



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES

RESIDENTES EN UN ASENTAMIENTO HUMANO DE ANCON 2025

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Pantoja Ramos, Diego

Asesor:

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

ORCID: 0009-0008-4636-4834

Jurado:

Soldán, Oblitas Carlos Enrique

Huarag Reyes, Raúl Abel

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima - Perú

2025



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES RESIDENTES EN UN ASENTAMIENTO HUMANO DE ANCON 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	16%	3%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	Fuente de Internet	3%
2	repositorio.ucv.edu.pe	Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unfv.edu.pe	Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	Trabajo del estudiante	1%
5	1library.co	Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uladech.edu.pe	Fuente de Internet	1%
7	www.researchgate.net	Fuente de Internet	1%
8	pesquisa.bvsalud.org	Fuente de Internet	<1%
9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	Trabajo del estudiante	<1%
10	journal.sipsych.org	Fuente de Internet	<1%
11	www.coursehero.com	Fuente de Internet	



FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES

RESIDENTES EN UN ASENTAMIENTO HUMANO DE ANCON 2025

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Pantoja Ramos, Diego

Asesor:

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

ORCID: 0009-0008-4636-4834

Jurados:

Paz Soldán, Oblitas Carlos Enrique

Huarag Reyes, Raúl Abel

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima– Perú

2025

Dedicatoria

A mi padre, cuyo esfuerzo y sacrificio han sido la base de mis logros. Gracias por enseñarme con tu ejemplo que la perseverancia y el amor por el conocimiento son el verdadero legado. "El mejor regalo que un padre puede dar a sus hijos es creer en ellos."

Dedico también este trabajo a todas las personas que han vivido y a quienes partieron luchando contra los trastornos mentales. Que su valentía no sea olvidada y que su historia inspire a seguir construyendo un mundo con más comprensión, empatía y apoyo.

Agradecimiento

Primero, agradezco a Dios, fuente de fortaleza y guía en cada paso de mi vida. Su luz me ha acompañado en los momentos de incertidumbre y me ha dado la perseverancia para alcanzar esta meta. A mi padre, por su amor incondicional, su apoyo inquebrantable y por ser siempre mi mayor inspiración.

Expreso mi más sincero agradecimiento al Dr. López Gabriel Wilfredo Gerardo, mi asesor, por su orientación, paciencia y valiosos consejos, que han sido fundamentales en la realización de esta tesis. Del mismo modo, extendiendo mi gratitud al Dr. Washington y a la Dra. Miriam Castro, asesores externos, por su dedicación, aportes y compromiso en este proceso académico.

Finalmente, mi reconocimiento especial a la población del Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón, quienes con su disposición y colaboración hicieron posible la ejecución de esta investigación. Gracias por abrirme sus puertas y compartir sus experiencias, permitiéndome contribuir con mi trabajo a la comunidad.

INDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Descripción y Formulación del Problema	10
1.2. Antecedentes	14
1.3. Objetivos	25
1.3.1. Objetivo General	25
1.3.2. Objetivos Específicos	25
1.4. Justificación	25
1.5. Hipótesis	27
II. MARCO TEORICO	29
2.1. Bases Teóricas sobre Adolescencia	29
2.1.1. Adolescencia	29
2.1.2. Fases de la Adolescencia	30
2.2. Bases teóricas sobre Familia	38
2.2.1. La Familia	38
2.2.2. La familia en la adolescencia	39
2.2.3. Funcionalidad Familiar	40
2.3. Bases teóricas sobre Trastornos Mentales	43
2.3.1. Trastornos Mentales	43
2.3.2. Trastorno de Ansiedad	43
2.3.3. Trastorno Depresivo	45
2.3.4. Trastorno Esquizofrénico y Trastornos Psicóticos Relacionados	48
2.3.5. Trastorno por adicción a los videojuegos	49
2.3.6. Trastorno por uso de Sustancias	50
2.3.7. Trastorno por Consumo de Alcohol	52

	5
2.3.8. Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	53
III. METODOS	54
3.1. Tipo de investigación	54
3.2. Ámbito temporal y espacial	54
3.3. Variables	54
3.4. Población y muestra	54
3.5. Instrumentos	55
3.6. Procedimientos	59
3.7. Análisis de datos	59
3.8. Consideraciones éticas	60
IV. RESULTADOS	62
4.1. Descripción de las Características Sociodemográficas	62
4.2. Descripción de Nivel de Funcionalidad Familiar	67
4.3. Descripción de Trastornos Mentales	68
4.4. Análisis de Asociación de Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales	68
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	76
VI. CONCLUSIONES	85
VII. RECOMENDACIONES	87
VIII. REFERENCIAS	89
IX. ANEXOS	108
Anexo A. Matriz de consistencia	108
Anexo B. Operacionalización de Variables	113
Anexo C. Instrumentos de recolección de datos	120
Anexo D: Carta de Invitación	126
Anexo E: Consentimiento Informado	128
Anexo E: Asentimiento Informado	129

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 <i>Frecuencia de la Variable Sexo</i>	62
Tabla 2 <i>Frecuencia del Tipo de Adolescencia</i>	62
Tabla 3 <i>Frecuencia de Nivel de Instrucción</i>	64
Tabla 4 <i>Frecuencia de Tipo de Colegio</i>	65
Tabla 5 <i>Frecuencia de Tipo de Familia</i>	66
Tabla 6 <i>Descripción de Nivel de Funcionalidad Familiar</i>	67
Tabla 7 <i>Frecuencia de Trastornos Mentales</i>	68
Tabla 8 <i>Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Depresión</i>	68
Tabla 9 <i>Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Ansiedad</i>	70
Tabla 10 <i>Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Trastorno Psicótico</i>	71
Tabla 11 <i>Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Adicción a Videojuegos</i>	73
Tabla 12 <i>Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Alcoholismo</i>	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la Variable Sexo.....	62
Figura 2 Distribución del Tipo de Adolescencia	63
Figura 3 Distribución de Nivel de Instrucción.....	64
Figura 4 Distribución de Tipo de Colegio	65
Figura 5 Distribución de Tipo de Familia.....	66
Figura 6 Distribución de Nivel de Funcionalidad.....	67
Figura 7 Distribución de Funcionalidad Familiar según Depresión	69
Figura 8 Distribución de Funcionalidad Familiar según Ansiedad	71
Figura 9 Distribución de Funcionalidad Familiar según Trastorno Psicótico	72
Figura 10 Distribución de Funcionalidad Familiar según Adicción a Videojuegos.....	73
Figura 11 Distribución de Funcionalidad Familiar según Alcoholismo.....	75

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025. **Método:** El estudio utilizó un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y descriptivo correlacional. Para lo cual, se contó con la participación de 105 participantes que cumplieron los criterios de inclusión; a los cuales se le aplicó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para la variable funcionalidad familiar y el Cuestionario de Autoinforme (SRQ) para trastornos mentales. **Resultados:** El 43.8% (46) son la edad de Adolescencia Media (14-16); el 52.4% (55) son de sexo Masculino; el 63.8% (67) son de colegios públicos; el 33.3% (35) son de familias nucleares, seguida de monoparental (28.6%) y extendida (23.8%); el 59.0% (62) presentan una Funcionalidad familiar de Rango Medio, seguida de extrema disfuncional (24.8%); el 36.2% (38) presentan alta probabilidad de depresión, seguido de ansiedad (28.6%), psicosis (18.1%), adicción a videojuegos (18.1%) y alcoholismo (15.2%). Presenta una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y los trastornos de depresión ($p < .001$) y ansiedad ($p = 0.003$). Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y los trastornos psicóticos, adicción a videojuegos y alcoholismo, ya que el valor de p fue mayor a 0.05, de acuerdo con la prueba exacta de Fisher. **Conclusiones:** Existe una relación parcial entre Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Palabras clave: funcionalidad familiar, trastornos mentales, adolescentes

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between Family Functionality and Mental Disorders in adolescents residing in a Human Settlement in Ancón in 2025. **Method:** The study used a quantitative approach with a non-experimental, cross-sectional, and descriptive-correlational design. A total of 105 participants who met the inclusion criteria were included. The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) was applied to assess family functionality, while the Self-Reporting Questionnaire (SRQ) was used to evaluate mental disorders. **Results:** 43.8% (46) were in Middle Adolescence (ages 14-16); 52.4% (55) were male; 63.8% (67) attended public schools; 33.3% (35) came from nuclear families, followed by single-parent (28.6%) and extended families (23.8%). 59.0% (62) exhibited a Moderate Family Functionality, followed by Extreme Dysfunctionality (24.8%). 36.2% (38) showed a high probability of depression, followed by anxiety (28.6%), psychosis (18.1%), video game addiction (18.1%), and alcoholism (15.2%). A statistically significant association was found between family functionality and depression ($p < .001$) as well as anxiety ($p = 0.003$). However, no significant association was found between family functionality and psychotic disorders, video game addiction, or alcoholism, as the p-value was greater than 0.05 according to Fisher's exact test. **Conclusions:** There is a partial relationship between Family Functionality and Mental Disorders in adolescents residing in a Human Settlement in Ancón.

Keywords: family functionality, mental disorders, adolescents

I.INTRODUCCIÓN

La familia juega un papel fundamental para el crecimiento y desarrollo individual de cada integrante de la familia para poder enfrentar la inestabilidad familiar, emocional, mental y la salud. Así mismo, la familia es la unidad del equilibrio, que permite generar una identidad, personalidad, costumbres, roles, valores y reglas, contribuyendo en su funcionalidad.

Una familia se define como "un grupo de personas que comparten una forma de vida social y económica común, están organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.), tienen vínculos emocionales que los unen y pueden o no estar emparentados por sangre" (Malpartida, 2020).

Durante el ciclo de la vida de una persona, las etapas más prioritarias donde la estabilidad familiar es importante son durante la niñez y la adolescencia, porque una alteración de ello, puede causar grandes consecuencias.

Por ello, esta investigación estudió la funcionalidad familiar y su relación con los trastornos psiquiátricos en los adolescentes. Esta investigación constó de cinco capítulos: el Capítulo I proporcionó información sobre la metodología, descripción y formulación del problema, objetivos, justificación, importancia y limitaciones. El marco teórico se presentó en el Capítulo II. En el Capítulo III se expusieron los elementos metodológicos del estudio, incluyendo el tipo de investigación, variables demográficas, muestra e instrumentos utilizados, seguido del proceso y análisis de datos. Los resultados de la investigación se presentaron en el Capítulo IV. La discusión e interpretación de los resultados de la investigación se abordaron en su totalidad en el Capítulo V. Luego, se expusieron las conclusiones y sugerencias, seguidas de los anexos y referencias.

1.1. Descripción y Formulación del Problema

La adolescencia es un momento esencial para establecer las bases para una salud óptima y una fase distinta del desarrollo humano. Crecen rápidamente en términos de su desarrollo

físico, mental y social. Esto afecta sus pensamientos, sentimientos, toma de decisiones e interacciones con su entorno.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) sobre salud mental en los adolescentes menciona:

Se estima que uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de enfermedad mental. La carga mundial de morbilidad y muerte de adolescentes es del 15% debido a estos trastornos. Entre las principales causas de enfermedad y deterioro en los adolescentes se encuentran los problemas de conducta, la ansiedad y la depresión. La tercera causa principal de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años es el suicidio. Los trastornos de salud mental no tratados en los adolescentes tienen efectos duraderos en los adultos, perjudicando el bienestar físico y mental y disminuyendo la probabilidad de que tengan una vida satisfactoria en el futuro.

En América Latina, según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2022) reveló durante el Seminario Internacional sobre salud mental adolescente:

Que 16 millones de adolescentes entre 10 y 19 años en América Latina y el Caribe (aproximadamente entre el 14% y el 16% del total) padecen enfermedades mentales. La ansiedad y la depresión representan el 47,7% de los casos, seguidas de cerca por los trastornos de conducta (18,2%) y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (26,7%). En menor porcentaje se encuentran el trastorno bipolar (5,3%) y otros trastornos (9,7%).

En 2019, los tres países América Latina y el Caribe con mayor número de adolescentes y jóvenes que sufrían trastornos mentales eran Haití, Guyana y Brasil, todos ellos con una tasa superior al 17%, estando el Perú en el puesto 19 con una tasa de 14.9 % (Statista, 2024).

A nivel Nacional, según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2021) “los adolescentes de 12 a 17 años, el 29,6% tiene riesgo de sufrir un problema de salud mental o emocional”.

Un total de 1.007.470 casos de trastornos mentales y del comportamiento fueron atendidos en los establecimientos de salud del Minsa en todo el país entre enero y julio de 2024. Las afecciones más comunes atendidas fueron ansiedad (245.950), depresión (146.737), trastornos emocionales en niños y adolescentes (146.115). y síndrome de abuso (138.670), entre otros. Mientras que en 2022 se atendieron 1.632.750 casos y 6.911.159 personas, en 2023 se atendieron 1.842.821 casos y 8.872.636 personas (MINSA, 2024).

A nivel local, según los estudios epidemiológicos de salud mental en Lima Metropolitana de acuerdo al estudio de Alvarez et al. (2022) afirma lo siguiente:

La prevalencia de presentar algún problema de salud mental en niñas, niños y adolescentes en Lima y Callao varía entre, 20,3%, 18,7% y 14,7% en los grupos de edad 1,5 - 5 años, 6 -10 años y 11 - 17 años respectivamente. La investigación ha identificado que durante la pandemia el 60,3% de niños de 6 a 11 años, el 44 .4% en edades de 1.5 a 5 años y el 59,3% de adolescentes han sido víctimas de conductas de maltrato físico por parte de sus cuidadores. Asimismo, fueron violentados psicológicamente el 40.7% de adolescentes, el 34% de niños de 6 a 11 años y el 25% en menores de 1.5 a 5 años. Entre los problemas clínicos la depresión es más frecuente en el 31.5% de adolescentes, y el miedo a separarse de una figura de apego predomina en el 42.40 % de niños de 6 a 11 años y el 25% en menores de 1.5 a 5 años. Entre los problemas clínicos la depresión es más frecuente en el 31.5% de adolescentes, y el miedo a separarse de una figura de apego predomina en el 42.40 % de niños de 6 a 11 años de edad.

En Ancón, solo se dispone de datos de 2021 sobre el número total de niños y adolescentes de 3 a 17 años que fueron examinados para detectar problemas mentales y de comportamiento. Con un 63,2% de la población tamizada, el distrito de Carabayllo tuvo la tasa más alta de tamizaje, seguido de Ancón con un 60,01% (MINSA, 2022).

1.1.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025?

1.1.2. Problema Específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

¿Cuáles son los niveles de funcionalidad familiar en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

¿Cuáles son los Trastornos Mentales más prevalentes en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Zhang et al., (2024), en China. Realizo un estudio con el propósito del estudio fue analizar el estado actual de la salud mental en adolescentes, así como explorar el papel mediador de la victimización por bullying y la resiliencia en la relación entre el funcionamiento familiar y la salud mental. Este estudio formó parte de la Red de Salud Mental de Estudiantes, un proyecto realizado en una importante ciudad del centro de China en enero de 2023. Se empleó un muestreo por conveniencia para seleccionar a 5345 estudiantes de cuatro escuelas secundarias en una ciudad de primer nivel de dicha región, quienes participaron en una encuesta mediante cuestionario. Los resultados indicaron que el funcionamiento familiar está estrechamente relacionado con la salud mental de los adolescentes, y que tanto la victimización por bullying como la resiliencia ejercen efectos mediadores, tanto de forma independiente como en secuencia, sobre esta relación. El análisis de grupos múltiples mostró que el papel mediador de la resiliencia fue particularmente relevante en los adolescentes varones. Además, los efectos mediadores en secuencia de la victimización por bullying y la resiliencia solo se observaron en la relación entre el funcionamiento familiar y la salud mental en los adolescentes varones.

Guerrero et al. (2020), en Corea, determinó la conexión entre la depresión y el funcionamiento familiar, realicé un estudio. En la revisión sistemática y el metanálisis se incluyeron estudios transversales, de cohortes y de casos y controles, que utilizaron herramientas validadas como la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III y el APGAR familiar (Adaptabilidad, Asociación, Crecimiento, Afecto y Resolución). Además de una búsqueda de literatura inédita desde la fundación de las bases de datos hasta la actualidad, se creó una estrategia de búsqueda en las bases de datos MEDLINE, Embase, Central y LILACS. Se eligieron diez estudios para síntesis cualitativa y cuatro para metanálisis

de los 1.519 encontrados. Según los hallazgos, hubo correlación entre depresión y disfunción familiar con un OR (IC 95%) de 3,72 (2,70 a 5,12) y un I2 de 24%. Esto sugiere que la depresión y las familias disfuncionales están fuertemente correlacionadas.

Mallik (2021) realizó un estudio en Bangladesh, para determinar la prevalencia de problemas psiquiátricos previstos en niños y adolescentes antes y durante el encierro. Se utilizó el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades validado para padres en bengalí para evaluar la psicopatología de los participantes. Se incluyó en la muestra un total de 552 personas de entre 4 y 17 años. En los resultados, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico predictivo antes del confinamiento fue del 20,5 % y dentro del confinamiento fue del 39,7 % y la diferencia fue altamente significativa. La prevalencia de trastornos emocionales, de conducta e hiperactividad también aumentó significativamente durante el período de cierre que antes. El trastorno de conducta y la hiperactividad eran más frecuentes entre los niños tanto antes como durante el encierro. Por el contrario, la prevalencia de trastornos emocionales fue mayor entre las niñas antes del confinamiento, pero durante el período de confinamiento, la prevalencia entre niños y niñas fue casi la misma.

Waite (2020) llevó a cabo un estudio en el Reino Unido con el propósito de analizar la evolución de los síntomas de salud mental en niños y adolescentes a lo largo de un mes de confinamiento total, impuesto como medida ante la pandemia. La encuesta examinó los cambios en los síntomas emocionales, los problemas de conducta y la hiperactividad/falta de atención. Los hallazgos destacaron deterioros particulares en los síntomas de salud mental entre los niños preadolescentes, lo que se tradujo en un aumento del 10 % en aquellos que cumplían con los criterios, un aumento del 20 % en la hiperactividad/falta de atención y un aumento del 35 % en los problemas de conducta. Por el contrario, los cambios entre los adolescentes fueron menores (aumento del 4 % y 8 % en hiperactividad/falta de atención y problemas de conducta, respectivamente) con una pequeña reducción en los síntomas emocionales (lo que refleja una

reducción del 3 % en la casuística). En general, hubo pocas diferencias en el cambio de los síntomas o casos a lo largo del tiempo según las características demográficas, pero los niños y jóvenes en hogares de bajos ingresos y aquellos con necesidades educativas especiales y/o trastornos del neurodesarrollo exhibieron síntomas elevados (y casos) en ambos momentos.

Arias et al. (2021) realizaron un estudio en Cuba, con el objetivo de identificar enfermedades psiquiátricas en adolescentes durante la crisis epidemiológica del COVID-19. Entre mayo y octubre de 2020 se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional en un consultorio de un médico de familia adscrito al Policlínico “Jimmy Hirtzel” del municipio de Bayamo. La muestra estuvo compuesta por 113 adolescentes y entre las características examinadas se encontraban el estrés, la ansiedad y la depresión. Según los hallazgos, el estado de ansiedad fue alto en el 46,90% de los casos y medio en el 18,58% de los casos, mientras que los niveles de estrés por encima del umbral estaban presentes en el 38,93% de los adolescentes. Además, el 27,43% de los sujetos experimentó ansiedad como estado. Se determinó que durante la emergencia sanitaria del COVID-19, la mayoría de los adolescentes sufrieron niveles importantes de estrés, ansiedad y depresión.

Rojas et al. (2022), Colombia. El objetivo fue examinar las relaciones entre el funcionamiento familiar, los intentos de suicidio y el riesgo para la salud mental. Técnicas: Utilizando como herramientas de medición el cuestionario de autoinforme, la escala de evaluación del riesgo de suicidio y el APGAR familiar, se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional con adolescentes del último año de secundaria. Para analizar los datos se utilizó el método de inteligencia artificial Gower Clustering. Se determinó que los tres instrumentos fueron completados por 246 adolescentes en total, lo que permitió identificar correlaciones pertinentes y crear una estrategia de intervención basada en los resultados. De los sujetos, el 28% tenía malestar psicológico, el 85% tenía síntomas psicóticos y el 9% tenía un consumo problemático de alcohol. El 34% de los encuestados afirmó que sus familias

funcionaban bien, mientras que el 66% mostraba signos de algún tipo de desorden. El setenta y cuatro por ciento tenía un riesgo bajo de suicidio, el veinticuatro por ciento tenía un riesgo medio y el dos por ciento tenía un riesgo alto. Además, el 15% de los que respondieron mostraron una fuerte asociación. Se concluyó que el grado de funcionalidad familiar parece estar asociado con la probabilidad de deterioro de la salud mental y suicidio durante el período de la pandemia, lo que destaca la importancia de este factor para la salud mental de los adolescentes.

Caguana y Tobar (2022), en Ecuador. El estudio tuvo como objetivo Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en adolescentes. La investigación incluyó a 141 adolescentes de entre 14 y 17 años, con una edad promedio de 14.9 años. Para analizar la primera variable, se utilizó el Cuestionario FF-SIL, mientras que para la segunda variable se empleó la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los hallazgos indican que el 44.0% de los adolescentes perciben a su familia como moderadamente funcional, y el 48.9% presentan niveles leves de ansiedad. Asimismo, se observó que la ansiedad no varía significativamente según el sexo. En conclusión, se encontró que una percepción adecuada de la funcionalidad familiar está relacionada con los niveles de ansiedad en los adolescentes.

Serna et al. (2020), en Colombia. El propósito del estudio es examinar la relación entre la depresión y el funcionamiento familiar en adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, Quindío. Materiales y métodos: Participaron 240 adolescentes, hombres y mujeres, con edades entre 15 y 19 años, inscritos en instituciones educativas de dicho municipio, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos, se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck, el APGAR familiar de Smilkstein y una encuesta diseñada para recopilar información sociodemográfica, familiar y de salud. Hallazgos: el 45,8% de los sujetos presentó algún nivel de depresión, mientras que el 46,3% presentó disfunción familiar. Además, se encontró que la disfunción familiar menor o grave se asociaba

de forma estadísticamente significativa con la depresión moderada o grave ($p < 0,001$). Además, la depresión se relacionó con malas relaciones familiares, conflictos familiares y antecedentes personales o familiares de conducta suicida. Conclusiones: Los adolescentes con síntomas de depresión de moderados a graves tienen más probabilidades de experimentar disfunción familiar.

Hinostroza y Lima (2023), en Ecuador. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre los niveles de ansiedad estado-rasgo y la funcionalidad familiar en adolescentes de una institución educativa de Guayaquil, Ecuador. Utilizando un método cuantitativo con un diseño transversal no experimental y un alcance descriptivo y correlacional, el estudio fue elaborado utilizando una perspectiva pospositivista. La muestra estuvo compuesta por 218 adolescentes, con edades entre 12 y 17 años, que cumplieron con ciertos requisitos de inclusión y fueron elegidos mediante selección no probabilística por conveniencia. Las herramientas utilizadas fueron el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Según los hallazgos, el 48,6% de los participantes tenía un funcionamiento familiar moderado, mientras que el 45,9% y el 48,6% de la población, respectivamente, tenían niveles medios de ansiedad estado y rasgo. También se encontró que el funcionamiento familiar estaba significativamente correlacionado negativamente tanto con la ansiedad de estado ($r_s = -0,476$) como con la ansiedad de rasgo ($r_s = -0,567$). Esto sugiere que los niveles reducidos de ansiedad están relacionados con una mayor funcionalidad familiar y viceversa.

Albán (2021), en Ecuador. La investigación tuvo como propósito analizar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes de la Unidad Educativa Misael Acosta Solís, ubicada en el cantón Baños de Agua Santa. Se seleccionó una muestra de 96 estudiantes de entre 13 y 15 años. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño cuasi experimental, de cohorte transversal y alcance correlacional. Para la evaluación, se

emplearon la Escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL y el Inventario de Depresión Infantil CDI. Según los resultados, el 40,1% de los adolescentes procedían de hogares funcionales, el 7,3% de familias disfuncionales, el 1% de familias extremadamente disfuncionales y el 51% de familias moderadamente funcionales. En cuanto a la depresión, la depresión leve fue el tipo más común (40,6%), seguida de la depresión moderada y grave (13,5%) y la ausencia de síntomas depresivos (32,3%). Se determinó que existe una fuerte correlación entre la depresión adolescente y el funcionamiento familiar. Dado que las dinámicas conflictivas pueden afectar negativamente los dominios afectivo, cognitivo, social y académico de los jóvenes, esta investigación enfatiza el papel fundamental que juega el entorno familiar en su bienestar emocional.

Reyes et al. (2023), en Colombia. El objetivo del estudio fue evaluar la conexión entre los síntomas depresivos y el funcionamiento familiar en Santa Marta, Colombia, entre estudiantes de secundaria. Una muestra de alumnos de 13 a 17 años participó en un estudio transversal. Los participantes completaron el Índice de Bienestar-5 de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5-WBI), que se utiliza para medir los síntomas depresivos, y el cuestionario APGAR familiar, que mide la adaptación, la participación, el crecimiento, la afectividad y la resolución de problemas en el entorno familiar. La asociación entre la puntuación total del WHO-5-WBI y las puntuaciones de los ítems APGAR familiares se examinó mediante correlaciones de Spearman. De los 1.462 alumnos que participaron, el 60,33% eran mujeres (edad media = 15,98 años, DE = 0,82). Los ítems de APGAR familiar y los síntomas depresivos se correlacionaron en $p < 0.01$ ($r_s = 0.34$ para adaptación, $r_s = 0.37$ para participación, $r_s = 0.33$ para crecimiento, $r_s = 0.33$ para afectividad, y $r_s = 0,38$ para resolución de problemas). Los hallazgos indicaron que los elementos del APGAR familiar se correlacionaban

positivamente con los síntomas depresivos, lo que subraya la importancia de tener en cuenta el funcionamiento familiar al investigar los síntomas depresivos en adolescentes de secundaria.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Laván (2019), en Tarapoto-Perú. El estudio tuvo como propósito analizar la relación entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos, en Yorongos, Rioja, San Martín, durante mayo a octubre de 2019. Este trabajo descriptivo-correlacional empleó una muestra de 40 adolescentes seleccionados bajo criterios específicos. Se aplicaron el cuestionario APGAR Familiar y el Cuestionario de Informe de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ). Los resultados indicaron que el 75% de los participantes tenían 16 años, el 62.5% eran mujeres, y el 97.5% vivían con su familia, aunque el 77.5% convivían solo con la madre o el padre. En cuanto a funcionalidad familiar, la mayoría presentó disfunción leve en dimensiones como adaptación (55%), ganancia (65%), afecto (72.5%) y recursos (50%), mientras que un 45% mostró disfunción moderada en participación. Respecto a trastornos mentales, el 92.5% presentó baja probabilidad de ansiedad, el 82.5% de depresión y más del 85% de otros trastornos como psicóticos, convulsivos y por consumo de alcohol. La dimensión participación mostró mayor asociación con la depresión (15%). En conclusión, se evidenció una relación significativa entre funcionalidad familiar y trastornos mentales, según la prueba chi-cuadrado ($p < 0.016$).

Vega (2020), en el Perú. Realizo un estudio con el objetivo de evaluar si existe una relación entre la funcionalidad familiar y los niveles de ansiedad en adolescentes de una zona de Independencia durante el año 2020. Metodología: Se empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño correlacional, de corte transversal y no experimental. Población: El estudio incluyó a 35 adolescentes de una zona de Independencia. Los instrumentos utilizados fueron el IDARE para medir la ansiedad y el FACES III para evaluar la funcionalidad familiar.

Resultados: Los análisis mostraron una significancia de $P=0,061$ y un coeficiente de correlación de $r=0,031$, lo que llevó a aceptar la hipótesis nula. En cuanto a la ansiedad, los niveles medios predominaban, con un 57 % y 56 %, seguidos por niveles altos con un 23 % y 22 %, y niveles bajos con un 20 % y 22 %, considerando tanto la ansiedad estado como rasgo. Respecto a la funcionalidad familiar, el 52 % de los participantes presentó funcionalidad media, el 30 % funcionalidad balanceada y el 18 % funcionalidad extrema. Conclusión: No se encontró una relación significativa entre la funcionalidad familiar y los niveles de ansiedad en los adolescentes estudiados.

Rivera (2021), en el Perú. Realizo un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la cohesión-adaptabilidad familiar, la disfuncionalidad familiar y la ansiedad en adolescentes de una institución educativa en Lima-Norte. El estudio, de enfoque correlacional y empírico, incluyó a 129 adolescentes de diferentes estructuras familiares, con una edad promedio de 15 años. Se utilizaron diversas escalas para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar, la disfuncionalidad familiar y la ansiedad. Los resultados mostraron que la disfuncionalidad familiar influye en los niveles de cohesión-adaptabilidad, lo que a su vez impacta en el desarrollo de la ansiedad estado y rasgo. El modelo explicativo propuesto demostró ser el más robusto, sugiriendo que una familia disfuncional puede contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en los adolescentes, quienes son los más vulnerables dentro del entorno familiar.

Chuquillanqui y Chuquihuamani (2022), en Perú. Realizó un estudio con el objetivo de investigar la conexión entre los síntomas depresivos y el funcionamiento familiar en adolescentes de 12 a 18 años. Este estudio es cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo a nivel correlacional. La muestra la constituyeron trescientos alumnos de una escuela pública de Lima, Perú. La Escala de Depresión Adolescente de Reynolds (EDAR) y la Escala de Funcionamiento Familiar FACES-III fueron las herramientas utilizadas para

recolectar los datos. Los hallazgos mostraron una relación débil pero significativa entre los síntomas depresivos y el funcionamiento familiar ($P < 0,05$; Spearman: 0,395). Esto implica una relación entre los niveles de depresión de los adolescentes y el funcionamiento familiar, lo que subraya la importancia de implementar iniciativas que mejoren las relaciones familiares y la salud mental.

Huapaya y Romero (2022), en el Perú. Realizo un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de la Institución Educativa El Pacífico, ubicada en San Martín de Porres, durante el año 2022. Utilizando un diseño no experimental, transversal y correlacional descriptivo, el estudio es de naturaleza cuantitativa. La población estuvo conformada por 369 estudiantes de secundaria de la mencionada institución, de primero a quinto año, mientras que la muestra fue de 188 estudiantes. Para recopilar datos se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Familiar APGAR. Según los hallazgos, el 21% de los adolescentes tenía disfunción familiar grave y el 45% tenía disfunción familiar leve. De los adolescentes, el 28,2% tenía un nivel severo de deterioro cognitivo/afectivo, mientras que el 29,3% tenía un nivel bajo. De los estudiantes, el 35,1% presentó un nivel severo y el 42,6% un nivel mínimo en el componente somático/motivacional. En cuanto a la conexión, los hallazgos revelaron un valor de p de 0,000 ($p < 0,05$), indicando una asociación moderadamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de la institución educativa investigada.

Cruz y Mamani (2023), en Arequipa- Perú. Realizo un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la adicción a los videojuegos en adolescentes de una institución educativa pública en Arequipa. Se empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. La muestra consistió en 241 estudiantes de secundaria, con edades entre 12 y 17 años, de los cuales 125 eran hombres y 116 mujeres. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de

recolección de datos, el test APGAR familiar y una escala de adicción a videojuegos para adolescentes de Lemmens. Los resultados revelaron que predominan los varones, quienes prefieren los videojuegos de acción y juegan entre dos y cuatro horas, principalmente para sentirse felices y tranquilos. Se observó que 177 adolescentes presentaban síntomas de adicción, y la mayoría de ellos mostraba una disfuncionalidad familiar leve o severa. Además, se encontró que existe una relación inversa y significativa entre la funcionalidad familiar y la adicción a los videojuegos, es decir, una mayor funcionalidad familiar está asociada con menores niveles de adicción.

Bernardo (2024), en Lima-Perú. Realizo un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el funcionamiento familiar y la adicción a los videojuegos en 300 estudiantes de secundaria de tres instituciones educativas en Lima, considerando ambos sexos. Se utilizaron pruebas psicométricas como el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FACES III y el Test de Dependencia a los Videojuegos, que abarca cuatro dimensiones. El diseño de la investigación fue descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transversal. Para el análisis de los datos, se emplearon los programas Jamovi y SPSS, utilizando un análisis factorial confirmatorio y un análisis de consistencia interna. Los resultados indicaron que solo la dimensión de cohesión del funcionamiento familiar mostró una correlación significativa con la adicción a los videojuegos, mientras que la dimensión de adaptabilidad no presentó relación con esta variable. En consecuencia, se rechazó la hipótesis del estudio, concluyendo que el funcionamiento familiar no tiene una relación directa con la adicción a los videojuegos en los adolescentes de las instituciones evaluadas.

Sernaque y Villalobos (2023), en Lima, Perú. En la Institución Educativa República de Panamá en Lima, 2023, se realizó un estudio para conocer la conexión entre el consumo de alcohol en adolescentes y el funcionamiento familiar. Con una muestra de 90 estudiantes, se empleó un diseño cuantitativo, descriptivo-correlacional, no experimental y transversal. El

consumo de alcohol se midió mediante el test AUDIT y el APGAR familiar, que evalúa recursos, apoyo, adaptación, participación y apego. Según los hallazgos, el 31% de los adolescentes tiene disfunción leve, el 16% tiene disfunción moderada y el 10% tiene disfunción grave, mientras que el 43% de los adolescentes exhibe una funcionalidad familiar típica. Respecto al consumo de alcohol, el 65% presenta consumo de bajo riesgo, el 26% peligroso y el 9% peligroso, sin ningún caso de dependencia. Las dimensiones de participación, adaptación y afecto se relacionaron significativamente con el consumo de alcohol ($P < 0.05$), mientras que recursos y apoyo no mostraron asociación. En conclusión, existe una relación baja e inversa (-0.203) entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol, con un nivel de significancia de $P = 0.017$.

Cabello (2024), en Lima-Perú. Realizo un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de la I.E. “Virgen de Fátima”, Huarney, 2024. Se empleó un enfoque cuantitativo, de tipo básico, nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal, con una población de 147 estudiantes de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron el “Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)” y la “Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)”. Los resultados mostraron que el 48% de los participantes tenía 16 años, el 55% eran mujeres y el 51% cursaban el cuarto grado. El nivel de funcionalidad familiar predominante fue el rango medio (68%), con un 67% de familias desligadas en cohesión y un 31% de familias caóticas en adaptabilidad. En cuanto al consumo de alcohol, el 61% presentó un consumo de riesgo. Se identificó una correlación significativa e inversa entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol ($Rho = -0.384$; $p = 0.000$). En conclusión, existe una relación significativa entre ambas variables, destacando que una menor funcionalidad familiar se asocia con un mayor consumo de alcohol en los adolescentes.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025.

1.3.2. Objetivos Específicos

Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Describir los niveles de funcionalidad familiar en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Identificar los Trastornos Mentales más prevalentes en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Describir la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Describir la relación entre funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Describir la relación entre funcionalidad familiar y psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Describir la relación entre funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Describir la relación entre funcionalidad familiar y alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

1.4. Justificación

La realización de este estudio resulta pertinente, dado el aumento de los trastornos mentales como consecuencia del confinamiento impuesto por la pandemia de COVID-19. Esta situación ha impactado negativamente el bienestar, el desarrollo personal y social, así como el

crecimiento de los afectados, generando alteraciones en los procesos de razonamiento, comportamiento, emociones y estado de ánimo. Los trastornos mentales no tienen una única causa, sino que surgen de la interacción compleja entre factores biológicos, sociales y psicológicos.

Una funcionalidad familiar adecuada es fundamental para el desarrollo psicológico y emocional óptimo; sin embargo, cuando esta es deficiente, puede contribuir a la aparición o agravamiento de pensamientos, comportamientos y emociones negativas. En este contexto, resulta crucial llevar a cabo la investigación con el objetivo de analizar la relación entre el grado de funcionalidad familiar y la presencia de trastornos mentales en adolescentes. Esto permitirá implementar estrategias que favorezcan una mejor dinámica familiar, con el propósito de reducir la incidencia de estos trastornos y mejorar la calidad de vida de los afectados y sus familias.

La justificación de este estudio se fundamenta en la limitada cantidad de investigaciones previas sobre esta problemática en el ámbito nacional y, en particular, en la zona de estudio. En este contexto, los hallazgos de la presente investigación buscan contribuir al conocimiento existente y llenar este vacío. Este estudio proporcionará información actualizada que permitirá al sector salud sistematizar recomendaciones y consolidarlas dentro del marco teórico de la prevención en salud mental. Asimismo, facilitará la implementación y el fortalecimiento de estrategias destinadas a incrementar la comprensión del papel de la familia en el bienestar psicológico de los adolescentes. Desde una perspectiva práctica, el estudio resulta relevante, ya que permitirá describir y analizar la relación entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes que residen en un Asentamiento Humano de Ancón. Esto contribuirá al desarrollo de intervenciones más eficaces para mejorar la salud mental en este grupo poblacional.

En términos de valor práctico, los hallazgos de este estudio proporcionarán evidencia científica que contribuirá a mejorar la dinámica familiar en el cuidado de los trastornos mentales. Esto permitirá fortalecer el manejo terapéutico de los pacientes, optimizando las estrategias de intervención y promoviendo un mayor compromiso tanto por parte de la familia como del personal de salud. Además, los resultados obtenidos deberán justificar y respaldar la inversión destinada a las estrategias nacionales y regionales en materia de salud mental.

En cuanto a su relevancia social, la investigación beneficiará la atención y el cuidado de la salud mental en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón. A partir de los hallazgos, se podrán diseñar e implementar estrategias de atención primaria en salud, enfocadas en la prevención y el tratamiento oportuno de los trastornos mentales en esta población.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

Existe relación entre funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025.

1.5.2. Hipótesis Específicos

Los Trastornos Mentales más prevalentes en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón son Depresión, ansiedad y Alcoholismo.

Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Existe relación entre funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Existe relación entre funcionalidad familiar y psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Existe relación entre funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Existe relación entre funcionalidad familiar y alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

II.MARCO TEORICO

2.1. Bases Teóricas sobre Adolescencia

2.1.1. *Adolescencia*

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), define:

La adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que ocurre entre 10 y 19 años después de la niñez y antes de la edad adulta, cuando ocurre el estirón de la pubertad y se desarrollan las características sexuales secundarias, adquiriendo nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales.

El MINSA (2019) mediante la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes menciona:

Según la Resolución Ministerial N° 538-2009-MINSA, los adolescentes están comprendidos cuyas edades están entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días. Los adolescentes en nuestro país son vulnerables en todo aspecto, al maltrato, el abandono, la desnutrición, el abuso sexual, la explotación, al bullyn, ente otros. Esto significa que el potencial o la vulnerabilidad de los adolescentes rara vez es el resultado de un solo evento. Más bien, reflejan la acumulación de eventos a lo largo del curso de la vida a nivel individual, familiar y comunitario. Así, las experiencias de vida anteriores de los jóvenes son tan importantes y/o decisivas como sus experiencias de vida actuales. Del mismo modo, las experiencias de vida adquiridas durante la adolescencia son muy importantes para la salud y el desarrollo en la edad adulta.

Anthony et al. (2008) mencionan que la adolescencia es el comienzo de la pubertad que marca el pasaje de la niñez a la adolescencia, que comienza en momentos diferentes para niñas y niños y personas del mismo sexo. Por otro lado, la duración de la adolescencia también varía de persona a persona, dependiendo principalmente de factores

sociales, como lograr la independencia económica y asumir funciones aceptadas propias del mundo adulto.

Los adolescentes pasan por una etapa donde se sienten invencibles, en la cual se sienten tanto niños como adultos, pero sabemos que eso no sucede así, ya que todavía necesitan la protección y la guía de un adulto. Esto es debido porque permanecen en un estado de transición constante: de la niñez, cuando todo depende del mundo de los adultos, a ser joven y tomar las riendas de su vida. Es la etapa del descubrimiento del bienestar, la alegría, la satisfacción, enamoramiento, proyectos, del entorno y de sí mismo. Como familia, es nuestro trabajo colaborar directamente, ver el flujo y hacer que suceda sin detenerlo o ralentizarlo. Por ello, es fundamental que la familia de los adolescentes tenga presente que el principal objetivo de esta etapa es el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, el aprendizaje a partir de los errores, la asunción de responsabilidades, el ejercicio de la autonomía y la independencia. Todo esto contribuye a la formación de adultos emocionalmente saludables y funcionales.

2.1.2. Fases de la Adolescencia

Gullón (2019) refiere que “los seres humanos desarrollan habilidades de regulación emocional de forma gradual y continua, desde el nacimiento, cuando dependen completamente de sus cuidadores, hasta la madurez, cuando son capaces de controlar sus emociones por sí mismos con mayor libertad y responsabilidad”. Los cambios significativos en la estructura física, emocional y social son características de la adolescencia. Muchos escritores han estudiado este período, que normalmente dura entre los 10 y los 21 años, y han ofrecido muchas categorías para explicar sus etapas desde puntos de vista psicológicos, sociales y de desarrollo.

Según la Organización Mundial de Salud divide la adolescencia en tres fases: “Adolescencia temprana (10-13 años) caracterizado por cambios físicos iniciales, Adolescencia media (14-16 años) caracterizado por exploración de la identidad y mayor autonomía y Adolescencia tardía (17-19 años) caracterizado por transición hacia roles adultos”

(Gobierno de Salud de México, 2025) (Organización Mundial de Salud, 2022). Aunque varios autores coinciden en dividir la adolescencia en etapas inicial, media y tardía, sus enfoques varían.

Entre otros autores, Hall (1904) con un enfoque de psicología evolutiva describió la adolescencia como “un período de "torbellino y estrés" debido a los cambios emocionales y conductuales, propuso dividirla en dos grandes fases: Adolescencia temprana y Adolescencia tardía”. Havighurst (1972) propuso que “ la adolescencia se divide en tres etapas principales, basándose en tareas específicas del desarrollo: Adolescencia temprana (10-13 años), Adolescencia media (14-17 años) y Adolescencia tardía (18-21 años)”. En cambio, Mead (1928) argumentó que “las etapas de la adolescencia no son universales, sino que dependen del contexto cultural. En culturas donde los roles y expectativas están claramente definidos, la transición a la adultez es más fluida y menos conflictiva”. La mayoría de las clasificaciones coinciden en dividir la adolescencia en tres etapas: temprana, media y tardía.

2.1.2.1. Adolescencia Temprana. La adolescencia temprana (10 a 14 años) “es una época de transición marcada principalmente por el inicio de la pubertad, que está vinculada al crecimiento y el desarrollo sexual y está marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales” (Rubio, 2021). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020) menciona que “los cambios físicos, incluido el crecimiento en altura, el cambio en la voz, la aparición de vello púbico y axilar, el aumento del olor corporal, la transpiración y el acné, son causados por la activación de las hormonas sexuales”.

Salgado et al. (2021) en su artículo participación parental y satisfacción vital en la adolescencia temprana menciona:

Los niños todavía necesitan una interacción estrecha y de apoyo con sus padres en este período de desarrollo, incluso si también amplían sus horizontes sociales y adquieren

independencia o separación de ellos. Según una investigación sobre la participación de los padres, los adolescentes que tienen relaciones cercanas con sus padres tienen más probabilidades de exhibir resultados personales positivos, incluido un mejor rendimiento académico, crecimiento emocional y menos problemas de conducta.

A. Cambios Biológicos. Los cambios físicos rápidos, como la pubertad, el aumento repentino del crecimiento puberal y los cambios madurativos concomitantes en otros sistemas de órganos, son el trasfondo del desarrollo. Los rasgos sexuales secundarios emergen en distintas fases tanto para niños como para niñas (etapas de Tanner). Según Hidalgo (2014) menciona:

Las neuronas hipotalámicas productoras de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) se vuelven menos sensibles a la inhibición causada por los esteroides gonadales durante el inicio de la pubertad (p.1). Como resultado, la secreción de GnRH y los pulsos aumentan. Al estimular la glándula pituitaria para que libere gonadotropinas (FSH y LH), la GnRH hace que la gónada se vuelva más activa, lo que a su vez aumenta la producción de andrógenos y estrógenos. Durante la pubertad, se activa este eje, lo que genera un incremento en la producción de la hormona liberadora de la hormona del crecimiento en el hipotálamo. Esto estimula la secreción de la hormona del crecimiento (GH) en la hipófisis, lo que a su vez eleva los niveles del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-I) y de la proteína transportadora de IGF tipo 3. Cabe destacar que este aumento ocurre de manera más temprana en las mujeres que en los hombres (p. 2).

En las niñas, el primer indicador de la pubertad es la aparición del botón mamario, generalmente asociado con una edad ósea de aproximadamente 11 años. El proceso de pubertad en ellas suele completarse en un período promedio de 4 años, aunque puede oscilar entre 1,5 y 8 años. En los niños, el primer signo de desarrollo

puberal es el incremento del tamaño testicular, alcanzando 4 ml según el orquidómetro de Prader, acompañado de cambios en la bolsa escrotal, que se torna más rojiza y rugosa. Este evento ocurre, en promedio, a una edad ósea de 13 años (p. 3).

B. Cambios Psicológicos

Según la teoría del egocentrismo adolescente referido por Muuss (1982) menciona:

El desarrollo psicológico en la adolescencia temprana se caracteriza por el egocentrismo, una etapa normal que disminuye con la madurez hacia una perspectiva sociocéntrica. Según Elkind, este egocentrismo varía en naturaleza y características desde la infancia hasta la adolescencia, conforme avanza el desarrollo cognitivo. En los adolescentes, el egocentrismo se manifiesta en un enfoque centrado en sí mismos y en fenómenos como la "audiencia imaginaria" y la "fábula personal". La "audiencia imaginaria" implica la creencia de que otros están tan atentos a su apariencia y conducta como ellos mismos, proyectando autoevaluaciones y preocupaciones en un público imaginario. Esto influye en su comportamiento, vestimenta y decisiones, a menudo orientados a impresionar o satisfacer a esta audiencia ficticia. Por otro lado, la "fábula personal" refleja la percepción de ser únicos, con pensamientos y experiencias incomparables e incomprensibles para los demás.

Además, esta etapa incluye labilidad emocional, con cambios rápidos de ánimo, tendencia a magnificar problemas, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata y búsqueda de privacidad. Los adolescentes también desarrollan habilidades verbales y, en el ámbito vocacional, suelen plantearse metas idealistas o poco realistas, como ser estrellas de rock o pilotos de carreras. En conjunto, estos fenómenos reflejan un proceso de autodescubrimiento y adaptación, donde los adolescentes exploran su identidad y su lugar en el mundo, enfrentando desafíos emocionales, sociales y cognitivos propios de esta etapa de transición hacia la adultez (pp 249-65).

C. Cambios Sociales. Según Gaete (2015) en el artículo Desarrollo Psicosocial del adolescente menciona lo siguiente:

Durante la adolescencia, el desarrollo social implica una mayor independencia del joven respecto de la familia, con un menor interés en actividades familiares y una creciente resistencia a la autoridad, límites y críticas de los padres. Aunque surgen tensiones, la familia sigue siendo una fuente importante de apoyo. Paralelamente, el grupo de pares cobra mayor relevancia como fuente de bienestar, especialmente con amistades exclusivas e idealizadas que pueden generar intensos sentimientos y exploraciones emocionales o sexuales. La presión de los pares se convierte en un factor influyente en sus decisiones y comportamientos (p. 2).

En el ámbito sexual, el adolescente experimenta una intensa preocupación por los cambios corporales y su imagen, lo que genera inseguridades y comparaciones con estereotipos culturales. Surge pudor respecto al cuerpo, mayor interés en la anatomía y fisiología sexual, y se intensifican los impulsos sexuales, frecuentemente aliviados mediante la masturbación. Además, hombres y mujeres comienzan a explorar roles de género más definidos, mientras que hitos como la menarquía pueden ser significativos, especialmente si no se les prepara adecuadamente (p. 3).

En cuanto al desarrollo moral, se avanza del nivel preconventional al convencional (según Kohlberg). En el nivel preconventional, las decisiones están guiadas por consecuencias personales, como temor al castigo o búsqueda de recompensas. En el nivel convencional, se priorizan las expectativas sociales y el deseo de mantener el orden social, adoptando valores y normas familiares o culturales como guía para sus decisiones. Estos procesos reflejan la transición hacia una identidad más definida y autónoma (pp. 4-5).

2.1.2.2. Adolescencia Media. La adolescencia media, abarca entre los 14 y 17 años, es una etapa de cambios físicos significativos. Mientras que las niñas ya han completado su desarrollo físico, los niños experimentan un crecimiento acelerado, voces más graves y, en algunos casos, acné. Durante este período, los adolescentes comienzan a explorar sus sentimientos y preferencias en cuanto a relaciones románticas. Además, algunos adolescentes transgénero o bisexuales pueden enfrentar dificultades. Según Erik Erikson, esta etapa se caracteriza por el desarrollo de la identidad y la capacidad de asumir más responsabilidad en las decisiones personales. Aunque siguen siendo egocéntricos, los adolescentes empiezan a valorar las opiniones de los demás. Un aspecto clave de esta etapa es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares, lo que implica una reorientación de las relaciones interpersonales, afectando tanto al adolescente como a sus padres (Lehman, 2021).

Durante la adolescencia media, el desarrollo psicológico se caracteriza por un fortalecimiento del sentido de individualidad, aunque la autoimagen sigue dependiendo en gran medida de las opiniones ajenas. Los adolescentes tienden a aislarse, pasando más tiempo a solas, y experimentan una mayor apertura emocional, lo que les permite comprender y preocuparse por los sentimientos de los demás. Aunque el egocentrismo sigue siendo un rasgo prominente, investigaciones recientes han demostrado que los adolescentes son conscientes de los riesgos, pero las conductas de riesgo persisten debido a una mayor inclinación hacia la búsqueda de recompensas, especialmente en presencia de sus pares. Esto se debe a la maduración desigual de los sistemas cerebrales socioemocionales y de control cognitivo, lo que provoca que, en situaciones emocionalmente intensas, las emociones predominen sobre la razón, aumentando la probabilidad de conductas impulsivas.

Según Gaete (2015) en el artículo Desarrollo Psicosocial del adolescente menciona lo siguiente:

En términos de impulsividad, que sigue siendo un factor relevante en las conductas de riesgo, los adolescentes muestran menos idealismo en sus aspiraciones vocacionales, aunque continúan enfrentando presiones emocionales y sociales. En el ámbito cognitivo, los adolescentes experimentan un avance significativo en sus habilidades de razonamiento abstracto y creatividad, lo que les permite cuestionar normas y principios, aunque en situaciones de estrés, pueden revertir temporalmente a un pensamiento más concreto. Las demandas académicas aumentan, y se espera que los jóvenes logren éxitos y se preparen para el futuro (p. 5).

En cuanto al desarrollo social, la influencia del grupo de pares alcanza su punto máximo durante esta etapa. Los adolescentes adoptan los valores, la vestimenta y las conductas de su grupo de amigos, lo que les ayuda a separarse de la familia y a definir su identidad. Esta presión puede ser positiva, motivándolos a destacarse en áreas como lo académico o lo deportivo, pero también puede llevarlos a conductas de riesgo. Las relaciones de amistad y de pareja adquieren gran relevancia, y las primeras suelen ser exploratorias y efímeras, mientras que las segundas, aunque románticas, también son un medio para experimentar y satisfacer impulsos sexuales. En este proceso de emancipación, los adolescentes se distancian emocionalmente de sus padres, mostrando menos interés por sus opiniones y buscando reafirmar su autonomía. Esta etapa de desafío a la autoridad y de prueba de límites es fundamental para el desarrollo de su independencia, lo que a menudo genera conflictos familiares, ya que los adolescentes critican y cuestionan las normas y valores de sus padres (pp. 5-6).

En el ámbito sexual, los adolescentes experimentan una mayor aceptación de su cuerpo, aunque siguen preocupados por su atractivo físico, lo que les lleva a experimentar con su apariencia y comportamiento. La orientación sexual se va definiendo y se incrementa la participación en relaciones de pareja, que suelen ser

breves y de naturaleza exploratoria. Este período también está marcado por un aumento en la experimentación sexual, incluidas las relaciones coitales. En cuanto al desarrollo moral, los adolescentes suelen operar dentro del nivel convencional, caracterizado por el respeto a las normas sociales y la búsqueda de aprobación externa, un estadio similar al de la mayoría de los adultos (p. 6).

2.1.2.3. Adolescencia Tardía. La adolescencia tardía abarca aproximadamente desde los 18 años hasta los 21 o más. Esta etapa marca la transición final hacia la adultez y el comienzo de la juventud. Durante este período, el desarrollo físico en hombres y mujeres se completa. Los jóvenes en esta fase tienden a tener un mayor control sobre sus impulsos, lo que les permite tomar decisiones más racionales y reflexivas. Las relaciones interpersonales, tanto amistosas como románticas, suelen adquirir mayor estabilidad y profundidad. Además, comienzan a tomar decisiones significativas que impactarán su vida de manera independiente. En esta etapa, los padres suelen ser percibidos más como iguales y referentes, en lugar de figuras a las que recurrir exclusivamente en busca de orientación o aprobación (Lehman, 2021).

En la etapa final de la adolescencia, la identidad del joven se consolida, marcando una mayor independencia respecto a la influencia de los pares y una autoimagen basada en sus propias percepciones. Los intereses se estabilizan, y se adquiere mayor conciencia de las limitaciones personales. Según Gaete (2015) esta fase implica habilidades para planificar el futuro, tomar decisiones autónomas y establecer límites. El joven muestra interés en definir su vocación, eligiendo opciones educativas o laborales que armonicen con sus capacidades y oportunidades. También avanza hacia la independencia financiera, desarrolla control de impulsos y la capacidad de comprometerse.

Además, refiere Gaete (2015) en el ámbito cognitivo, el pensamiento abstracto está plenamente desarrollado, permitiendo análisis hipotético-deductivos y una mayor habilidad para resolver problemas y prever consecuencias. Socialmente, disminuye la

influencia del grupo de pares, y las amistades se vuelven más selectivas. A menudo, el joven fortalece la relación con su familia, logrando una interacción más horizontal basada en respeto mutuo.

El desarrollo sexual incluye la aceptación de la imagen corporal y la identidad sexual, junto con la inclinación hacia relaciones de pareja estables y basadas en valores compartidos. Moralmente, algunos adolescentes alcanzan un nivel posconvencional, guiándose por principios universales y autónomos. Finalmente, el desarrollo continúa en la adultez, enfrentando nuevos desafíos vitales (p. 7).

2.2. Bases teóricas sobre Familia

2.2.1. La Familia

Una familia se define como "un grupo de personas que comparten una forma de vida social y económica común, están organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.), tienen vínculos emocionales que los unen y pueden o no estar emparentados por sangre" (Malpartida, 2020).

Según el MINSA (2006), la familia es la unidad social esencial donde se construyen conocimientos, conductas y hábitos relacionados con la salud. Su rol es clave para la supervivencia infantil, el desarrollo en la niñez y adolescencia, y la adopción de estilos de vida saludables a lo largo de todas las etapas de la vida. Además, actúa como un espacio de socialización que influye en valores, percepciones y comportamientos. Las estrategias de promoción destacan su papel en fomentar autonomía, ciudadanía, respeto y empoderamiento, potenciando así la efectividad de sus intervenciones en salud.

Las familias cumplen funciones esenciales al formar, cuidar y proteger económicamente a sus integrantes. Son espacios de interacción material, simbólica y afectiva, donde se desarrolla la socialización primaria y se refuerzan normas, valores y motivaciones que sustentan la convivencia social según los patrones culturales que las enmarcan. Por tanto,

las familias desempeñan diversas funciones esenciales: Formadora: Facilitan la educación y el desarrollo integral de sus integrantes; Socializadora: Fomentan vínculos primarios y secundarios, promoviendo relaciones sociales, valores, normas y un sentido de pertenencia; Cuidado: Protegen los derechos de sus miembros, priorizando a los más vulnerables y eliminando prácticas discriminatorias y violentas; Protección económica: Garantizan condiciones materiales para cubrir necesidades básicas como alimentación, salud y educación; y Afectiva: Promueven afectos y emociones que fortalecen la autoestima, la confianza y el desarrollo personal de cada integrante (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021).

Según La Familia (s/f) obtenido de la Biblioteca del congreso nacional de Chile: Las familias presentan diversas formas y composiciones, reflejando múltiples definiciones del término. Según su extensión, se clasifican en: familia extensa, integrada por progenitores, hijos, parientes consanguíneos y, en caso de matrimonio, parientes por afinidad; familia nuclear, compuesta únicamente por progenitores e hijos convivientes; familia monoparental, formada por un progenitor con sus hijos; y familia ensamblada, que incluye hijos de relaciones previas y actuales. Según su formación, existen: familia matrimonial, originada en el matrimonio; familia no matrimonial, basada en vínculos sentimentales, sexuales o de procreación; y familia adoptiva, establecida mediante sentencia judicial que formaliza la adopción.

2.2.2. *La familia en la adolescencia*

La etapa adolescente representa un periodo de transformación tanto para los jóvenes como para la familia en su conjunto, lo que genera alteraciones en la dinámica familiar. Durante este proceso, la familia ajusta su homeostasis para adaptarse a nuevas demandas, mientras las fronteras entre los subsistemas se vuelven más flexibles. Esto se traduce en conflictos

frecuentes entre padres e hijos debido a la búsqueda de autonomía y privacidad por parte de los adolescentes, frente al deseo de los padres de mantener patrones de la niñez.

Para los padres, esta etapa implica aceptar el crecimiento de sus hijos y proporcionarles herramientas para fomentar su independencia. Sin embargo, las expectativas entre ambas partes pueden diferir, lo que genera tensiones. Los adolescentes, con una mayor capacidad cognitiva y moral, buscan tomar decisiones propias, mientras los padres adoptan roles protectores y controladores. Además, otros miembros de la familia enfrentan retos significativos. Los abuelos se preparan para el retiro, mientras los padres lidian con la "crisis de la mediana edad", evaluando logros y afrontando duelos por metas no alcanzadas. Las madres, a menudo en la menopausia, experimentan cambios emocionales que afectan la interacción familiar. Por su parte, los adolescentes buscan consolidar su identidad y equilibrar su transición hacia la adultez. Estos cambios generan inestabilidad en las reglas familiares, intensificando ansiedades y conflictos, acompañados de eventos como divorcios, nuevos matrimonios o cambios laborales (Escobar, 2015).

2.2.3. *Funcionalidad Familiar*

Louro (2004) menciona que la funcionalidad familiar se refiere a la capacidad de un sistema familiar para afrontar y superar las distintas etapas del ciclo de vida, así como los eventos significativos que puedan surgir. Este concepto está estrechamente relacionado con el manejo efectivo de las redes de apoyo familiares y sociales existentes, lo que puede reducir el impacto de las enfermedades. Por otro lado, el deterioro funcional ocurre cuando las familias no logran gestionar el estrés de manera adecuada, lo que puede intensificar la gravedad de los síntomas.

Las dimensiones clave de la funcionalidad familiar incluyen: cohesión, entendida como la unión afectiva y física para enfrentar situaciones y tomar decisiones cotidianas;

armonía, que refleja el equilibrio entre las necesidades individuales y el bienestar familiar; comunicación, basada en el intercambio claro y directo de experiencias; permeabilidad, la apertura para compartir y recibir experiencias de otras familias o instituciones; afectividad, la capacidad de expresar y experimentar emociones positivas; roles, el cumplimiento de responsabilidades acordadas dentro del núcleo familiar; y adaptabilidad, la habilidad para ajustar reglas, roles y estructuras frente a cambios o desafíos (Olson et al., 1985).

Por otro lado, Olson et al. (1989) afirma que, para posibilitar la evaluación de variables, se considera el Modelo Circumplejo desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell. Este modelo postula que la cohesión y la adaptabilidad son elementos clave para el adecuado funcionamiento familiar. Según esta teoría, el desempeño de una familia está influenciado por tres factores principales. El primero, de naturaleza emocional o afectiva, determina el nivel de cercanía y la calidad de las relaciones entre los integrantes del hogar. El segundo está relacionado con el ejercicio de la autoridad, es decir, la patria potestad y el control sobre los hijos, lo cual permite a las familias actuar de manera unificada frente a las diversas situaciones que enfrentan y adaptarse positivamente a ellas. Por último, el tercer factor integra a los anteriores, destacando que la comunicación debe ser simétrica y recíproca para fomentar un intercambio activo y efectivo.

El paradigma propuesto por Olson resalta la habilidad de las familias para preservar el equilibrio en las dimensiones evaluadas. “La capacidad intrínseca de una familia se manifiesta particularmente en contextos que desafían su funcionamiento habitual. Olson clasifica a las familias en funcionales y disfuncionales, describiendo de manera progresiva sus niveles de cohesión y adaptabilidad” (Olson et al., 1983).

Olson y otros autores muestran que Circumplex facilita “describir a la familia en cualquier etapa de la vida; no obstante, la evolución familiar descrita por el autor está vinculada con etiquetas sociales que se remontan a través del ciclo de desarrollo” (López, 2002). Según esta teoría, la función familiar puede evaluarse en dos aspectos:

La cohesión, según Olson (1980), se define como “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía personal que experimentan” (Zegers et al., 2003). Las relaciones familiares se caracterizan por generar “sentimientos de seguridad y confianza, los cuales facilitan el apoyo mutuo y la motivación entre sus miembros, estas relaciones favorecen que el grupo familiar apoye el apoyo psicoemocional, lo que se traduce en un interés notorio en el desempeño de sus roles y cariño el uno por el otro” (Aguilar, 2017). Según Olson et al. (1983) describe el grado de apego familiar se clasifica en cuatro niveles. El nivel más bajo se asocia con la separación débil, mientras que un apego de bajo a moderado se describe como separado. Por otro lado, un apego de moderado a alto se orienta hacia la unificación, y los niveles muy altos tienden a la aglutinación. Según el modelo Circunflejo, la cohesión extrema, ya sea desligada o aglutinada, se considera un factor negativo que contribuye a los problemas familiares, mientras que la cohesión separada o unificada se identifica como un elemento positivo para el desarrollo y el bienestar familiar.

La adaptabilidad se entiende como la “habilidad del sistema familiar o conyugal para ajustar su estructura de poder, las relaciones de roles y las normas interpersonales, con el fin de afrontar el estrés contextual y lograr un balance adecuado entre el cambio y la estabilidad” (Olson et al., 1989). La adaptabilidad se reconoce como un “mecanismo de respuesta ante situaciones que amenazan la salud de los miembros del sistema; además, desempeña un rol crucial en la formación de líderes. El grado de control que los padres ejercen sobre sus hijos es un factor que varía de manera constante” (Dueñas y Cardona, 2016). De esta manera, la familia se concibe como un sistema dinámico y en constante transformación, influenciado por la

cultura, la sociedad y las diferentes etapas o ciclos de la vida familiar. “El proceso de adaptabilidad facilita la equidad y la eficiencia entre los miembros de la familia para velar por su salud y el bienestar mutuo, conforme a los estándares que han establecido” (Coronel, 2019). Se concluyó que la adaptabilidad “presenta diferentes niveles: es rígida cuando es baja, estructural cuando es baja a moderada, flexible cuando es media a alta, y muy caótica en situaciones extremas. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad tiene un punto óptimo para el desarrollo de roles de género, lo que implica que puede ser tanto estructural como flexible” (Olson et al., 1983).

2.3. Bases teóricas sobre Trastornos Mentales

2.3.1. *Trastornos Mentales*

El MINSA del Perú (2020) lo define: “Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”.

Según la OMS (2022) definió los trastornos mentales como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. “La mayoría de los casos no se diagnostican ni se tratan, mientras que la mitad de los problemas mentales comienzan antes de los 14 años” (Argyris Stringaris, 2021).

2.3.2. *Trastorno de Ansiedad*

Barnhill (2020) menciona que la ansiedad es una reacción natural ante una amenaza o situación de estrés psicológico. Está vinculada a la sensación de temor y desempeña un papel crucial en la supervivencia. Ante una situación peligrosa, la ansiedad activa una respuesta de lucha o huida. No obstante, se considera un trastorno cuando se presenta

en momentos inapropiados, de forma recurrente, y con una intensidad y duración que interfiere en las actividades cotidianas de la persona.

Tipos

La ansiedad se clasifica dentro de los trastornos neuróticos, como consecuencia de situaciones estresantes, y también dentro de los trastornos somatomorfos. La clasificación de la ansiedad se divide en diversas categorías, según los síntomas que se manifiestan:

1. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), los Criterios Diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada incluyen:

- 1) Ansiedad y preocupación excesiva que persisten por más de seis meses, relacionadas con diversas actividades o eventos.
- 2) Dificultad para controlar dicha preocupación.
- 3) La ansiedad debe ir acompañada de al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño. En niños, solo se requiere un síntoma.
- 4) La ansiedad debe causar malestar significativo en áreas importantes como lo social o laboral.
- 5) No se debe a efectos de sustancias ni a otra condición médica, ni explicarse por otro trastorno mental (pp. 190-191).

2. TA por separación

Al menos tres síntomas clínicos son indicativos de preocupación o ansiedad intensa y continua asociada con la necesidad de separarse de alguien con quien se tiene un vínculo estrecho. Estos incluyen ansiedad, angustia psicológica subjetiva, renuencia a salir de casa o ir a otro lugar (como el trabajo o la escuela) y/o la aparición de síntomas físicos o pesadillas al separarse o esperarlo. Los adultos deben experimentar estos

síntomas durante al menos seis meses, mientras que los niños y adolescentes deben experimentarlos durante al menos cuatro semanas. (Pacheco y Ventura, 2009).

2.3.3. Trastorno Depresivo

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), la depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o apetito, fatiga y dificultad para concentrarse. Este trastorno puede volverse crónico o recurrente, afectando significativamente el rendimiento en el trabajo o en la escuela, así como la capacidad para enfrentar las actividades diarias. En su forma más grave, puede llevar al suicidio. En casos leves, puede tratarse sin medicación, pero en casos moderados o graves, es posible que se requieran medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar con precisión y tratar por profesionales no especializados en el ámbito de la atención primaria.

Fisiopatología de la Depresión

La fisiopatología de la depresión es compleja y multifactorial, involucrando alteraciones en diversas áreas del cerebro, así como en los sistemas neuroquímicos y endocrinos. Se ha identificado que la depresión está asociada con un desequilibrio en neurotransmisores clave, como la serotonina, la dopamina y la norepinefrina, los cuales juegan un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo y las emociones (Muench y Hamer, 2010). Además, la disfunción en la comunicación entre las áreas cerebrales implicadas en el procesamiento emocional, como la corteza prefrontal y la amígdala, también contribuye a la patología (Drevets, 2001).

En términos de mecanismos neurobiológicos, la depresión está asociada con una alteración en la neuroplasticidad, particularmente en la capacidad del cerebro para formar nuevas conexiones neuronales. Esto puede estar relacionado con la disminución de factores

neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF, por sus siglas en inglés), que desempeña un papel crucial en la supervivencia neuronal y la plasticidad sináptica (Duman y Monteggia, 2006). A nivel endocrino, se observa una disfunción en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), con niveles elevados de cortisol, lo que podría contribuir al estrés crónico y a la exacerbación de los síntomas depresivos (Pariante y Lightman, 2008).

Factores de riesgo asociados a la Depresión

El MINSA del Perú (2008) en la Guía de práctica clínica de depresión menciona que:

La falta de estabilidad y afecto en la infancia o adolescencia puede favorecer el desarrollo de la depresión. Las familias comunicativas y coherentes reducen este riesgo, mientras que las rígidas, especialmente aquellas con inestabilidad emocional de los padres, lo aumentan. La depresión materna es un factor crucial en la aparición de la enfermedad en los hijos. Asimismo, los conflictos familiares frecuentes o la separación de los padres pueden ser perjudiciales, aunque los niños suelen adaptarse si los progenitores mantienen una buena relación tras la separación. Una red de apoyo social sólida y saludable, incluyendo familia y amigos, es clave en la prevención y recuperación. Por otro lado, creencias religiosas o prácticas como la meditación también contribuyen como soporte.

En cuanto a factores hereditarios, la depresión clínica es más probable en personas con antecedentes familiares, especialmente en casos de trastorno bipolar. No obstante, factores bioquímicos, ambientales y psicosociales también influyen en su desarrollo.

Tipos de Depresión

De acuerdo con el National Collaborating Centre for Mental Health (2010), tanto la CIE-10 como el DSM-IV clasifican los episodios depresivos clínicamente significativos en leves, moderados y graves, basándose en el número, tipo y gravedad de los síntomas, así como

en el nivel de deterioro funcional. El enfoque prescriptivo de conteo de síntomas de la CIE-10 tiende a centrarse exclusivamente en la cantidad de síntomas para determinar la gravedad. Los principales tipos de depresión incluyen el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente.

El trastorno depresivo mayor, también denominado depresión clínica, se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente bajo durante al menos dos semanas, acompañado de baja autoestima y una pérdida significativa de interés o placer en actividades que normalmente resultan gratificantes. Además, puede incluir síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, ansiedad, dificultades neurocognitivas y problemas en la esfera sexual (Kennedy, 2008, p. 271).

Criterios para el diagnóstico de Depresión Mayor:

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), los Criterios Diagnósticos para la depresión mayor incluyen:

La presencia de al menos cinco síntomas durante un periodo de dos semanas, que representen un cambio respecto al funcionamiento previo. Al menos uno de estos síntomas debe ser un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés en actividades. Los síntomas pueden incluir: tristeza persistente o irritabilidad en niños, disminución del placer en casi todas las actividades, cambios significativos en el peso o el apetito, alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnias), agitación o lentitud psicomotora, fatiga constante, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Además, estos síntomas deben causar un malestar significativo o afectar áreas importantes del funcionamiento, como el ámbito social o laboral. Es importante que los síntomas no sean atribuibles a una sustancia o a otra afección médica. Para que se diagnostique un episodio de depresión mayor, también se debe descartar que los

síntomas se deban a trastornos psicóticos o esquizoafectivos. Finalmente, no debe haberse presentado previamente un episodio maníaco o hipomaníaco, salvo que estos episodios sean inducidos por sustancias o estén relacionados con efectos fisiológicos de otras condiciones médicas.

El trastorno depresivo persistente, antes conocido como distimia o trastorno depresivo mayor crónico, se caracteriza por síntomas depresivos que persisten durante al menos dos años sin remisión. Generalmente, inicia de forma gradual en la adolescencia y puede durar décadas, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas. Es común que los pacientes también presenten trastornos de ansiedad, abuso de sustancias o trastornos de personalidad, como el tipo limítrofe. Para el diagnóstico, se requiere un estado de ánimo depresivo constante junto con al menos dos síntomas adicionales, como alteraciones del apetito, insomnio, fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o desesperanza (Coryell, 2021).

2.3.4. Trastorno Esquizofrénico y Trastornos Psicóticos Relacionados

Tamminga (2022) afirma que los síntomas psicóticos, negativos y el deterioro cognitivo son características distintivas de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados, incluido el trastorno delirante, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizotípico de la personalidad y el trastorno psicótico breve. Los delirios, las alucinaciones, los patrones de pensamiento desordenados y la conducta inapropiada son signos de psicosis. Si bien el deterioro cognitivo afecta la función ejecutiva, la memoria y la atención, los síntomas negativos incluyen la falta de motivación y emociones. A pesar de la falta de indicadores biológicos, el diagnóstico se realiza en función de la progresión y los síntomas de la enfermedad. Aunque la recuperación suele ser rápida, el diagnóstico se reexamina si continúa. El estrés agudo puede estar relacionado con la afección.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia:

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), el diagnóstico de esquizofrenia se basa en una serie de criterios:

El primero establece que deben presentarse al menos dos de los siguientes síntomas durante un período significativo de tiempo: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, y síntomas negativos (como la disminución de la expresión emocional o la falta de motivación). Además, el funcionamiento en áreas clave de la vida, como el trabajo o las relaciones interpersonales, debe verse significativamente afectado desde el inicio del trastorno.

El segundo criterio exige que los síntomas continúen durante al menos seis meses, incluyendo al menos un mes de síntomas activos. En algunos casos, pueden existir períodos de síntomas menos intensos, como creencias inusuales o experiencias perceptivas extrañas.

El tercer criterio establece que se deben descartar otros trastornos, como el esquizoafectivo o los trastornos del ánimo con características psicóticas, si no se presentan episodios maníacos o depresivos importantes. Además, se debe descartar que los síntomas sean causados por sustancias o afecciones médicas.

Por último, si hay antecedentes de trastornos del espectro autista o de la comunicación, el diagnóstico de esquizofrenia solo se confirma si se presentan delirios o alucinaciones notables junto con otros síntomas típicos del trastorno.

2.3.5. Trastorno por adicción a los videojuegos

El Trastorno por Adicción a los Videojuegos (TAV) es un fenómeno emergente que ha generado preocupación en la salud mental, dado su impacto potencial en el bienestar psicológico y social de los individuos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el TAV se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente, donde la prioridad del juego se sobrepone a otras actividades cotidianas y el control

sobre el mismo se ve comprometido. Este trastorno se clasifica dentro de los trastornos de comportamiento relacionados con la adicción, y su diagnóstico debe cumplir ciertos criterios.

Los criterios diagnósticos del TAV según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) incluyen:

Preocupación por los videojuegos: El individuo dedica una cantidad excesiva de tiempo a pensar en los videojuegos o a planificar la siguiente sesión de juego.

Pérdida de control: Incapacidad para reducir el tiempo de juego, a pesar de los intentos de hacerlo.

Prioridad sobre otras actividades: El juego se convierte en la actividad principal, desplazando otras ocupaciones importantes como el trabajo, el estudio o las relaciones sociales.

Continuación del juego a pesar de las consecuencias negativas: El jugador sigue jugando a pesar de los efectos adversos en su vida personal, social, académica o laboral.

Duración: Estos síntomas deben persistir durante un período mínimo de 12 meses para confirmar el diagnóstico (OMS, 2018).

El TAV ha sido objeto de debate, ya que algunos argumentan que no todos los casos de uso excesivo de videojuegos constituyen una adicción. Sin embargo, cuando los síntomas afectan significativamente la vida del individuo, el diagnóstico y la intervención temprana son cruciales para prevenir efectos negativos a largo plazo (King et al., 2013).

2.3.6. Trastorno por uso de Sustancias

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) es una condición caracterizada por el consumo compulsivo y problemático de sustancias psicoactivas, que afecta significativamente la vida social, laboral y familiar del individuo. Este trastorno se clasifica en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) bajo el grupo de trastornos relacionados con

sustancias y adicciones. Según el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), el diagnóstico de TUS se basa en la presencia de al menos dos de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- 1) Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo previsto.
- 2) Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el uso de la sustancia.
- 3) Gran cantidad de tiempo dedicada a obtener, usar o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- 4) Deseo o incapacidad para cumplir con las obligaciones laborales, académicas o familiares debido al uso de la sustancia.
- 5) Uso continuado a pesar de los problemas sociales o interpersonales causados o empeorados por el consumo.
- 6) Reducción de actividades importantes debido al uso de la sustancia.
- 7) Uso en situaciones de riesgo físico (por ejemplo, conducir bajo los efectos de la sustancia).
- 8) Tolerancia: la necesidad de consumir cantidades mayores para obtener el mismo efecto.
- 9) Abstinencia: síntomas físicos o psicológicos al reducir o cesar el consumo.

El diagnóstico de TUS en adolescentes requiere una atención especial debido a las características del desarrollo en esta etapa. Los adolescentes son más vulnerables a la experimentación con sustancias debido a factores como la presión social, la búsqueda de identidad y la inmadurez de sus sistemas de recompensa y autocontrol (Miller y Carroll, 2006). Además, el uso temprano de sustancias puede aumentar el riesgo de desarrollar dependencia a

lo largo de la vida, lo que subraya la importancia de la prevención y la intervención temprana en esta población (Jessor, 1991).

2.3.7. Trastorno por Consumo de Alcohol

El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) es un trastorno crónico y recurrente caracterizado por el consumo problemático de alcohol, lo que genera consecuencias adversas en el funcionamiento social, laboral y personal del individuo. Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), el diagnóstico de TCA se establece cuando una persona presenta al menos dos de los siguientes criterios en un período de 12 meses (APA, 2013):

- 1) Consumo de alcohol en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo previsto.
- 2) Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el consumo de alcohol.
- 3) Gran cantidad de tiempo dedicada a obtener, consumir o recuperarse de los efectos del alcohol.
- 4) Desequilibrio en las responsabilidades laborales, académicas o sociales debido al consumo.
- 5) Continuación del consumo a pesar de los problemas sociales o interpersonales causados por el alcohol.
- 6) Reducción de actividades importantes debido al consumo de alcohol.
- 7) Consumo en situaciones de riesgo físico (por ejemplo, conducir bajo los efectos del alcohol).
- 8) Tolerancia, lo que significa que se necesita consumir mayores cantidades de alcohol para obtener el mismo efecto.
- 9) Síntomas de abstinencia al reducir o cesar el consumo.

El TCA en adolescentes es una preocupación creciente, ya que el inicio temprano del consumo de alcohol puede tener efectos devastadores en el desarrollo cerebral y emocional, lo que aumenta el riesgo de desarrollar dependencia en la adultez (Brown y Tapert, 2004). Los adolescentes, debido a su etapa de desarrollo, son particularmente vulnerables a los efectos sociales y psicológicos del alcohol, y su consumo suele estar asociado con comportamientos de riesgo, como el abuso de otras sustancias o la participación en conductas peligrosas (Brière, 2006).

2.3.8. Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial

Southam et al. (2011) señalaron que los trastornos de conducta disruptiva (DBD) constituyen un “grupo de afecciones caracterizadas por un patrón persistente de comportamientos negativos, desafiantes o transgresores, que afectan de manera significativa el funcionamiento social, académico, familiar o personal del individuo. Entre los DBD se incluyen el trastorno negativista desafiante (ODD), el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta (CD), el trastorno de la personalidad antisocial, así como la piromanía y la cleptomanía” (p. 101).

III.METODO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo, dado que se centró en el análisis de aspectos objetivos, permitiendo la cuantificación de fenómenos sociales. Se trató de un diseño no experimental, en el cual la variable no fue manipulada intencionalmente ni se contó con un grupo control, analizándose en su contexto natural. Además, fue de corte transversal, ya que las variables se estudiaron en un momento específico y de forma simultánea. Este estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, pues se limitó a detallar las características que definieron al elemento o grupo analizado y evaluó el grado de relación entre dos o más variables, ya sea positiva o negativa, sin pretender establecer una relación causal (Hernández y Mendoza, 2018).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se llevó a cabo entre los meses de noviembre de 2024 y enero de 2025. Se realizó en el Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón, departamento de Lima, Perú.

3.3. Variables

- ✓ **Variable Independiente:** Funcionalidad Familiar
- ✓ **Variable Dependiente:** Trastornos Mentales
 - Tras. Depresivo
 - Tras. De Ansiedad
 - Tras. Psicótico
 - Tras. De adicción a videojuegos online
 - Tras. De adicción de Alcohol

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población estuvo conformada por un total de 153 adolescentes residentes en el Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón en 2025 (MDA, 2021).

3.4.1.1. Criterios de Selección.

A. Criterios de Inclusión

- Adolescentes entre la edad de 12 – 18 años residentes del Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón.
- Adolescentes que cuenta con el consentimiento informado firmado por parte del Padre de familia o apoderado.
- Adolescentes que firmaron el asentimiento informado.

B. Criterios de Exclusión

- Adolescentes entre la edad de 12 – 18 años que no residen en el Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón.
- Adolescentes que no cuentan con el consentimiento informado firmado por parte del Padre de familia o apoderado.
- Alumnos que no firmaron el asentimiento informado.

3.4.2. Muestra

La población estuvo conformada por los adolescentes del Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón que cumplieron los criterios de inclusión residentes de Ancón, 2025.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Técnica de recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta. Para medir la variable independiente, funcionalidad familiar, se utilizó el instrumento FACES III, mientras que para la variable dependiente, trastornos mentales, se aplicó el Cuestionario de Informes de Síntomas de Trastornos Mentales para Adolescentes (Symptoms Report Questionnaire-SRQ).

En ambos casos, se recurrió a instrumentos estandarizados, validados y con altos niveles de confiabilidad.

3.5.2. Instrumentos de recolección de datos

Funcionalidad Familiar

El instrumento utilizado para evaluar la variable de Funcionalidad Familiar fue la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), diseñada por Olson, Portener y Lavee en los Estados Unidos en 1985. Esta es la tercera versión de la serie de escalas FACES y está diseñada para medir dos dimensiones principales del Modelo Circumplejo: cohesión y flexibilidad familiar. La escala fue adaptada al español en México por C. Gómez y C. Irigoyen (Schmidt et al., 2010) y posteriormente modificada por W. Sigüenza en base al trabajo de Schmidt, para su uso en contextos locales (Sigüenza, 2015).

El instrumento constó de un cuestionario de 20 ítems distribuidos en dos dimensiones: la primera, Adaptabilidad, abarca las preguntas 1 a 10, y la segunda, Cohesión, comprende las preguntas 11 a 20. Su propósito es evaluar la funcionalidad familiar en adolescentes mediante una escala tipo Likert con puntuaciones que van de 1 a 5, donde 1 representa "Nunca", 2 "Casi nunca", 3 "Algunas veces", 4 "Casi siempre" y 5 "Siempre".

El puntaje final se interpreta en tres rangos:

- 77-100: Familia funcional balanceada.
- 55-76: Familia en rango medio.
- 20-54: Familia con extrema disfuncional.

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

La validez y la confiabilidad en el contexto nacional en adolescentes fue realizada por Bazo et al. (2016). Se aplicó un análisis factorial exploratorio para verificar que los factores obtenidos, dicho instrumento fue aprobado con un valor menor a 0.05 de validez y obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.85, lo que muestra un grado de confiabilidad moderadamente alto.

Trastornos mentales

El Cuestionario de Autoinforme (Self-Reporting Questionnaire, SRQ) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de un estudio colaborativo enfocado en ampliar las estrategias para extender los servicios de salud mental (WHO Collaborative Study to Extend Mental Health Services, Harding et al., 1980; Climent et al., 1981). Su propósito principal es facilitar la detección y atención de problemas de salud mental en servicios de atención primaria, particularmente en países en desarrollo.

Finalidad

El SRQ permite identificar condiciones que puedan estar afectando la salud mental del individuo, evaluando situaciones específicas vividas en los últimos 30 días.

Áreas de Medición

El cuestionario abarca cinco áreas principales:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Psicosis.
- Adicción a videojuegos en línea.
- Problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Estructura

El SRQ consta de 30 ítems con respuestas cerradas de tipo dicotómico (Sí/No). Cada respuesta afirmativa equivale a un punto.

Interpretación de Resultados

1. Ansiedad y Depresión

1.1. **Ansiedad:** Preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 19 y 20.

- Alta probabilidad: 5-10 puntos.
- Baja probabilidad: 1-4 puntos.

1.2. Depresión: Preguntas 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18.

- Alta probabilidad: 7-12 puntos.
- Baja probabilidad: 1-6 puntos.

Nota importante: Si la respuesta a la pregunta 17 (riesgo de conducta suicida) es afirmativa, se requiere intervención inmediata por tratarse de una emergencia en salud mental.

2. Trastorno Psicótico

Preguntas 21 a 24.

Una sola respuesta afirmativa indica un caso positivo.

- Alta probabilidad: 1-4 puntos.
- Baja probabilidad: 0 puntos.

3. Adicción a Videojuegos en Línea

Pregunta 25.

- Alta probabilidad: 1 punto.
- Baja probabilidad: 0 puntos.

4. Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol

Preguntas 26 a 30.

Una sola respuesta afirmativa indica alto riesgo de alcoholismo.

- Alta probabilidad: 1-5 puntos.
- Baja probabilidad: 0 puntos.

El SRQ es una herramienta confiable y validada para identificar problemas de salud mental, facilitando la intervención temprana y el tratamiento adecuado en entornos clínicos y comunitarios.

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

Este instrumento fue validado y estandarizado por el Ministerio de Salud del Perú y se incorporó como parte de la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Su propósito

principal es servir como herramienta de tamizaje en salud mental, facilitando la detección temprana de nuevos casos de trastornos mentales en la población peruana. Esto refuerza su utilidad en la identificación y atención oportuna de problemas de salud mental en el contexto de los servicios de atención primaria del país.

3.6. Procedimientos

3.6.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para el desarrollo del trabajo de campo, se convocó a una reunión a la Junta Directiva del Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón para dar a conocer el trabajo de investigación, gestionar el consentimiento de los respectivos padres de familia y poder abordar a los adolescentes de dicha comunidad.

3.6.2. Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de enero y febrero del presente año, abarcando un período de 30 días hábiles. Previamente, se explicó a los padres de los adolescentes los objetivos de la investigación, entregándoles un consentimiento informado para su firma. De igual manera, se proporcionó a los adolescentes un documento de asentimiento, asegurando su comprensión y aceptación para participar en el estudio.

El tiempo estimado para completar cada ficha fue de 15 a 25 minutos. Una vez finalizado el trabajo de campo, se procedió a la verificación de las fichas recolectadas, evaluando tanto la calidad del registro como la codificación correspondiente, garantizando así la precisión y confiabilidad de los datos obtenidos.

3.7. Análisis de datos

El análisis estadístico de las variables incluidas en esta investigación se llevó a cabo utilizando herramientas específicas para garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados. Para la recolección y organización inicial de los datos, se empleó la hoja de cálculo Excel. Posteriormente, para el desarrollo del análisis correlacional y la aplicación de técnicas

estadísticas avanzadas, se utilizó el software estadístico SPSS en su versión 26. Este enfoque permitió realizar un análisis exhaustivo y riguroso de las relaciones entre las variables estudiadas.

3.8. Consideraciones éticas

La presente investigación se rigió por los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, garantizando la protección y el respeto hacia todos los participantes (Gómez, 2009; Carreño, 2016). Además, se implementó el consentimiento informado para toda la población participante y el asentimiento informado para los menores de edad, previa lectura explícita de la información a todos los involucrados (Velasco, 2013).

3.8.1. Principios bioéticos aplicados

3.8.1.1. Principio de autonomía. El principio de autonomía asegura el respeto por la libertad de cada individuo para tomar decisiones, basadas en sus propios juicios y criterios, siempre que no perjudiquen a terceros (Aparisi, 2010). Este principio se garantizará presentando el consentimiento y asentimiento informado a las personas que cumplan con los criterios de inclusión, promoviendo su participación voluntaria y respetando su decisión.

3.8.1.2. Principio de beneficencia. Este principio busca maximizar los beneficios potenciales y prevenir o minimizar posibles daños hacia los participantes (Arias y Peñaranda, 2015). Se aplicará informando a los participantes sobre los beneficios que se derivarán de los resultados de la investigación, destacando el impacto positivo de su contribución.

3.8.1.3. Principio de no maleficencia. El principio de no maleficencia se fundamenta en evitar causar daño y minimizar cualquier riesgo potencial (Mendoza, 2017). En este sentido, se explicará a cada padre de familia que la participación de su hijo menor no implicará ningún riesgo para su salud ni bienestar.

3.8.1.4. **Principio de justicia.** El principio de justicia promueve la equidad, asegurando que no exista discriminación al seleccionar a los participantes y que los beneficios y posibles desventajas se distribuyan de manera justa. Este principio se aplicará al garantizar un trato igualitario, respetuoso y cordial para todos los participantes, sin mostrar preferencias ni sesgos.

Estos principios aseguran el cumplimiento de estándares éticos elevados durante todo el proceso de la investigación, priorizando la dignidad y bienestar de los participantes.

IV.RESULTADOS

4.1. Descripción de las Características Sociodemográficas

Tabla 1

Frecuencia de la Variable Sexo

	N	Porcentaje
Hombre	55	52.4%
Mujer	50	47.6%
Total	105	100%

Figura 1

Distribución de la Variable Sexo



En la Tabla 1 se puede observar que, de los 105 adolescentes encuestados, 55 (52.4%) son hombres y 50 (47.6%) son mujeres, reflejando una distribución relativamente equilibrada entre ambos sexos, con una ligera predominancia masculina.

Tabla 2

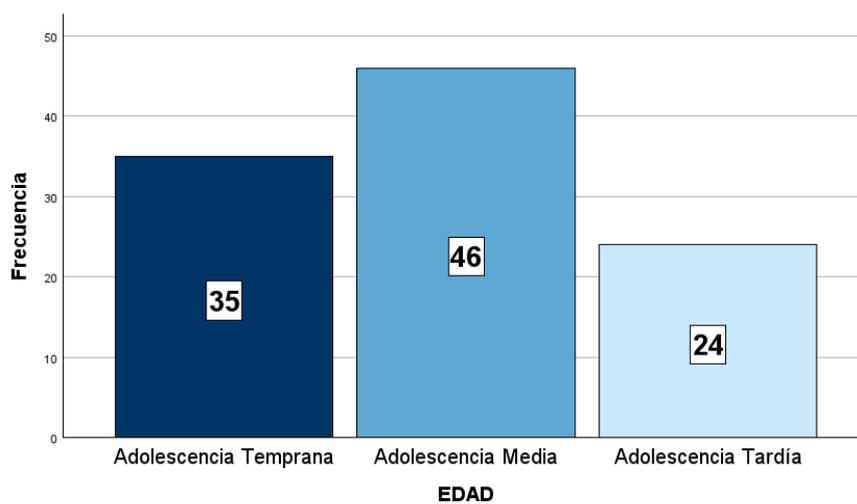
Frecuencia del Tipo de Adolescencia

	N	Porcentaje
--	----------	-------------------

Adolescencia Temprana	35	33.3%
Adolescencia Media	46	43.8%
Adolescencia Tardía	24	22.9%
Total	105	100%

Figura 2

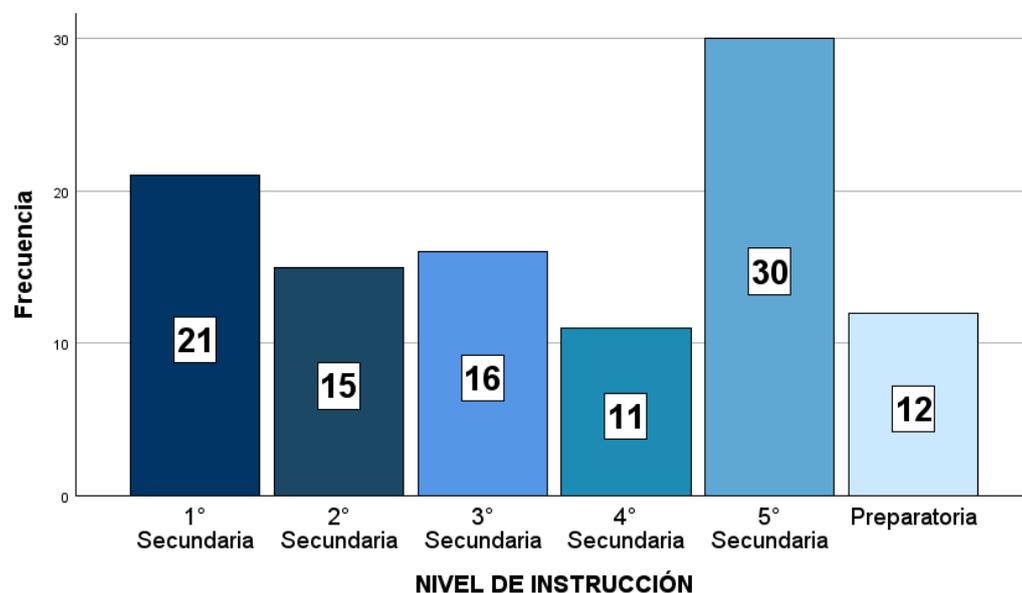
Distribución del Tipo de Adolescencia



En la Tabla 2 se puede observar que la mayor proporción de los adolescentes encuestados se encuentra en la etapa de adolescencia media, con 46 (43.8%). Le sigue la adolescencia temprana, con 35 (33.3%), y finalmente la adolescencia tardía, con 24 (22.9%). Estos resultados muestran una mayor representación de adolescentes en las etapas iniciales y medias de esta etapa de desarrollo.

Tabla 3*Frecuencia de Nivel de Instrucción*

	N	Porcentaje
1° de Secundaria	21	20.0%
2° de Secundaria	15	14.3%
3° de Secundaria	16	15.2%
4° de Secundaria	11	10.5%
5° de Secundaria	30	28.6%
Preparatoria	12	11.4%
Total	105	100%

Figura 3*Distribución de Nivel de Instrucción*

En la Tabla 3 se puede observar que la mayor proporción de adolescentes encuestados cursa el 5° de secundaria, con 30 (28.6%), seguido por aquellos en 1° de secundaria, con 21

(20.0%). Esto indica una mayor representación de estudiantes en los niveles iniciales y finales de secundaria.

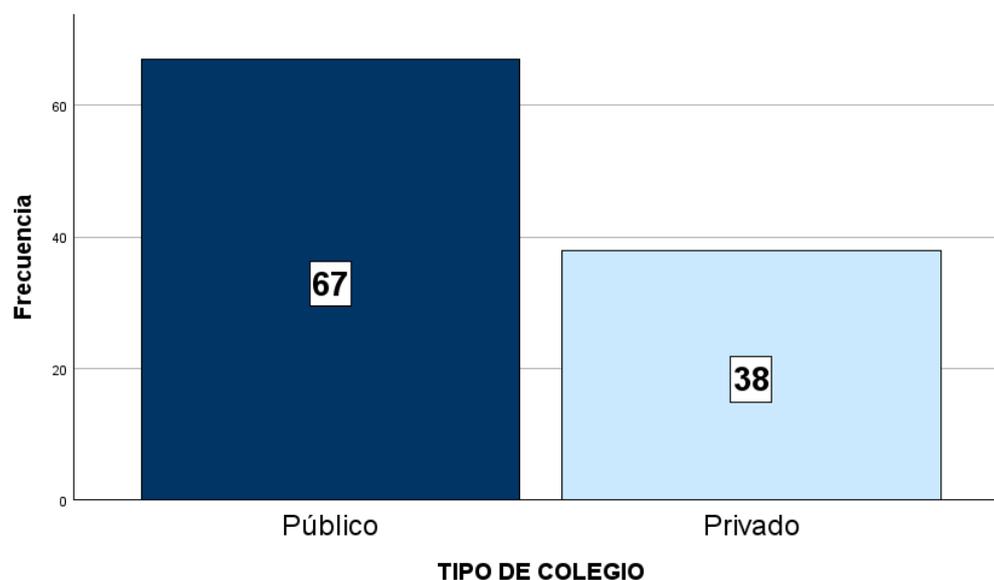
Tabla 4

Frecuencia de Tipo de Colegio

	N	Porcentaje
Público	67	63.8%
Privado	38	36.2%
Total	105	100%

Figura 4

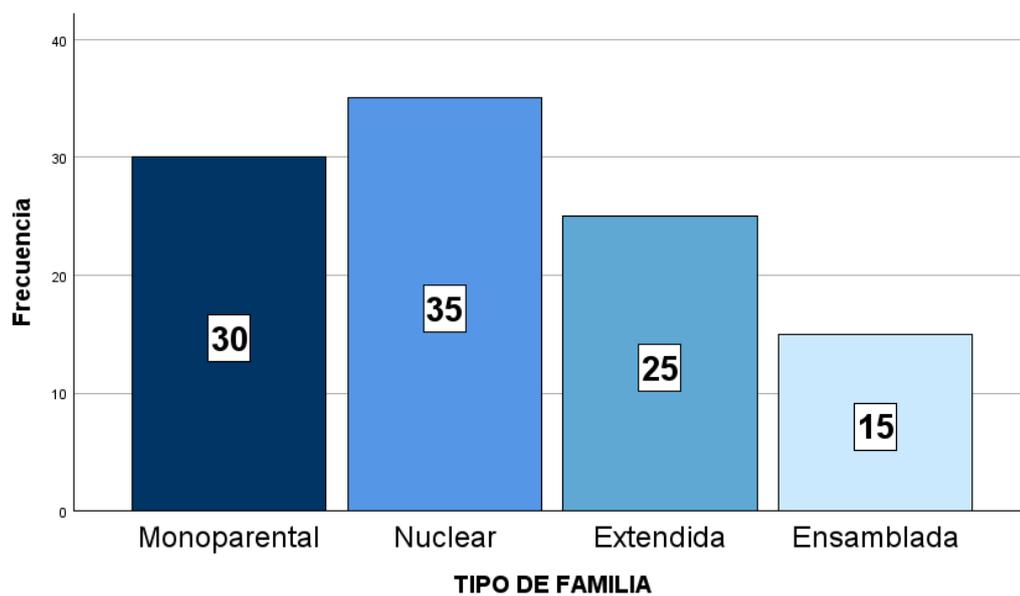
Distribución de Tipo de Colegio



En la Tabla 4 se puede observar que la mayoría de los adolescentes encuestados asiste a colegios públicos, con 67 (63.8%), mientras que 38 (36.2%) asisten a colegios privados. Esto muestra una mayor representación de estudiantes provenientes de instituciones educativas públicas.

Tabla 5*Frecuencia de Tipo de Familia*

	N	Porcentaje
Monoparental	30	28.6%
Nuclear	35	33.3%
Extendida	25	23.8%
Ensamblada	15	14.3%
Adoptivo	0	0.0%
Total	105	100%

Figura 5*Distribución de Tipo de Familia*

En la Tabla 5 se puede observar que los tipos de familia más prevalentes entre los adolescentes encuestados son la familia nuclear, con 35 (33.3%), y la familia monoparental, con 30 (28.6%). Cabe destacar que no se registraron casos de adolescentes pertenecientes a familias adoptivas (0.0%).

4.2. Descripción de Nivel de Funcionalidad Familiar

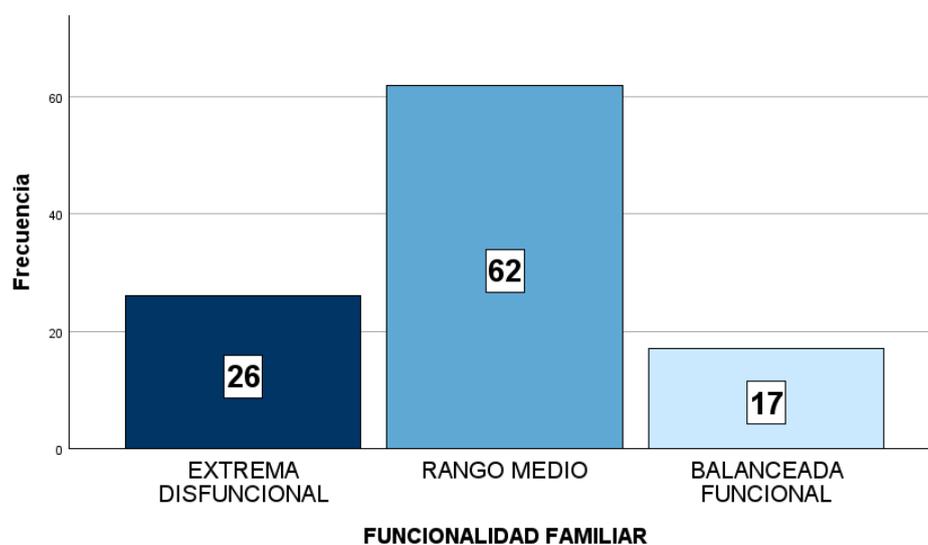
Tabla 6

Descripción de Nivel de Funcionalidad Familiar

	N	Porcentaje
Extrema Disfuncional	26	24.8%
Rango Medio	62	59.0%
Balanceada Funcional	17	16.2%
Total	105	100%

Figura 6

Distribución de Nivel de Funcionalidad



En la Tabla 6 se puede observar que la mayor proporción de adolescentes presenta una funcionalidad familiar en el rango medio, con 62 (59.0%). Le sigue la funcionalidad familiar extrema disfuncional, con 26 (24.8%), y la funcionalidad balanceada, con 17 (16.2%). Esto indica que la mayoría de las familias tienen un nivel intermedio de funcionalidad, con una representación menor de casos con funcionalidad disfuncional extrema y funcionalidad balanceada.

4.3. Descripción de Trastornos Mentales

Tabla 7

Frecuencia de Trastornos Mentales

	Alta Probabilidad		Baja Probabilidad	
	N	%	N	%
Depresión	38	36.2%	67	63.8%
Ansiedad	30	28.6%	75	71.4%
Psicosis	19	18.1%	86	81.9%
Adicción a Videojuegos	19	18.1%	86	81.9%
Alcoholismo	16	15.2%	89	84.8%

En la Tabla 7 se puede observar que los trastornos mentales con mayor prevalencia de alta probabilidad son la depresión, con 38 (36.2%), y la ansiedad, con 30 (28.6%). En contraste, los trastornos como la psicosis y la adicción a videojuegos presentan una prevalencia similar de alta probabilidad, con 19 adolescentes (18.1%) en ambos casos. Por otro lado, la mayoría de los adolescentes presentan una baja probabilidad de presentar estos trastornos, siendo más notable en el caso del alcoholismo, con 89 adolescentes (84.8%), seguido por la psicosis y adicción a videojuegos, con 86 adolescentes (81.9%) cada uno.

4.4. Análisis de Asociación de Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales

Tabla 8

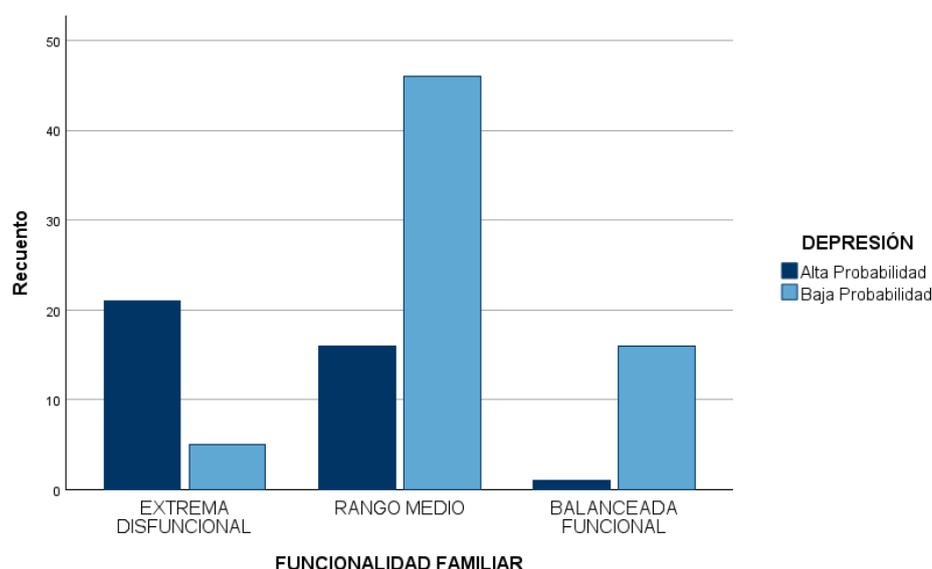
Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Depresión

Funcionalidad Familiar	Depresión	Valor p
<hr/>		

	Alta		Baja		Total		
	Probabilidad		Probabilidad				
	N	%	N	%	N	%	
Extrema Disfuncional	21	80.8%	5	19.2%	26	100%	
Rango Medio	16	25.8%	46	74.2%	62	100%	<.001
Balanceada Funcional	1	5.9%	16	94.1%	17	100%	

Figura 7

Distribución de Funcionalidad Familiar según Depresión



En la Tabla 8 se puede observar que la mayor prevalencia de depresión se encuentra en los adolescentes con funcionalidad familiar extrema disfuncional, con 21 adolescentes (80.8%). Esta categoría muestra una diferencia considerable respecto a las demás, ya que la mayoría de los adolescentes del grupo balanceada funcional y rango medio se encuentran en la categoría de baja probabilidad, con 16 (94.1%) y 46 (74.2%) respectivamente.

El test de Chi Cuadrado muestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión, ya que el valor de $p < .001$ es menor

que 0.05. Esto indica que los diferentes tipos de funcionalidad familiar están significativamente asociados con el riesgo de depresión.

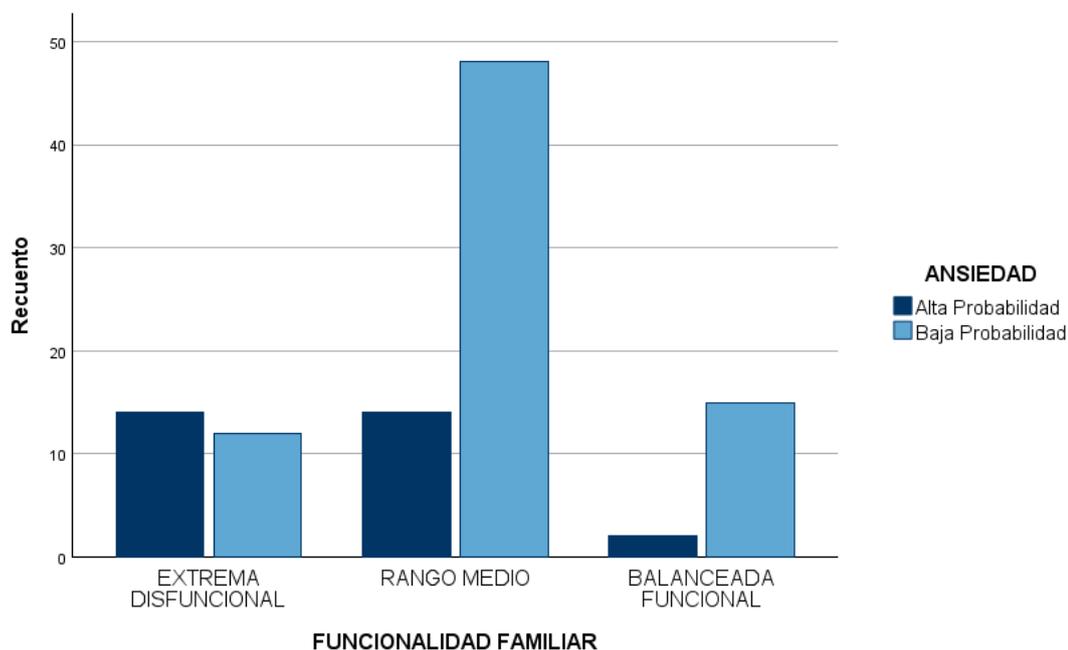
Tabla 9

Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Ansiedad

Funcionalidad Familiar	Ansiedad						Valor p
	Alta		Baja		Total		
	Probabilidad		Probabilidad				
	N	%	N	%	N	%	
Extrema Disfuncional	14	53.8%	12	46.2%	26	100%	
Rango Medio	14	22.6%	48	77.4%	62	100%	0.003
Balanceada Funcional	2	11.8%	15	88.2%	17	100%	

Figura 8

Distribución de Funcionalidad Familiar según Ansiedad



En la Tabla 9 se puede observar que la mayor prevalencia de ansiedad en alta probabilidad se encuentra en los adolescentes con funcionalidad familiar extrema disfuncional, con 14 adolescentes (53.8%). Por el contrario, la mayoría de los adolescentes pertenecientes a las categorías balanceada funcional y rango medio se encuentran en la categoría de baja probabilidad, con 15 (88.2%) y 48 (77.4%) respectivamente.

El test de chi cuadrado realizado muestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y ansiedad, ya que el valor $p = 0.003$ es menor a 0.05. Esto indica que los diferentes tipos de funcionalidad familiar están significativamente asociados con la probabilidad de presentar ansiedad.

Tabla 10

Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Trastorno Psicótico

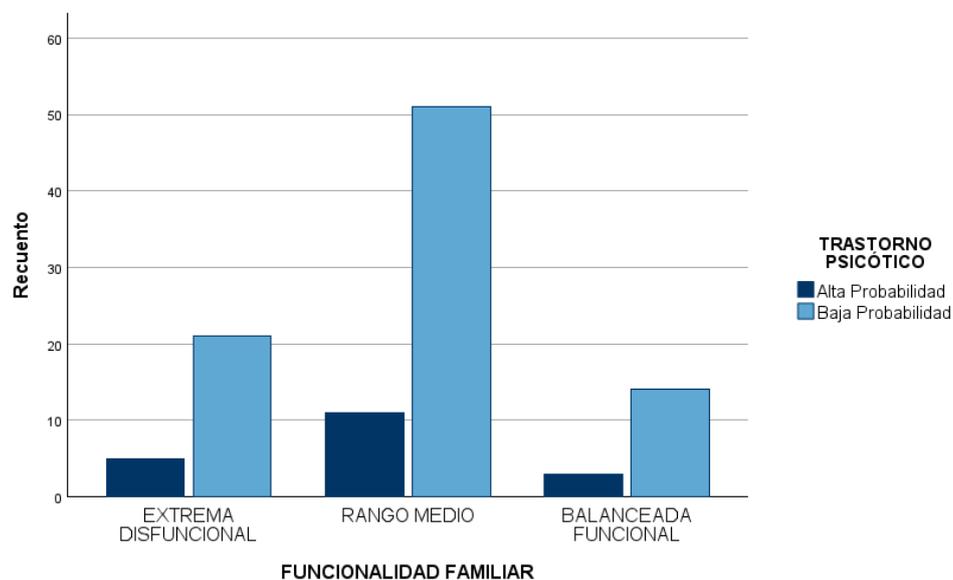
Funcionalidad Familiar	Psicosis	Valor p

	Alta		Baja		Total		
	Probabilidad		Probabilidad				
	N	%	N	%	N	%	
Extrema Disfuncional	5	19.2%	21	80.8%	26	100%	
Rango Medio	11	17.7%	51	82.3%	62	100%	1.000*
Balanceada Funcional	3	17.6%	14	82.4%	17	100%	

Nota. Se utilizó la Prueba Exacta de Fisher (*)

Figura 9

Distribución de Funcionalidad Familiar según Trastorno Psicótico



En la Tabla 10 se puede observar que la mayor prevalencia de trastorno psicótico en alta probabilidad se encuentra en adolescentes con funcionalidad familiar en rango medio, con 11 (17.7%). Asimismo, la mayoría de los adolescentes en todas las categorías de funcionalidad familiar se encuentra en la categoría de baja probabilidad de Psicosis, con 21 (80.8%) de la funcionalidad extrema disfuncional, 51 (82.3%) de rango medio y 14 (82.4%) de funcionalidad balanceada.

La Prueba Exacta de Fisher, muestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y el trastorno psicótico, ya que el valor

p obtenido es 1.000. Dado que el valor p es mayor a 0.05, esto indica que los niveles de funcionalidad familiar no están significativamente asociados con la probabilidad de presentar trastornos psicóticos.

Tabla 11

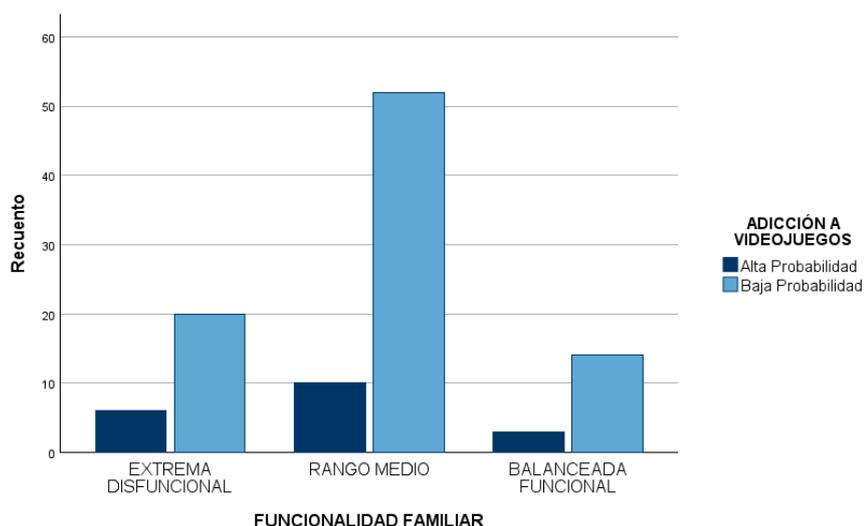
Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Adicción a Videojuegos

Funcionalidad Familiar	Adicción a Videojuegos						Valor p
	Alta Probabilidad		Baja Probabilidad		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Extrema Disfuncional	6	23.1%	20	76.9%	26	100%	
Rango Medio	10	16.1%	52	83.9%	62	100%	0.730*
Balanceada Funcional	3	17.6%	14	82.4%	17	100%	

Nota. Se utilizó la Prueba Exacta de Fisher (*)

Figura 10

Distribución de Funcionalidad Familiar según Adicción a Videojuegos



En la Tabla 11 se puede observar que la mayor prevalencia de adicción a videojuegos en alta probabilidad se encuentra en los adolescentes con funcionalidad familiar de rango medio,

con 10 casos (16.1%). Por otro lado, se observa que la mayoría de los adolescentes se encuentran en la categoría de baja probabilidad, con 20 adolescentes (76.9%) de categoría extrema disfuncional, 52 (83.9%) de rango medio y 14 (82.4%) de funcionalidad balanceada.

Con base a la Prueba Exacta de Fisher, se muestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y la adicción a videojuegos, ya que el valor p obtenido es 0.730. Esto indica que la funcionalidad familiar no está significativamente asociada con la probabilidad de adicción a videojuegos.

Tabla 12

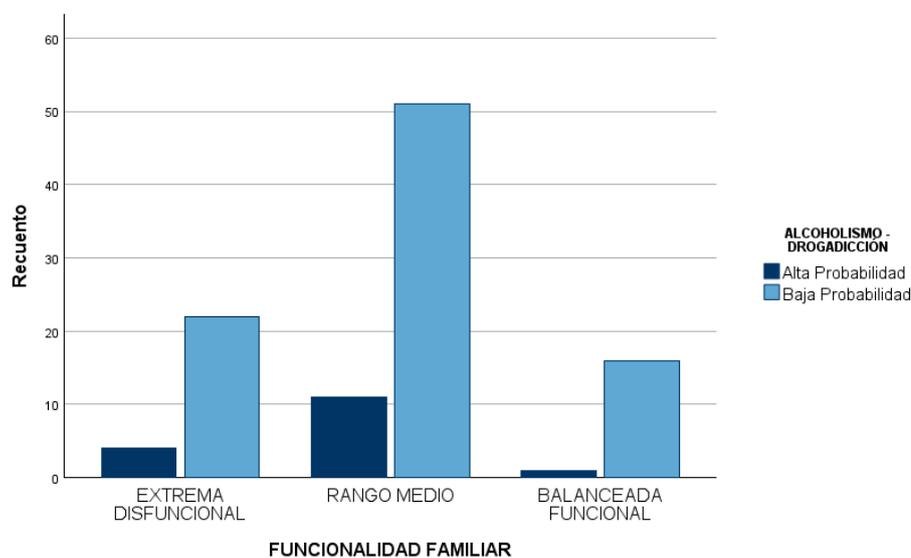
Tabla de Contingencia de Funcionalidad Familiar según Alcoholismo

Funcionalidad Familiar	Alcoholismo						Valor p
	Alta		Baja		Total		
	Probabilidad		Probabilidad				
	N	%	N	%	N	%	
Extrema Disfuncional	4	15.4%	22	84.6%	26	100%	
Rango Medio	11	17.7%	51	82.3%	62	100%	0.640*
Balanceada Funcional	1	5.9%	16	94.1%	17	100%	

Nota. Se utilizó la Prueba Exacta de Fisher (*)

Figura 11

Distribución de Funcionalidad Familiar según Alcoholismo



En la Tabla 12 se puede observar que la mayor prevalencia de alcoholismo en alta probabilidad se encuentra en los adolescentes con funcionalidad familiar de rango medio, con 11 casos (17.7%). Por otro lado, la mayoría de los adolescentes se encuentran en la categoría de baja probabilidad, con 22 adolescentes (84.6%) de la funcionalidad extrema disfuncional, 51 (82.3%) de rango medio y 16 (94.1%) de funcionalidad balanceada.

Con base en la Prueba Exacta de Fisher, se muestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y el alcoholismo, ya que el valor p obtenido es 0.640 (mayor a $p = 0.05$). Esto indica que la funcionalidad familiar no está significativamente asociada con la probabilidad de alcoholismo.

V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La familia desempeña un papel crucial en el desarrollo emocional y psicológico de los adolescentes, influyendo significativamente en la aparición, evolución y manejo de trastornos mentales. Una funcionalidad familiar saludable, caracterizada por una comunicación abierta, apoyo emocional y relaciones interpersonales positivas, actúa como un factor protector frente a condiciones como la depresión, la ansiedad y los trastornos de conducta. Por el contrario, dinámicas familiares disfuncionales, como el conflicto constante, la falta de cohesión o la negligencia emocional, pueden aumentar el riesgo de desarrollar estos trastornos (Restrepo et al., 2020). Además, la calidad de las relaciones familiares influye en la percepción que los adolescentes tienen de sí mismos y del mundo, lo que afecta su capacidad para enfrentar el estrés y adaptarse a las demandas del entorno. Intervenciones terapéuticas que involucren a la familia han mostrado ser efectivas para mejorar la salud mental de los adolescentes, subrayando la importancia de abordar la dinámica familiar en los tratamientos (Carr, 2019).

Por tal motivo que la investigación tuvo como objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes que residen en un asentamiento humano de Ancón. Los resultados obtenidos revelaron una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y los trastornos de depresión y ansiedad, dado que el valor de $p < .001$ fue menor a 0.05 según el test de Chi cuadrado. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y los trastornos psicóticos, la adicción a videojuegos, ni el alcoholismo, ya que el valor de p fue mayor a 0.05, de acuerdo con la prueba exacta de Fisher.

Del mismo modo, Laván (2019), señalan datos similares que, evidencian que existe relación entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales en los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja, aplicandose la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,016$. También, Apaza, Pacheco y

Sánchez (2024), quienes en su investigación reportada Funcionalidad familiar y salud mental en adolescentes de la institución educativa Simón Bolívar-Ayacucho, encontraron que existe una correlación muy buena negativa, entre la funcionalidad familiar y la salud mental en adolescentes de la Institución Educativa Simón Bolívar – Ayacucho, Rho de Spearman = - 0.848, siendo esta correlación significativa (p-valor = 0.000).

Por otra parte, el estudio tuvo como objetivo identificar las características sociodemográficas de adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón. Entre los 105 adolescentes encuestados, se encontró una distribución de género relativamente equilibrada, con una ligera predominancia masculina: 55 (52.4%) hombres y 50 (47.6%) mujeres. En cuanto a las etapas de desarrollo, la mayoría se encuentra en la adolescencia media (43.8%), seguida por la adolescencia temprana (33.3%) y la adolescencia tardía (22.9%).

Respecto al nivel educativo, el mayor porcentaje de adolescentes cursa el 5° de secundaria (28.6%), seguido del 1° de secundaria (20.0%), lo que refleja una representación significativa en los niveles iniciales y finales de este ciclo. Además, la mayoría asiste a colegios públicos (63.8%), mientras que un menor porcentaje asiste a instituciones privadas (36.2%), evidenciando una predominancia de estudiantes provenientes de la educación pública. Finalmente, los tipos de familia más comunes son la familia nuclear (33.3%) y la monoparental (28.6%).

Así también, otro de los objetivos específicos consiste en analizar los niveles de funcionalidad familiar en adolescentes que residen en un Asentamiento Humano del distrito de Ancón. Los resultados evidenciaron que la mayor proporción de adolescentes se encuentra en un nivel de funcionalidad familiar intermedio, representando 62 casos (59.0%). En segundo lugar, se identificaron 26 casos (24.8%) con funcionalidad familiar extremadamente disfuncional, seguidos por 17 casos (16.2%) con funcionalidad balanceada. Estos hallazgos sugieren que, en su mayoría, las familias presentan un nivel de funcionalidad moderado,

mientras que los casos de disfuncionalidad extrema y de funcionalidad balanceada tienen una menor representación; estos resultados dan relevancia a lo analizado por Quispe y colaboradores (2023) en relación a su estudio correlacional Funcionamiento familiar y habilidades sociales en adolescentes peruanos de educación secundaria, reportaron que el 44,1% de los estudiantes percibía que el funcionamiento familiar era de rango medio, el 40,3% indicó que era equilibrado, mientras que el 15,6% sostuvo que era extremo, como se puede ver, el tipo de familia predominante era de rango medio, es decir, eran familias extremas solo una dimensión y tendían a ser poco saludables, ya que en sus hogares pocas veces se transmitían muestras de afecto o cariño, no pasaban tiempo juntos y raras veces se consideraba la opinión de cada uno de los miembros. Así, como también Basurto (2019), coincidió con su investigación con respecto a los niveles de funcionalidad familiar en adolescentes encontró que el 52.1 % presenta funcionalidad familiar de rango medio, el 25.8 % funcionalidad balanceada y el 22.1 % de los estudiantes presentó un funcionamiento extremo.

En cambio, Huapaya y Romero (2022), difiere con los resultados en su investigación donde evidencian que el 45 % de los adolescentes presentaron disfunción familiar leve, mientras que un 21 % exhibió disfuncionalidad familiar severa y el 34 % exhibió una disfuncionalidad de rango medio.

Además, otro de los objetivos específicos del estudio fue identificar los trastornos mentales más prevalentes entre los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón. Los resultados muestran que los trastornos con mayor prevalencia de alta probabilidad son la depresión (36.2%) y la ansiedad (28.6%). En contraste, la psicosis y la adicción a videojuegos presentan una prevalencia similar de alta probabilidad, afectando al 18.1% de los adolescentes en ambos casos. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes encuestados presenta una baja probabilidad de desarrollar estos trastornos, especialmente en el caso del

alcoholismo, con un 84.8% de baja probabilidad. Asimismo, la baja probabilidad también es significativa para la psicosis y la adicción a videojuegos, con un 81.9% en cada caso.

A nivel internacional, se encontró coincidencias, según un estudio publicado en Ecuador, Chávez y Lima (2023) afirman que un 17,9% manifestaba estrés moderado, un 17,9% depresión moderada y 30,3% ansiedad extremadamente severa en adolescentes de una Unidad Educativa de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.

Por otra parte, el objetivo específico abordó la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes que residen en un Asentamiento Humano de Ancón. Los resultados evidenciaron que la prevalencia más alta de depresión se presentó en adolescentes con una funcionalidad familiar extremadamente disfuncional, representando 21 casos (80.8%). Esta categoría mostró una diferencia notable en comparación con otras, ya que la mayoría de los adolescentes con funcionalidad familiar balanceada y de rango medio se ubicaron en la categoría de baja probabilidad de depresión, con 16 (94.1%) y 46 (74.2%) casos, respectivamente. Además, el análisis mediante el test de Chi cuadrado reveló una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión ($p < .001$), lo que confirma que los distintos tipos de funcionalidad familiar están vinculados de manera significativa con el riesgo de depresión. Datos similares se encontraron en autores internacionales, Reyes, Campo y Caballero (2023) mostraron una correlación positiva con los síntomas depresivos, destacando la importancia de considerar el funcionamiento familiar en estudios sobre síntomas depresivos en adolescentes de secundaria, así también, Serna et al. (2020) hallaron una asociación estadísticamente significativa entre depresión moderada o grave y disfunción familiar leve o grave ($p < 0,001$), la depresión también mostró vínculos con antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares deficientes y conflictos en el entorno familiar. Igualmente, Albán (2021) concluyó que existe una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes. Datos que se

confirman a nivel nacional, Chuquihuamani y Chuquillanqui (2022) evidenciaron una correlación positiva, aunque de baja magnitud, entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva ($P \leq 0,05$; Spearman: 0,395), así también, Huapaya y Romero (2022) evidencio un $p: 0.000$ ($p < 0.05$), el cual indica que existe una relación positiva moderada entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes, igualmente Gutiérrez (2023) confirmaron que existe una asociación entre el funcionamiento familiar y la presencia de depresión en los adolescentes estudiados. En cambio, otros autores difieren con los resultados, Almeida (2023) concluye que no existe relación significativa entre las variables, es decir que el funcionamiento de la familia no influye directamente en la aparición de la depresión en los adolescentes.

Así también, otro de los objetivos específicos se centró en analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón. Los resultados mostraron que la mayor prevalencia de ansiedad con alta probabilidad se dio en adolescentes con funcionalidad familiar extremadamente disfuncional, representando 14 casos (53.8%). En contraste, la mayoría de los adolescentes con funcionalidad familiar balanceada y de rango medio se ubicaron en la categoría de baja probabilidad de ansiedad, con 15 (88.2%) y 48 (77.4%) casos, respectivamente. El análisis estadístico mediante el test de Chi cuadrado evidenció una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y los niveles de ansiedad ($p = 0.003$), lo que confirma que los distintos tipos de funcionalidad familiar están relacionados de manera significativa con la probabilidad de experimentar ansiedad. Resultados similares se encontraron a nivel internacional, Hinostroza y Lima (2023) identificaron una correlación estadísticamente significativa de tipo negativa entre Ansiedad Estado y Funcionalidad Familiar ($r_s = -0,476$, $p = 0,000$) con un grado de relación de 47 %, evidenciando una afectación mutua, y entre Ansiedad Rasgo y Funcionalidad Familiar ($r_s = -0,567$, $p = 0,000$) con un grado de relación de 56 %, es decir, existe una relación inversamente

proporcional que indica que a mayor funcionalidad familiar menor nivel de ansiedad y viceversa, datos que coinciden con autores nacionales; Roque (2023) evidenció que existe una relación significativa entre Funcionalidad familiar y Ansiedad, con un valor de Rho Spearman de $r = -0.388$ $p < 0.05$, igualmente García y García (2020) evidencian que existe una relación negativa de intensidad leve estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y ansiedad estado – rasgo ($\rho = -.163$, $p < 0.05$), así también Venegas (2023) comprueba que existe una relación negativa y significativa ($r_s = -.554^{**}$; $p = .007 < .01$) entre funcionalidad familiar y ansiedad estado y existe una relación positiva y significativa ($r_s = .355^{**}$; $p = .001$) entre funcionalidad familiar y ansiedad rasgo.

En cambio, otros autores internacionales difiere los resultados, Moreno (2022) en su investigación menciona que mediante la prueba de correlación de Spearman encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la ansiedad rasgo ($Rho = < 0.016$ $p > 0.05$) ni la ansiedad estado ($Rho = < 0.050$ $p > 0.05$), igualmente Caguana y Tobar (2022) evidenció que entre las variables de estudio funcionalidad familiar y ansiedad no existe relación. Datos que coinciden con autores nacionales, Bueno (2019) observó que no hay relación entre la funcionalidad familiar y la ansiedad, así como tampoco entre la cohesión y adaptabilidad familiar con la ansiedad, entre sí y según sexo, pues se obtuvo una probabilidad de significancia mayor a la esperada ($p > 0.05$), esto además se comprobó a través del análisis de confianza (IC95%), el coeficiente de relación (Rho), el tamaño de efecto (TE) y la potencia de la prueba ($1 - \beta$), no encontrándose indicadores de relación entre las variables, datos que coinciden con Vega (2020) quien evidenció que no existe relación entre la funcionalidad familiar y la ansiedad, con una significancia de 0.061 y un valor de $r = 0.031$.

Uno de los objetivos específicos fue describir la relación entre la funcionalidad familiar y la psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón. Los resultados mostraron que la mayor prevalencia de trastorno psicótico con alta probabilidad se

presentó en adolescentes con funcionalidad familiar en rango medio, con 11 casos (17.7%). Además, la mayoría de los adolescentes en todas las categorías de funcionalidad familiar se ubicaron en la categoría de baja probabilidad de psicosis, con 21 (80.8%) en la categoría de funcionalidad extrema disfuncional, 51 (82.3%) en rango medio y 14 (82.4%) en funcionalidad balanceada. La Prueba Exacta de Fisher indicó que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y el trastorno psicótico, ya que el valor p obtenido fue de 1.000. Este valor, mayor a 0.05, sugiere que los niveles de funcionalidad familiar no están significativamente relacionados con la probabilidad de presentar trastornos psicóticos.

Así también, otro de los objetivos específicos fue describir la relación entre la funcionalidad familiar y la adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón. Los resultados indicaron que la mayor prevalencia de adicción a videojuegos con alta probabilidad se presentó en adolescentes con funcionalidad familiar de rango medio, con 10 casos (16.1%). Por otro lado, la mayoría de los adolescentes se ubicaron en la categoría de baja probabilidad de adicción, con 20 adolescentes (76.9%) en la categoría de funcionalidad extrema disfuncional, 52 (83.9%) en rango medio y 14 (82.4%) en funcionalidad balanceada. Según la Prueba Exacta de Fisher, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y la adicción a videojuegos, ya que el valor p obtenido fue de 0.730. Este valor indica que la funcionalidad familiar no está significativamente relacionada con la probabilidad de desarrollar adicción a videojuegos. Datos similares se observaron en autores nacionales, Lizárraga y Meza (2020) evidenció que no existe relación significativa entre funcionamiento familiar y dependencia de videojuegos, dado que el p valor sobrepasa al nivel de significancia ($0,829 > 0,05$), así mismo, Bernardo (2024) concluyo que no existe relación significativa directamente entre funcionamiento familiar y adicción a los videojuegos, pero evidenció que solo la dimensión de

cohesión del funcionamiento familiar mostró una correlación significativa con la adicción a los videojuegos, similarmente, Alama (2023) concluyó que el funcionamiento familiar (flexibilidad y cohesión) no se relaciona con el uso de videojuegos, sin embargo la cohesión familiar logró relacionarse de forma inversa y significativa ($p < 0.001$, $\rho = -.213^{**}$) con las recaídas en el uso de videojuegos. En cambio, Cruz y Mamani (2023), difiere con los resultados en su investigación que se encontró que existe una relación inversa y significativa entre la funcionalidad familiar y la adicción a los videojuegos, es decir, una mayor funcionalidad familiar está asociada con menores niveles de adicción.

Finalmente, otro de los objetivos específicos fue describir la relación entre la funcionalidad familiar y el alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón. Los resultados mostraron que la mayor prevalencia de alcoholismo con alta probabilidad se dio en adolescentes con funcionalidad familiar de rango medio, con 11 casos (17.7%). En contraste, la mayoría de los adolescentes se ubicaron en la categoría de baja probabilidad de alcoholismo, con 22 adolescentes (84.6%) en la categoría de funcionalidad extrema disfuncional, 51 (82.3%) en rango medio y 16 (94.1%) en funcionalidad balanceada. La Prueba Exacta de Fisher indicó que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y el alcoholismo, ya que el valor p obtenido fue de 0.640, lo que es superior al umbral de 0.05. Esto sugiere que la funcionalidad familiar no está significativamente asociada con la probabilidad de desarrollar alcoholismo. Datos similares se evidenció por Carcasi y Flores (2023) concluyó que no existe una correlación significativa entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol, sin embargo, por el resultado obtenido del coeficiente de correlación existe una relación negativa débil, lo que indica que a mayor funcionalidad familiar tiende a disminuir el consumo de alcohol. En cambio, otros autores difieren con los resultados, Cabello (2024) evidenció que existe una relación significativa entre ambas variables, destacando que una menor funcionalidad familiar se

asocia con un mayor consumo de alcohol en los adolescentes, así mismo, camino y Villalobos (2023) halló que existe una relación baja e inversa (-0.203) con un nivel de significancia de ($P=0.017$), es menor ($p > 0,05$) entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en estudiantes adolescentes, de igual forma Camino y Quiroz (2024), concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y consumo de alcohol en los adolescentes, donde se obtuvo según en el coeficiente de correlación Rho de Spearman ($Rho=-0,234$).

VI.CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluyó lo siguiente:

- Existe relación entre Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.
- Las características sociodemográficas de los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón son: según el sexo predomina el masculino con 55 (52.4%) y 50 (47.6%) mujeres. En cuanto a las etapas de desarrollo, predomina la adolescencia media (43.8%), seguida por la adolescencia temprana (33.3%) y la adolescencia tardía (22.9%). Respecto al nivel educativo, predomina 5° de secundaria (28.6%), seguido del 1° de secundaria (20.0%). Respecto el tipo de colegio predomina colegios públicos (63.8%), mientras que un menor porcentaje asiste a instituciones privadas (36.2%), y finalmente, los tipos de familia más comunes son la familia nuclear (33.3%) y la monoparental (28.6%).
- Los niveles de funcionalidad familiar en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón son: La mayor proporción de adolescentes se encuentra en un nivel de funcionalidad familiar intermedio, representando 62 casos (59.0%), seguido de funcionalidad familiar extremadamente disfuncional con 26 casos (24.8%) y funcionalidad familiar balanceada con 17 casos (16.2%).
- Los trastornos con mayor prevalencia de alta probabilidad son la depresión (36.2%) y la ansiedad (28.6%), seguida con menor prevalencia de psicosis (18.1%), adicción a videojuegos (18.1%) y alcoholismo (15.2%).
- Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.
- Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

- No existe relación entre funcionalidad familiar y psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.
- No existe relación entre funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.
- No existe relación entre funcionalidad familiar y alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

RECOMENDACIONES

Se plantea las siguientes recomendaciones:

- ✓ Se recomienda realizar más investigaciones de funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes en zonas con mayor prevalencia de trastornos mentales.
- ✓ Se sugiere a las entidades municipales, implementar campañas de concienciación sobre la salud mental en escuelas y comunidades, así también, brindar formación en detección temprana de trastornos mentales y estrategias de apoyo en docentes y líderes comunitarios e implementar líneas telefónicas o digitales de orientación y apoyo psicológico. Además, crear centros juveniles con actividades recreativas, deportivas y culturales que fomenten el bienestar emocional.
- ✓ Por otro lado, se recomienda a los padres de familia del Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón, fomentar una comunicación abierta en un ambiente de confianza donde los adolescentes puedan expresar sus emociones sin miedo a ser juzgados, así mismo, dedicar tiempo en familia con actividades que refuercen los lazos afectivos.
- ✓ Del mismo modo, es necesario resolver conflictos con diálogo y respeto, evitando la violencia verbal o física y establecer normas claras, pero sin caer en el control excesivo, fomentando la autonomía responsable.
- ✓ Además, educarse sobre Salud Mental, informándose sobre los signos de alarma de los trastornos mentales y cómo buscar ayuda ante ello.
- ✓ Finalmente, se invita al centro de salud San José y al centro de salud Materno Infantil Ancón, que son los centros mas cercanos del Asentamiento Humano, implementar protocolos para la detección y tratamiento oportuno de problemas de salud mental y trabajar en conjunto con escuelas y familias para brindar seguimiento a los casos detectados.

- ✓ Además, organizar charlas sobre manejo del estrés, ansiedad y depresión en adolescentes, así mismo, ofrecer sesiones individuales o grupales accesibles para adolescentes y sus familias.

VII.REFERENCIAS

- Alama, E. (2023). *Funcionamiento familiar y uso de videojuegos en adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Comas* [Universidad Privada del Norte]. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUPN_ae4d31d92549e2a1aa224fceedb032aa
- Albán, C. (2021). *Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes* [Tesis de Pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/ab7fd526-1757-415d-8eba-ab0feb3e2bda/content>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anthony, D. y Brazier, C. (2011). *La adolescencia: Una época de oportunidades*. <http://www.zaragoza.es/contenidos/medioambiente/onu/546-spa-ed2011.pdf>
- Aparisi, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas [revista en Internet]*, (22), 121-157. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0718-92732010000100006
- Apaza, E., Pacheco, E., y Sanchez, T. (2024). *Funcionalidad familiar y salud mental en adolescentes de la institución educativa Simón Bolívar-Ayacucho, 2024* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio Institucional UNAC. <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/9220>
- Argyris, P., et al. (2021). *Una mirada a la salud mental de los Adolescentes*. Barcelona, España: Faros Sant Joan de Déu.

https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf

Arias, S. y Peñaranda, F. (2015). La investigación éticamente reflexionada. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [revista en Internet]*, 33(3), 444-451.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0120-386X2015000300015.

Arias, A., y Geovanny, C. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes tardíos*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional UCUENCA. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/eabcc6b8-77ea-4678-b710-e8d9ccab5b5f>

Arias, J., Cabrera, Y., Ramona, I., Zayas, M., y Rodríguez, R. (2021). Trastornos psiquiátricos en adolescentes durante la situación epidemiológica por COVID-19. *Multimed*, 25(3), 1–15.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1028-48182021000300006

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM*. American Psychiatric Association Publishing.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Attia, E., y Walsh, T. (2022). *Introducción a los trastornos de la conducta alimentaria*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>

- Barnhill, J. (2020). *Introducción a los trastornos de ansiedad*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad>
- Barnhill, J. (2020). *Trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-estr%C3%A9s-postraum%C3%A1tico-tept>
- Basurto, M. (2019). *Funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa pública en la provincia de Huaraz - 2018*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3112>
- Bazo, J., Bazo, O., Aguila, J., y Peralta, F. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462-470.
doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2299
- Bernardo, N. (2024). *Funcionamiento familiar y adicción a los videojuegos en adolescentes de tres instituciones educativas de Lima* [Tesis de Pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional Autónoma.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/3517>
- Borras, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1703/455>

- Breinbauer, C. (2008). *Jóvenes: opciones y cambios, promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Washington DC: OPS.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1019147>
- Brière, F. (2006). Adolescent alcohol use: A review of the literature. *Adolescent Health*. 38(6), 603-610. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.07.003>
- Brown, S., y Tapert, S. (2004). Neuropsychological functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcohol Research y Health*, 28(4), 247-252.
- Bueno, D. (2019). *Funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa nacional* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3833>
- Bueno, O. (2021). *El controvertido diagnóstico del trastorno de adicción a los videojuegos y la evolución del mismo durante la pandemia COVID-19: a propósito de un caso clínico* (Vol. 28, Número 3). *Psiquiatría Biológica*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8486692>
- Cabello, E. (2024). *Relación entre la funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de la I.E Virgen de Fátima, Huarmey, 2024* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/9116>
- Camino, A., y Quiroz, B. (2024). *Funcionalidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de una institución educativa nacional de Chorrillos en el año 2023* [Tesis de Pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16341/Funcionalidad_CaminoInfante_Antoinete.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Carcasi, J., y Flores, L. (2024). *Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Emblemática Nuestra Señora del Carmen, Ilave - Puno 2023*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional UNAP. <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22255>

Carr, A. (2019). *Family therapy: Concepts, process and practice* (3rd ed.). Wiley.

Carreño, J. (2016). Consentimiento informado en investigación clínica: Un proceso dinámico. *Persona y Bioética [revista en Internet]*, 20(2), 232-243. http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/232/html_1

Chuquihuamani, C., y Chuquillanqui, A. (2022). *Funcionalidad familiar sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa estatal de Lima*. [Tesis de Pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11218>

Coronel, O. (2019). *Funcionalidad Familiar y Actitud hacia el tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Milagros de la Fraternidad – Independencia 2019*. [Tesis de Pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40098/Coronel_HO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Coryell, W. (2021). *Trastornos bipolares*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares>
- Coryell, W. (2021). *Trastornos depresivos*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Cruz, M., y Mamani, V. (2023). *Funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes* [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/10aedaab-7e46-4b6e-b5cd-e341869e83ca>
- De la Peña, F., Gómez, C., Heinze, G. y Palacios, L. (2014). Adversidad social y trastornos psiquiátricos: Estudio comparativo entre estudiantes de secundarias públicas y privadas. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 37(6), 483. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.058>
- Drevets, W. (2001). Neuroimaging and neuropathological studies of depression: Implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Current Opinion in Neurobiology*, 11(2), 240-249. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(00\)00201-3](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(00)00201-3)
- Dueñas, M., y Cardona, D. (2016). Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. *Biomedica*, 36(3), 423-431. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2904>
- Duman, R., y Monteggia, L. (2006). A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biological Psychiatry*, 59(12), 1116-1127. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.013>

- Escobar, M. (2015). *Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un Colegio público y un Colegio privado en el distrito de La Molina* [Tesis de Pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULIMA. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/1721>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- García, D., y García, C. (2020). *Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes de una institución educativa de Santiago de Chuco, 2020*. [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI]. Repositorio Institucional UCT. <https://repositorio.uct.edu.pe/items/0c280da0-3b2e-48f8-a59f-2bc6697df8a5>
- Gobierno de Salud de México (2025). *¿Qué es la adolescencia?* gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.
- Gómez, P. (2009). Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet]*, 55(4), 230-233. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf
- Guerrero, D., Salazar, D., Constain, V., Pérez, Á., Pineda, C., y García, H. (2020). Asociación entre la funcionalidad familiar y la depresión: una revisión sistemática y un metanálisis. *Korean Journal of family*, 42(2), 172–180. <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0166>

- Gullón, I. (2019). *Regulación Emocional en niños y Adolescentes*. [Tesis de Pregrado, Universidad Pontificia Comillas Icai]. Repositorio Institucional Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/239021/retrieve>
- Hall, G. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. D Appleton y Company, 1. <https://doi.org/10.1037/10616-000>
- Havighurst, R. (1972). *Developmental tasks and education* (4a ed., Vol. 3). David McKay. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=537633>
- Hernandez, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de Investigacion*. McGraw-Hill.
- Hidalgo, M. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *An. de Pediatria Continuada*, 12(1), 42-46. [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(14\)70167-2](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(14)70167-2)
- Hinostroza, P., y Lima, D. (2023). Relación entre funcionalidad familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, 20, 112–124. <https://doi.org/10.37135/chk.002.20.06>
- Huapaya, A., y Romero, R. (2022). *Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes de la Institución Educativa El Pacífico, San Martín de Porres – 2022* [Tesis de Pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/113590>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (s/f). Gob.pe. <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2021/037.html>

Instituto Vasco de Estadística (s/f). *Nivel de instrucción*. Eustat.
https://www.eustat.eus/documentos/elem_2376/definicion.html

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(91\)90021-A](https://doi.org/10.1016/1054-139X(91)90021-A)

Kennedy, S. (2008). Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 271–277.
<https://doi.org/10.31887/dcns.2008.10.3/shkennedy>

King, D., Haagsma, M., Delfabbro, P., Kuss, D., y Griffiths, M. (2013). Problematic video game use: Examining the role of psychosocial variables. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 114-122. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9394-7>

La Familia. (s/f). Bcn.cl. https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45665

Laván, M. (2019). *Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de San Martín]. Repositorio Institucional UNSM.
<https://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/11458/3568/1/ENFERMERIA%20-%20Marl%C3%ADth%20Lav%C3%A1n%20Manchay.pdf>

Lehman, C. (2021). *¿Cuáles son las Etapas de la Adolescencia?*. Study.com.
<https://study.com/learn/lesson/stages-of-adolescence.html>

Lizárraga, S., y Meza, B. (2020). *Funcionamiento familiar y dependencia de videojuegos en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Huancayo, 2020*. [Tesis de

Pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA.
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1939>

López, S. (2002). El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*, 14(1), 159–166. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714122.pdf>

Louro, I. (2004). Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 20(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-21252004000300006

Mallik, C., y Radwan, R. (2021). Impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in changes of prevalence of predictive psychiatric disorders among children and adolescents in Bangladesh. *Asian Journal of Psychiatry*, 56(102554), 102554.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102554>

Malpartida, M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e543. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>

Mead, M. (1928). Coming of age in Samoa: a psychological study of primitive youth for western civilization. William Morrow.
https://www.hks.re/wiki/_media/000003:comingofageinsamoa-mead.pdf

Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Perú Gineco Obstet [revista en Internet]*, 63(4), 555-564.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>

Alvarez, M., Arias, J., Morón, G., Ramírez, R., Cayo, J., y Pomalima, R. (2022). Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la

COVID-19. *Revista Psicológica Herediana*, 15(1), 21–34.
<https://doi.org/10.20453/rph.v15i1.4301>

Miller, W., y Carroll, K. (2006). *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12738-000>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). *Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016-2021*. mimp.gob. <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2024). *Paquete básico de cuidado integral para el adolescente*. gob.pe. <https://www.gob.pe/23213-paquete-basico-de-cuidado-integral-para-el-adolescente>

Ministerio de Salud del Perú (2024). *Minsa continúa fortaleciendo y cerrando brechas de atención en salud mental*. gob. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1000859-minsa-continua-fortaleciendo-y-cerrando-brechas-de-atencion-en-salud-mental>

Ministerio de Salud del Perú. (2022). *Análisis de Situación de Salud*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5330653/4777692-analisis-de-situacion-en-salud-asis-2022.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2021). *Minsa: El 29.6% de adolescentes entre los 12 y 17 años presenta riesgo de padecer algún problema de salud mental o emocional*. gob. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/536664-minsa-el-29-6-de-adolescentes-entre-los-12-y-17-anos-presenta-riesgo-de-padecer-algun-problema-de-salud-mental-o-emocional>

Ministerio de Salud del Perú (2006). *Modelo de abordaje de la promoción de la salud en el Perú: documento técnico.* gop.pe.

<https://crolimacallao.org.pe/documentos/normas/MODELO%20DE%20ABORDAJE%20PROMOCION%20DE%20LA%20SALUD%20PERU.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2008). *Guía de práctica clínica en depresión.*
https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2019). *Salud de Adolescentes.*
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2020). *Guía técnica para el cuidado de la Salud Mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID 19.*
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/581977/RM_186-2020-MINSA.PDF

Ministerio de Salud del Perú (2020). *La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la covid-19.* <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5531.pdf>

Moreno, N. (2022). *Funcionamiento familiar y su relación con la ansiedad en adolescentes.* [Tesis de Pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional UTA.
<https://repositorio.uta.edu.ec/items/94502835-26a3-41b7-bd6f-e74f3f698d5f>

Muench, J., y Hamer, R. (2010). Pharmacologic treatment of depression. *American Family Physician, 81(8), 987-994.*

Muuss, Rolf. (1982). Social Cognition: David Elkind's Theory of Adolescent Egocentrism. *Adolescence, 17(66), 249–265.* <https://eric.ed.gov/?id=EJ265506>

- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *The classification of depression and depression rating scales/questionnaires*. British Psychological Society.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82926/>
- Olson, D., Portner, J., y Lavee, Y. (1985). *“Faces III”: Family Adaptability y Cohesion Evaluation Scales, Family Social Science*. St. Paul: University of Minnesota.
- Olson, D., Russell, C., y Sprenke, D. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families* (1a ed.). Routledge Member of the Taylor and Francis Group.
<https://doi.org/10.4324/9781315804132>
- Olson, D., Russell, C., y Sprenkle, D. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. *Theoretical update*. *Family Process*, 22(1), 69–83. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Depresión*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud del adolescente*. WHO.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud (2024). *La salud mental de los adolescentes*. WHO.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11)*.
<https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. WHO.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Salud sexual*. WHO. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Organización Mundial de Salud (2022). *Trastornos mentales*. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de Salud (2022). *Representantes de OPS participaron en Seminario Internacional sobre salud mental adolescente*. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2022-representantes-ops-participaron-seminario-internacional-sobre-salud-mental>
- Pacheco, B., y Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Rev Chil Pediatr*, 80(2), 109–119. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>
- Pariante, C., y Lightman, S.(2008). The HPA axis in major depression: Classical theories and new developments. *Trends in Neurosciences*, 31(9), 464-468. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.06.006>
- Quispe, J., Paredes, Y., Quispe, R., Jara, F., y Anastacion, V. (2023). Funcionamiento familiar y habilidades sociales en adolescentes peruanos de educación secundaria. *Universidad y Sociedad*, 15(3), 357–365. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202023000300357
- Restrepo, A., Vásquez, L., y García, A. (2020). Influencia de la funcionalidad familiar en la salud mental de adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.rpcna.2020.01.004>
- Reyes, M., Campo, A., y Caballero, C. (2023). Asociación entre el funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en adolescentes colombianos de secundaria. *Revista Interamericana De Psicología*, 57(1), e1617. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v57i1.1617>

- Rivera, A. (2021). *Funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa de Lima-Norte*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4716>
- Rodillo, B. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.005>
- Rojas, I., Ahmad, M., Martín, J., Golpe, A., y Gil, R. (2022). Salud mental, intento de suicidio y función familiar en la atención primaria de salud de los adolescentes durante la pandemia de COVID-19. *Investigación F1000*. <https://doi.org/10.12688/f1000research.109603.2>
- Rojas, M. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXXIII, 619, 233–240. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>
- Roque, Y. (2023). *Funcionamiento familiar y ansiedad en adolescentes del distrito de San Vicente, Cañete 2021*. [Tesis de Pregrado, Universidad Católica Los Ángeles]. Repositorio Institucional ULADECH. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/31886>
- Rubio, A. (2021). *La etapa de la adolescencia*. Sepeap. <https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/>
- Ruiz, S. (2017). *Trastornos del comportamiento alimentario*. *Pediatría integral*. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/trastornos-del-comportamiento-alimentario-2/>

- Salgado, M., González, L., y Yáñez, A. (2021). Parental involvement and life satisfaction in early adolescence. *Frontiers in Psychology*, *12*, Article 628720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628720>
- Salud del adolescente (s/f). Who.int. <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
- Sarango, E. (2019). *Condiciones de Vida y Funcionalidad familiar en pacientes con Tuberculosis en el Centro de Salud Venezuela*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional UNL. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22173>
- Schmidt, V., Barreyro, J., y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de psicología*, *3*(2), 30–36. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v3i2.13339>
- Serna, D., Terán, C., Vanegas, A., Medina, Ó., Blandón, O., y Cardona, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera*, *19*(5), e3153. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3153>
- Sernaque, M., y Villalobos, J. (2023). *Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en estudiantes adolescentes de la institución educativa República de Panamá Lima, 2023*. [Tesis de Pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/121834>
- Sigüenza, W. (2015). *Funcionamiento Familiar según el Modelo circunplejo de Olson*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional UCUENCA. <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/aa9f9c94-7018-4489-90be-d6eb8833ac14/content>

- Southam, M., McLeod, B., Brown, R., Quinoy, A. y Avny, S. (2011). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents. Encyclopedia of Adolescence*, 100–108. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00106-X>
- Statista (2024). *Ranking de los países con más adolescentes con trastornos mentales en América Latina y el Caribe en 2019*. statista. <https://es.statista.com/estadisticas/1389574/trastornos-mentales-en-jovenes-en-los-paises-america-latina-y-el-caribe/>
- Tamminga, C. (2022). *Introducción a la esquizofrenia y trastornos relacionados*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/introducci%C3%B3n-a-la-esquizofrenia-y-trastornos-relacionados>
- Thapar, A., Cooper, M., y Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 339–346. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)
- Trujillo, V. (2023). *Funcionalidad familiar en adultos mayores y su relación con la depresión en usuarios que asisten a la consulta de un establecimiento de salud, Lima 2023*. [Tesis de Pregrado, Universidad Novert Winner]. Repositorio Institucional UWIENER. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e3f9f72b-bb90-4cd8-a55b-3795e31c3a28/content#:~:text=El%20funcionamiento%20familiar%20es%20definido,%2C%20participaci%C3%B3n%2C%20ganancia%2C%20afecto%20y>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). *¿Qué es la adolescencia?*. unicef.org. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia#:~:text=Adolescencia%20temprana,de%20los%20adolescentes:%20el%20acn%C3%A9>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022). *¿Qué es la adolescencia?*.
<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Vega, K. (2020). *Funcionalidad familiar y ansiedad en los adolescentes de una zona de Independencia – 2020*. [Tesis de Pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57657/Vega_CKP-SD.pdf?sequence=1
- Velasco, J. (2013). La Bioética y el Principio de Autonomía. *Revista Facultad de Odontología [revista en Internet]*, 1(2), 72-78.
revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/download/1651/1411
- Venegas, P. (2023). *Funcionalidad familiar y ansiedad en mujeres estudiantes de secundaria de una institución educativa pública de Ayacucho*. [Tesis de Pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional Autónoma.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2552>
- Waite, P., Pearcey, S., Shum, A., Raw, J., Patalay, P. y Creswell, C. (2021). How did the mental health symptoms of children and adolescents change over early lockdown during the COVID-19 pandemic in the UK? *JCPP Advances*, 1(1).
<https://doi.org/10.1111/jcv2.12009>
- Zegers, B., Larrain, M., Polaino, A., Trapp, A., y Díez, I. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(1). <https://doi.org/10.4067/S0717-92272003000100006>

Zhang, J., Duan, X., Yan, Y., Tan, Y., Wu, T., Xie, Y., Yang, B. X., Luo, D. y Liu, L. (2024).
Family Functioning and Adolescent Mental Health: The Mediating Role of Bullying
Victimization and Resilience. *behavioral sciences*, *14*(8), 664.
<https://doi.org/10.3390/bs14080664>

VIII.ANEXOS

Anexo A

Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la relación entre Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025?</p> <p>Problema Específico:</p> <p>- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?</p> <p>- ¿Cuáles son los niveles de funcionalidad familiar en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano del Ancón ?</p> <p>- ¿Cuáles son los Trastornos Mentales más prevalentes en los</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y Trastornos Mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>- Identificar las características sociodemográficas de los</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Existe relación entre funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025.</p> <p>Hipótesis Específico:</p> <p>- Los Trastornos Mentales</p>	<p>✓ Variable Independiente</p> <p>:</p> <p>Funcionalidad Familiar</p> <p>Dimensión 1:</p> <p>Adaptabilidad Familiar</p> <p>Dimensión 2:</p> <p>Cohesión Familiar</p> <p>✓ Variable Dependiente:</p> <p>Trastornos Mentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras. Depresivo • Tras. De Ansiedad • Tras. Psíquico

<p>adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y</p>	<p>adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Describir los niveles de funcionalidad familiar en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Identificar los Trastornos Mentales más prevalentes en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Describir la relación entre</p>	<p>más prevalentes en los adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón son Depresión, ansiedad y Alcoholismo.</p> <p>- Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tras. De Adicción a videojuegos online. • Tras. De Adicción de Alcohol
--	---	--	---

<p>alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón?</p>	<p>funcionalidad familiar y depresión en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Describir la relación entre funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Describir la relación entre funcionalidad familiar y psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento</p>	<p>- Existe relación entre funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Existe relación entre funcionalidad familiar y psicosis en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p>	
---	---	---	--

	<p>Humano de Ancón.</p> <p>- Describir la relación entre funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Describir la relación entre funcionalidad familiar y alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p>	<p>- Existe relación entre funcionalidad familiar y adicción a videojuegos en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.</p> <p>- Existe relación entre funcionalidad familiar y alcoholismo en adolescentes residentes en un Asentamiento</p>	
--	--	---	--

		o Humano de Ancón.	
--	--	-----------------------	--

Anexo B

Operacionalización de Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Dimensiones	Indicadores	N° ITE M	Unidad de Medida	Escala	Valor Final
Sexo	(OMS, 2024) Las características biológicas que definen a los seres humanos como hombres o mujeres	Datos Demográficos	Cualitativa	Hombre Mujer	Fenotípica			Nominal Dicotómica	1= Hombre 2 = Mujer
Edad	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un	Datos Demográficos	Cuantitativa	Adolescencia Temprana Adolescencia Media	# de años cumplidos			Categorico Ordinal	Adolescencia Temprana= 10 – 13 años

	momento determinado			Adolescencia Tardía					Adolescencia Media= 14 – 16 años. Adolescencia Tardía= 17 – 18 años
Instrucción	(Eustat, s/f) Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Datos Demográficos	Cualitativa	Educativa	Referido por el paciente			Ordinal	1= 1 ° Secundaria 2= 2 ° Secundaria 3= 3 ° Secundaria 4 = 4 ° Secundaria 5= 5 ° Secundaria

									6= Preparatoria
Tipo de Colegio	Corresponde a la clasificación según su financiamiento y gestión. Publica financiada y gestionada por el estado y privada gestionada por una organización y financiada por los padres.	Datos Demográficos	Cualitativa	Publica Privada	Referido por el paciente			Nominal Dicotómica	1= Publica 2= Privada
Tipo de Familia	Categorías que describen las diversas formas en las que se organizan las	Datos Demográficos	Cualitativa		Referido por el paciente			Nominal	1= Monoparental 2= Nuclear 3= Extendida

	relaciones familiares según su estructura, composición, y roles								4= Ensamblada 5= Adoptivo
Funcionalidad Familiar	Trujillo, V. (2023), Capacidad del sistema familiar para promover el desarrollo integral de sus integrantes y mantener un estado de salud favorable, encontrándose satisfechos con el cumplimiento de las dimensiones básicas de la función familiar	Esta variable será medida a través de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III de Olson, mediante la escala de Likert	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa	Adaptabilidad	-Liderazgo. -Grado de control. -Disciplina. -Roles y reglas	10 ítems (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)	Puntaje	De Intervalo • Nunca=1 • Casi Nunca= 2 • Algunas Veces= 3 • Casi Siempre= 4 • Siempre= 5	• Balanceada Funcional = 77 – 100 pts. • Rango Medio= 55 – 76 pts. • Extrema Disfuncional = 20 -54 pts.
				Cohesión	- Unión emocional. -Apoyo o soporte emocional. -Límites familiares. -Tiempo. Actividades e intereses	10 ítems (11,12,13,14,15,16,17,18,19,20)			

	como cohesión y adaptabilidad.								
Trastornos Mentales	(Argyris, 2021) Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que	Esta variable será medida a través del cuestionario Self-Reporting Questionnaire (Cuestionario de Autoinforme)-SRQ ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud. Fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa	Depresión	-Aumento o disminución del apetito. -Dificultad para dormir. - Cansancio o disminución de Energía. -Tristeza	12 ítems (2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)		Categórica Ordinal SI = 1 pt NO= 0 pt	7 o más SI en preguntas
				Ansiedad	-Preocupación excesiva e intrusiva. -Sensación de peligro.	10 ítems (1, 2, 3, 4,		Categórica Ordinal SI = 1 pt	5 o más SI en preguntas

	subyacen en su función mental.	Estrategia Nacional de Salud Mental.			-Dificultad para dormir. -Problemas para concentrarse. -Problemas de digestión.	5, 6, 7, 9, 19 y 20)		NO= 0 pt	
				Psicosis	-Ideas delirantes. -Alucinaciones. -Desorganización en el pensamiento y el habla.	4 ítems (21,2 2,23, 24)		Catagórica Ordinal SI = 1 pt NO= 0 pt	1 o más SI en pregunta.
				Adicción a videojuegos online	-Dificultad para dejar de jugar. -Preocupación constante por el juego.	1 Item (25)		Catagórica Ordinal SI = 1 pt NO= 0 pt	1 SI en pregunta.

				Alcoholismo	-Incapacidad para dejarlo. -Sensación ansioso e irritable. -Irritabilidad	5 ítems (26,27,28,29,30)		Catagórica Ordinal SI = 1 pt NO= 0 pt	1 o más SI en pregunta.
--	--	--	--	-------------	---	-----------------------------	--	--	-------------------------

Anexo C

Instrumentos de recolección de datos

I. PRESENTACIÓN

Estimados jóvenes se llevarán a cabo el cuestionario con la finalidad de conocer la Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón 2025. Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas, pero es importante que respondas todas las preguntas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo. Muchas gracias por su participación.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, lea cada pregunta con atención. Cuando pienses en tu respuesta, trata de recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Qué respuesta viene a tu mente primero? Escoge la opción que mejor se adapte a tu respuesta y márcala con una equis (X).

No tienes que mostrarle a nadie tus respuestas.

¡Muchas gracias!

1. Nombre y Apellido:
2. EDAD:

 - a) Adolescencia Temprana (10 – 13 años)
 - b) Adolescencia Media (12 – 16 años)
 - c) Adolescencia Tardía (17 – 18 años)

3. SEXO:
 - a) Masculino
 - b) Femenino
4. Tipo de Institución Educativa

- a) Publica
 - b) Privada
5. Grado de Instrucción:
- a) 6 ° Primaria
 - b) 1 ° Secundaria
 - c) 2 ° Secundaria
 - d) 3° Secundaria
 - e) 4° Secundaria
 - f) 5° Secundaria
 - g) Preparatoria
6. Tipo de Familia
- a) Monoparental (Papa o Mama e Hijos)
 - b) Nuclear (Papa, mama e hijos)
 - c) Extendida (Papa, mama, hijos, tíos, sobrinos, etc.)
 - d) Ensamblada (Dos familias)
 - e) Adoptivo
7. ¿Vives en el Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón?
- a) Si
 - b) No

**VARIABLE INDEPENDIENTE: CUESTIONARIO DE ESCALA DE EVALUACIÓN
DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)**

Nº	Pregunta	Nunca 1	Casi Nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con familiares cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9	Nos gusta pasar tiempo en familia.					

10	Padres e hijo se ponen de acuerdo en relación a los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para poder tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

VARIABLE DEPENDIENTE: CUESTIONARIO DE INFORMES DE SINTOMAS DE TRASTORNOS MENTALES PARA ADOLESCENTES– SYMPTOMS REPORT QUESTIONNAIRE-SRQ

Nº	Preguntas	SI	NO
1	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?		
2	¿Tiene mal apetito? (Ya sea que hayan aumentado o hayan disminuido)		
3	¿Le cuesta trabajo dormir o se despierta y le resulta difícil volverse a dormir?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre temblor en las manos?		
6	¿Se siente nervioso, tenso, aburrido o intranquilo?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿Le resulta difícil pensar con claridad?		
9	¿Se siente triste?		
10	¿Ud. llora con mucha frecuencia?		
11	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?		
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida o que lo haya intentado?		
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		

20	¿Se cansa con facilidad?		
21	¿Siente que alguien ha tratado de herirle de alguna forma? (mediante hacerle daño, brujería o que lo quieren matar)		
22	¿Es una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? (ya sea por poderes especiales o por ser superior a los demás en inteligencia, dinero o en clases social)		
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? (Por Ejemplo, que alguien le habla, domina, controla, lee o le roba los pensamientos)		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25	¿Has tenido problemas en casa o en el colegio, o has tenido la necesidad de jugar todos los días y más horas de lo usual en videojuegos en línea?		
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos o su médico que Ud. estaba bebiendo demasiado?		
27	¿Alguna vez ha querido dejarlo, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido dificultad en el trabajo o en el colegio a causa de ello como hacerlo en el trabajo o en colegio o tirarse la pera?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía Alcohol demasiado?		

Anexo D

Carta de Invitación



Universidad Nacional
Federico Villarreal

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

Lima, de del 2025

Estimada población del Asentamiento Humano San Francisco de Asís:

Soy Diego Pantoja Ramos, egresado de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Por el presente tenemos el agrado de invitarle a la población de adolescentes de 12 a 18 años del Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón para participar en la investigación “Funcionalidad Familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón”, el que tiene como propósito determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

Estimados Madres y Padres de familia del Asentamiento Humano San Francisco de Asís de Ancón se le invita a participar a su menor hijo (a) voluntariamente en un estudio de investigación, en la cual se le realizara un cuestionario sobre el tema abordado.

La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación para todo el momento, es decir que sus nombres no aparecerán en la investigación. La participación en el estudio es totalmente voluntaria y usted es libre de rechazar su participación, además usted puede retirar a su menor hijo del estudio cuando lo

desea. El presente estudio no involucra tratamiento médico, ni se pretende dar un diagnóstico definitivo.

La meta de este estudio es “Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón”, el fin de esta investigación será informativa. Si usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

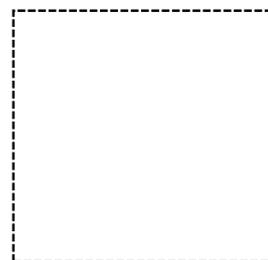
1. Firmará un consentimiento informado el padre o madre de familia.
2. El alumno firmara un asentimiento informado.
3. Se le tomara un cuestionario sobre Funcionalidad Familiar que consta de 20 preguntas y otro de trastornos mentales que consta de 30 preguntas.

Una vez obtenido los resultados de la investigación que ha sido realizado, el beneficio que se le otorgara para el Asentamiento Humano es el siguiente: Se le brindara los resultados de investigación a la Junta Directiva y al centro de salud de la zona, y se realizara una charla informativa sobre” Trastornos Mentales”.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede consultar en cualquier momento al investigador principal: Diego Pantoja Ramos (WhatsApp: 944484341, Llamada: 932483216).

Después de haber escuchado o leído la carta de invitación y el consentimiento informado, usted responderá afirmando su participación:

- SI ACEPTO
- NO ACEPTO



Firma del Representante Legal

Nombre y Apellido:

DNI:

Anexo E**Consentimiento Informado**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNOS MENTALES EN
 ADOLESCENTES RESIDENTES EN UN ASENTAMIENTO HUMANO DE ANCÓN,
 2025**

AUTOR: Pantoja Ramos. Diego

Objetivo de Investigación: Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

YO, identificado (a) con DNI, padre (madre) de familia o tutor de, mediante la información brindada por el estudiante Diego Pantoja Ramos; doy el consentimiento a mi menor hijo participar del estudio, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y su identidad no será revelada.

La meta de este estudio es “Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón”, el fin de esta investigación será informativa.

Después de haber escuchado o leído la carta de invitación y el consentimiento informado, usted responderá afirmando su participación:

- SI ACEPTO
- NO ACEPTO

Firma del Representante Legal

Nombre y Apellido:

DNI:

Anexo F**Asentimiento Informado**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNOS MENTALES EN
 ADOLESCENTES RESIDENTES EN UN ASENTAMIENTO HUMANO DE ANCÓN,
 2025**

AUTOR: Pantoja Ramos. Diego

Objetivo de Investigación: Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón.

YO, con edad de años, mediante la información brindada por el estudiante Diego Pantoja Ramos; doy el asentimiento a participar del estudio, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

La meta de este estudio es “Determinar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y trastornos mentales en adolescentes residentes en un Asentamiento Humano de Ancón”, el fin de esta investigación será informativa.

Después de haber escuchado o leído la carta de invitación y el asentimiento informado, usted responderá afirmando su participación:

- SI ACEPTO
- NO ACEPTO

Nombre y Apellido:

 Firma del Participante

Lima, de del 2025