



Métricas de salud de la población

Hogar Acerca De Artículos Colecciones Directrices Para El Envío

Enviar manuscrito

Descargar PDF

Descargar ePub

Investigación | [Acceso abierto](#) | [Publicado:21 febrero 2015](#)

Estructura familiar y múltiples dominios del bienestar infantil en los Estados Unidos: un estudio transversal

[patrick m krueger](#) , [Douglas P. Jutte](#), [Luisa Franzini](#), [Irma Elo](#) y [marca d hayward](#)

[Métricas de salud de la población](#) **13**, Número de artículo: 6 (2015)

10k Accesos | **34** citas | **19** Altmetric | [Métrica](#)

Abstracto

Fondo

Examinamos la asociación entre la estructura familiar y la utilización de la atención médica de los

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

[Despedir](#)

estudiadas pero cada vez más comunes, incluidas las familias monoparentales y cinco estructuras familiares diferentes que incluyen a los abuelos.

Métodos

Nuestros datos sobre los niños estadounidenses desde el nacimiento hasta los 17 años (N no ponderado = 198 864) provienen de las oleadas de 1997–2013 de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud, una muestra de hogares representativa a nivel nacional y disponible públicamente. Examinamos 17 resultados en nueve estructuras familiares, que incluyen parejas casadas, parejas que cohabitan, familias de madres solteras y padres solteros, con y sin abuelos, y familias salteadas que incluyen hijos y abuelos pero no padres. Las medidas del SES incluyen el ingreso familiar, la propiedad de la vivienda y el empleo y la educación de los padres o abuelos (dependiendo de quién esté en el hogar).

Resultados

En comparación con los niños que viven con parejas casadas, los niños de familias de madres solteras, madres solteras extensas y familias de parejas que cohabitan tienen un promedio de resultados más pobres, pero los niños de familias de padres solteros a veces tienen mejores resultados de salud. La

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

Conclusiones

Todas las estructuras familiares de parejas no casadas están asociadas con algunos resultados adversos entre los niños, pero el grado de desventaja varía según las estructuras familiares. Los esfuerzos para comprender y mejorar el bienestar infantil pueden ser más efectivos si reconocen la creciente diversidad en los arreglos de vivienda de los niños.

 [Informes de revisión por pares](#)

Fondo

Los niños de los Estados Unidos viven cada vez más en una variedad diversa de estructuras familiares. Entre 1970 y 2013, la proporción de niños que vivían con dos padres casados cayó (en un 24 %), mientras que la proporción que vivía con madres solteras se duplicó (al 23,7 % en 2013), la proporción que vivía con padres solteros casi se cuadruplicó (al 4,1 % en 2013), y la proporción que vive con los abuelos se ha duplicado (al 6,2 % en 2013) [[1](#)]. Los arreglos de vivienda de los niños se han relacionado con su estimulación intelectual, el progreso en la escuela, el acceso a la atención médica, las hospitalizaciones y los comportamientos poco saludables [[2](#) - [8](#)], así como resultados de salud que incluyen asma, migrañas, infecciones del oído, alergias, obesidad y

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

Avanzamos en la investigación de tres maneras.

Primero, nos enfocamos en las estructuras familiares que están poco estudiadas pero que son cada vez más comunes en los EE. UU., incluido el padre soltero, la cohabitación, extendida (que incluye al menos un padre y al menos un abuelo) y generación salteada (incluidos niños y abuelos, pero no padres) familias.

Las parejas casadas son relaciones legalmente reconocidas que promedian un estatus

socioeconómico (SES) más alto y un mayor acceso a la atención médica que otras estructuras familiares [

[11](#)]. Los niños de familias de madres solteras promedian peores resultados escolares, de

comportamiento y de salud que los niños de familias de parejas casadas [[3](#) , [6](#) , [10](#)]. La investigación

limitada sobre familias monoparentales está marcada por resultados inconsistentes. Algunos estudios

encuentran pocas diferencias entre familias de madres solteras y padres solteros, pero otros

muestran que los niños en familias de padres solteros tienen una salud equivalente o incluso superior a los

que viven en familias de parejas casadas [[9](#) , [12](#)]. Los

niños de familias que cohabitan promedian peores resultados en salud y educación que los niños en

familias de parejas casadas, porque los padres que son violentos o no tienen un empleo estable tienen

más probabilidades de cohabitar que de casarse, y

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

Escasa investigación examina el bienestar entre los niños que viven con los abuelos. Los abuelos que se unen a parejas casadas, padres solteros o familias que cohabitan pueden complementar el tiempo de los padres para supervisar a los niños o contribuir con dinero al hogar [16]. Pero los abuelos que tienen mala salud o que tienen pocos recursos económicos pueden quitarles dinero y apoyo social a los niños [17]. Los abuelos que son los principales cuidadores de sus nietos porque los padres están ausentes (p. ej., encarcelados, incapacitados por drogas o alcohol) podrían tener pocos recursos y habilidades de crianza obsoletas [18 - 21].

En segundo lugar, brindamos una descripción general amplia de la relación entre la estructura familiar y el bienestar de los niños al examinar múltiples resultados en cuatro dominios: barreras para la atención médica, utilización de la atención médica, salud y educación y resultados cognitivos. La mala salud y el rendimiento escolar de los niños tienen consecuencias para la salud y los ingresos a lo largo de su vida [22 , 23]. Las barreras a la atención médica y la utilización ineficiente de la atención médica pueden señalar la presencia de necesidades no satisfechas de atención médica, limitar el tratamiento eficaz de las afecciones médicas y

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

En tercer lugar, examinamos si cuatro medidas de SES explican las disparidades de la estructura familiar en los resultados de los niños, dado el SES más bajo en las familias de parejas no casadas [[18](#) , [24](#)]. Nos enfocamos en los ingresos familiares [[25](#) , [26](#)], la participación de padres y abuelos en la fuerza laboral remunerada y los niveles de educación [[26](#) , [27](#)] y la propiedad de la vivienda, una forma clave de riqueza para muchas familias [[28](#) , [29](#)].

Métodos

Usamos datos disponibles públicamente de las oleadas de 1997–2013 de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS, por sus siglas en inglés), una encuesta amplia, transversal y basada en hogares que realiza entrevistas cara a cara con una muestra representativa de los EE. UU. no institucionalizados. población [[30](#)]. El NHIS tiene una tasa de respuesta del 90% para los hogares elegibles. A partir de 1997, el NHIS selecciona un niño al azar desde el nacimiento hasta los 17 años (N no ponderado = 198.844) de cada hogar sobre el que recopila elementos sobre salud, atención médica y resultados cognitivos y escolares. Debido a que algunas variables de resultado no se incluyen en algunas oleadas o solo son significativas para niños de edades específicas (como se indica a continuación), los tamaños de muestra son algo más pequeños para algunos

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

Examinamos las variables de resultado en cuatro dominios. Cuatro variables indican *barreras para la atención de la salud*. La primera variable es la suma de cinco ítems dicotómicos que indican las razones para retrasar la atención médica del niño: no poder comunicarse con el consultorio del médico por teléfono, no poder obtener una cita lo suficientemente pronto, la espera para ver al médico es demasiado larga, incapaz de llegar al consultorio del médico cuando estaban abiertos, y incapaz de encontrar transporte al consultorio del médico. Tres variables son dicotómicas e indican si el niño tiene un lugar habitual para recibir atención médica de rutina, diferente a la sala de emergencias (SU); si el niño no recibió un medicamento recetado en los últimos 12 meses debido al costo; y si los niños de 2 a 17 años no recibieron atención dental en los últimos 12 meses debido al costo.

Dos variables evalúan *la utilización de la atención médica*. Un ítem dicotómico indica si un niño no ha recibido un chequeo de niño sano en los últimos 12 meses. Un elemento ordinal indica la cantidad de veces que un niño ha estado en la sala de emergencias en el último año: ninguna, una vez, dos o tres veces, cuatro a nueve veces, 10 a 12 veces o 13 o más veces.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

alimentarse por sí mismo o que requería educación especial o servicios de intervención temprana; tuvo un resfriado en las dos semanas anteriores a la entrevista (solo disponible de 1998 a 2011); tuvo tres o más infecciones de oído en el último año; tenía una condición para la cual él o ella tomaba regularmente medicamentos recetados durante al menos tres meses; o ha tenido anemia en el último año. Un elemento ordinal indica la presencia y la gravedad del asma: nunca diagnosticado con asma, alguna vez diagnosticado con asma pero sin ataques de asma en los últimos 12 meses, alguna vez diagnosticado con asma y tuvo un ataque de asma en los últimos 12 meses, y alguna vez le diagnosticaron asma y tuvo un ataque de asma en los últimos 12 meses que resultó en atención de emergencia. El asma más grave se correlaciona con haber tomado medicamentos recetados durante los últimos tres meses (correlación policórica = 0,56), pero estos elementos ofrecen información diferente sobre la salud de los niños. Una variable ordinal final indica la evaluación del cuidador principal de la salud global del niño con categorías que incluyen mala (=4), regular, buena, muy buena o excelente (=0).

Tres elementos capturan *los resultados escolares y cognitivos* de los niños de 6 a 17 años. El número de

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

tiene trastorno por déficit de atención/trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD/ADHD).

La estructura familiar se mide categóricamente como: pareja casada (referente), pareja que cohabita, madre soltera, padre soltero, pareja casada ampliada (incluyendo padres casados y al menos un abuelo), pareja cohabitante ampliada, madre soltera ampliada, padre soltero ampliado y omitida generación (incluyendo al menos un abuelo pero sin padres). Excluimos el 0,002% de los niños que no viven con los abuelos o los padres porque el NHIS proporciona poca información sobre esas estructuras familiares. El NHIS no distingue entre hijos adoptivos, adoptivos o biológicos.

Todos los modelos se ajustan a las características demográficas de los niños. La edad se mide en años individuales y varía de 0 a 17. Incluimos la edad al cuadrado para capturar asociaciones no lineales entre la edad y cada resultado. El sexo es dicotómico. La raza/origen étnico informado por el cuidador es categórico: blanco no hispano (referente), negro no hispano, mexicanoamericano, otro hispano u otro no hispano. Una variable ficticia indica si el niño nació en los EE. UU. o en otro lugar. El año de la encuesta se mide continuamente y varía de 0 (en 1997) a 17 (en

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

indican si los niños nacieron con muy bajo peso al nacer (<1500 gramos), bajo peso al nacer (1500 a 2499 gramos) o peso adecuado al nacer (≥ 2500 gramos). El recuerdo del cuidador del peso de los niños al nacer es imperfecto, pero sigue siendo predictivo de los resultados de salud de los niños hasta los 17 años.[31](#), [32](#)]. Los modelos para los resultados cognitivos y de salud también se ajustan si los niños se hicieron un chequeo en el último año porque los chequeos a los que no se han hecho pueden dar lugar a un subdiagnóstico de esos resultados.

Nuestros modelos completos se ajustan al SES familiar. Los ingresos familiares se informaron en categorías que variaron entre los años de la encuesta. Para aproximar una variable continua, tomamos el punto medio de cada intervalo cerrado, estimamos un valor mediano para el intervalo abierto y convertimos todos los valores a dólares de 2012. Ajustamos el poder adquisitivo para familias de diferentes tamaños dividiendo el ingreso familiar por el tamaño de la familia elevado a la potencia de 0,38, y tomamos el logaritmo para tener en cuenta los rendimientos decrecientes de la salud a medida que aumenta el ingreso [[26](#), [33](#)]. El nivel educativo del padre o abuelo con mayor nivel educativo, dependiendo de

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

educación entre los cuidadores no mejoran el ajuste del modelo. También incluimos la proporción de cuidadores en el hogar que están empleados. Un ítem dicotómico indica si la familia es propietaria o está comprando su casa, o si está alquilando.

Análisis

Usamos la regresión binomial negativa para predecir los resultados del conteo (es decir, la cantidad de razones para retrasar la atención médica, los días escolares perdidos), la regresión logística ordenada para modelar los resultados ordenados (es decir, las visitas a la sala de emergencias en los últimos 12 meses, la gravedad del asma, la salud global).), y regresión logística para modelar los resultados binarios restantes [34 , 35]. Los modelos binomiales negativos explican la dispersión excesiva de nuestras variables de conteo (es decir, sus varianzas son mayores que sus medias). La regresión logística ordenada proporciona una razón de probabilidades única para cada predictor que resume las probabilidades acumuladas de tener valores más altos en los resultados ordinales. Reportamos coeficientes exponenciados: razones de probabilidad para modelos logísticos y logísticos ordenados y razones de tasas de incidencia para modelos binomiales negativos.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

faltante. La imputación múltiple se basa en suposiciones más plausibles que la eliminación por lista, especialmente cuando se incluyen numerosas variables en el modelo de imputación [36 - 38]. Nuestro modelo de imputación incluye más de 60 variables, incluidos elementos en los que los encuestados indican si sus ingresos están por encima o por debajo de \$20 000 y por encima o por debajo de \$50 000, elementos que faltan con mucha menos frecuencia que la medida de ingresos más detallada utilizada en nuestros análisis. Todos los análisis tienen en cuenta el diseño estratificado y agrupado del NHIS e incorporan pesos de muestra para garantizar que nuestros resultados sean representativos de los niños estadounidenses desde el nacimiento hasta los 17 años, entre 1997 y 2013.

Resultados

La Tabla 1 presenta medias y porcentajes de nuestras variables.

Tabla 1 Medias y porcentajes de las variables de estudio, niños desde el nacimiento hasta los 17 años, Estados Unidos, 1997-2013

Obstáculos para la atención de la salud y la utilización

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

que cohabitan, madres solteras, generaciones saltadas y la mayoría de las familias extensas retrasan el cuidado por 1,19 a 1,78 veces más razones que los niños en familias de parejas casadas, pero los niños en familias monoparentales y monoparentales extendidas no retrasan el cuidado por más razones. En comparación con los niños en familias de parejas casadas, los niños en todas las demás estructuras familiares tienen menos probabilidades de tener un lugar de rutina para el cuidado, y los niños en todas las demás estructuras familiares, excepto las familias con generaciones saltadas, tienen mayores probabilidades de renunciar a los medicamentos recetados y la atención dental debido al costo.

Tabla 2 Coeficientes exponenciales para los resultados de atención médica, niños desde el nacimiento hasta los 17 años, Estados Unidos, 1997–2013

El Panel B muestra que las disparidades en la estructura familiar persisten cuando se ajusta por SES. Los niños en familias de parejas que cohabitan y parejas casadas extendidas siguen siendo más propensos a experimentar las cuatro barreras para el cuidado que los niños en familias de parejas casadas,

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

exponenciales en el Panel B se atenúan (es decir, más cerca de 1) en comparación con los del Panel A. De hecho, los niños en familias con generaciones saltadas no son diferentes a los de familias de parejas casadas en el número de razones por retrasar la atención o el acceso a un lugar de rutina para la atención, y tienen menos probabilidades de renunciar a la atención dental o a los medicamentos recetados debido al costo. Además, los niños de familias de madres solteras tienen un 23 % más de probabilidades de tener un lugar de rutina para el cuidado, y los niños de familias de padres solteros tienen un 16 % menos de razones para retrasar el cuidado que los niños de familias de parejas casadas.

En términos de utilización de la atención médica, los hijos únicos de familias monoparentales tienen mayores probabilidades de no someterse a un chequeo de niño sano que los hijos de familias casadas, después de ajustar por SES, y los hijos de familias de madres solteras, madres solteras extensas y familias con generaciones salteadas tienen menores probabilidades de renunciar a un chequeo. Pero los niños de todas las familias de parejas no casadas, excepto las familias monoparentales, tienen mayores probabilidades de ir a la sala de emergencias más veces.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

demográficas y todos los resultados, excepto los días de ausencia escolar, si los niños se hicieron un chequeo en el último año. En comparación con los niños de familias de parejas casadas, los niños de todas las demás estructuras familiares tienen mayores probabilidades de tener una peor salud global.

Tabla 3 Coeficientes exponenciales para salud, educación y resultados cognitivos, niños desde el nacimiento hasta los 17 años, Estados Unidos, 1997–2013

De los resultados de salud restantes, los niños en familias de madres solteras y madres solteras extendidas tienen mayores probabilidades de los siete, los niños en familias de parejas que cohabitan tienen mayores probabilidades de seis, los niños en familias con generaciones saltadas tienen mayores probabilidades de cinco, los niños que viven en parejas casadas extendidas las familias tienen probabilidades más altas de cuatro, los niños en familias extendidas de un solo padre tienen probabilidades más altas de dos, y los niños en familias cohabitantes extendidas tienen probabilidades más altas de uno, en comparación con

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

comparación con los niños de familias de parejas casadas.

Los resultados de la escolaridad y los resultados cognitivos muestran que los niños en edad escolar de familias que cohabitan, madres solteras, parejas casadas extensas, madres solteras extensas y familias de generaciones omitidas pierden de 1,23 a 1,59 veces más días de escuela por año que los niños de familias de parejas casadas. Vivir en una familia de pareja no casada se asocia con mayores probabilidades de tener una discapacidad de aprendizaje o ADD/ADHD.

El Panel B muestra que, después de ajustar por SES, las estructuras familiares de parejas no casadas siguen asociadas con una peor salud global, excepto para los niños de familias de madres solteras que no son diferentes de los niños de familias de parejas casadas, y los niños de familias de padres solteros que tienen 15% menos probabilidades de estar en peor estado de salud. Las disparidades en la estructura familiar en otros resultados persisten pero se atenúan. En particular, cuando se ajusta por SES, los niños en parejas casadas extendidas, parejas que cohabitan extendidas y familias monoparentales extendidas no están en desventaja en ninguno de los siete resultados de salud restantes, y los niños en

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

Avanzamos en la investigación al examinar nueve estructuras familiares que reflejan los diversos arreglos de vida de los niños a principios del siglo [XXI 1]. Encontramos disparidades importantes en la estructura familiar en múltiples dominios del bienestar infantil. En general, los niños de familias de parejas no casadas obtienen peores resultados que los niños de familias de parejas casadas.

Sin embargo, tras un examen más detenido, los niños no se encuentran en la misma desventaja en todas las estructuras familiares. En primer lugar, de acuerdo con investigaciones previas [3 , 6 , 10 , 21], las familias de madres solteras y extensas de madres solteras obtienen peores resultados que los niños en familias de parejas casadas en casi todos los resultados examinados. Las madres solteras son generalmente más jóvenes, carecen del beneficio de un segundo padre y tienen menos apoyo social que los cuidadores en otras estructuras familiares [3 , 6 , 10]. En segundo lugar, el estado civil de los padres es importante. Los niños en parejas que cohabitan tienen peores resultados que los niños en familias de parejas casadas, incluso después de ajustar por SES, tal vez porque esas uniones a menudo surgen de la selección de padres menos capaces para la cohabitación y carecen del reconocimiento legal del

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

en esas uniones [6 , 13 - 15]. En tercer lugar, la presencia de los abuelos en familias extendidas no mitiga los resultados negativos entre los niños que viven en familias monoparentales o que cohabitan. Quizás debido a que los abuelos enfermizos o penosos alejan el apoyo social o económico de los nietos de los nietos [2 , 18], encontramos que los niños que viven en familias de parejas casadas extendidas tienen peores resultados que los niños que viven en familias de parejas casadas.

En cuarto lugar, los hijos de familias monoparentales y, en menor medida, de familias monoparentales ampliadas suelen tener menos desventajas que los hijos de familias monoparentales o monoparentales, respectivamente. Después de ajustar por SES, los niños de familias monoparentales tienen menos probabilidades de una peor salud global, se beneficiaron de otros seis resultados de salud y faltaron menos días a la escuela que los niños de familias de parejas casadas. La salud relativamente ventajosa de los niños en familias monoparentales puede reflejar diferencias en la forma en que las madres y los padres informan los resultados de los niños [39]. O bien, las madres solteras y los padres solteros pueden diferir en su conocimiento sobre la salud de sus hijos; en comparación con los hijos de

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

diferentes maneras: los padres solteros generalmente son mayores y es más probable que hayan estado casados anteriormente que las madres solteras, factores que pueden estar asociados con mejores resultados para los niños. Se necesita investigación adicional para comprender las asociaciones variables entre las familias monoparentales y los resultados de los niños informados en nuestros análisis y en estudios anteriores [[9](#) , [12](#) , [14](#)].

Finalmente, los niños de familias con generaciones salteadas tienen peor salud, educación y resultados cognitivos que los niños de familias de parejas casadas, incluso después de ajustar por SES. Los abuelos pueden ser los cuidadores de último recurso cuando ambos padres están ausentes [[18](#) - [21](#)]. Pero los modelos ajustados por SES muestran que los niños de familias con generaciones omitidas tienen una ventaja relativa en dos de las barreras a los resultados de la atención y en ambas variables de utilización de la atención médica.

En general, el NSE atenúa la asociación entre la estructura familiar y el bienestar de los niños. Para cada resultado examinado, la relación entre la estructura familiar y el bienestar de los niños se debilitó, a veces se explicó por completo y, en

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

La investigación futura podría explorar otros posibles mediadores y factores de confusión de la asociación entre la estructura familiar y el bienestar de los niños.

Limitaciones

Cuatro limitaciones de nuestro estudio merecen mención. Primero, todas nuestras variables de resultado fueron informadas por los cuidadores, aunque la investigación sugiere que los informes de los cuidadores sobre la salud de los niños son válidos [31 , 32 , 40]. En segundo lugar, nuestros datos son transversales y no pueden demostrar asociaciones causales entre la estructura familiar y los resultados de los niños. Sin embargo, nuestros resultados describen grupos de niños que pueden merecer atención adicional en el ámbito de la atención de la salud y la escuela. En tercer lugar, nuestros datos no ofrecen información sobre las interacciones de los niños con los padres no residentes [12]. Finalmente, aunque nuestros datos incluyen múltiples medidas de nivel socioeconómico, nuestros datos no incluyen medidas del valor de los activos o el estado ocupacional de los cuidadores. Las medidas adicionales de SES pueden explicar aún más las disparidades de la estructura familiar en los resultados de los niños.

Conclusión

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

persistir a lo largo de sus vidas [[22](#) , [41](#)]. La creciente diversidad en las estructuras familiares de los Estados Unidos sugiere la necesidad de comprender mejor las asociaciones entre el bienestar de los niños y sus contextos familiares.

abreviaturas

SES:

Estatus socioeconómico

Referencias

1. Tendencias infantiles. Estructura familiar: indicadores sobre niñez y juventud. Banco de datos de tendencias infantiles 2014: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2014/2007/2059_Family_Structure.pdf .
2. Mollborn S, Fomby P, Dennis J. ¿Quién es importante para el desarrollo temprano de los niños? raza/etnicidad y estructuras familiares extendidas en los Estados Unidos. *Niño Indicadores Res.* 2011;4:389–411.
3. Dunifon R, Kowaleski-Jones L. La influencia de los abuelos en las familias monoparentales. *J*

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

5. Gorman BK, Braverman J. Diferencias de estructura familiar en la utilización de la atención médica entre los niños estadounidenses. *Ciencias Sociales Med.* 2008;67:1766–75.

6. Marrón SL, Rinelli LN. Estructura familiar, procesos familiares y tabaquismo y bebida en adolescentes. *J Res Adolesc.* 2010;20:259–73.

7. Jutte DP, Brownell M, Roos NP, Schippers C, Boyce T, Syme SL. Repensar lo que es importante: predictores biológicos versus sociales de la salud infantil y los resultados educativos. *Epidemiología.* 2010;31:314–23.

8. Wen M. Estructura familiar y salud y comportamiento de los niños: datos de la Encuesta nacional de familias estadounidenses de 1999. *Problemas de la familia J.* 2008;2008(29):1492–519.

9. Victorino CC, Gauthier AH. Los determinantes sociales de la salud infantil: variaciones en los resultados de salud: un análisis transversal basado en la población. *BMC Pediatría*

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

socioeconómicos y ambientales. *Eur J Publ Salud*. 2012; doi:10.1093/eurpub/cks1062

-
11. Espera LJ. Matrimonio y Familia. En: Poston DL, Micklin M, editores. *Manual de Población*. Nueva York: Springer; 2006. pág. 87–108.

 12. Stewart SD, Menning CL. Estructura familiar, participación del padre no residente y patrones alimentarios de los adolescentes. *J Salud del Adolescente*. 2009;45:193–201.

 13. Kenney CT, McLanahan SS. ¿Por qué las relaciones de convivencia son más violentas que los matrimonios? *Demografía*. 2006;43:127–40.

 14. DeLeire T, Kalil A. Las cosas buenas vienen de tres en tres: estructura familiar monoparental multigeneracional y ajuste adolescente. *Demografía*. 2002;39:393–413.

 15. Zoil-Guest KM. La bolsa de la compra de un padre soltero: decisiones de compra en familias monoparentales. *Problemas de la familia J*. 2009;30:605–22.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

16. Mutchler JE, Baker LA. Las implicaciones de la co-residencia de los abuelos para las dificultades económicas entre los niños en familias de solo madre. *Problemas de la familia J.* 2009;30:1576–97.

17. Fuller-Thomson E, Minkler M. Abuelos estadounidenses que brindan cuidado infantil extensivo a sus nietos: prevalencia y perfil. *gerontólogo.* 2001;41:201–9.

18. BrandonPD. Recibo de asistencia social entre los niños que viven con los abuelos. *Popul Res Pol Rev.* 2005;24:411–29.

19. Roe KM, Minkler M, Saunders F, Thomson GE. Salud de las abuelas que crían a los hijos de la epidemia de crack de cocaína. *Atención Médica.* 1996;34:1072–84.

20. Geller A, Garfinkel I, Western B. Encarcelamiento paterno y apoyo a niños en familias frágiles. *Demografía.* 2011;48:25–47.

21. Monserud MA, élder GH. Estructura del hogar y

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

infantil en el logro socioeconómico. *J Health Soc Behav.* 2006;47:339–54.

23. Hayward MD, Gorman BK. El largo brazo de la infancia: la influencia de las condiciones sociales de la vida temprana en la mortalidad de los hombres. *Demografía.* 2004; 41: 87–107.

24. McLanahan SS, Percheski C. Estructura familiar y reproducción de desigualdades. *Annu Rev. Sociol.* 2008;34:257–76.

25. Nuru-Jeter AM, Sarsour K, Jutte DP, Boyce WT. Predictores socioeconómicos de la salud y el desarrollo en la infancia media: variaciones según la medida del estatus socioeconómico y la raza. *Cuestiones Compr Pediatr Nurs.* 2010;33:59–81.

26. Krueger PM, Burgard SA. Trabajo, ocupación, renta y mortalidad. En: Rogers RG, Crimmins EM, editores. *Manual Internacional de Mortalidad de Adultos.* Nueva York: Springer; 2011. pág. 263–88.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

28. Conley D. Ser negro, vivir en rojo: raza, riqueza y política social en Estados Unidos. 2^a ed. Berkeley, CA: Prensa de la Universidad de California; 2009.
-
29. Bond Huie SA, Krueger PM, Rogers RG, Hummer RA. Riqueza, raza y mortalidad. *Soc Sci Q.* 2003;84:667–84.
-
30. Botman SL, Moore TF, Moriarity CL, Parsons VL. Diseño y estimación de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud, 1995–2004. Centro Nacional de Estadísticas de Salud: Estadísticas Vitales y de Salud. 2000;2(130):1–31.
-
31. Boulet SL, Schieve LA, Boyle CA. Peso al nacer y resultados de salud y desarrollo en niños estadounidenses, 1997–2005. *Matern Child Health J.* 2009;15:836–44.
-
32. McCormick MC, Brooks-Gunn J. Estado de salud infantil concurrente y recuerdo materno de eventos en la infancia. *Pediatría.* 1999; 104: 1176–81.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

33. Rogers RG, Hummer RA, Nam C. Vivir y morir en los EE. UU.: diferenciales de comportamiento, salud y sociales de la mortalidad adulta. Nueva York, NY: Académico; 2000.

34. Powers DA, Zie Y. Métodos estadísticos para el análisis de datos categóricos. Nueva York, Nueva York: Prensa Académica; 1999.

35. Stata Corp. Software estadístico Stata: versión 11.0. College Station, Texas: Stata Press; 2009.

36. Rubin DB. Múltiples imputaciones por la falta de respuesta en las encuestas. Nueva York: Wiley; 1987.

37. Schafer JL, Graham JW. Datos faltantes: nuestra visión del estado del arte. Métodos Psicológicos. 2002;7:147-77.

38. Royston PM. Imputación múltiple de valores faltantes: actualización adicional de ice, con énfasis en variables categóricas. Stata J. 2009;9:466-77.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

Psiquiatría infantil Hum Dev. 2008;39(4):339–413.

40. Monette S, Séguin L, Gauvin L, Nikiéma B. Validación de una medida de percepción materna del estado de salud del niño. *Desarrollo de la salud del cuidado infantil* 2007;33:472–81.

41. Montez JK, Hayward MD. Condiciones de vida temprana y mortalidad de vida posterior. En: Rogers RG, Crimmins EM, editores. *Manual Internacional de Mortalidad de Adultos*. Nueva York: Springer; 2011.

Expresiones de gratitud

Agradecemos los comentarios de Paula Fomby, el apoyo a la investigación del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (subsidio NICHD R03 HD057507 a Krueger) y el apoyo administrativo del Centro de Investigación de Población de la Universidad de Texas (subsidio NICHD R24 HD42849) y el Programa de Población de la Universidad de Colorado (subsidio NICHD R21 HD051146). Los Institutos Nacionales de Salud no participaron en el diseño del estudio; la recopilación, análisis e interpretación de datos; la redacción del

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

**Departamento de Salud y Ciencias del
Comportamiento, Campus Box 188, PO Box
173364, Denver, CO, 80217-3364, EE. UU.**
Patricio Krueger

**Escuela de Salud Pública, Universidad de
California, Berkeley, EE. UU.**
Douglas P Jutte

**Universidad de Maryland, Facultad de Salud
Pública, College Park, Maryland, EE. UU.**
luisa franzini

**Departamento de Sociología, Universidad de
Pensilvania, Filadelfia, PA, EE. UU.**
irma elo

**Departamento de Sociología, Universidad de
Texas, Texas, EE. UU.**
marca d hayward

Autor correspondiente

Correspondencia a [Patrick M Krueger](#) .

Información adicional

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses
contrapuestos.

Contribuciones de los autores

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

sustanciales al manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Derechos y permisos

Este artículo se publica bajo licencia de BioMed Central Ltd. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de atribución de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), que permite el uso, distribución, y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite debidamente la obra original. La exención de dedicación de dominio público de Creative Commons (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) se aplica a los datos disponibles en este artículo, a menos que se indique lo contrario.

[Reimpresiones y permisos](#)

Acerca de este artículo

Citar este artículo

Krueger, PM, Jutte, DP, Franzini, L. *et al.* Estructura familiar y múltiples dominios del bienestar infantil en los Estados Unidos: un estudio transversal. *Métricas de Salud Popul* **13**, 6 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12963-015-0038-0>

Recibió

Aceptado

Publicado

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

Acceso a la atención de la salud

Utilización de la atención de la salud

Salud

Escuela

Monoparental

Abuelo



Métricas de salud de la población

ISSN: 1478-7954

Contáctenos

Consultas de envío: camille.lumabas@springernature.com

Consultas generales: info@biomedcentral.com

[Leer más en nuestros blogs](#)

[Políticas](#)

[Soporte y Contacto](#)

[Recibir boletines de BMC](#)

[Accesibilidad](#)

[Deja un comentario](#)

[Administrar alertas de artículos](#)

[centro de Prensa](#)

[Carreras](#)

[Edición de idiomas para autores](#)

[Edición científica para autores](#)

Seguir BMC



Al utilizar este sitio web, usted acepta nuestros [Términos y condiciones](#), [la Declaración de privacidad de California](#), [la Declaración de privacidad](#) y la Política [de cookies](#). [Gestionar cookies/No vender mis datos](#) que utilizamos en el centro de preferencias.

Este sitio web establece solo cookies que son necesarias para su funcionamiento. Se utilizan para habilitar la funcionalidad principal, como la seguridad, la gestión de la red y la accesibilidad. Estas cookies no se pueden desactivar en nuestros sistemas. Puede deshabilitarlos cambiando la configuración de su navegador, pero esto puede afectar el funcionamiento del sitio web. Consulte nuestra política de privacidad para obtener más detalles sobre cómo procesamos su información.

