionadas con el género, sino que también son evidentes cuando se estratifican por tipo de escuela.

Guedes et al. (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal en 1357 adolescentes (698 chicas y 659 chicos) de tres países (Argentina, Brasil y Chile) titulado: *Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos*. El objetivo fue determinar diferencias en relación con el sexo, la edad y el país de origen, en los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se aplicó el cuestionario KIDSCREEN-52. Sus resultados muestran diferencias significativas en componentes específicos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud entre los tres países. La conclusión sugiere que las intervenciones en prevención y promoción de la salud deberían ser concebidas para llegar a los grupos-objetivo específicos y tendrían que contemplar acciones de acuerdo con el sexo y la edad de los adolescentes.

Herranz et al. (2015) realizaron un estudio descriptivo, observacional y transversal en 89 adolescentes de 12 a 16 años, titulado: *Influence of overweight on the health-related quality of life in adolescents*, Evaluó la Calidad de Vida Relacionada con la Salud mediante los cuestionarios CHIP-Adolescent Edition. Sus resultados muestran que los adolescentes con sobrepeso-obesidad reflejaron peor Calidad de Vida Relacionada con la Salud, concretamente refirieron menor resistencia, menor capacidad de actividad física, menor participación familiar y mayor

influencia de sus iguales. La conclusión de la autora es que el sobrepeso-obesidad repercute negativamente en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los adolescentes. Consideramos importante evaluar los aspectos psicosociales desde la perspectiva del paciente para poder ofrecerle una atención personalizada y multidisciplinar.

Higuita y Árias (2015) realizaron una revisión sistemática con meta análisis titulado: *Meta-análisis de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente según el género*, el objetivo del estudio fue meta analizar, desde el enfoque de género, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los adolescentes según el KIDSCREEN-27. Los resultados obtenidos de 11 investigaciones con 11,619 adolescentes sanos y enfermos muestran que en la vida familiar y el tiempo libre no hubo diferencias por género. La conclusión afirma que se generó evidencia que soporta la necesidad de incluir la perspectiva de género en la planificación, administración de los servicios de salud e identificación de las necesidades asistenciales de adolescentes.

Mayorga et al. (2016) realizaron un estudio explicativo en 466 adolescentes de 12 a 16 años titulado: *Relación entre Problemas de Conducta en Adolescentes y Conflicto Interparental en Familias Intactas y Monoparentales*. Su objetivo fue analizar la influencia de estas dos variables. Para la medición de las variables se utilizaron las escalas Children's Perception of Interparental Conflict (cpic) y Youth Self Report (ysr). Los resultados confirman la asociación entre conflicto interparental y problemas de conducta en los hijos, y muestran que, cuando hay conflicto en las familias intactas, se produce una mayor frecuencia de conductas externalizantes que en familias monoparentales

## Antecedentes nacionales

Cuba, *et.al.* (2013) realizaron un estudio descriptivo en Los Olivos, Lima titulado: *Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el distrito de Los Olivos, Lima*, en una muestra de 120 familias, empleando instrumentos para medir la calidad de vida, las características familiares y funcionalidad familiar. Sus resultados fueron que el 75% de las familias tuvo una percepción de mejor calidad de vida. El tipo más frecuente de familia fue la nuclear, el 33% de las familias se encontraban en ciclo evolutivo plataforma de despegue, seguido de familias con hijos adolescentes con 31%. La Conclusión a la que llega es que La funcionalidad familiar no se relaciona a la calidad de vida percibida en este estudio.

Rojas y Pinchi (2014) realizaron un programa titulado: *Impacto del programa " Ventana de Desarrollo Local " en la calidad de vida rural en la región San Martín, Perú*, en los distritos de alta pobreza rural, Sauce, Juan Guerra y Lamas (localidad de Tamashto). Se realizaron encuestas estructuradas para detectar los cambios definitivos generados. La encuesta se orientó a conocer la naturaleza del proyecto Ventana de Desarrollo Local sobre, ingreso económico/pobreza, empleo, educación y salud/enfermedad. El análisis de los resultados indica que la ejecución de los proyectos socio productivos Ventana de Desarrollo Local impactaron positivamente en la calidad de vida rural mediante la superación de la pobreza extrema en el campo. Se ha modificado los indicadores de ingreso económico-pobreza, empleo, nivel de escolaridad, morbilidad y salubridad. El estudio concluye que el programa Ventana de Desarrollo Local es un buen instrumento para la lucha contra la pobreza rural porque genera empoderamiento y sostenibilidad por ser participativo y consolida la inversión vial del país en caminos rurales.

Grimaldo (2012) realizó un estudio titulado: *Calidad de vida es estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima (Life quality in high school students of Lima city)*, la muestra estuvo constituida por 589 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria, de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre 14 y 17 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Para el análisis de los datos se utilizaron, medias y Anova. El estudio concluye que cada uno de los grupos muestrales se ubica en un nivel Óptimo de Calidad de Vida. Los efectos principales provenientes del sexo y nivel socio económico fueron significativos para el sexo, nivel socio económico; así como en la interacción entre ambos.

De la Cruz y Gonzales (2017) realizaron un estudio descriptivo titulado: *Calidad de vida en niños y niñas que trabajan en la localidad de Huancavelica – 2017*, cuyo objetivo fue determinar cómo es la calidad de vida de 96 menores entre niños y niñas. Para la recolección de datos de la variable calidad de vida se utilizó una escala conformado 5 dimensiones y 52 ítems. Donde encontró que la calidad de vida general se encontró que 46,90% de niños presentaron calificación de nivel medio, siendo este porcentaje el mayor para esta variable. En la dimensión bienestar emocional el dato más representativo corresponde a 62,50% de niños con calificaciones de nivel medio. Para la dimensión relaciones interpersonales el mayor porcentaje corresponde al nivel medio con 86,50%. En la dimensión desarrollo personal la mayor frecuencia corresponde al nivel medio con 56,30%. En la dimensión bienestar físico la mayor proporción encontrada corresponde al nivel alto con 47,90% y en la dimensión bienestar material la mayor proporción con nivel bajo es 40,60%. La conclusión del estudio fue que el mayor porcentaje de niños que trabajan en la localidad de Huancavelica presentan calidad de vida de nivel bajo a medio.

Maquera y Quilla (2015) realizaron un programa titulado: *Eficacia del Programa “Adolescencia Saludable” para mejorar Estilo de Vida en estudiantes del 4to año de Educación Secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru - Juliaca 2015*, con el objetivo de determinar la eficacia del programa y mejorar estilos de vida en los estudiantes del 4to año de educación secundaria del colegio adventista Túpac Amaru de la ciudad de Juliaca. Este estudio pre-experimental, con una prueba y post prueba, dos mediciones, la muestra estuvo conformada por 30 estudiantes de 15 a 16 años de edad, al cual se les aplicó el cuestionario de estilos de vida (PEPS-I). El resultado fue antes de la aplicación del programa, un 80% de estudiantes que significa 24 alumnos obtuvo un (estilo de vida saludable), un 10% estudiantes que significa 3 alumnos presento estilos de (vida poco saludables) y un 10% presento (estilos de vida muy saludables), después de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvieron los siguientes resultados, un 53.3% de estudiantes que significa 16 alumnos obtuvo un estilo de vida saludable, un 0% presento estilos de vida poco saludables y un 46.7% de estudiantes que significa 14 alumnos presento estilos de vida muy saludables. El estudio concluye que el programa aplicado es eficaz para mejorar estilos de vida en adolescentes.

Paz (2011) realiza un estudio descriptivo titulado: *Soporte social y calidad de vida en adolescentes trabajadores del distrito de San Martín de Porres*, el objetivo fue determinar la diferencia entre ambas variables en un muestra de 60 adolescentes trabajadores de la calle y 60 adolescentes no trabajadores de ambos sexos entre 13 a 17 años del distrito de San Martín de Porres. Se utilizó el inventario de soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak y la escala de calidad de vida de David Olson y Howard Barnes. Los resultados muestran que el soporte social en los adolescentes trabajadores de la calle es Moderado, ubicándose allí el 46,67% de la muestra, en tanto algo más

de la cuarta parte de los mismos 28,33%, comunican tener un bajo nivel de soporte social. Por otro lado, el nivel de soporte social, en los adolescentes que no trabajan en la calle es también Moderado, ubicándose allí el 40% de la muestra, en tanto algo más de un tercio de los mismos 38,33%, comunican tener un bajo nivel de soporte social.

Sánchez y Sánchez (2017) realizaron un estudio descriptivo correlacional titulado: *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N° 60027 y N° 6010227. San Juan Bautista*, el objetivo fue determinar la relación que existe entre la Funcionalidad Familiar y la Depresión en 79 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron “Escala de Autovaloración de de Depresión de Zung que tuvieron una validez por el método Delphi 97.64% y 97.5% respectivamente; y confiabilidad de 81.6% y el Cuestionario de APGAR de ambos instrumentos, según el Alfa de Cronbach y la validez de Constructo mediante el análisis Factorial exploratorio. El resultado muestra que hay adolescentes con Niveles de Depresión leve a Moderada y el 14.4% ( ) obtuvieron Nivel de Depresión moderada a Intensa a través de la aplicación de instrumento de adaptabilidad de Depresión de Zung. Asimismo se utilizó el Instrumento de APGAR para ver el nivel de Funcionalidad familiar de los adolescentes, se evidencia que del 100% (79) el 12.6% (10), con funcionalidad Normal, el 34.2. % (27), con disfunción leve, disfunción moderada 32.9% (26) y con disfunción severa 20.3% (16). La conclusión del estudio es que existe relación significativa entre los niveles de depresión y la funcionalidad familiar.

## **Formulación del problema**

Por lo descrito se formulan los siguientes problemas de investigación:

### **Problema general**

¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?

### **Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son los Tipos de Familia a la que pertenecen los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?
2. ¿Cuál es la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?
3. ¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión física de la Calidad de Vida Respecto a la salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?
4. ¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión emocional de la Calidad de Vida Respecto a la salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?
5. ¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión social de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?
6. ¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión escolar de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?

7. ¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017?

### **Objetivos de investigación**

#### Objetivo general

Determinar la relación entre el Tipo de Familia y la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

#### Objetivos específicos

1. Identificar los tipos de familia a la que pertenecen los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
2. Identificar la calidad de respecto a la salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
3. Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión física de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
4. Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión emocional de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
5. Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión social de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
6. Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión escolar de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

7. Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

### **Hipótesis de la investigación**

#### Hipótesis general

El Tipo de familia está relacionado con la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

#### Hipótesis específica

1. El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión física de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
2. El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión emocional de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
3. El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión social de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
4. El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión escolar de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.
5. El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

## **Justificación**

### **Relevancia institucional**

El aporte institucional está urgido por la necesidad urgente en la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental de tener programas que puedan trabajar con las familias, para ello era necesario identificar los tipos de familia de la institución, así como la Calidad de Vida Respecto a la Salud de la misma. Por lo cual los resultados ayudaran a tomar políticas saludables para el trabajo con la familiar en las cinco sedes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental entendiendo su repercusión en la calidad de vida del estudiante.

### **Relevancia Teórica**

La presente investigación es relevante porque se ha determinado la relación entre el tipo de familia y la calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de los colegios adventistas, un aporte que fue valioso en el trabajo científico, ampliando de esta manera las teorías existentes sobre los tipos de familias y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud, sin embargo el presente estudio ha corroborado las teorías existentes que muestran las ventajas y desventajas de vivir en familias nucleares, monoparentales, extendidas, etc. Hasta donde se ha investigado no se han encontrado estudios de calidad de vida respecto a la salud aplicado a instituciones educativas adventistas.

### **Relevancia metodológica**

También la presente investigación resalta en metodología porque el diseño no experimental que se ha usado en el presente estudio nos ha conllevado a una observación escrupulosa de las variables en mención. Lo cual pretende buscar posibles relaciones en primer término de asociación y correlaciones significativas que determinen la relación de los tipos de familia y la calidad de vida relacionada con la

salud. Esto contribuirá al mundo científico en acrecentar las consecuencias de vivir en una familia nuclear, monoparental, extendida, etc., como factor de riesgo para la calidad de vida relacionada con la salud.

#### Relevancia práctica

Del mismo modo, los resultados de la presente investigación aportará a manera práctica a los profesionales de la familia, personal educativo, instituciones educativas adventistas, a fin que puedan usar el instrumento validado “PdsQL 4.0” en estudiantes de primaria y secundaria, el cual ayudará para que estructuren programas de prevención para mejorar la realidad familiar; además que las instituciones educativas puedan considerar estos resultados a fin que reconfiguren sus planes de acción en la comunidad; sumado a las nuevas políticas que podrían emitir el Ministerio de Salud y Educación relacionados a la escuela saludable para estas comunidades estudiantiles y del mismo modo la administración de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pueda plasmar mecanismos preventivos mediante las áreas de capellanía, psicología con la intención de tener familias saludables en el ámbito escolar adventista y otros similares, cuyo efecto es integral en la calidad de vida relacionada con la salud del estudiante.

#### Relevancia social

En último lugar, como relevancia social está basada en que los datos producto de este trabajo científico, servirán para que la comunidad educativa pueda tomar conciencia de la relación entre el tipo de familia y la calidad de vida relacionada con la salud. Lo cual redundará para que las familias cambien su estilo de vida y emprendiendo estrategias Para reducir o aumentar, según sea el caso, los efectos en su hijos en edad escolar. Finalmente, las autoridades locales pueden hacer uso de estos

resultados y planificar programas preventivos de fortalecimiento de capacidades para los miembros de su comunidad.

### **Viabilidad**

La presente investigación se podrá realizar debido a que se ha tenido el apoyo de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental en temas de disponibilidad del tiempo para la aplicación de la encuesta, facilitando así la aplicación del instrumento a la población objeto de estudio. Los gastos directos o indirectos han sido asumidos por el investigador. Esto viabiliza el estudio a realizar.

### **Delimitaciones**

El periodo utilizado para el desarrollo de las etapas de la investigación **abarca el año 2017, y para su realización se ha contado** con el apoyo de los directivos de la institución, plana docente y estudiante en general.

### **Limitaciones**

La posible causa que restringiría el desarrollo de esta investigación sería el cambio de trabajo repentino y planes de trabajo propios de la institución.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **Marco bíblico filosófico**

##### Fundamento bíblico

El registro bíblico es el libro más importante hoy en día, su sobrevivencia en la historia es sorprendente. Éste registro muestra el origen del mal en un querubín llamado “Lucifer” como está escrito “Enaltecíose tu corazón a causa de tu hermosura, corrompiste tu sabiduría a causa de tu resplandor” (Ezequiel 8:17 Reina Valera 1960). Es decir se muestra una lucha entre Dios y Satanás. Por tanto todo tema en la Biblia es visto bajo ese contexto mayor. El registro bíblico contiene principios para todas las dimensiones del ser humano, se describirá lo relacionado a la familia y la salud.

#### **La familia**

El registro bíblico afirma que Dios creó al hombre “Y creó Dios al hombre a su imagen,... varón y hembra los creó” (Génesis 1:26-27 Reina Valera 1960). Asignando al padre el deber de enseñar los principios de la Biblia a sus hijos “Y estas palabras que te mando hoy, estarán sobre tu corazón; y las repetirás a tus hijos, y hablarás de ellas estando en tu casa, y andando por el camino, y al acostarte, y cuando te levantes” (Deuteronomio 6:6-7, Reina Valera 1960).

Jesús asume la figura de esposo y estipula que el hombre es cabeza del hogar y debe guiar a su familia con el ejemplo y amar a su esposa e hijos, así como Cristo ama a la iglesia “Las casadas estén sujetas a sus propios maridos, como al Señor, porque el

marido es la cabeza de la mujer, así como Cristo es la cabeza de la iglesia, la cual es su cuerpo, y él es su Salvador... Maridos amad a vuestras mujeres, así como Cristo amó a la iglesia, y se entregó a sí mismo por ella..." (Efesios 5:22-25 Reina Valera 1960).

Es posible formar una familia reconstituida, la única causa para divorciarse y volver a casarse si así lo eligen los cónyuges es el adulterio "Pero yo os digo que el que repudia a sus mujer, a no ser por causa de fornicación, hace que ella adúltere, y el que se casa con la repudiada, comete adulterio" (Mateo 5:32 Reina Valera 1960).

### **Calidad de vida**

Dios creó al cuerpo para que sea cuidado, la Biblia exhorta evitar todo lo malo (alcohol, drogas, etc.) "¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprado por precio; glorificad, pues a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios" (1 Corintios 6:19-20, Reina Valera 1960). El cuidado de la salud emocional es confirmada por la Biblia, ya que ella apela al cuidado de lo que se piensa o todo lo que se puede hacer afecta al cuerpo humano "Por lo demás, hermanos, todo lo que es verdadero, todo lo honesto, todo lo justo, todo lo puro, todo lo amable, todo lo que es de buen nombre, si algo digno de alabanza, en esto pensad" (Filipenses 4:8 Reina Valera 1960).

En la Biblia el uso de la palabra salvación implica no sólo perdón de los pecados, también incluye los aspectos físico, mental y espiritual, es decir, Jesús quiere una calidad de vida total para la persona "El Espíritu del Señor está sobre mí, por cuanto me ha ungido para dar buenas nuevas a los pobres; me ha enviado a sanar a los quebrantado de corazón; a pregonar libertad a los cautivos, y vista a los ciegos, a poner en libertad a los oprimidos, a predicar el año agradable del Señor" (Lucas 4:16-

19 Reina Valera 1960). “Amado, yo deseo que tú seas prosperado en todas las cosas y que tengas salud, así como prospera tu alma” (3 Juan 2 Reina Valera 1960).

#### Posturas de la escritora Elena G. de White

La señora Elena G. de White escribió muchos consejos en el área de la familia y la salud, la cosmovisión que tenía de estos dos temas tienen relevancia hoy en día, pues incluyen principios que son atemporales, su aplicación hoy en día son beneficiosas de manera integral.

#### **Con relación a la familia ella estipula:**

Todos los temas (educación, salud, familia, etc.) deben ser vistos dentro de un contexto mayor que es el “Gran conflicto”. En la cosmovisión de esta escritora, existe una lucha entre las fuerzas del bien (Jesús) y el mal (Satanás)

Cuando “Dios dio a Adán una compañera” (White, 2001, p. 26). Allí se celebró la primera boda después de crear al mundo, la relación entre los primeros seres creados y Dios era especial, ejemplificada como la de un profesor y sus estudiantes. Realmente, según la señora White, era una santa pareja al cuidado paternal de Dios.

El ingreso del pecado, ocasionado por Adán y Eva, desfiguró terriblemente la imagen de la familia tornándola susceptible a cambios en su estructura y en relación al diseño original. Sin embargo, Jesús, el hijo de Dios, era el único que podía salvar al hombre, y por ende la familia, de la maldición de la ley.

En el desarrollo de la historia de la familia en la Biblia, encontramos a Caín, hijo de Adán y Eva, que se apartó de su hogar por matar a su hermano Abel. Asimismo, años más tarde, Lamec quinto descendiente de Caín, introduce la poligamia, en total contraposición a Dios que diseñó la monogamia. Queda claro que

la familia era constituida cuando había matrimonio, este es el diseño original dado por Dios y su duración es para toda la vida (White, 1993).

Se puede tomar un nuevo matrimonio, en el caso de los viudos. Esto en la actualidad, según el caso, da origen a una familia reconstituida. La única razón válida para el divorcio es el adulterio. Dios considera a la familia como un círculo inviolable (White, 1944).

**Con relación a la salud advierte:**

La señora White aclara que hay hábitos que dan salud dentro del hogar estos hábitos tienen relación con la alimentación adecuada, el aire, la vestimenta, temperancia, la oración, etc., y evitar lo perjudicial como el los estimulantes y los narcóticos (White, 1944).

En el tiempo de Cristo había muchas personas enfermas, Jesús nunca se negó a curarlos, cuando tenían contacto con él “... eran convencidas de pecado, y muchas eran curadas de sus enfermedades espirituales a la par de sus males físicos” (White, 1944, p.284).

**Con relación a los hijos dentro de la familia declara:**

Una familia unida, con un estilo de vida tranquila y sencilla logrará producir efectos positivos en el desarrollo físico e intelectual en la vida de los menores. (White, 1944).

Un hogar, llamado actualmente “una familia nuclear” debe tener a Cristo y la Biblia como guía en la crianza de sus hijos, el efecto resultante en un crecimiento integral (físico, mental, espiritual y social). Es decir, la señora White muestra los beneficios de las familias nucleares. Asimismo, se ubica al hogar como la primera escuela del niño, por ende, los padres son primeros maestros, por lo tanto allí empieza su educación y es pulida en la escuela de la localidad.

Cabría preguntarse ¿cuánto tiempo deben pasar los padres con sus hijos? En respuesta a esta pregunta, la escritora Elena de White asevera que los padres deben pasar muchas horas de recreación con sus hijos. (White, 1997). A pesar de estar casados, la familia cristiana que no cumple los principios bíblicos puede fracasar.

### **Marco histórico**

Según la perspectiva evolucionista, Bermúdez y Brik (2010) argumenta que “la familia es la institución más antigua y resistente de todos los grupos humanos, aunque ha ido variando tanto en funciones como en su estructura a lo largo de la historia” (p. 19). Del mismo modo la sociobiología afirma que la estructura familiar es un producto que se ha formado durante millones de años de evolucionismo biológico...”

Ya los romanos descomponen, por asuntos jurídicos, a la familia en dos grupos pequeños, en dos esferas: “una amplia, la *gens*, comunidad familiar que aparte de su significación en el orden religioso adquiere importancia en el Derecho Político y Civil...; y una reducida, la comunidad doméstica con *pater familias* investido de poderes...” (Cornejo Chavez, 1967, p. 4), éste último habla de personas que vivían bajo su jurisdicción. Estas dos esferas eran conocidas en la época en que los romanos gobernaban.

Bermúdez & Brik (2010), indican que definitivamente en la idea evolucionista, dentro del proceso evolutivo, ha habido un cambio en la manera como la familia vive, por consiguiente su proceso de aprendizaje requiere de miles de años.

En la época de la República, la familia sufre un cambio interesante, ya que se empieza a desechar a aquellas personas que no guardan relación sanguínea, por ende no basta pertenecer a una familia bajo la figura de un jefe. Por lo tanto, surgen los

vínculos cognaticios entre las familias, dando preeminencia a ellas para reconocerlas como integrantes de dicha familia (Cornejo Chavez, 1967).

Peralta Andía, (n.d.), desde su punto de vista, expresa que hay dos teorías respecto a la evolución histórica de la familia: La primera es la teoría evolucionista clásica y la segunda es la teoría evolucionista moderna. La teoría evolucionista, aclara que hay cuatro etapas: El primero es el *vagus concubitus* o de la promiscuidad sexual el cual se refiere a que prácticamente podían satisfacer sus placeres sexuales sin importar si el hecho tenga la figura de fornicación u otro; el segundo es la *voubeergende paarung* o del emparejamiento transitorio, a diferencia del primero, en esta tipo se logra excluir al padre de tener intimidad sexual con sus hijas; el tercero es el matriarcado donde se resalta el liderazgo de las damas y la eliminación progresiva del poliandriso; finalmente el patriarcado donde ya se perfila hacia una relación monogámica. La segunda teoría acepta dos de las etapas anteriores, promiscuidad sexual y emparejamiento transitorio, y que después da lugar a cuatro tipos familiares: la consanguínea, punalúa, sindiásmica y la monogámica, el cual tiene un parecido a la primera teoría en relación al proceso de poder llegar desde la poligamia y poliandriso hacia la monogamia (Peralta Andía, n.d.; Engels, 1946; Barato G., 1985; Valdés Cuervo, Esquivel y Artiles, 2007).

Según la postura creacionista, Mcmillan (1997) defiende que fue Dios el que creó la primera familia en el Edén, que a su vez estaba compuesta por un varón y una dama, Dios era su creador e hizo a la dama ayuda idónea para su esposa. De esta manera el autor declara que esta familia logra su definición en términos de mutualidad, interdependencia, igualdad y paternidad. Grunlan y Mayers (1997) concuerdan con el autor anterior cuando declaran “Fue la primera institución

sociológica. Dios estableció la familia antes de establecer a la iglesia, el gobierno o cualquier otra institución” (p.162).

Hughes y Hughes (2006) creen que el objetivo principal de la familia es poder darle a Dios la gloria que se merece, ya que como sea mencionado en los párrafos anteriores, él es su creador. Esto quiere decir en la cosmovisión creacionista que Dios es parte de la familia, es decir es un integrante importante.

Calduch y Benegas (Ed) (2001) mencionan unas características interesantes en el Antiguo Testamento y Nuevo Testamento: El Antiguo Testamento se muestra a ella como un estado pequeño en donde el padre tiene la potestad en los aspectos civiles, jurídicos y económicos. De igual manera el pueblo de Israel por principio se mantenía la estructura familiar patriarcal, el cual tenía tres características básicas: era monogámica, incluía valores familiares y estaba unida por vínculos de sangre. En el Nuevo Testamento se sigue con la misma línea de pensamiento que el Antiguo Testamento, ya que se trata del mismo pueblo de Israel, al menos se muestra que Jesús creció en una familia nuclear conformada por Jesús, María y José.

#### Evolución histórica del constructo CVRS

Fue la Organización Mundial de la Salud (OMS) que brinda un concepto muy claro de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en 1948 al afirmar que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 1). Esta declaración es básica pues es el todo sobre el cual giran los demás conceptos. Por lo menos se muestran las dimensiones y la integralidad de salud por parte de un ente mundial.

Al principio se hablaba de calidad de vida, pero el primero que habló sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud fue el economista norteamericano John

Kenneth Galbraith a finales de los años 1950; para otros, fue el ex presidente norteamericano Lyndon B. Johnson en 1964 (Vinaccia, 2005). Con el pasar el tiempo, los avances de la ciencia y los cambios bruscos en todas las áreas de la vida, se llega a incluir la percepción social, física, emocional del paciente (Schwartzmann, 2003), llegando a constituirse la Calidad de Vida Respecto a la Salud como un constructo válido para realizar más innovaciones en las evaluaciones a la personas, en consecuencia mejorar la calidad de vida en las diversas poblaciones estudiadas (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993, citado en Schwartzmann, 2003).

## CAPITULO IV

### MARCO TEÓRICO

#### Familia

#### **Etimología**

Cornejo Chavez, (1967), afirma que:

La significación etimológica de la voz *familia* es dudosa. Para algunos, tal palabra se deriva de la latina *fames*, que significa *hambre*, y alude al hecho de que es en el seno del grupo doméstico donde el hombre satisface sus necesidades primarias (Taparelli). Para otros (como De Morante), deriva de la voz *famulus*, que quiere decir *siervo*, y hace alusión a la circunstancia de que la familia romana incluía a gentes de condición servil – esclavos, clientes – o a que los miembros de ella estaban servilmente sometidos a la autoridad del *pater* ( p. 3).

Ambas etimología parecen denotar a un grupo de personas cercanas unidas por vínculos de amistad pero otros por vínculos sanguíneos. Sin embargo permanece un sentido de incertidumbre sobre el tema

#### Definiciones

Según García (2009) la familia es “un sistema completo de interrelación biopsicosocial, que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrado por un número variable de individuos, unidos por un vínculo de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción” (p. 235). En otras palabras, el aspecto de consanguineidad y matrimonio marca la diferencia sobre otros tipos de estructuras familiares existentes. La familia es parte de la sociedad por lo que ya se ha mencionado anteriormente.

Del mismo modo, la familia es el grupo “fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad...” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989, p. 1). Es decir, las necesidades básicas del ser humano son satisfechas en la familia, del mismo modo el autor recalca la responsabilidad hacia la comunidad en la cual la familia se desenvuelve.

De forma similar se indica que la familia tiene un sentido de sistema, donde existen reglas que permitirán el crecimiento armonioso de los integrantes, estas reglas darán una historia e identidad peculiar a cada familia (Dealbert, 2009). Al mismo tiempo se muestra a la familia como una estructura natural en el tiempo, recalcando la unidad biológica que esta posee, de allí que la familia entera se establece para vivir en un mismo techo (Sauceda y Maldonado, 2003).

Eguiluz (2004) ve a la familia como un grupo que tiene que pasar por diferentes situaciones propias del desarrollo familiar. En caso que no se afronten bien estas situaciones darán como resultado problemas.

El Artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en virtud del artículo 23 del PIDCP, el artículo 10 del PIDESC, el artículo 16 de la Carta Social Europea, el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, el artículo 17 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 18 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos , afirma que “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (Nowak, 2005, p.102). A nivel mundial se tiene una idea clara gracias a esta afirmación como fundamento de la sociedad.

Sin embargo, de acuerdo a la constitución pastoral del Concilio Vaticano II, aprobada el 7 de diciembre de 1965, la familia es una comunidad de amor que tiene como autor a Dios, por lo tanto todos los parámetros que guíen a ella deben ser obedecidos por la pareja para su felicidad. Es importante decir que esta unión es voluntaria entre ambas partes (Documento conciliar *Gaudium, et Spes*, N° 48, citado en Barato G., 1985). De modo similar la iglesia adventista la considera junto con el matrimonio y el sábado como instituciones que tiene un origen en Dios. Dentro de la exposición bíblica de sus doctrinas fundamentales afirma que Dios creó al hombre y la mujer, ellos llegaron a constituir la primera familia y por ende la primera iglesia. De allí en adelante es el inicio de la sociedad tal como hoy la conocemos (Asociación Ministerial de la Asociación General, 2007).

### Tipos de familia

Una vez definida la familia como tal, es importante mostrar las diferentes estructuras que han adoptado, es decir el divorcio rompe la estructura básica y a partir de allí asume otras estructuras (Comité de Derechos Humanos, 2000). Algo similar plantea Cruz Cruz (1995) poniendo a la familia nuclear como el más elemental y que a partir de ésta surgen otras familias (Pliego Carrasco, 2013). Los tipos de familia que se describen a continuación son desde el punto de vista de su composición, Valdez Cuervo (2007) considera 3 tipos: Nuclear, monoparental y reconstituida. Por su parte García Licea, (2009) clasifica ocho tipos de familias.

#### **Familia Nuclear**

Este tipo de familia está integrada por los padres e hijos y por ende está considerada como el ideal ante la sociedad en general y los especialistas del área familiar. Su preeminencia sobre los otros tipos de familia está claramente sobreentendida (García Licea, 2009; Valdez Cuervo, 2007).

Los adventistas, consideran una estrecha relación entre matrimonio y familia, todas sus orientaciones están centradas a presentar una familia nuclear con la aclaración que tienen que ser casadas. Entendemos que los otros diferentes tipos de familias son una variación de la familia nuclear que Dios creó, en relación al divorcio y nuevo casamiento, la autoridad máxima de la Iglesia Adventista del Séptimo Día considera el divorcia y el matrimonio por segunda vez en caso de adulterio por romper el pacto matrimonial (Interamericana, 2008).

Dentro de las ventajas de este tipo de familia se encuentran:

“Mayores recursos económicos pues se cuenta con los ingresos íntegros de ambos padres. Una parentalidad más efectiva, debido a que se pueden dividir los roles en el cuidado de los hijos, lo cual representa un aumento en la cantidad y calidad del tiempo que se le dedica a los mismos. Apoyo mutuo ante dificultades o los retos que implica la crianza y de una mayor estabilidad emocional de ambos padres, debido al apoyo mutuo y el afecto que se brindan. Donoso y Villegas (2000) mencionado en Valdez Cuervo, (2007, p.51).

Asimismo, en el aspecto académico, los estudiantes pertenecientes a este tipo de familia es diferente a los de otra estructura familiar, aunque esa diferencia no es tan significativa (Booth, 2001, citado en Valdez Cuervo, 2007). Algo parecido opina Cervini, Dari, y Quiroz (2014) que en su estudio llegan a la conclusión que los puntajes más altos corresponden a aquellos que pertenecen a la familia nuclear. Del mismo modo con relación a problemas conductuales y emocionales son más incidentes en personas divorciadas. Quiere decir que las familias nucleares poseen mayor estabilidad emocional y conductual.

### **Familia extensa**

Con relación a la familia extensa, generalmente se la describe como aquella que incluye a los abuelos, padres, hijos, nietos, yernos, nueras, cuñados, tíos, etc., todos ellos cuando existe una unión económica y por supuesto afectiva (García, 2009). Como se aprecia, la familia extensa abarca un grupo familiar grande en

algunos casos abarca varias generaciones que han nacido y han muerto allí, usualmente es en el mismo lugar y en la misma vivienda (Donini, 2005).

Las sociedades occidentales es donde más abundan las familias extensas o ampliadas, que en los últimos años la presencia de este tipo de familia ha disminuido por diversas razones como la inmigración (Kanuk y Schiffman, 2005). Finalmente, algunos consideran que la crianza de los hijos es una responsabilidad colectiva. Sin embargo, al momento del nacimiento de un nuevo integrante de la familia existe apoyo en este tipo de familia a diferencia de la familia nuclear (Rage, 2013).

### **Familia Monoparental**

Las familias monoparental, generalmente, se encuentra la presencia de un solo progenitor en la casa, aunque pueda haber muchos hijos, la característica básica es que uno de los progenitores asumen el rol principal en el hogar (Valdez, 2007). Asimismo, existe información que los hijos en este tipo de familia llegan a tener más crisis en los aspectos sociales, económicos, emocionales y en la formación en general de los hijos. La manera más evidente de ver estas crisis es en la escuela y en el comportamiento dentro de la misma (Valdés et al., 2009).

El aumento de la soltería y los divorcios contribuyen a formar este tipo de familias, del mismo modo el aumento laboral para las damas fortalece este tipo de familia ya que no dependen de su pareja para afrontar las necesidades básicas de todo hogar (Fortalecimiento de las Familias, 2016).

Dentro de las desventajas de esta estructura familiar encontramos puntos como inestabilidad emocional y conductas como el miedo, ansiedad, inmadurez, agresividad, etc. Todo esto perjudica la familia y la hace más vulnerable (Valdez, 2007; Byrakal y Kope, 1990, citado en Valdez, 2007).

Además de lo ya mencionado se puede ver un desarrollo deficiente en el área del lenguaje (Valdez, 2007), elevada probabilidad de repetir los cursos y ser expulsados de la institución educativa y con respecto a la salud, debilidad constante (Dawson, 1991, citado en Valdez, 2007).

También, a diferencia de los que viven en familia nuclear, existe una incidencia mayor de consultas psicológicas de los que pertenecen a las familias nucleares. Asimismo, los pensamientos suicidas o en algunos casos los intentos de suicidio y el elevado consumo de alcohol y drogas. Finalmente, uno de los aspectos que es más notorio es la baja autoestima, que repercute permea todo lo ya mencionado (Burnside *et al.*, 1986; Newcomb *et al.*, 1986; Thomas *et al.*, 1996 citado en Valdez Cuervo, 2007).

Una de las causas para tener como resultado una familia monoparental es el divorcio, por tal motivo Bublva (2014), en su estudio muestra los efectos del fracaso del matrimonio en el rendimiento académico de los estudiantes, él enfatiza que allí es donde más repercusiones tiene. El niño crece con vierta desventaja económica, no puede tener lo que otros niños tienen (Valdez, 2007).

### **Familias reconstituidas**

La característica principal de este tipo de familia es que uno de los miembros de esta relación ha tenido un compromiso anterior (Valdez, 2007). Están en esta categoría están las segundas parejas de viudos, como de divorciados y de madres solteras que logran unirse (Congreso de la República del Perú, 2016). Un aspecto

importante para el buen desarrollo de este tipo de familia es la relación que existe entre los hijos de una y otra relación, es decir de la nueva pareja.

Existe ventajas en este tipo de familia, como por ejemplo la estabilidad económica, ya que sostener un hogar con hijos es muy difícil, otro aspecto es la estabilidad emocional que se va a dar a la nueva familia, un punto vital es el aspecto social, ya que ambos pueden reintegrarse ante la sociedad en la participación de diversas actividades. Finalmente y más importante serán los roles que quedaron vacíos son suplidos por la nueva unión, el cual disminuirá problemas futuros (Valdez, 2007)

Por el contrario, existen desventajas, el cual causa a veces un mal entendido ya que se puede encontrar en las diversas estructuras familiares. En primer lugar están los problemas conductuales y posteriores evaluaciones psicológicas con el mismo resultado. En segundo lugar es la dificultad de los niños de aceptar una figura femenina diferente a su madre (Valdez, 2007).

## Teorías de los tipos de familias

### Teoría evolucionista

La clasificación de tipos de familia actual, nace con la elaboración de instrumentos desarrollados por los investigadores con el fin de medir constructos relacionados al tema familiar. Una de ellos es la teoría de la “Clasificación triaxial de la familia” creado por Wen-Shing Tseng, M.D. y John F. McDermott, Jr., M.D., dentro de esta propuesta ellos consideran dentro del primer eje de su teoría, una clasificación de complicaciones y variaciones del desarrollo familiar como son: familia interrumpida, familia monoparental, familia reconstituida y familia crónicamente estable. (Wen-Sheng y McDermott Jr., 1979).

Peralta Andia, (n.d.), desde su punto de vista, expresa que hay dos teorías con respecto a la evolución histórica de la familia: La primera es la teoría evolucionista clásica y la segunda es la teoría evolucionista moderna. La teoría evolucionista, aclara que hay cuatro etapas: El primero es el *vagus concubitus* o de la promiscuidad sexual el cual se refiere a que prácticamente podían satisfacer sus placeres sexuales sin importar si el hecho tenga la figura de fornicación u otro; el segundo es la *voubeergende paarung* o del emparejamiento transitorio, a diferencia del primero, en esta tipo se logra excluir al padre de tener intimidad sexual con sus hijas; el tercero es el matriarcado donde se resalta el liderazgo de las damas y la eliminación progresiva del poliandriso; finalmente el patriarcado donde ya se perfila hacia una relación monogámica. La segunda teoría acepta dos de las etapas anteriores, promiscuidad sexual y emparejamiento transitorio, y que después da lugar a cuatro tipos familiares: la consanguínea, punalúa, sindiásmica y la monogámica, el cual tiene un parecido a la primera teoría en relación al proceso de poder llegar desde la poligamia y poliandriso hacia la monogamia (Peralta Andia, n.d.; Engels, 1946; Barato G., 1985; Valdés Cuervo, Esquivel y Artiles, 2007).

#### Teoría creacionista

Según la postura creacionista, Mcmillan (1997) defiende que fue Dios el que creó la primera familia en el Edén, que a su vez estaba compuesta por un varón y una dama, Dios era su creador e hizo a la dama ayuda idónea para su esposa. De esta manera el autor declara que esta familia logra su definición en términos de mutualidad, interdependencia, igualdad y paternidad. Grunlan y Mayers (1997) concuerda con el autor anterior cuando plantea la idea que Dios creó la familia como base de toda estructura. Hughes y Hughes (2006) cree que el objetivo principal de la familia es poder darle a Dios la gloria que se merece, ya que como sea mencionado en

los párrafos anteriores, Él es su creador. Esto quiere decir en la cosmovisión creacionista que Dios es parte de la familia, es decir es un integrante importante.

Calduch y Benegas (Ed) (2001) menciona unas características interesantes en el Antiguo Testamento y Nuevo Testamento: El Antiguo Testamento se muestra a ella como un estado pequeño en donde el padre tiene la potestad en los aspectos civiles, jurídicos y económicos. De igual manera el pueblo de Israel por principio se mantenía la estructura familiar patriarcal, el cual tenía tres características básicas: era monogámico, incluía valores familiares y estaba unida por vínculos de sangre. En el Nuevo Testamento se sigue con la misma línea de pensamiento que el Antiguo Testamento, ya que se trata del mismo pueblo de Israel, al menos se muestra que Jesús creció en una familia nuclear conformada por Jesús, María y José.

#### Plan Nacional de Apoyo a la Familia (2016-2021)

El Decreto Supremo N° 003-2016-MIMP, aprueba el "Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016 - 2021" y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento y fiscalización de las acciones de implementación del Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016 – 2021. Aprobado en Lima, el 11 de marzo del 2016. Este decreto es resultado de un análisis de la realidad de la familia peruana, asimismo muestra el interés del gobierno en la familia por principal medio para la educación de los niños.

Este plan tiene como finalidad generar condiciones, normas y servicios que permitan que las personas puedan garantizar el derecho a formar y vivir en familia de todo miembro, asumir sus responsabilidades familiares compartidas, conciliar su vida familiar y el trabajo sin distinción por sexo, edad, estado civil, régimen laboral o estado socio-económico, prevenir la violencia familiar y fortalecer la economía familiar, todo ello para continuar haciendo de las familias el mejor lugar para vivir.

Este plan reconoce la diversidad socio-cultural de las familias, la importancia de fortalecer las capacidades de sus miembros para asumir las funciones de formación, sociabilización, cuidado y protección económica. Asimismo, promueve políticas que protejan el principio de formar y vivir en familia de todas las personas, la generación de condiciones para que los hombres y mujeres puedan conciliar su vida familiar y laboral, la prevención de la violencia y el fortalecimiento de la economía familiar. Para el seguimiento y fiscalización de las acciones de implementación de este plan se ha constituido la Comisión Multisectorial Permanente (Plan nacional de fortalecimiento a las familias 2016-2021, 2016).

#### Calidad de vida

Chávez Zegarra (2011) afirma que se “refiere al impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria” (p. 86). Es decir la calidad de vida es un constructo que es multidimensional que incluye factores materiales, ambientales, de relacionamiento y políticas gubernamentales, queda claro que el campo de acción de esta variable es amplia, de allí el problema de poder definirlo (Paulier, 2012).

La calidad de vida está relacionada con la Educación para la salud, la cual es usada como una herramienta en la pedagogía social para ayudar a reflexionar sobre prácticas socioeducativas (García, Sáez y Escarbajal, 2000). Usada en este campo de la Educación para la salud será de mucha ayuda para el cambio. El concepto de calidad de vida es más notorio en el campo de la salud física y ambiental, ampliándose luego a los sectores mentales y sociales. Todo estos procesos que se utilizan para llegar a valorar la calidad de vida de las personas tienen como objetivo final darle felicidad a la persona realizando cambios significativos en ella, es decir se

trata de cambio de las condiciones que envuelven a las personas en su totalidad sólo así se puede hablar de educar a la persona (Cabedo, 2003).

La calidad resume conductas que si son practicadas regularmente ayudan a tener una buena salud, este punto lo trata la psicología de la salud. Estas conductas son: Dormir adecuadamente, tener un buen desayuno, evitar el consumo entre comidas, evitar el alcohol, no fumar, practicar ejercicio regularmente y mantener un peso ideal (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

#### Calidad de vida adolescente

La mayoría de estudios de calidad de vida se ha dado en poblaciones de adultos, con relación a los niños y adolescentes se tiene poca información. Los instrumentos existentes son adaptaciones de los ya existentes, quiere decir que si se luchara por tener instrumentos que puedan mostrar una realidad clara, se ayudaría a prevenir conductas de riesgos en este grupo de edades, lo cual ayudará a tener una educación integral (Gómez, 2004).

Por otro lado, las empresas tabacaleras han ampliado sus estrategias para aumentar los clientes en un público joven como son los adolescentes, sabiendo que ellos son susceptibles a seguir modelos que observan en la publicidad, que grava mensajes claros para persuadir a los adolescentes a fumar. Problema parecido ocurre con el consumo de alcohol, que llega a convertirse en una carga para aquellas familias que tengan un menor adicto a estas sustancias (León et al., 2004).

Cuando se encuentran estudios sobre calidad de vida que incluyan a la infancia generalmente son estudio pioneros, ya que la riqueza que muestra es única porque ayuda a reflexionar sobre cómo estamos guiando la sociedad. Si se quiere ayudar a la población joven se necesita investigar sobre la percepción que ellos tienen sobre su salud. Entendiendo que ellos son sometidos a diversas crisis como el maltrata,

Bullying, separación de padres, explotación sexual y otras que minan los derechos de ellos, todo esto afecta a la sociedad en conjunto (Mieles y Tonon, 2015).

#### Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Debe quedar claro que al hablar de calidad de vida, abarca aspectos más amplios que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En la calidad de vida puede incluir áreas como el nivel de economía de la persona o el tipo de vivienda en el que vive, es decir que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se centra en describir o medir aspectos de salud desde su propia perspectiva, esta es la diferencia más importante al momento de diferenciarla de la calidad de vida (Genovés, 2010).

Uno de los objetivos del nacimiento de este constructo, según Schwartzmann (2003), es necesidad de incluir evaluar la percepción de los encuestados con relación a su bienestar, que de acuerdo a cada sentir del paciente, será diferente.

Urzúa (2010) concuerda con la definición anterior sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, ya que se trata de recoger la información del usuario según las dimensiones de su vida, considerando la influencia de ella en la salud. Tanto la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la calidad de vida (CV) puede ser medidos por instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Cuando se dice específico, existen instrumentos diseñados para medir el impacto de una determinada enfermedad sobre las áreas de una persona.

El Group WHOQOL (1995) donde se ve una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para desarrollar un instrumento de calidad de vida, para ello hay criterios que se debe tener a la hora de evaluar este constructo. El equipo que comprendía el grupo de coordinación, investigadores colaboradores en cada uno de los centros de campo y un panel de asesores, llega a un consenso que las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud deben incluir dimensiones: Subjetivas, que

tratan de recoger la percepción de la persona en sí; las multidimensionales, cuyo fin es revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.

Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton, & Alonso (2001), con el objetivo de revisar sistemáticamente los instrumentos genéricos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y adolescencia en España, enumera a los siguientes instrumentos: EL AUQUEI (Autoquestionnaire Qualité de vie-Enfant-Imagé), el CHIP-AE (Child Health and Illness Profile –Adolescent Edition), el CHIP-CE (Child Health and Illness Profile –Child Edition), el CHQ (Child Health Questionnaire), CHRIs (Child Health Rating Inventories), CHRS (Children’s Health Rating Scales), el CQOL (Child Quality of Life Questionnaire), el DUX-25, el EHRQL (Exeter Health-Related Quality of Life Measure), el 16D (16-Dimensional Health-related measure), 17D (17-Dimensional Health-related measure), el GCQ (Generic Health Questionnaire), el HAY (How Are You?), el KINDL (Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern and Jugendlichen), el PedsQL (Pediatric Quality of Life Questionnaire), el TACQOL y e VSP-A (Vécu et Santé Perçue de l’Adolescent).

La Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, una entidad sin fines de lucro fundada en el año 1994, está interesada en utilizar tecnología médica eficaz para ayudar a una correcta atención a las personas. La Agencia es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en evaluación de tecnología médica, es miembro fundador de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Médica (INAHTA), y es centro coordinador de la Red de investigación Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Pane et al., 2006).

Esta Agencia realizó un estudio con el objetivo identificar los instrumentos genéricos y específicos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la edad pediátrica publicados en el ámbito internacional, describir su contenido y evaluar sus propiedades psicométricas. En sus resultados muestra que se localizaron y analizaron 28 instrumentos genéricos y 47 específicos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (32 instrumentos más desde la última revisión en el 2001, según el estudio en los párrafos anteriores).

## **Marco conceptual**

### Tipo de Familia

La familia es el grupo “fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad...” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989, p. 1). El tipo de familia es la variedad de estructuras que asume la familia según su contexto, también se le puede llamar tipos de estructura familiar.

### Familia nuclear

La familia nuclear es aquella donde los padres están casados, viven juntos y ejercen su paternidad de manera responsable hacia sus hijos. Según su cosmovisión, creacionista o evolucionista, afectará en el desenvolvimiento de su hogar.

### Familia monoparental

La familia monoparental es aquella que ha sufrido una crisis insuperable, la cual no da lugar a seguir con la persona casada, por lo tanto asume su maternidad o paternidad solo o sola.

## Calidad de vida relacionada con la salud

Percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Se puede considerar como uno de los determinantes del nivel de salud (Group WHOQOL, 1995).

Su definición operacional será la puntuación obtenida en el cuestionario PDSQL 4.0 en cada una de sus dimensiones (Funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social y funcionamiento escolar).

CAPÍTULO III  
METODOLOGÍA

**Tipo de estudio**

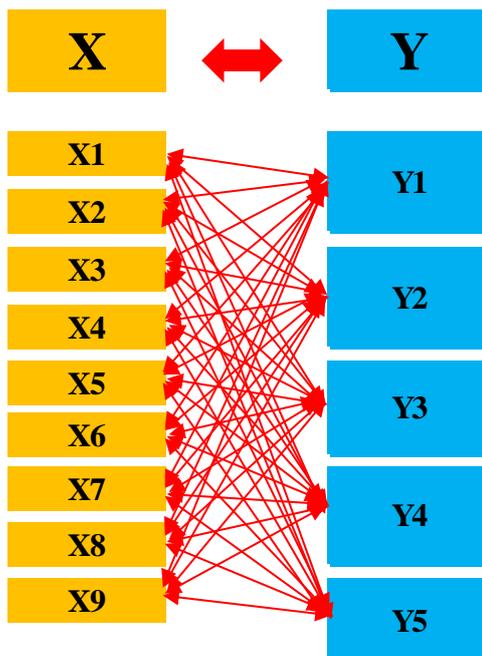
La investigación es de tipo descriptivo y de asociación (correlacional).

Descriptivo, porque identifica los tipos de familia de los estudiantes e identifica la calidad de vida respecto a la salud, en la cual muestra el comportamiento natural de estos constructos. Asociación porque se asociación dos variables.

**Diseño de investigación**

El diseño de la investigación es no experimental y es transeccional, ya que busca determinar la relación de los tipos de familias y la calidad de vida respecto a la salud en un momento específico.

Diseño de la investigación:



**Donde:**

X: Tipos de familia.

X1: Familia Nuclear (vive con ambos padres).

X2: Familia Compuesta (vive con ambos padres y abuelos).

X3: Familia Extendida (vive con ambos padres, tíos, abuelos).

X4: Familia abuelos acogedores (vive con abuelos paternos).

X5: Familia abuelos acogedores (vive con abuelos paternos).

X4: Familia monoparental (vive sólo con mamá).

X4: Familia monoparental (vive sólo con papá).

X4: Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro).

X4: Familia reconstituida (vive con papá y madrastra).

Y: Calidad de vida relacionada con la salud.

Y1: Dimensión física.

Y2: Dimensión emocional.

Y3: Dimensión social.

Y4: Dimensión escolar.

Y5: Dimensión psicosocial.

### **Población y muestra**

La población está constituida por 1107 estudiantes del nivel primario (669) y secundario (438) de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental matriculados en el año 2017.

### **Tamaño de muestra**

La muestra son todos los estudiantes desde 8 años hasta 18 años, esto es equivalente a los estudiantes de 3ro de primaria hasta 5to de secundaria, 863 estudiantes, 425 del nivel primario y 438 del nivel secundario, por tal caso el muestreo es consecutivo no probabilística no aleatoria por el tipo de planteamiento de la investigación para que la muestra represente mejor a la población, en la encuesta aplicada se hallaron a 744 estudiante en los dos niveles que representa un 86% de la muestra, ya que algunos estudiantes no asistieron al colegio por diversos motivos. Este aspecto esta mencionado en los criterios de inclusión y exclusión. El muestreo aplicado para ese tipo de investigación es no probabilístico porque el investigador refiere que se necesita aplicar el instrumento a todos los estudiantes en los grados

mencionados para tener un panorama real, fiel y exacto según el contexto de cada institución, ya que existe cinco sedes en cinco ciudades diferentes de la red educativa adventista en el nor oriente. No es aleatoria porque no representaría una realidad correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud fiable, ya que en algunas instituciones educativas sólo están matriculados entre 6 y 9 estudiantes, o más aún, se une dos secciones, 5to y 6to grado, para ser enseñados por un solo docente, en esos casos una muestra aleatoria no sería tan apropiada ya que uno de los objetivos de la investigación es identificar la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de una manera específica (Explorable.com, 2009). En síntesis, mientras más estudiantes entre el 3er grado de primaria hasta el 5to de secundaria participen, se podrá tener un mejor evaluación de la Calidad de Vida con Respecto a la Salud.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en el año 2017 que aceptaron participar voluntariamente en el presente estudio.
- Padres de familia de los estudiantes matriculados.

#### Criterios de exclusión

- Estudiantes no matriculados. Con sus respectivos apoderados.
- Estudiantes matriculados que no acepten voluntariamente rellenar la encuesta.
- Estudiantes que no asistan a clase por diversos motivos el día que se aplique la encuesta.

### **Consideraciones éticas**

Se solicitó el consentimiento de la Administración de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental para aplicar las encuestas.

Las encuestas aplicadas son confidenciales y serán sólo usadas para el objeto de estudio, así como se mantendrá en confidencia y reserva la identidad de los encuestados.

### **Definición y operacionalización de variables**

#### Tipo de familia

Es la variedad de estructuras que asume la familia según su contexto, también se le puede llamar tipos de estructura familiar. Clasificados generalmente en cinco tipos: Nuclear, extensa, abuelos acogedores, monoparental y reconstituida.

#### Calidad de Vida Respecto a la Salud

El nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

### **Operacionalización de variables**

Tabla 1. Operacionalización de variables

TEMA	VARIABLES	DIMENSIONES		Ítem	INDICADORES	VALORACIÓN	ESCALA	AUTOR
"Tipo de familia y calidad de vida respecto a la salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017"	Tipo de familia	Familia nuclear		FN	Vive con ambos padres	Preguntas objetivas	Ninguna	Elaborada por el autor
		Familia compuesta		FC	Vive con ambos padres y abuelos			
		Familia extensa		FE	Vive con ambos padres, tíos, abuelos			
		Familia monoparental		FNM1	Vive sólo con mamá			
				FNM2	Vive sólo con papá			
		Familia abuelos acogedores		FAA1	Vive con los abuelos paternos			
				FAA2	Vive con los abuelos maternos			
		Familia reconstituida		FR1	Vive con su mamá y padrastro			
	FR2			Vive con su papá y madrastra				
	Calidad de Vida Respecto a la Salud (CVRS)	Salud física (SF)	Funcionamiento físico (FF)	FF1	Caminar una cuadra	0 si ello nunca es un problema	100 a 78 = Buena Calidad de Vida Relacionada con la Salud	James W. Varni (2001)
				FF2	Correr			
				FF3	Practicar deportes			
				FF4	Levantar peso			
				FF5	Bañarse			
FF6				Quehaceres de la casa				
FF7				Dolor o molestia				
FF8				Poca energía				
			FE4	Miedo	1 si ello casi nunca es un problema	77 – 69 = Calidad de		
		FE5	Tristeza					

		Salud psicosoci al (SPS)	Funcionamient o emocional (FE)	FE6	Enojo	2 si ello a veces es un problema	Vida Relacionad a con la Salud en riesgo (o mala CVRS).  < 69 = Calidad de Vida Relacionad a con la Salud de alto riesgo (o pésima CVRS).
				FE7	Problemas para dormir		
				FE8	Preocupación del futuro		
			Funcionamient o social (FS)	FS1	Problemas con otros niños	3 si ello casi siempre es un problema	
				FS2	Amistad de otros niños		
				FS3	Niños se burlan		
				FS4	Hacer lo que mis amigos hacen		
				FS5	Ritmo de juego con otros niños		
			Funcionamient o escolar (FEs)	FEs1	Atención a clases	4 si ello siempre es un problema	
				FEs2	Olvidarse cosas		
				FEs3	Tareas escolares		
				FEs4	Inasistencia al colegio por no sentirme bien		
				FEs5	Inasistencia al colegio por ir al hospital		

## Técnicas e instrumento de colección de datos

### Elaboración del instrumento

El instrumento a utilizar en la presente investigación es el PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales cuyo autor es James W. Varni, (Varni, Seid, & Kurtin, 2001), siendo la cuarta versión diseñada para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes. El mencionado instrumento está estructurado por **cuatro dimensiones**: funcionamiento físico (8 ítems), el funcionamiento emocional (5 ítems), el funcionamiento social (5 ítems) y el funcionamiento escolar (5 ítems), sumando en total 23 preguntas. Asimismo, el tiempo requerido de llenado es menor a 4 minutos. Del mismo modo la edad para la que está diseñada el instrumento es: 5-7 años, es administrada por el entrevistador, 8-12 años auto administrado y 13-18 años auto administrado (Hullmann, *et al.*, 2011, p. 425). También existe un cuestionario para los padres. Un detalle que se resalta de este cuestionario es que es aplicable para poblaciones escolares y comunitarias saludables, así como para poblaciones pediátricas con condiciones de salud agudas y crónicas.

La escala de respuesta está dividida en dos, la primera es de tres escalas de Likert donde “0” (no es un problema), 2 (a veces un problema), y 4 (un montón de un problema). La segunda posee una escala de Likert de 5 puntos (nunca - casi siempre). El derecho de licencia, las escalas, los módulos y las traducciones de PedsQL están protegidos por derechos de autor. Al aceptar el acuerdo de usuario, se puede obtener una copia única de la medida en línea.

El método de administración para los padres, los niños (edades 8-12 años) y los adolescentes (edades 13-18 años) pueden auto administrarse el PedsQL después de las instrucciones del administrador. Para los niños más pequeños (edades 5-7 años) o si el niño o adolescente es incapaz de auto-administrar el PedsQL (Por ejemplo,

debido a enfermedad, fatiga, dificultades de lectura), el ítem debe leerse en voz alta. El protocolo general y las pautas de administración (incluyendo un guion) están disponibles en el sitio web del instrumento.

En cuanto a la puntuación, los ítems son anotados inversamente y transformados linealmente a una escala de 0-100, de modo que las puntuaciones más altas indican una mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Para invertir la puntuación, transforme los ítems de la escala en 0-100 de la siguiente manera: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25 y 4 = 0. Para crear puntuaciones de escala, la media se calcula sumando las puntuaciones de los ítems Y dividiendo por el número de artículos contestados (esto explica los datos faltantes). Si falta el 50% de los ítems de la escala, se recomienda que no se calcule el puntaje de la escala. Imponiendo la media de los artículos terminados en una escala cuando el 50% o más se completan es generalmente el método más imparcial. Para crear la puntuación de resumen de salud psicosocial, la media es calculada como la suma de los ítems sobre el número de ítems contestados en las subescalas emocional, social y de funcionamiento de la escuela. La puntuación de resumen de salud física es la misma como la puntuación de la subescala de funcionamiento físico. Para crear la puntuación total de la escala, la media se calcula como la suma de todos los ítems sobre el número de ítems contestados en todas las escalas. La puntuación de la computadora no es necesaria. (Hullmann et al., 2011, p.426).

- Niños y adolescentes
  - “0” (nunca). 100
  - “1 (casi nunca) 75
  - “2” (a veces) 50
  - “3” (casi siempre) 25

- “4” (siempre) 0
- Niños pequeños
  - “0” (no es un problema). 100
  - “2” (a veces es un problema). 50
  - “4” (si es un problema). 0

La interpretación de la información posee una clasificación cualitativa de los resultados son: de 78 a 100 puntos posee buena Calidad de Vida Relacionada con la Salud; de 69 a 77 puntos posee una Calidad de Vida Relacionada con la Salud en riesgo (o mala CVRS) y una puntuación menor a 69 se puntúa como una Calidad de Vida Relacionada con la Salud de alto riesgo (o pésima CVRS). (Plaza Santibañez, 2006, p.64).

Finalmente, los encuestados indican la medida a los que tienen problemas en cada una de estas áreas usando “0” cuando el ítem "nunca es un problema" y 4 cuando "casi siempre es un problema". Los objetos son entonces calificados al revés y transformado linealmente a una escala de 0-100, las puntuaciones mayores indicarán una mejor Calidad de Vida Respecto a la Salud.

#### Validación del instrumento

El instrumento PedsQL 4.0 Generic Core Scales, por su amplia aplicación, han pasado por un proceso riguroso para su validación, lo cual determina su confiabilidad. Varni, Burwinkle, & Seid (2006), aplicó esta encuesta a 2437 niños entre las edades de 8-18 y 4227 los padres de los niños de 5-18 años de edad, llegando a la conclusión que los resultados demuestran la viabilidad, fiabilidad y validez de las PedsQL 4.0 Generic Core Scales como medida de salud de la población escolar. A la misma conclusión se llegó en otro estudio realizado a 963 niños y 1.629 padres (1.677 sujetos). (J W Varni et al., 2001). También en otros idiomas como el iraní se

obtuvieron resultados favorables (Amiri et al., 2010), en la versión coreana (Kook & Varni, 2008), tanto su viabilidad, fiabilidad y validez son demostrados en muchos estudios (e.g., Varni *et al.*, 2001; Varni *et al.*, 2006; Varni & Limbers, 2009).

La Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, realizó un estudio en el año 2006, encontrando varias encuestas para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, dentro de los cuales el PedsQL 4.0 Generic Core Scales figura como un constructo validado.(Pane et al., 2006).

Para la presente investigación se usará el instrumento traducido al idioma español (Chile), sin embargo, se realizará la adaptación de términos a la Región San Martín que es lugar donde se aplicará la encuesta. Previamente, será validado por profesionales con maestría en la ciudad de Tarapoto. Se aplicará un piloto para ver si es entendible a los estudiantes y con el visto bueno se procederá a aplicar el instrumento.

El instrumento fue validado mediante el juicio de expertos, los especialistas que validaron el instrumento fueron el Dr. Miguel Bernui, el Mg. Guido Ángel Huapaya Flores y por el estadista el Dr. Luis Eduardo Córdova Carranza.

También se procedió a realizar la validez del instrumento mediante la prueba KMO, el cual muestra una validez significativa Sig. 0.000 y un KMO de 0.875 (siendo mayor a 0.60) el cual evidencia que el instrumento contiene constructos consistentes y válidos para realizar la presente investigación.

*Tabla 2. Validez estadística del instrumento.*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,875
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3,681,856
	gl	253
	Sig.	,000

## Confiabilidad del instrumento

La fiabilidad del instrumento se realizó mediante el estadístico el alfa de cronbach el cual arroja 0.848, el cual es mayor a 0.7 según Hernández Sampieri, Roberto; Fernandez Collado, Carlos; Baptista Lucio (2014) es fiable en el total de las preguntas del instrumento.

*Tabla 3. Prueba de fiabilidad del instrumento.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,848	23

La fiabilidad de cada pregunta se realizó mediante el estadístico el alfa de cronbach el cual muestra que en cada pregunta arroja más de 0.8 siendo confiable para la presente investigación.

*Tabla 4. Prueba de confiabilidad por cada pregunta del instrumento.*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Me cuesta caminar más de una cuadra	20.53	84.387	.370	.813
Me cuesta correr	20.28	83.852	.327	.815
Me cuesta participar en actividades deportivas o hacer ejercicios	20.33	83.746	.352	.814
Me cuesta levantar algo pesado	19.93	83.239	.362	.813
Me cuesta bañarme solo/a	20.87	88.709	.157	.820
Me cuesta ayudar con las tareas de la casa	19.96	83.445	.329	.815
Tengo dolores o molestias	19.74	81.247	.448	.809
Tengo poca energía	20.10	80.868	.489	.807
Siento miedo o susto	19.91	83.922	.335	.814
Me siento triste o apenado	19.75	81.433	.470	.808
Me siento enojado	19.72	83.009	.392	.812
Tengo problemas para dormir	20.20	83.264	.353	.814
Me preocupa lo que me sucederá en el futuro	19.90	85.129	.202	.822

Tengo problemas para llevarme bien con otros niños	20.19	83.417	.408	.811
Otros niños no quieren ser mis amigos	20.20	83.005	.410	.811
Otros niños me molestan o se ríen de mi	20.17	83.516	.367	.813
Me cuesta hacer las cosas que otros niños de mi edad hacen	20.31	82.954	.433	.810
Al jugar con otros niños, me cuesta mantener su ritmo	20.24	83.280	.405	.811
Me cuesta poner atención en clases	19.88	82.496	.409	.811
Se me olvidan las cosas	19.65	82.163	.437	.810
Me cuesta estar al día con mis tareas escolares	19.97	82.011	.433	.810
Falto al colegio porque no me siento bien	20.27	85.269	.273	.817
Falto al colegio por ir a hospital o al doctor	20.23	85.208	.266	.817

### **Procedimiento para recolección de datos**

Previo coordinación con la administración de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, se explica en una reunión a la administración de cada institución educativa sobre el objetivo del estudio. Para ello se ha presentado un documento de manera formal para dar seriedad al proceso de la tesis. A continuación se detalla las fechas de aplicación de la encuesta. En otra reunión se hará entrega de todo el material explicando particularidades de la encuesta. Es así que el 8 de noviembre, en una reunión ordinaria de los administradores de los colegios adventistas, se entregó las encuestas y se explicó el objetivo y el procedimiento para su aplicación. Finalmente en el día señalado se entrega la encuesta a los estudiantes y padres. En el caso de los estudiantes tienen 15 minutos para rellenar con paciencia. En el caso del padre tendrán que llevar la encuesta a casa y entregar al día siguiente a la persona responsable, máximo en dos días. En el caso de los estudiantes lo entregarán

ese mismo día. La encuesta se aplicó en las cinco instituciones educativas de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental en el siguiente cronograma:

- José de San Martín 22 de noviembre.
- Nueva Cajamarca 14 de noviembre.
- Moyobamba 13 de noviembre
- Alto Mayo 17 de noviembre
- Soritor 13 de noviembre

Durante estos días se ha monitoreado a cada institución en coordinación con las secretarías y tesoreras, para que las encuestas sean devueltas hacia el investigador para su posterior análisis.

#### **Plan de tabulación y análisis de datos**

Para la tabulación y análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows y el programa Microsoft Excel 2013 para su respectiva interpretación. El proceso de análisis se realizó con base a los criterios mencionados en la descripción del instrumento. Se realizaron todos los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y luego los inferenciales. Se usó el estadístico Chi Cuadrado de Pearson porque la variables son cualitativas de tipo nominal (tipo de familia) y ordinal (Calidad de Vida Respecto a la Salud).

CAPITULO IV  
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis descriptivo sociodemográficos

**Genero**

En la tabla 5 se observa que más de la mitad de los encuestados son del género masculino con el 52.2%, a diferencia del género femenino con el 47.8%, no existe mucha diferencia entre ambos, por lo cual se deduce que la población esta equilibrada ya que la participación de ambos géneros es casi equitativa.

*Tabla 5. Género de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	388	52.2	52.2	52.2
Femenino	356	47.8	47.8	100.0
Total	744	100.0	100.0	

**Institución Educativa de pertenencia**

En la tabla 6 se observa que la tercera parte de los estudiantes son de la institución educativa adventista “José de San Martín” (37.6%), seguido de la institución educativa adventista “Nueva Cajamarca” (24.5%), también se ve que la I.E. con menor estudiantes es Soritor (4.4%), este cuadro indica que la I.E. José de San Martín posee más estudiantes matriculados.

*Tabla 6. Institución Educativa Adventista a la que pertenecen los estudiantes*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soritor	33	4.4	4.4	4.4
Alto Mayo	95	12.8	12.8	17.2
Moyobamba	154	20.7	20.7	37.9
Nueva Cajamarca	182	24.5	24.5	62.4
José de San Martín	280	37.6	37.6	100.0
Total	744	100.0	100.0	

### **Nivel de estudio**

En la tabla 7 se observa que el 49.3% de los encuestados estudian en el nivel primario a diferencia del 50.7% que son del nivel secundario, no hay mucha diferencia entre ellos.

*Tabla 7. Nivel de estudio de los encuestados.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	367	49.3	49.3	49.3
Secundaria	377	50.7	50.7	100.0
Total	744	100.0	100.0	

### **Grado de estudio**

En la tabla 8 se observa que la mayoría de encuestados se encuentra en el 5to grado de primaria, el 13.2%, en el 4to grado de primaria, el 12.9% y en el 2do grado de secundaria, 12.1%, 49.3%, el resto de encuestados esta alrededor de esos porcentajes, siendo el menor el 5to año de secundaria 8.5%.

*Tabla 8. Grado de estudio de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3ro	86	11.6	11.6	11.6
4to	96	12.9	12.9	24.5
5to	98	13.2	13.2	37.6
6to	88	11.8	11.8	49.5
1ro sec	80	10.8	10.8	60.2
2do sec	90	12.1	12.1	72.3
3ro sec	74	9.9	9.9	82.3
4to sec	69	9.3	9.3	91.5
5to sec	63	8.5	8.5	100.0
Total	744	100.0	100.0	

### **Edad de los encuestados**

En la tabla 9 se observa que la mayoría de encuestados oscila entre los 9 y 10 años, 14.2% y 14.2% respectivamente, de allí la explicación que el 5to grado es el grado de más encuestados, le sigue 11 años 13% y 13 años 98%, los niveles más bajos de edad son 8 años, 3.1%, 17 años, 2% y 18 años 0.8%, estos son los extremos donde generalmente escapan a las edades normales que exigen el Ministerio de Educación para la matrícula de estudiantes a las instituciones educativas.

*Tabla 9. Edad de los encuestados.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
8	23	3.1	3.1	3.1
9	106	14.2	14.2	17.3
10	106	14.2	14.2	31.6
11	97	13.0	13.0	44.6
12	77	10.3	10.3	55.0
13	98	13.2	13.2	68.1
14	82	11.0	11.0	79.2
15	75	10.1	10.1	89.2
16	58	7.8	7.8	97.0
17	15	2.0	2.0	99.1
18	6	.8	.8	99.9
20	1	.1	.1	100.0
Total	744	100.0	100.0	

## Religión de los encuestados

En la tabla 10 se observa que la mayoría de encuestados pertenecen a la Iglesia Adventista del Séptimo Día 65.3%, la segunda filiación religiosa es la Católica 17.2%, por ser una institución educativa adventista se entiende, por nuestros principios, que la mayoría pertenezca a esta religión. Existe un grupo denominado “otro” 9%, en la encuesta había esta alternativa, dando la opción de escribir a lado a qué grupo religioso pertenecía.

*Tabla 10. Religión de los encuestados.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Iglesia Adventista del Séptimo Día	486	65.3	65.3	65.3
Iglesia Católica	128	17.2	17.2	82.5
Iglesia Evangélica	63	8.5	8.5	91.0
Otro	67	9.0	9.0	100.0
Total	744	100.0	100.0	

## Tipo de familia de los encuestados

En la tabla 11 se observa que la mayoría de encuestados pertenecen a una familia nuclear 56.6%, el cual muestra que los estudiantes viven con ambos padres, el segundo grupo significativo es la porcentaje de estudiantes que pertenecen a la familia monoparental 16.4%. La familia de abuelos acogedores 1.6% y familia reconstituida 1.6%, representan el tipo de familia con menos representa a los encuestados.

*Tabla 11. Tipo de familia a la que pertenecen los encuestados.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familia nuclear (vive con ambos padres)	421	56.6	56.6	56.6
Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos)	47	6.3	6.3	62.9
Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos)	59	7.9	7.9	70.8

Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos)	12	1.6	1.6	72.4
Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos)	16	2.2	2.2	74.6
Familia monoparental (vive sólo con mamá)	122	16.4	16.4	91.0
Familia monoparental (vive sólo con papá)	12	1.6	1.6	92.6
Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro)	44	5.9	5.9	98.5
Familia reconstituida (vive con papá y madrastra)	11	1.5	1.5	100.0
Total	744	100.0	100.0	

### Calidad de Vida Respecto a la Salud de los encuestados

En la tabla 12 se observa que ambos extremos que califican la Calidad de Vida Respecto a la Salud son significativos, y no distan mucho (Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo 39.8% y Buena Calidad de Vida Respecto a la Salud 35.8%). Sin embargo, casi el 40% de los estudiantes tienen una Calidad de Vida Respecto a la Salud en alto riesgo, es decir, a nivel físico, mental, social y escolar tienen serios problemas, dicho de otra manera tienen una salud pésima, es un problema serio para un estudio posterior. Es aliciente ver también que el 35.8% de los estudiantes tienen buena salud, están creciendo de manera integral.

*Tabla 12. Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo	296	39.8	39.8	39.8
Calidad de Vida Respecto a la Salud en riesgo	182	24.5	24.5	64.2
Buena Calidad de Vida Respecto a la Salud	266	35.8	35.8	100.0
Total	744	100.0	100.0	

## Calidad de Vida Respecto a la Salud según variables sociodemográficas

En la tabla 13 se observa que la mayoría de los encuestados que presentan una Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo (pésimo) son del género femenino (45.5%), estudian en la institución educativa adventista “Alto Mayo” (41.10%), estudian en el nivel secundario (40.3%), están estudiando el 5to año de secundaria (55.6%), tienen 8 años de edad (60.9%) y pertenecen a la religión católica (44.50%). Tener un panorama general de las variables sociodemográficas nos ayuda a ver el comportamiento de la población de estudio, es decir las instituciones educativas adventistas presentan una variedad de comportamientos en las distintas variables, eso hace de la población algo único.

*Tabla 13. Calidad de Vida Respecto a la Salud según variables sociodemográficas.*

		Calidad de Vida Respecto a la Salud						Total	
		Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo		Calidad de Vida Respecto a la Salud en riesgo		Buena Calidad de Vida Respecto a la Salud			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Masculino	134	34.5%	99	25.5%	155	39.9%	388	100.0%
	Femenino	162	45.5%	83	23.3%	111	31.2%	356	100.0%
IEA	Soritor	19	57.60%	8	24.20%	6	18.20%	33	100.0%
	Alto Mayo	39	41.10%	26	27.40%	30	31.60%	95	100.0%
	Moyobamba	58	37.70%	38	24.70%	58	37.70%	154	100.0%
	Nueva Cajamarca	72	39.60%	43	23.60%	67	36.80%	182	100.0%
	José de San Martín	108	38.60%	67	23.90%	105	37.50%	280	100.0%
Nivel de estudio	Primaria	144	39.20%	85	23.20%	138	37.60%	367	100.0%
	Secundaria	152	40.30%	97	25.70%	128	34%	377	100.0%
Grado de estudio	3ro primaria	46	53.50%	16	18.60%	24	27.90%	86	100.0%
	4to primaria	49	51%	22	22.90%	25	26%	86	100.0%
	5to primaria	33	33.70%	21	21.40%	44	44.90%	98	100.0%
	6to primaria	17	19.30%	26	29.50%	45	51.10%	88	100.0%
	1ro sec	37	46.30%	16	20%	27	33.80%	80	100.0%
	2do sec	28	31.10%	30	33.30%	32	35.60%	90	100.0%
	3ro sec	25	33.80%	24	32.40%	25	33.80%	74	100.0%
	4to sec	26	37.70%	17	24.60%	26	37.70%	69	100.0%
	5to sec	35	55.60%	10	15.90%	18	28.60%	63	100.0%
Edad	8	14	60.90%	4	17.40%	5	21.70%	23	100.0%
	9	53	50%	23	21.70%	30	28.30%	106	100.0%

	10	51	48.10%	22	20.80%	33	31.10%	106	100.0%
	11	18	18.60%	29	29.90%	50	51.50%	97	100.0%
	12	28	36.40%	13	16.90%	36	46.80%	77	100.0%
	13	38	38.80%	28	28.60%	32	32.70%	98	100.0%
	14	22	26.80%	27	32.90%	33	32.70%	82	100.0%
	15	29	38.70%	22	29.30%	24	32%	75	100.0%
	16	31	53.40%	10	17.20%	17	29.30%	58	100.0%
	17	7	46.70%	4	26.70%	4	26.70%	15	100.0%
	18	4	66.70%	0	0.00%	2	33.30%	6	100.0%
	20	1	100%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.0%
Religión	IASD	192	39.50%	114	23.50%	180	37%	486	100.0%
	Ig. Católica	57	44.50%	29	22.70%	42	32.80%	128	100.0%
	Ig. Evangélica	27	42.90%	17	27%	19	30.20%	63	100.0%
	Otro	20	29.90%	22	32.80%	25	37.30%	67	100.0%

### Contrastación de hipótesis

#### Prueba de normalidad

Ho: Los datos tienen una distribución normal.

Ha: Los datos no tienen de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 14 se observa que los datos para la Calidad de Vida Respecto a la Salud tienen un valor  $p = .000$  y se cumple que  $p < \alpha$  ( $p < 0.05$ ). El resultado nos indica que se debe rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir la variable Calidad de Vida Respecto a la Salud no tiene una distribución normal.

*Tabla 14. Prueba de Normalidad para la variable Calidad de Vida Respecto a la Salud*

		Calidad de Vida Respecto a la Salud
N		744
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	1.96
	Desviación estándar	.869
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.263
	Positivo	.263
	Negativo	-.242
Estadístico de prueba		.263
Sig. asintótica (bilateral)		,000 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

#### Hipótesis general

Ho: El Tipo de Familia no está relacionado en la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Ha: El Tipo de Familia está relacionado en la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

#### Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha.

En la tabla 15 se observa que el p-valor es 0.028 que es menor a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis del investigador (Ha) y se rechaza la hipótesis nula (Ho).

Esto significa que el Tipo de Familia guarda relación significativa con la Calidad de Vida Respecto a la Salud.

También, se observa que la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tienen una Calidad de Vida Respecto a la Salud en riesgo de 22.6% y en alto riesgo de 35.4%. Por otro lado, la mayoría de la Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos) se encuentran en alto riesgo en 40.4% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos) se encuentran en alto riesgo en 47.5% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos) se encuentran en riesgo y alto en 33.3% respectivamente en cuanto a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos) se encuentran en alto riesgo en 50% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con mamá) se encuentran en alto riesgo en 49.2% correspondiente a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con papá) se encuentran en alto riesgo en 50% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con papá y madrastra) se encuentran en riesgo en 54.5% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos) se encuentran en riesgo en 47.5% correspondiente a la calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos) se encuentran en riesgo en 33.3% correspondiente a la calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos) se encuentran en alto riesgo en 50% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con mamá) se encuentran en riesgo en 49.2% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia

monoparental (vive sólo con papá) se encuentran en riesgo en 50% respecto a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro) se encuentran en riesgo en 36.4% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con papá y madrastra) se encuentran en riesgo en 54.5% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud.

*Tabla 15. Tabla cruzada de Tipo de Familia y Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental*

		Chi-cuadrado de Pearson				Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
						28,486	16	.028
		Calidad de Vida Respecto a la Salud						
Tipo de familia del estudiante	Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo		Calidad de Vida Respecto a la Salud en riesgo		Buena Calidad de Vida Respecto a la Salud		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Familia nuclear (vive con ambos padres)	149	35.4	95	22.6	177	42.0	421	100.0
Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos)	19	40.4	12	25.5	16	34.0	47	100.0
Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos)	28	47.5	15	25.4	16	27.1	59	100.0
Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos)	4	33.3	4	33.3	4	33.3	12	100.0
Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos)	8	50.0	3	18.8	5	31.3	16	100.0
Familia monoparental (vive sólo con mamá)	60	49.2	35	28.7	27	22.1	122	100.0
Familia monoparental (vive sólo con papá)	6	50.0	0	0.0	6	50.0	12	100.0
Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro)	16	36.4	15	34.1	13	29.5	44	100.0
Familia reconstituida (vive con papá y madrastra)	6	54.5	3	27.3	2	18.2	11	100.0
Total	296	39.8	182	24.5	266	35.8	744	100.0

### Hipótesis específica 1

Ho: El Tipo de Familia no está relacionado con la dimensión física de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Ha: El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión física de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula ( $H_0$ ).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ). Y, se acepta  $H_a$ .

En la tabla 16 se observa que el p-valor es 0.21 que es mayor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis del investigador ( $H_a$ ) y se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ). Esto significa que el Tipo de Familia no guarda relación significativa con la dimensión física de la Calidad de Vida Respecto a la Salud.

También, se observa que la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tienen una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física de 56.5%. Por otro lado, la mayoría de la Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 51.1%. La mayoría de la Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 44.1%. La mayoría de la Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 66.7%. La mayoría de la Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos) tiene Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 43.8%. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con mamá) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 44.3%. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con papá) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física

en 50%. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 50%.

La mayoría de la Familia reconstituida (vive con papá y madrastra) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 36.4%.

*Tabla 16. Tabla cruzada de Tipo de Familia y la dimensión física de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental*

Chi-cuadrado de Pearson									
							Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
							20,185	16	0.212
Dimensión Física									
Tipo de familia del estudiante	Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo		Calidad de Vida Respecto a la Salud en riesgo		Buena Calidad de Vida Respecto a la Salud		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Familia nuclear (vive con ambos padres)	107	25.4	76	18.1	238	56.5	421	100.0
Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos)	19	40.4	4	8.5	24	51.1	47	100.0	
Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos)	20	33.9	13	22.0	26	44.1	59	100.0	
Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos)	4	33.3	0	0.0	8	66.7	12	100.0	
Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos)	7	43.8	2	12.5	7	43.8	16	100.0	
Familia monoparental (vive sólo con mamá)	40	32.8	28	23.0	54	44.3	122	100.0	
Familia monoparental (vive sólo con papá)	5	41.7	1	8.3	6	50.0	12	100.0	
Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro)	14	31.8	8	18.2	22	50.0	44	100.0	
Familia reconstituida (vive con papá y madrastra)	4	36.4	3	27.3	4	36.4	11	100.0	
Total	220	29.6	135	18.1	389	52.3	744	100.0	

### Hipótesis específica 2

Ho: Tipo de Familia No está relacionado con la dimensión emocional de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Ha: Tipo de Familia está relacionado con la dimensión emocional de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula ( $H_0$ ).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ). Y, se acepta  $H_a$ .

En la tabla 17 se observa que el p-valor es 0.432 que es mayor a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se rechaza la hipótesis del investigador ( $H_a$ ). Esto significa que el Tipo de Familia no guarda relación significativa con la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión emocional.

También, se observa que la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tiene una Calidad de Vida Respecto a la Salud en alto riesgo de 52.3%. Por otro lado, la mayoría de la Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos) se encuentran en alto riesgo en 57.4% relacionada a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión emocional. La mayoría de la Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos) se encuentran en alto riesgo en 61% relacionada a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión emocional. La mayoría de la Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos) se encuentran en alto riesgo en 75% relacionada a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión emocional. La mayoría de la Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos) se encuentran en alto riesgo en 50% relacionada a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión emocional. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con mamá) se encuentran en alto riesgo en 66.4% relacionada a la Calidad de Vida Respecto a la



### Hipótesis específica 3

Ho: El Tipo de Familia No está relacionado con la dimensión social de Calidad de vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Ha: El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión social de Calidad de vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha.

En la tabla 18 se observa que el p-valor es 0.430 que es mayor a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis del investigador (Ha) Esto significa que el Tipo de Familia no guarda relación significativa con la dimensión social de Calidad de Vida Respecto a la Salud.

También, se observa que la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tienen una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión social de 57.7%. Por otro lado, la mayoría de la Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión social en 48.9%. La mayoría de la Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión social en 45.8%. La mayoría de la Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión social en 58.3%. La mayoría de la Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la



#### Hipótesis específica 4

Ho: El Tipo de Familia no está relacionado con la dimensión escolar de Calidad de vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Ha: El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión escolar de Calidad de vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha.

En la tabla 19 se observa que el p-valor es 0.053 que es mayor a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis del investigador (Ha). Esto significa que el Tipo de Familia no guarda relación significativa con la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar.

También, se observa que la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tienen buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar en 43%. Por otro lado, la mayoría de la Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar en 40.4%. La mayoría de la Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos) tiene alto riesgo de 50.8% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar. La mayoría de la Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos) tiene alto riesgo de 41.7% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar. La mayoría de la Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos) tiene alto riesgo

de 50% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con mamá) tiene alto riesgo de 49.2% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con papá) tiene alto riesgo de 33.3% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro) tiene alto riesgo de 50% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con papá y madrastra) tiene alto riesgo de 27.3% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar.

*Tabla 19. Tabla Cruzada de Tipo de Familia y la dimensión escolar de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental*

		Chi-cuadrado de Pearson					Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
							26,042	16	.053
		Dimensión Escolar							
Tipo de familia del estudiante	Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo		Calidad de Vida Respecto a la Salud en riesgo		Buena Calidad de Vida Respecto a la Salud		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Familia nuclear (vive con ambos padres)	153	36.3	87	20.7	181	43.0	421	100.0	
Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos)	19	40.4	9	19.1	19	40.4	47	100.0	
Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos)	30	50.8	14	23.7	15	25.4	59	100.0	
Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos)	5	41.7	2	16.7	5	41.7	12	100.0	
Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos)	8	50.0	6	37.5	2	12.5	16	100.0	
Familia monoparental (vive sólo con mamá)	60	49.2	24	19.7	38	31.1	122	100.0	
Familia monoparental (vive sólo con papá)	4	33.3	4	33.3	4	33.3	12	100.0	
Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro)	22	50.0	11	25.0	11	25.0	44	100.0	
Familia reconstituida (vive con papá y madrastra)	3	27.3	5	45.5	3	27.3	11	100.0	
Total	304	40.9	162	21.8	278	37.4	744	100.0	

### Hipótesis específica 5

Ho: El Tipo de Familia está no relacionado con la dimensión psicosocial de Calidad de vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Ha: El Tipo de Familia está relacionado con la dimensión psicosocial de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor  $p > 0.05$ , se acepta la Hipótesis Nula (Ho).

Si Valor  $p < 0.05$ , se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha.

En la tabla 20 se observa que el p-valor es 0.007 que es menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis del investigador (Ha). Esto significa que el Tipo de Familia sí guarda relación significativa con la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial.

También, se observa que la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tiene alto riesgo de 40.9% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud respecto a la dimensión psicosocial.

Por otro lado, la mayoría de la Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos) se encuentran en alto riesgo de 46.8% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial. La mayoría de la Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos) se encuentran en alto riesgo de 57.6% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial. La mayoría de la Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos) se encuentran en alto riesgo de 50% en relación a la Calidad de

Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial. La mayoría de la Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos) se encuentran en alto riesgo de 56.3% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con mamá) se encuentran en alto riesgo de 53.3% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial. La mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con papá) se encuentran en alto riesgo de 50% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro) se encuentran en alto riesgo de 47.7% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial. La mayoría de la Familia reconstituida (vive con papá y madrastra) se encuentran en alto riesgo de 63.6% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial.

Tabla 20. Tabla cruzada de Tipo de familia y la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental

		Chi-cuadrado de Pearson						Sig.	
		Valor		gl		asintótica (2 caras)			
		32,978		16		.007			
Tipo de familia del estudiante		Dimensión Psicosocial							
		Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo		Calidad de Vida Respecto a la Salud en riesgo		Buena Calidad de Vida Respecto a la Salud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Familia nuclear (vive con ambos padres)		172	40.9	83	19.7	166	39.4	421	100.0
Familia compuesta (vive con ambos padres y abuelos)		22	46.8	8	17.0	17	36.2	47	100.0
Familia extendida (vive ambos padres, abuelos, tíos, primos)		34	57.6	11	18.6	14	23.7	59	100.0
Familia de abuelos acogedores (vive con abuelos paternos)		6	50.0	3	25.0	3	25.0	12	100.0
Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos)		9	56.3	4	25.0	3	18.8	16	100.0
Familia monoparental (vive sólo con mamá)		65	53.3	31	25.4	26	21.3	122	100.0
Familia monoparental (vive sólo con papá)		6	50.0	1	8.3	5	41.7	12	100.0
Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro)		21	47.7	16	36.4	7	15.9	44	100.0
Familia reconstituida (vive con papá y madrastra)		7	63.6	2	18.2	2	18.2	11	100.0
Total		342	46.0	159	21.4	243	32.7	744	100.0

## Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el tipo de familia con la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, en el año 2017. Hallándose que sí existe una relación significativa entre el Tipo de Familia con la Calidad de Vida Respecto a la Salud. Aunque en las dimensiones del constructo Calidad de Vida Respecto a la Salud no se encuentra dicha relación, aparentemente, un panorama de la Calidad de Vida Respecto a la Salud en el estudiante muestra la relación significativa entre ambos constructo.

En el Perú se han desarrollado pocos estudios que miden la Calidad de Vida Respecto a la Salud con el instrumento PedsQL™ 4.0, sin embargo, los resultados de este estudio se asemejan a lo obtenidos por Guedes et al., (2014), en los cuales llegan a la conclusión que la Calidad de Vida Respecto a la Salud no es diferente en niños o niñas, del mismo modo, ellos hallaron que el Calidad de Vida Respecto a la Salud es diferente a medida que la edad avanza, en el presente estudio se encuentra que cuando el estudiante se encuentra en el 3er grado de primaria tiene un Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo (53.50%) y a medida que avanza los grados hasta llegar al 6to grado su Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo desciende hasta 19.30%, pero los estudiantes al ingresar al 1er grado de secundaria este constructo se incrementa a 46.30%, y al ingresar al 2do año desciende a 31.10%, sin embargo en el 3er, 4to y 5to año va gradualmente subiendo hasta llegar a 55.60% al terminar la secundaria.

Cuando se va analizando la Calidad de Vida Respecto a la Salud por lugar de estudio, se ve algo que llama la atención, en la institución educativa adventista de Soritor presente el más alto Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo

(57.60%). Soritor es un distrito político de la provincia de Moyobamba, las condiciones de salud, estilo de vida y otros son muy diferentes al de la ciudad, se podría decir que es una zona rural, la actividad principal de la zona en su mayoría es la agricultura, esos factores pueden explicar el por qué presenta un Calidad de Vida Respecto a la Salud pésimo.

Los resultados de la presente investigación se asemejan mucho a los realizados por Orgilés & Samper (2011), quién analizó la Calidad de Vida Respecto a la Salud infantil en relación con la estructura familiar, y examinar si la calidad de vida de los menores con padres divorciados difiere en función de la conflictividad interparental después del divorcio.

Los resultados muestran que existen diferencias significativas de Calidad de Vida Respecto a la Salud de niño que viven con ambos padres en contraste de los que viven sólo con uno de ellos, esta Calidad de Vida Respecto a la Salud llega a resultar peor cuando la relación entre padres, después del divorcio, es conflictiva. En nuestro estudio se encontró que los niños y adolescentes que viven con ambos padres (familia nuclear) presentan una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud (42%) partiendo de allí todos los tipos de familia restantes presentan diferentes tipos de Calidad de Vida Respecto a la Salud, por ejemplo cuando hablamos de una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud tenemos los siguiente datos: familia compuesta 34%, familia extendida 34%, familia monoparental 22.1%, familia reconstituida 29.5%.

En contraste con los tipos de familia que presenta una Calidad de Vida Respecto a la Salud de alto riesgo o pésima Calidad de Vida Respecto a la Salud tenemos los siguiente datos: familia nuclear 35.4%, familia compuesta 40.4%, familia de abuelos acogedores 33.3%, familia monoparental 49.2%, familia reconstituida 36.4%. Uno se puede dar cuenta a simple vista que vivir en una familia nuclear

provee muchos beneficios en el ámbito del funcionamiento físico, emocional, social y sobre todo escolar, ya que el instrumento elegido para este trabajo tiene una dimensión que evalúa este aspecto.

Cuando vemos la Calidad de Vida Respecto a la Salud de una manera integral y teniendo en cuenta que se ha aplicado este instrumento en una institución educativa adventista, podemos también corroborar que el tipo de familia afecta el rendimiento académico, así lo demuestra Cervini et al. (2014); Bubelva (2014), en su estudio de “Estructura familiar y rendimiento académico en países de Latinoamérica, llegando a la conclusión que los estudiantes que viven con ambos padres (familia nuclear) consiguen más altos rendimientos en matemática y lectura que el resto, aun después de examinar su nivel socioeconómico y las referencias académicas del estudiante.

En el presente estudio se halla que los niños y adolescentes que viven con ambos padres presentan una buena Salud Escolar (43%), puede haber otros factores que intervienen en este punto, como por ejemplo el hecho que ambos padres trabajen, no permite que se dedique el tiempo necesario a monitorear las actividades académicas de sus menores, pero a pesar de ello se muestra un porcentaje considerable, convirtiendo a la familia nuclear como un factor protector para tener buena Calidad de Vida Respecto a la Salud.

A diferencia de la familia monoparental, donde se presenta el porcentaje más alto de pésima salud escolar (49.2%), vivir un cuadro donde la madre es la responsable del hogar y tener que cubrir con las necesidades básicas del hogar y encima tener que pagar un pensión en una institución educativa adventista, el cual no pertenece al Estado, debe ocasionar muchos problemas al momento de monitorear a su menor, ya que es más que seguro que ese niño o adolescente, está sólo en la tarde en

su casa, sin el monitoreo de ninguna persona, se presenta este caso como un factor de riesgo para que ese estudiante presente problemas en el ámbito académico.

La Calidad de Vida Respecto a la Salud tiene relación directa con la familia, hay aspectos como el funcionamiento familiar que también son importantes, así lo muestra Suárez Soto (2013), en su estudio de Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública, en el país de Chile, él llega a la conclusión que se aprecia que los adolescentes con depresión auto reportan bajos niveles en su Calidad de Vida Respecto a la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares. Estos resultados aportan evidencia sobre la importancia de obtener un tratamiento integral, que no apunte únicamente a lo sindromático, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanto juvenil.

En esta investigación se ha concluido que el Tipo de Familia está relacionado con la Calidad de Vida Respecto a la Salud, la literatura muestra que la familia es el agente educativo por excelencia, como Asociación Educativa Adventista Nor Oriental trabaja con apoderados de diferentes religiones que tienen diferentes tipos de familia, de allí deriva la importancia de este estudio apoyado por la administración de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, sin embargo, se encuentra que a pesar de que los estudiantes vivan en una familia nuclear, la cual es un factor de protección para ese niño o adolescente, el tema del funcionamiento familiar es deficiente, entonces hay un problema serio que afecta la Calidad de Vida Respecto a la Salud, de allí la explicación del por qué en familiar nucleares hay estudiantes que poseen buena Calidad de Vida Respecto a la Salud (43.0%) y el otro grupo que posee una pésima Calidad de Vida Respecto a la Salud (36.3%). Los resultados muestran que hay otros

factores que intervienen para tener una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud,  
pero que ya vivir en un hogar con ambos padres ayuda mucho para poder brindar a los  
estudiantes una adecuada calidad de vida.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### **Conclusiones**

En la presente investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

##### ***Primera conclusión.***

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el Tipo de Familia con la Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, Tarapoto, Perú, 2017. Los resultados evidencian que el p-valor es 0.028 que es menor a 0.05 por lo que concluye que sí existe relación significativa entre las variables. Asimismo, la mayoría de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pertenecen a la familia nuclear y a la familia monoparental. De los cuales, la mayoría de los encuestados de la familia nuclear tiene riesgo de 22.6% y alto riesgo de 35.4% en cuanto a la Calidad de Vida Respecto a la Salud. Mientras que la familia monoparental, tiene alto riesgo de 49.2% en cuanto a la Calidad de Vida Respecto a la Salud.

##### ***Segunda conclusión.***

Esta investigación tuvo como **objetivo específico** determinar la relación entre el Tipo de Familia con la dimensión física de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental. Los resultados evidencian que el p-valor es 0.21 que es mayor a 0.05 por lo que concluye que no

existe relación significativa entre las variables. Asimismo, la mayoría de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pertenecen a la familia nuclear y a la familia monoparental. De los cuales, la mayoría de los encuestados de la familia nuclear tienen una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física de 56.5%. Mientras que la familia monoparental, tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión física en 44.3%.

### ***Tercera conclusión***

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el Tipo de Familia con la dimensión emocional de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental. Los resultados evidencian que el p-valor es 0.432 que es mayor a 0.05 por lo que concluye que No existe relación significativa entre las variables. Asimismo, la mayoría de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pertenecen a la familia nuclear y a la familia monoparental. De los cuales, la mayoría de los encuestados de la familia nuclear tienen una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión emocional de 52.3%. Mientras que mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con mamá) se encuentran en alto riesgo en 66.4% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión emocional.

### ***Cuarta conclusión.***

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el Tipo de Familia con la dimensión social de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental. Los resultados

evidencian que el p-valor es 0.430 que es mayor a 0.05 por lo que concluye que No existe relación significativa entre las variables. Asimismo, la mayoría de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pertenecen a la familia nuclear y a la familia monoparental. De los cuales, la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tienen una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión social de 57.7%. Mientras que mayoría de la mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con papá) tiene buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión social en 50%.

***Quinta conclusión.***

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el Tipo de Familia con la dimensión escolar de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental. Los resultados evidencian que el p-valor es 0.053 que es mayor a 0.05 por lo que concluye que no existe relación significativa entre las variables. Asimismo, la mayoría de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pertenecen a la familia nuclear y a la familia monoparental. De los cuales, la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tienen buena calidad de Vida Relacionada con la Salud en cuanto a la dimensión escolar en 43%. Mientras que mayoría de la mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con papá) tiene alto riesgo de 33.3% en relación a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión escolar.

***Sexta conclusión.***

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el Tipo de Familia con la dimensión psicosocial de Calidad de Vida Respecto a la Salud de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental. Los resultados

evidencian que el p-valor es 0.007 que es menor a 0.05 por lo que concluye que sí existe relación significativa entre las variables. Asimismo, la mayoría de los estudiantes de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental pertenecen a la familia nuclear y a la familia monoparental. De los cuales, la mayoría de los encuestados que es la familia nuclear tienen una buena Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial de 40.9%. Mientras que mayoría de mayoría de la Familia monoparental (vive sólo con papá) se encuentran en alto riesgo de 50% correspondiente a la Calidad de Vida Respecto a la Salud en cuanto a la dimensión psicosocial.

## Recomendaciones

Después de realizar la presente investigación se recomienda lo siguiente:

1. Realizar un informe a la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental sobre los resultados de la investigación sobre los Tipos de Familia y la Calidad de Vida Respecto a la Salud, a través de un informe escrito.
2. Se recomienda elaborar un programa dirigido a familias nucleares, tomando como base que la Calidad de Vida Respecto a la Salud de sus hijos está en alto riesgo, y que existen factores que están destruyendo el hogar, de todos modos se presume que el tiempo dedicado a los hijos es un factor determinante en la Calidad de Vida Respecto a la Salud.
3. Se recomienda a la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, implementar políticas claras sobre el rol de los padres en las áreas de formación de los hijos estas políticas tienen que llegar a cada padre para poder ser estudiadas, por el bienestar de la comunidad educativa, se necesita trabajar con los padres de familia de manera más cercana.
4. Se recomienda tener un plan exclusivo con los que tienen un tipo de familia monoparental, abuelos acogedores, ya que las problemáticas de este tipo de familia son diferentes a las familias nucleares, debiera existir un plan bien definido con los padres y otro programa con los estudiantes para ver las repercusiones en las áreas físicas, emocional, social y escolar.
5. Se recomienda especializar en temas de soporte familiar a los que trabajan en el departamento de Bienestar estudiantil de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, ya que son los encargados de trabajar con padres y estudiantes sobre estos asuntos en mención a mayor especialización se podrá tratar mejor los problemas de cada hogar.

6. Se recomienda a la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental establecer estrategias que prevengan las repercusiones negativas del divorcio en los estudiantes que sufren esta crisis, así como recomendaciones a los padres para que pueden tener una relación saludable con sus hijos después del divorcio, lo cual va a ayudar al niño a adaptarse a su nueva estructura familiar.
7. Queda para una investigación posterior el tema de funcionamiento familiar en los tipos de familia de la Asociación Educativa Adventista Nor Oriental, este estudio permitiría elaborar estrategias más específicas según tipos de familia y según la escala de funcionamiento familiar que se utilice en la intervenciones y otras investigaciones.
8. Se recomienda incorporar en otras investigaciones un muestreo estratificado para poder realizar comparaciones de niños y adolescentes entre diferentes poblaciones, este resultado ayudará a tener mejor luz del contexto en el que vive los menores.

## REFERENCIAS

- Alonso, J. (2000). La Medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la Investigación y la Práctica Clínica. *Gaceta Sanitaria, 14*(2), 163–167.  
[https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(00\)71450-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71450-6)
- Amiri, P., M. Ardekani, E., Jalali-Farahani, S., Hosseinpanah, F., Varni, J. W., Ghofranipour, F., ... Azizi, F. (2010). Reliability and validity of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 Generic Core Scales in adolescents. *Quality of Life Research, 19*(10), 1501–1508.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9712-7>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989*. Retrieved from <http://www.unicef.org/ecuador/convencion%285%29.pdf>
- Asociación Ministerial de la Asociación General, I. A. del S. D. (2007). *Creencias de lo Adventistas del Séptimo Día*. (ACES, Ed.) (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina.
- Barato G., S. (1985). *Familia y comunidad*. (U. S. Tomás, Ed.) (1ra edición). Bogotá, Colombia.
- Bermúdez, C., & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica*. (E. S. SA, Ed.) (1ra ed.). España.
- Bubelva, C. D. (2014). *Effects of broken marriage on primary school pupils' academic in Itala Municipality*. UNIVERSITY OF TANZANIA.
- Cabedo Manuel, S. (2003). *Hacia un concepto integral de la calidad de vida: La universidad y los mayores* (Publicación). España. Retrieved from <https://books.google.com.pe/books?id=qXqK8UUG8gUC&printsec=frontcover&dq=calidad+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiv3dKGIJjbAhVE11MKH>

eXCDIIQ6AEIKjAB#v=onepage&q=calidad de vida&f=false

Calduch- Benegas (Ed), N. (2001). *La sagrada familia en la Biblia*. (D. De Brouwer, Ed.) (1ra ed.). España.

Cervini, R., Dari, N., & Quiroz, S. (2014). Estructura familiar y rendimiento académico en países de américa latina. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 19(61), 569–597.

Chávez Zegarra, G. S. (2011). *Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2011*. Universidad Peruana Unión.

Child Trends. (2015). *World Family*.

Comité de Derechos Humanos. (2000). *Observación general N° 28 La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3)*. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (Vol. I). Retrieved from [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/SharedDocuments/1\\_Global/CCPR\\_C\\_21\\_Rev-1\\_Add-10\\_6619\\_S.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/SharedDocuments/1_Global/CCPR_C_21_Rev-1_Add-10_6619_S.pdf)

Congreso de la República del Perú. (2016). Decreto Supremo N° 003-2016 - MIMP - Plan nacional de fortalecimiento a las familias 2016 - 2021. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Retrieved from <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>

Cornejo Chavez, H. (1967). *Derecho familiar peruano*. (E. Universitaria, Ed.). Lima, Perú.

Cruz Cruz, J. (1995). *Metafísica de la familia*. (E. U. de N. SA, Ed.) (1ra edición). España.

Cuba, M., Jurado, A., Romero, Z., & Cuba, M. (2013). Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-

marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Medica Herediana*, 24(1), 12–16. Retrieved from

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

De la Cruz, K., & Gonzales, M. C. (2017). *Calidad de vida en niños y niñas que trabajan en la localidad de Huancavelica – 2017*. Universidad Nacional de Huancavelica. Retrieved from <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1108>

Dealbert., A. C. i. (2009). *Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad*. Córdoba.

Donini, A. O. (2005). *Sexualidad y familia. Crisis y desafíos frente al siglo XXI*

(Novedades). Buenos Aires, Argentina. Retrieved from

[https://books.google.com.pe/books?id=euxJN8vLQHIC&pg=PA47&dq=Familia+extendida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwip2bqn7ZfbAhXE61MKHX5VABQQ6AEIJjAA#v=onepage&q=Familia extendida&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=euxJN8vLQHIC&pg=PA47&dq=Familia+extendida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwip2bqn7ZfbAhXE61MKHX5VABQQ6AEIJjAA#v=onepage&q=Familia+extendida&f=false)

Eguiluz, L. de L. (2004). *Terapia familia*. (E. P. M.-L. C. S. SA, Ed.) (1ra ed.).

México.

Engels, F. (1946). *El origen de la familia, de la Propiedad Privada y del Estado*. (E.

Claridad, Ed.) (4ta edición). Buenos Aires, Argentina.

García Licea, F. (2009). *Procesos básicos de psicoterapia Gestalt*. (E. el M. Moderno,

Ed.) (2da edición). México.

García Martínez, A., Sáez Carreras, J., & Escarbajal de Haro, A. (2000). *Educación*

*para la salud. La apuesta por la calidad de vida* (Ediciones). Madrid, España.

Retrieved from

[https://books.google.com.pe/books?id=RR6m7eU\\_Vb8C&printsec=frontcover&dq=calidad+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwizlYGTIJjAhXR6lMKHSz](https://books.google.com.pe/books?id=RR6m7eU_Vb8C&printsec=frontcover&dq=calidad+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwizlYGTIJjAhXR6lMKHSz)

LCpQ4ChDoAQglMAA#v=onepage&q=calidad de vida&f=false

Genovés Esplugues, A. (2010). *Estudio poblacional de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dislipemia*. Universidad Miguel Hernández.

Gómez Vela, M. (2004). *Evaluación de la calidad de vida de alumnos de Educación secundaria obligatoria con necesidad educativas especiales y sin ellas*

(Ediciones). Salamanca, España. Retrieved from

[https://books.google.com.pe/books?id=G8CUjAGRo8UC&pg=PP6&dq=calidad+de+vida+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiNu-](https://books.google.com.pe/books?id=G8CUjAGRo8UC&pg=PP6&dq=calidad+de+vida+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiNu-6lnZjbAhUErVkJHVjbABgQ6AEIKjAB#v=onepage&q=calidad de vida+adolescente&f=false)

[6lnZjbAhUErVkJHVjbABgQ6AEIKjAB#v=onepage&q=calidad de vida+adolescente&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=G8CUjAGRo8UC&pg=PP6&dq=calidad+de+vida+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiNu-6lnZjbAhUErVkJHVjbABgQ6AEIKjAB#v=onepage&q=calidad de vida+adolescente&f=false)

Gonzales, A. E., Martínez, N. V., Molina, G. T., George, L. M., Sepúlveda, P. R.,

Molina, C. R., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2016). Gender differences in health-related quality of life of Chilean adolescent students. *Revista Médica de Chile*, *144*(3), 298–306. Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27299815>

Grimaldo Muchotrigo, M. P. (2012). Calidad de vida es estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima (Life quality in high school students of Lima city). *Informes Psicológicos*, *20*(1), 89–102.

Group, T. W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Grunlan, S. A., & Mayers, M. K. (1997). *Antropología cultural, una perspectiva cristiana*. (E. VIDA, Ed.) (1ra ed.). USA.

Guedes, D. P., Astudillo, H. A. V., Morales, J. M. M., Campo, Del, V. J., & Pires

Júnior, R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes

- latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 35(1), 46–52.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernandez Collado, Carlos; Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (M.-H. E. S. A. DE C.V., Ed.). México.
- Herranz Barbero, A., López de Mesa, M. R., & Azcona San Julián, C. (2015). Influence of overweight on the health-related quality of life in adolescents. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 82(3), 131–138.  
<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2014.06.004>
- Higueta-Gutiérrez, L. F., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013. *Health Related Quality of Life in Adolescent: Systematic Review 1970-2013. (English)*, 28(1), 23. Retrieved from <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=108520014&lang=es&site=eds-live>
- Higueta-Gutiérrez, L. F., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Meta-análisis de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente según el género. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 228–238.  
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a10>
- Holguín Velásquez, A. B., Jaramillo Álvarez, A. M., López Londoño, N. C., Galeano Buitrago, L. J., Higueta Gutiérrez, L. F., & Cardona Árias, J. A. (2015). Perfil de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescentes, 1970--2013:Meta-análisis. *Archivos de Medicina*, 15(52), 114–125. Retrieved from <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/319>
- Hughes, K., & Hughes, B. (2006). *Las disciplinas de una familia piadosa* (Editorial). Florida, EE. UU.

- Hullmann, S. E., Ryan, J. L., Ramsey, R. R., Chaney, J. M., & Mullins, L. L. (2011). Measures of general pediatric quality of life: Child Health Questionnaire (CHQ), DISABKIDS Chronic Generic Measure (DCGM), KINDL-R, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales, and Quality of My Life Questionnaire (QoML). *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 420–430. <https://doi.org/10.1002/acr.20637>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Día mundial de la población 2015. Perú: INEI; 2015* (Vol. 99). [https://doi.org/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf](https://doi.org/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf)
- Interamericana, A. P. (2008). *Teología Fundamentos bíblicos de nuestra fe*. (A. y G. Editores, Ed.). Colombia.
- Instituto Nacional de Estadística en Informática, (2017). *Compendio Estadístico PERÚ 2017*. Retrieved from Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
- Kanuk, L. L., & Schiffman, L. G. (2005). *Comportamiento del consumidor*. (P. H. México, Ed.). Retrieved from <https://books.google.com.pe/books?id=Wqj9hlxqW-IC&pg=PA345&dq=Familia+extendida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwip2bqn7ZfbAhXE61MKHX5VABQQ6AEIMDAC#v=onepage&q=Familia+extendida&f=false>
- Kook, S. H., & Varni, J. W. (2008). Validation of the Korean version of the pediatric quality of life inventory™ 4.0 (PedsQL™) generic core scales in school children and adolescents using the rasch model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-41>

- León Rubio, J. M., Medina Anzano, S., Barriga Jimenez, S., Ballesteros Regaña, A., & Herrera Sánchez, I. M. (2004). *Psicoogía de la salud y la calidad de vida* (Editorial). Barcelona, España. Retrieved from [https://books.google.com.pe/books?id=ZINZBQAAQBAJ&pg=PT83&dq=calidad+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiv3dKGIJbAhVE1IMKHeXCDIIQ6AEIVTAJ#v=onepage&q=calidad de vida&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=ZINZBQAAQBAJ&pg=PT83&dq=calidad+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiv3dKGIJbAhVE1IMKHeXCDIIQ6AEIVTAJ#v=onepage&q=calidad+de+vida&f=false)
- Ley N° 28044 - Ley General de Educación. (2003). Lima, Perú: 28 de julio. Retrieved from [http://www.minedu.gob.pe/p/ley\\_general\\_de\\_educacion\\_28044.pdf](http://www.minedu.gob.pe/p/ley_general_de_educacion_28044.pdf)
- López Jimenez, M., Barrera Villalpando, M., Cortés Sotres, J., Guines, M., & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar , creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34(2), 111–120.
- Maquera Maquera, E. H., & Quilla Ochochoque, Ro. P. E. (2015). *Eficacia del Programa “Adolescencia Saludable” para mejorar Estilo de Vida en estudiantes del 4to año de Educación Secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru - Juliaca 2015”*. Universidad Peruana Unión. Retrieved from [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/182/Erick\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/182/Erick_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Mayorga Muñoz, C., Godoy Bello, M. P., Riquelme Sandoval, S., Ketterer ROmero, L., & Gálvez Nieto, J. L. (2016). Relación entre Problemas de Conducta en Adolescentes y Conflicto Interparental en Familias Intactas y Monoparentales. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 107–122. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.48705>
- Mcmillan, L. (1997). *La familia triunfadora*. (A. P. Interamericana, Ed.) (1ra ed.). Colombia.

- Mercer. (2018). Quality of Living Ranking. Retrieved May 7, 2018, from <https://mobilityexchange.mercer.com/Portals/0/Content/Rankings/rankings/qol2018h147852/index.html>
- Mieles Barrera, M. D., & Tonon, G. (2015). *Calidad de vida y niñez: Perspectiva desde la investigación cualitativa* (Editorial). Santa María Colombia. Retrieved from [https://books.google.com.pe/books?id=T9BBDwAAQBAJ&pg=PA38&dq=calidad+de+vida+adolescentes&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi\\_7uSqnZjbAhVltlKkHeTHB7UQ6AEITjAI#v=onepage&q=calidad de vida adolescentes&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=T9BBDwAAQBAJ&pg=PA38&dq=calidad+de+vida+adolescentes&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi_7uSqnZjbAhVltlKkHeTHB7UQ6AEITjAI#v=onepage&q=calidad+de+vida+adolescentes&f=false)
- Ministerio de Desarrollo en Inclusión Social (MIDIS), (2015). San Martín: resultados que se sienten. Retrieved from [www.midis.gob.pe/.../5260-san-martin-incluyendo-a-mas-peruanos-al-desarrollo](http://www.midis.gob.pe/.../5260-san-martin-incluyendo-a-mas-peruanos-al-desarrollo)
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2015). *Código Civil, Decreto Legislativo N° 295* (Décimo Sex). Lima, Perú. Retrieved from <http://spij.minjus.gob.pe/notificacion/guias/CODIGO-CIVIL.pdf>
- N.B., L. de F., V.I., S., & y otros. (2010). *Ecoevaluación psicológica del contexto familiar. Aspectos teóricos y empíricos. Adaptación argentina de la escala faces III*. (Vol. 2). <https://doi.org/10.1063/1.857816>
- Nowak, M. (2005). Derechos Humanos: Manual para Parlamentarios, 200. Retrieved from [http://www.ipu.org/PDF/publications/hr\\_guide\\_sp.pdf](http://www.ipu.org/PDF/publications/hr_guide_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos* (Vol. Suplemento). Retrieved from [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Orgilés, M., & Samper, D. (2011). El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante. *Gaceta Sanitaria*, 25(6),

490–494. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.013>

Pane, S., Solans, M., Gaite, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.-D., & Rajmil, L. (2006).

*Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica.*

*Revisión sistemática de la literatura: actualización.* Barcelona.

Paulier, J. C. (2012). *Calidad de vida. Un constante aprendizaje* (Edición de).

Uruuay. Retrieved from

[https://books.google.com.pe/books?id=RnihutjcqykC&pg=PT64&dq=calidad+d+e+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwizlYGtIjAhXR6lMKHSzLCpQ4ChDoAQhTMAg#v=onepage&q=calidad de vida&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=RnihutjcqykC&pg=PT64&dq=calidad+d+e+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwizlYGtIjAhXR6lMKHSzLCpQ4ChDoAQhTMAg#v=onepage&q=calidad+de+vida&f=false)

Paz Asenjo, G. del C. (2011). *Soporte social y calidad de vida en adolescentes*

*trabajadores del distrito de San Martín de Porres.* Univesidad Mayor de San

Marcos. Retrieved from

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2736/paz\\_ag.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2736/paz_ag.pdf?sequence=1)

Peralta Andia, J. R. (n.d.). *Derecho de familia en el código civil.* (IDEMSA, Ed.) (2da edición). Lima, Perú.

Plan nacional de fortalecimiento a las familias 2016-2021. Decreto Supremo N° 003-

2016-MIMP. (2016). Lima, Perú. Retrieved from

<https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>

Plaza Santibañez, M. (2006). *Calidad de vida de los niños hemfílicos de 8 a 12 años de la región metropolitana de Santiago de Chile 2005.* Universidad de Chile.

Pliego Carrasco, F. (2013). Tipos de familia y bienestar de niños y adultos., 76.

Rage, E. (2013). *Ciclo vital de la pareja y la familia* (Plaza y Va). Retrieved from

<https://books.google.com.pe/books?id=23MVGgLaL71IC&pg=PA153&dq=Familia+extendida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwip2bqn7ZfbAhXE61MKHX5VAB>

QQ6AEINzAD#v=onepage&q=Familia extendida&f=false

Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., & Alonso, J. (2001).

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34–43.

Rengifo, L. A. G. (2009). *Diagnostico Territorial del Departamento de San Martín*.

Rodríguez-Corredor, C., & Arango-Alzate, C. M. (2013). Calidad de vida relacionada

con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los

servicios públicos domiciliarios, Comuna 3, Medellín (Colombia). *Revista*

*Gerencia Y Políticas de Salud*, 12(25), 113–132. Retrieved from

[http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=ef714780-675e-4098-ac6e-](http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=ef714780-675e-4098-ac6e-81172ae3012f%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT11ZHMtbG12ZQ%3D%3D#db=zbh&AN=95271709)

[81172ae3012f%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9ZXM-](http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=ef714780-675e-4098-ac6e-81172ae3012f%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT11ZHMtbG12ZQ%3D%3D#db=zbh&AN=95271709)

[mc210ZT11ZHMtbG12ZQ%3D%3D#db=zbh&AN=95271709](http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=ef714780-675e-4098-ac6e-81172ae3012f%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT11ZHMtbG12ZQ%3D%3D#db=zbh&AN=95271709)

Rojas, L. A. P., & Pinchi Ramírez, W. (2014). Impacto del programa “ Ventana de

Desarrollo Local ” en la calidad de vida rural en la región San Martín, Perú.

*Ciencia Y Tecnología*, 10(2), 113–128. Retrieved from

<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/viewFile/573/534>

Sánchez Nogueira, F., & Sánchez Torres, G. (2017). *Depresión y funcionalidad*

*familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de*

*menores N° 60027 y N° 6010227. San Juan Bautista. Universidad Científica del*

Perú. Retrieved from

[http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/275/SÁNCHEZ-SÁNCHEZ-](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/275/SÁNCHEZ-SÁNCHEZ-1-Trabajo-Depresión.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[1-Trabajo-Depresión.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/275/SÁNCHEZ-SÁNCHEZ-1-Trabajo-Depresión.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sauceda García, J. M., & Maldonado Durán, J. M. (2003). *La familia: su dinámica y*

*tratamiento*. (O. P. de la Salud, Ed.) (1ra ed.). Whashington DC.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 9–21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Silva Chévez, C. P. (2012). *Calidad de vida relacionada con la salud de niños, niñas y adolescentes en centros de protección especial en Nicaragua*. Universidad de Chile.
- Social Progress Imperative. (2017). *Índice De Progreso Social 2017*. (M. Porter, S. Stern, & M. Green, Eds.), *Social Progress Imperative*. Whashington DC.
- Retrieved from <http://www.incae.edu/images/descargables/CLACDS/ips2017/spi2017-informe-final2.pdf>
- Suárez Soto, E. (2013). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública*. Universidad de Chile.
- Urzúa M, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358–365. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Valdés Cuervo, Á. A., Basulto Moreno, G., & Choza Concha, El. (2009). Percepción de mujeres divorciadas acerca del divorcio. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 14(818), 23–35.
- Valdés Cuervo, Á. A., Esquivel Alcocer, L. A., & Artiles Armada, K. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familia*. (M. Moderno, Ed.) (1ra edición). México.
- Valdez Cuervo, Á. A. (2007). *Familia y desarrollo, intervenciones en terapia familiar*. (M. Moderno, Ed.) (1ra ed.). México.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Med. Hered*, (5),

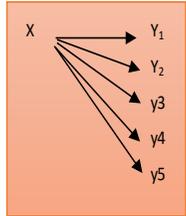
57–59.

- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., & Seid, M. (2006). The PedsQLTM 4.0 as a School Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Quality of Life Research, 15*(2), 203–215. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-1388-z>
- Varni, J. W., & Limbers, C. a. (2009). The PedsQL 4.0 Generic Core Scales Young Adult Version: feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal of Health Psychology, 14*(4), 611–622. <https://doi.org/10.1177/1359105309103580>
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). 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, 39*(8), 800–12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11468499>
- Vinaccia, S. (2005). Presentación de número monográfico. *Revista Colombiana de Psicología, 14*, 1–2.
- Wen-Sheng, T., & McDermott Jr., J. F. (1979). Triaxial Family Classification. *Revista de La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 18*(1), 22–43.
- White. (1997). *Compartiendo el amor*. (A. C. E. Sudamericana, Ed.) (1ra edición). Buenos Aires, Argentina.
- White, E. G. de. (1944). *El hogar y la salud*. (P. P. P. Association, Ed.). California.
- White, E. G. de. (1993). *Testimonios acerca de conducta sexual, adulterio y divorcio*. (Asociación Casa Editora Sudamericana, Ed.) (1ra edición). Buenos Aires, Argentina.
- White, E. G. de. (2001). *Patriarcas y profetas*. (A. C. E. Sudamericana, Ed.) (1ra edición). Buenos Aires, Argentina.

## APÉNDICE A - MATRIZ DE CONSISTENCIA

*Tabla 21. Matriz de consistencia de la investigación*

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO	MARCO CONCEPTUAL
	¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"?	Determinar la relación entre el Tipo de familia y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017	El Tipo de familia esta relacionado con la Calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017	Tipo correlacional. Diseño: Transeccional correlacional 	TIPO DE FAMILIA Clasificación de los tipos de familia
	<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	
	¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión física de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"?	Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión física de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017	El Tipo de Familia esta relacionado con la dimensión física de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017.	Población: Estudiantes de la ASEANOR	
"Tipo de familia y calidad de vida respecto de la salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"	¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión emocional de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"?	Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión emocional de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017	El Tipo de Familia esta relacionado con la dimensión emocional de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017.		<b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD</b> Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular (Burke, 2001)
	¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión social de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"?	Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión social de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017	El Tipo de Familia esta relacionado con la dimensión social de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017.	Muestra: aleatorio, probabilístico estratificado	
	¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión escolar de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"?	Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión escolar de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017	El Tipo de Familia esta relacionado con la dimensión escolar de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017.		
	¿Cuál es la relación entre el Tipo de Familia y la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"?	Determinar la relación entre el Tipo de familia y la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017	El Tipo de Familia esta relacionado con la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017.	Estadístico: Chi cuadrado de Pearson	

APÉNDICE B - MATRIZ INSTRUMENTAL

Tabla 22. Matriz instrumental de la investigación

MATRIZ INSTRUMENTAL									
TÍTULO	VARIABLES	DIMENSIONES		ÍTEM N°	DEFINICIÓN INSTRUMENTAL (PARA LA OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES)	VALORACION	FUENTES DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS	
"Tipo de familia y calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de la "ASEANOR", Tarapoto, Perú, 2017"	Demográficas	Género			Género	Masculino, Femenino	Información general	Elaborada por el autor	
		Institución Educativa Adventista			Colegio al cual pertenecen los estudiantes	1. Soritor, 2. Alto Mayo, 3. Moyobamba, 4. Nueva Cajamarca y 5. José de San Martín			
		Nivel de estudio			Marque el grado de estudio que ha llegado	Ninguno, primaria, secundaria, técnico, universitario			
		Edad			Rellenar				
		Religión			Religión que profesa	Adventista, católico, evangélico, ninguna, otro			
	Tipo de familia	Familia nuclear		FN	Vive con ambos padres	Marca X			
		Familia compuesta		FC	Viven ambos padres y abuelos	Marca X			
		Familia extensa		FE	Vive con ambos padres, tíos, abuelos	Marca X			
		Familia abuelos acogedores		FAA1	Vive con los abuelos paternos	Marca X			
				FAA2	Vive con los abuelos maternos	Marca X			
		Familia monoparental		FMP1	Sólo vive con mamá	Marca X			
				FMP2	Sólo vive con papá	Marca X			
	Familia reconstituida		FR1	Vive con su mamá y padrastro	Marca X				
			FR2	Vive con su papá y madrastra	Marca X				
	Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	Salud física (SF)	Funcionamiento físico (FF)	FF1	1	Me cuesta caminar más de una cuadra	0 si ello nunca es un problema 1 si ello casi nunca es un problema 2 si ello a veces es un problema 3 si ello casi siempre es un problema 4 si ello siempre es un problema	The PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales	Encuesta
				FF2	2	Me cuesta correr			
				FF3	3	Me cuesta participar en actividades deportivas o hacer ejercicios			
				FF4	4	Me cuesta levantar algo pesado			
				FF5	5	Me cuesta bañarme solo/a			
				FF6	6	Me cuesta ayudar con las tareas de la casa			
				FF7	7	Tengo dolores o molestias			
				FF8	8	Tengo poca energía			
		Salud psicosocial (SPS)	Funcionamiento emocional (FE)	FE4	1	Siento miedo o susto			
				FE5	2	Me siento triste o apenado			
				FE6	3	Me siento enojado			
				FE7	4	Tengo problemas para dormir			
				FE8	5	Me preocupa lo que me sucederá en el futuro			
Funcionamiento social (FS)			FS1	1	Tengo problemas para llevarme bien con otros niños				
			FS2	2	Otros niños no quieren ser mis amigos				
			FS3	3	Otros niños me molestan o se ríen de mí				
			FS4	4	Me cuesta hacer las cosas que otros niños de mi edad hacen				
			FS5	5	Al jugar con otros niños, me cuesta mantener su ritmo				
Funcionamiento escolar (FEs)			FEs1	1	Me cuesta poner atención en clases				
			FEs2	2	Se me olvidan las cosas				
	FEs3	3	Me cuesta estar al día con mis tareas escolares						
	FEs4	4	Falto al colegio porque no me siento bien						
	FEs5	5	Falto al colegio por ir al hospital o al doctor						

## APÉNDICE C - INSTRUMENTO

### CUESTIONARIO SOBRE TIPO DE FAMILIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

#### I. INTRODUCCIÓN

Estimado estudiante/apoderado, agradezco por anticipado la información veraz que ustedes van a brindar. Los datos que proporcionen se usará para el desarrollo de una tesis denominado: "Tipo de familia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en lo estudiantes de la ASEANOR". La encuesta es de carácter anónimo y los datos se usarán sólo para dicho fin. Agradezco de antemano tus respuestas correctas, sinceras y con veracidad.

La encuesta tiene dos partes una es de información general y la segunda es la encuesta PedsQL.

Marca con una (X) la respuesta que mejor concuerde con tu realidad. Y completa en los espacios la información solicitada.

**II. INFORMACION GENERAL** Completa en los espacios la información solicitada.

1. Género: Masculino ( )<sup>1</sup> Femenino ( )<sup>2</sup>

2. IEA: \_\_\_\_\_

3. Nivel de estudio: Ninguno ( )<sup>1</sup> Primaria ( )<sup>2</sup>  
Secundaria ( )<sup>3</sup> Técnico ( )<sup>4</sup>  
Universidad ( )<sup>5</sup>

4. Edad: \_\_\_\_\_

5. Religión: Adventista ( )<sup>1</sup> Católico ( )<sup>2</sup>  
Evangélico ( )<sup>3</sup> Otro ( )<sup>4</sup> mencione \_\_\_\_\_

6. Tipo de familia:

( )<sup>1</sup> Familia nuclear (viven ambos padres)

( )<sup>2</sup> Familia compuesta (viven ambos padres y abuelos)

( )<sup>3</sup> Familia extendida (viven ambos padres, tíos, abuelos)

( )<sup>4</sup> Familia abuelos acogedores (vive con abuelos paternos)

( )<sup>5</sup> Familia abuelos acogedores (vive con abuelos maternos)

( )<sup>6</sup> Familia monoparental (vive sólo con mamá)

( )<sup>7</sup> Familia monoparental (vive sólo con papá)

( )<sup>8</sup> Familia reconstituida (vive con mamá y padrastro)

( )<sup>9</sup> Familia reconstituida (vive con papá y madrastra)

ID# \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Inventario de Calidad de Vida Pediátrica

Versión 4.0 – Español para Chile

### INFORME DEL NIÑO

#### INSTRUCCIONES

En la siguiente página hay una lista de cosas que podrían ser un problema para ti. Por favor, cuéntanos en qué medida cada una de ellas han sido para ti un problema durante **el mes pasado**, encerrando tu preferencia con un círculo:

- 0 si ello **nunca** es un problema
- 1 si ello **casi nunca** es un problema
- 2 si ello **a veces** es un problema
- 3 si ello **casi siempre** es un problema
- 4 si ello **siempre** es un problema

No hay respuestas buenas o malas.

Si no entiendes alguna pregunta, por favor pide ayuda

Hasta el **mes pasado**, en qué medida has tenido problemas con...

<b>MI SALUD Y ACTIVIDADES (PROBLEMAS CON...)</b>		<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1.	Me cuesta caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2.	Me cuesta correr	0	1	2	3	4
3.	Me cuesta participar en actividades deportivas o hacer ejercicios	0	1	2	3	4
4.	Me cuesta levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5.	Me cuesta bañarme solo/a	0	1	2	3	4
6.	Me cuesta ayudar con las tareas de la casa	0	1	2	3	4
7.	Tengo dolores o molestias	0	1	2	3	4
8.	Tengo poca energía	0	1	2	3	4

<b>MIS SENTIMIENTOS (PROBLEMAS CON...)</b>		<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1.	Siento miedo o susto	0	1	2	3	4
2.	Me siento triste o apenado	0	1	2	3	4
3.	Me siento enojado	0	1	2	3	4
4.	Tengo problemas para dormir	0	1	2	3	4
5.	Me preocupa lo que me sucederá en el futuro	0	1	2	3	4

<b>CÓMO ME LLEVO CON OTROS NIÑOS (PROBLEMAS CON...)</b>		<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1.	Tengo problemas para llevarme bien con otros niños	0	1	2	3	4
2.	Otros niños no quieren ser mis amigos	0	1	2	3	4
3.	Otros niños me molestan o se ríen de mí	0	1	2	3	4
4.	Me cuesta hacer las cosas que otros niños de mi edad hacen	0	1	2	3	4
5.	Al jugar con otros niños, me cuesta mantener su ritmo	0	1	2	3	4

<b>EN LA ESCUELA (PROBLEMAS CON...)</b>		<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1.	Me cuesta poner atención en clases	0	1	2	3	4
2.	Se me olvidan las cosas	0	1	2	3	4
3.	Me cuesta estar al día con mis tareas escolares	0	1	2	3	4
4.	Falto al colegio porque no me siento bien	0	1	2	3	4
5.	Falto al colegio por ir a hospital o al doctor	0	1	2	3	4

ID# \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Inventario de Calidad de Vida Pediátrica

Versión 4.0 – Español para Chile

### INFORME DE LOS PADRES RESPECTO A SU NIÑO

#### INSTRUCCIONES

En la siguiente página hay una lista de cosas que podrían ser un problema para **su niño**.

Por favor díganos en qué medida cada una de ellas ha sido un problema para **su niño** durante el mes pasado, encerrando su preferencia con un círculo:

- 0 si ello **nunca** es un problema
- 1 si ello **casi nunca** es un problema
- 2 si ello **a veces** es un problema
- 3 si ello **casi siempre** es un problema
- 4 si ello **siempre** es un problema

No hay respuestas buenas o malas.

Si no entiendes alguna pregunta, por favor pide ayuda

Hasta el **mes pasado**, en qué medida **su niño** ha tenido problemas con...

FUNCIONAMIENTO FÍSICO (PROBLEMAS CON...)		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	Caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2.	Correr	0	1	2	3	4
3.	Participar en actividades deportivas o hacer ejercicios	0	1	2	3	4
4.	Levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5.	Bañarse o ducharse solo/a	0	1	2	3	4
6.	Ayudar con las tareas de la casa	0	1	2	3	4
7.	Sentir dolores o molestias	0	1	2	3	4
8.	Sentirse con poca energía	0	1	2	3	4

FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL (PROBLEMAS CON...)		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	Sentir miedo o susto	0	1	2	3	4
2.	Sentirse triste o apenado	0	1	2	3	4
3.	Sentirse enojado	0	1	2	3	4
4.	Problemas para dormir	0	1	2	3	4
5.	Preocupado/a por lo que me sucederá en el futuro	0	1	2	3	4

FUNCIONAMIENTO SOCIAL (PROBLEMAS CON...)		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	Llevarse bien con otros niños	0	1	2	3	4
2.	Sentir que otros niños no deseaban ser sus amigos	0	1	2	3	4
3.	Sentir que otros niños se burlan de él/ella	0	1	2	3	4
4.	No poder hacer cosas que otros niños de su edad pueden hacer	0	1	2	3	4
5.	Al jugar con otros niños, mantiene el ritmo del juego	0	1	2	3	4

FUNCIONAMIENTO EN LA ESCUELA (PROBLEMAS CON...)		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	Poner atención en clases	0	1	2	3	4
2.	Olvidar cosas	0	1	2	3	4
3.	Mantenerse al día con las tareas escolares	0	1	2	3	4
4.	Faltar al colegio porque se siente mal	0	1	2	3	4
5.	Faltar al colegio por ir al doctor o al hospital	0	1	2	3	4

