



Esta obra está bajo una [Licencia  
Creative Commons Atribución-  
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E.**

**Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo -  
octubre 2019**

**Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería**

**AUTOR:**

**Marlith Laván Manchay**

**ASESOR:**

**Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales**

**Tarapoto – Perú**

**2019**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



-Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E.  
Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos - Yorongos - Rioja - San Martín.  
Mayo - octubre 2019

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

**AUTOR:**

**Marlith Laván Manchay**

**ASESOR:**

**Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales**

**Tarapoto - Perú**

**2019**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín.**  
**Mayo - octubre 2019**

**AUTOR:**

**Marlith Laván Manchay**

**Sustentada y aprobada el día 18 de noviembre del 2019,**  
**ante el honorable jurado:**

-----  
**Obsta Dra. Nelly Reátegui Lozano**  
**Presidente**

-----  
**Lic. Enf. Dra. Rosa Emperatriz Joseph Bartra**  
**Secretaria**

-----  
**Lic. Enf. M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales**  
**Vocal**

## **Constancia de asesoramiento**

LA QUE SUSCRIBE EL PRESENTE DOCUMENTO, HACE CONSTAR:

Que he revisado y bajo mi asesoramiento la señorita Bachiller en enfermería Marlith Laván Manchay ha ejecutado el proyecto de investigación titulado:

**“Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019”**

Para constancia, firmo en la Ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 18 de noviembre de 2019.

Atentamente



---

**Lic. Enf. M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales**  
**Asesor**

## Declaratoria de autenticidad

**Marlith Laván Manchay**, con DNI N° 43805188, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada:

**Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra auditoria.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido plagiada; es decir, no ha sido publicada o presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no ha sido falseados, no duplicados, ni copiados y por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con los datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otros como propios), falsificación (al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto 18 de noviembre del 2019



Marlith Laván Manchay  
DNI N° 43805188



**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres:	Laván Manchay Marlith		
Código de alumno :	43805188	Teléfono:	949828228
Correo electrónico :	mlavan28@hotmail.com	DNI:	43805188

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	Enfermería

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título:	Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos-Yaronges- Rioja- San Martín, Mayo- octubre 2019
Año de publicación:	2019

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

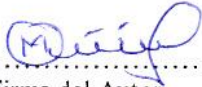
## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.



Firma del Autor

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

26 / 11 / 19



Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

\* **Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.



## **Dedicatoria**

### **A Dios:**

Por darme la vida y por estar conmigo en todo momento, por haber puesto en mi camino personas maravillosas que han sido de gran bendición en mi vida.

### **A mi familia:**

Mis queridos padres Cristobal y Adelina, mis hermanos y mi querido hijo Pablo Ademar que me dieron su apoyo y amor incondicional. A ustedes les debo todo lo que soy, les debo mi vida entera y siempre serán mi fortaleza y mi motor.

**Marlith**

## **Agradecimiento**

A Dios por darme la vida y la dicha de tener a mi familia, ser mi fortaleza, enseñarme que en la vida todo tiene un sentido, que todo es parte de un propósito y nunca me he dejado, descansa mi confianza sobre ti.

A mis padres, por haberme brindado la oportunidad de realizar este sueño y el inmenso apoyo que me brindan día a día.

A mi asesora de tesis, Lic. Enf. Msc. Luz Karen Quintanilla Morales por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de esta tesis.

A mis docentes, que fueron fundamento en mi formación profesional, por ser mis guías y consejeras, por la paciencia, dedicación, enseñanzas y conocimientos brindados.

A la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín por el apoyo y las facilidades en la realización del presente estudio.

La autora.

## Índice de contenido

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tabla.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
<b>TÍTULO.....</b>	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	6
1.3. Bases teóricas.....	12
1.4. Justificación.....	31
1.5. Problema.....	34
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
2.1. Objetivo General.....	34
2.2. Objetivos Específicos.....	34
2.3. Hipótesis de Investigación.....	35
2.4. Sistemas de Variables.....	35
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>39</b>
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>IV. CONCLUSIONES.....</b>	<b>55</b>
<b>V. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>56</b>
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>63</b>

## Índice de tabla

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Características sociodemográfico de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.	46
2	Funcionalidad familiar según dimensiones: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.	47
3	Trastornos mentales según dimensiones: trastorno ansiedad, trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno convulsivo y consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.	48
4	Dimensión de funcionalidad familiar de mayor relación con el tipo de trastorno mental en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.	49
5	Relación que existe entre funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.	50

## Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019; estudio cuantitativo de tipo descriptiva correlacional, la muestra estuvo constituida 40 adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín que cumplieron los criterios de inclusión, como instrumento se utilizo el cuestionario del Test de APGAR Familiar y el Cuestionario de Informe de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos – Symptoms Report Questionnaire – SRQ. Resultados: el 75.0% (30) los adolescentes tienen 16 años de edad, el 62.5% (25) son de sexo femenino, el 92.5% (37) proceden de la localidad de Yorongos, el 97.5% (39) viven con la familia, el 77.5% (31) solo vive con la madre o padre, el 62.5% (25) no tienen enamorado (a), y el 42.5% (17) profesan la religión católica; en la dimensión de adaptación el 55% (22) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión participación el 45% (18) presentan disfunción familiar moderado, mientras que en la dimensión ganancia el 65% (26) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión afecto el 72.5% (29) presentan disfunción familiar leve y en la dimensión recursos el 50% (20) presentan disfunción familiar leve; el 92.5% (37) de los adolescentes presentan baja probabilidad de ansiedad, con un 82.5% (33) presentan baja probabilidad de sufrir trastorno depresivo, con un 85.0% (34) baja probabilidad de sufrir trastorno psicótico, con un 95.0% (38) baja probabilidad de sufrir trastorno convulsivo y un 87.5% (35) presentan baja probabilidad de sufrir trastornos por consumo de alcohol; asimismo, la dimensión participación es la que tiene mayor relación con el trastorno depresión 15.0% (6). Concluyendo que existe relación entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales en los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja, al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia  $p < 0,016$ .

**Palabras clave:** Funcionalidad familiar, Trastornos mentales, Adolescentes.

## Abstract

This research work is aimed to determine the relationship between family functionality and mental disorders in adolescents of the I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos - Yorongos - Rioja - San Martín. May - October 2019; quantitative study of a correlational descriptive type, the sample consisted of 40 adolescents of the I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos - Yorongos - Rioja - San Martín met the inclusion criteria, as an instrument the APGAR Familiar Test questionnaire and the Symptom Report Questionnaire for Adolescents, Youth and Adults - Symptom Report Questionnaire – SRQ. Results: 75.0% (30) adolescents are 16 years old, 62.5% (25) are female, 92.5% (37) come from the town of Yorongos, 97.5% (39) live with the family , 77.5% (31) only live with the mother or father, 62.5% (25) do not have a sentimental relationship, and 42.5% (17) profess the Catholic religion; in the adaptation dimension 55% (22) have mild family dysfunction, in the participation dimension 45% (18) have moderate family dysfunction, while in the gain dimension 65% (26) have mild family dysfunction, in the Affected dimension 72.5% (29) have mild family dysfunction and in the resource dimension 50% (20) have mild family dysfunction; 92.5% (37) of adolescents have a low probability of anxiety, with 82.5% (33) have a low probability of suffering from depressive disorder, with 85.0% (34) a low probability of suffering from psychotic disorder, with 95.0% (38 ) low probability of suffering from seizure disorder and 87.5% (35) have a low probability of suffering from alcohol consumption disorders; Likewise, the participation dimension is the one that is most related to the 15.0% depression disorder (6). Concluding that there is a relationship between family functionality and mental disorders in adolescents of the I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos - Yorongos - Rioja, when applying the non-parametric chi-square test read with a significance level of  $p < 0.016$ .

Keywords: Family functionality, Mental disorders, Adolescents.



## **TÍTULO:**

Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Marco Conceptual**

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”. En el sistema familiar, tanto el hombre como la mujer participan activa y equitativamente en el desarrollo de las tareas y el cumplimiento de roles, para lograr un adecuado funcionamiento familiar y así contribuir al desarrollo pleno de sus integrantes (1).

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas (2).

Los modos de funcionar y de actuar de la familia hacia su interior, así como hacia afuera, están regidos por pactos y acuerdos inconscientes, es decir, no reconocidos por sus actores, pero de un gran vigor. Así como la pareja matrimonial tiene carácter de novedad (no determinada previamente), hay variados acontecimientos azarosos que pueden inducir cambios, favorables o desfavorables, en el curso de la historia de una familia. La familia, ligada e incluida en el entorno social, formando una red con múltiples intersecciones; esta complejización trae muchas posibilidades al individuo a lo largo de toda la vida, y no solo en la infancia, de que lo marcado por las características de su familia de origen no selle definitivamente su personalidad y destino, sino que queda abierto a cambios e influencias creativas y enriquecedoras, en el mejor de los casos (3)

Siendo la familia base de toda la sociedad y matriz sobre la que se construye la personalidad del individuo. Dependerá del modo y tipo de funcionamiento de la familia el grado de salud o de enfermedad con que resulte o termine provisto el sujeto luego del largo proceso de crecimiento y de desarrollo que deberá atravesar. Dicho proceso deberá, necesariamente, estar sostenido y sustentado por la familia como base para una buena salud mental y física (3).

Los problemas de salud mental se distinguen de otras enfermedades en que su expresión primaria se manifiesta en desequilibrios de orden social o psicológico de múltiple causalidad, al alterarse la regulación del comportamiento a través de procesos cognitivos, emocionales, de sensación y percepción. En parte, la causa del desequilibrio puede provenir de un mal funcionamiento neurofisiológico, pero también puede provenir de otras causas añadidas como problemas de relaciones personales o falta de adaptación en el aprendizaje (4).

Las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad. Estas personas son diariamente objeto de estigma y discriminación y experimentan índices extremadamente altos de victimización física y sexual. Frecuentemente, las personas con afecciones mentales encuentran restricciones en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles y en su capacidad para participar en los asuntos públicos. También están restringidas en su capacidad para acceder a los servicios esenciales de atención sanitaria y social, incluyendo los servicios de ayuda en emergencias. La mayoría de las personas con problemas de salud mental enfrentan barreras desproporcionadas para asistir a la escuela y encontrar empleo. Como consecuencia de todos estos factores, las personas con problemas de salud mental están mucho más propensas a experimentar discapacidad y a morir prematuramente, en comparación con la población general (4).

En el área de la salud mental, la pobreza, el desempleo y la falta de relaciones sociales incrementa el riesgo de padecer trastornos mentales. Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas con trastornos mentales que en la población general, y exacerban su marginación y vulnerabilidad. El estigma y la marginalización generan baja autoestima, falta de confianza en sí mismo,



reducción de la motivación y menos esperanza en el futuro. Adicionalmente, el estigma y la marginalización resultan en aislamiento, lo cual se considera un importante factor de riesgo para la aparición de futuros problemas de salud mental. La exposición a la violencia y el abuso pueden causar serios problemas de Salud Mental y Desarrollo: Poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable, incluyendo depresión, ansiedad, dolencias psicosomáticas y disfunción social (4).

Los trastornos emocionales comúnmente surgen durante la adolescencia. Además de la depresión o la ansiedad, los adolescentes con trastornos emocionales también pueden experimentar irritabilidad excesiva, frustración o enojo. Los síntomas pueden superponerse en más de un trastorno emocional con cambios rápidos e inesperados en el estado de ánimo y los arrebatos emocionales. Los adolescentes más jóvenes también pueden desarrollar síntomas físicos relacionados con la emoción, como dolor de estómago, dolor de cabeza o náuseas (5).

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede ser de larga duración e intensidad moderada a grave, y causar en el individuo sufrimiento y alteración de las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales (6).

La ansiedad es un trastorno mental prevalente en la actualidad, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, es una respuesta emocional que se presenta en las personas ante situaciones que se perciben o interpreta como amenazantes o peligrosas (7).

Los trastornos que incluyen síntomas de psicosis emergen más comúnmente a fines de la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Los síntomas de la psicosis pueden incluir alucinaciones (como oír o ver cosas que no existen) o delirios (incluidas creencias fijas y no precisas). Las experiencias de psicosis pueden afectar gravemente la capacidad de un adolescente para participar en la vida y la educación cotidianas. En muchos contextos, los adolescentes con psicosis son altamente estigmatizados y corren el riesgo de sufrir violaciones de los derechos humanos (8).

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera. Es una de las causas subyacentes de las lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida. Fijar una edad mínima para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol (9).

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud muestran que los trastornos de salud mental continúan siendo uno de los problemas de salud que genera mayor impacto en la calidad de vida de las personas, y costos económicos para el individuo, la sociedad y los sistemas de salud (4).

Dentro del abordaje integral de los adolescentes en el Perú, toma vital importancia los trastornos mentales, que es definida por el MINSA como: “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” (10) .

El Estado Peruano ha determinado la Reforma de la Atención de Salud Mental mediante el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención. Así, en junio del año 2012 se promulgó la Ley N° 298896 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N° 26842) que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental al acceso universal y equitativo, a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, y establece al Modelo Comunitario como el nuevo paradigma de atención en salud mental en el Perú, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. (OMS) y las evidencias científicas. (5)

No obstante, ante la situación existente de los problemas de Salud Mental, la respuesta del sistema de salud peruano es aún insuficiente: de cada cinco personas con trastornos mentales, solo una de ellas consigue algún tipo de atención. Esta brecha en la atención se explica fundamentalmente por la insuficiente oferta de servicios de salud mental y por sus

características de centralización e inequidad, alejada de los contextos cotidianos y focalizada en los aspectos sintomáticos más que en los procesos de recuperación de las personas usuarias. Adicionalmente, las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos y al suicidio (5).

Es así que Loreto, Cajamarca, Piura, La Libertad, Puno y San Martín alcanzan las coberturas más bajas de atención. Ciertamente, son regiones con grandes segmentos de población sin servicios públicos de salud mental (5).

El Distrito Yorongos creado el 9 de diciembre de 1935 es uno de los ocho distritos que conforman la Provincia de Rioja en el Departamento de San Martín, perteneciente a la Región de San Martín, cuenta con cinco caseríos hacia el OESTE está ubicado el caserío de Cesar Vallejo; por el SUR están los caseríos de Bella Florida, Nueva Tabalosos y Belén, por la parte SUR ESTE se encuentra el caserío de la Libertad. Cuenta con Instituciones Públicas de Centro de Salud; Instituciones Educativas de nivel Inicial, Primaria y Secundaria, Gobernación, Juzgado de Paz y Municipalidad. Su Centro de Salud perteneciente a la Red de Salud Rioja cuenta con un Médico, Enfermera, Obstetrix, Odontólogo y Personal Técnico que brindan atención primaria de salud a toda su población, entre tanto la I.E. de nivel secundario “Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos” con una creación de 29 años brinda educación a adolescentes que en su mayoría vienen de familias de agricultores y siendo algunos de caserios que viven solos durante la época de estudios, evidenciando la ausencia del rol de la familia y creando un clima propicio para desarrollar problemas en la salud integral de los adolescentes.

Ante la situación planteada, la falta de disponibilidad de servicios de Psicología en el Centro de Salud ni en la Institución Educativa, nace la importancia de realizar el estudio de investigación sobre la Funcionalidad familiar y Trastornos mentales en Adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019, siendo importante para los profesionales de Enfermería identificar y sensibilizar sobre los problemas actuales de salud mental, tomando como énfasis la etapa de vida de los adolescentes que se constituyen en un grupo de alta vulnerabilidad. Por todo lo expuesto anteriormente la formulación del problema quedo planteada de esta manera:

## 1.2. Antecedentes

**Yáñez L. (2018).** En su estudio: “Funcionamiento familiar y su relación con la autoestima de adolescentes, Abanto. Ecuador”. Investigación de tipo no experimental, descriptivo y co- relacional. Población de 74 estudiantes de ambos sexos, con edades entre 17 y 18 años. Instrumentos fueron evaluados mediante la Prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL y la Escala de Autoestima de Cooperesmith. Resultados, un 60.8 % pertenece a familias disfuncionales y el 9.5 % representa a 50 familias severamente disfuncional, mientras que el 27 % pertenece a familias moderadamente funcionales y el 2.7 % para familias funcionales, para evaluar el nivel de autoestima se aplicó la escala de autoestima de Coopersmith, donde se encontró que el 45.9% de los participantes poseen una autoestima baja, seguido de una autoestima media baja en un 27%, mientras que el 17.6% de la población posee una autoestima alto y solo el 9.5% una autoestima media alta. Conclusiones se muestra que tanto el funcionamiento familiar y la autoestima se encuentran relacionadas, siendo la familia disfuncional la que presenta mayor número de estudiantes con autoestima baja (19) .

**Apolo G. (2017).** En su estudio: “Funcionalidad familiar y su relación con conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo, Loja. Ecuador”. Estudio de tipo correlacional y de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 195 estudiantes de 12 a 19 años. Para la obtención de datos se empleó una encuesta, y se aplicó el Test SCOFF y el test APGAR Familiar. En los resultados el 56,9% de adolescentes presentan familias funcionales, el tipo de familia predominante es la nuclear (51,8%). Respecto a las conductas de riesgo, el 51,3 % ha consumido alcohol, el 27,2% tabaco y el 9,2 % drogas ilegales; el 33,3% presenta riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; el 24,5% ha tenido relaciones sexuales; el 67,2 % no ha participado en violencia extrapersonal, el 18,5% ha practicado violencia autoinflingida y el 7,7% han portado un arma. Mediante la prueba de chi cuadrado se evidencio que no existe relación entre la funcionalidad familiar y el tipo de familia ( $p=0,756$ ), también se excluyó la relación con el consumo de alcohol ( $p=0,110$ ) y drogas ( $p=0,102$ ); mientras que si se relaciona con el consumo de tabaco ( $p=0,31$ ), con tener o no relaciones sexuales ( $p=0,35$ ), con violencia extrapersonal ( $p=0,41$ ) y autoinflingida ( $p=0,009$ ) y con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ( $p=0,001$ ). Conclusiones los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo presentan con mayor frecuencia familias funcionales, el tipo de familia predominante es la

familia nuclear, no existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el tipo de familia, en cuanto a las conductas de riesgo: el consumo más alto de sustancias psicotrópicas corresponde al alcohol, seguido por el consumo de tabaco y finalmente en menor frecuencia se consumen drogas ilegales; la mayor parte de adolescentes no presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; existe un bajo porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales; el mayor porcentaje de adolescentes no ha participado en ningún acto de violencia extra personal en los últimos 12 meses, presentándose un bajo porcentaje que han practicado violencia autoinfligida y que han portado algún arma (20).

**Alemán P, Figueroa D. (2016).** En su estudio: “Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familiar. Cuenca-Ecuador”. Estudio de tipo observacional y descriptivo aplicado 414 estudiantes de primero de bachillerato entre los 10 y 19 años de edad (adolescentes) para identificar la frecuencia de alteraciones del estado mental y disfuncionalidad familiar. Instrumentos, el Test SRQ y el test de disfunción familiar (APGAR) que incluyeron variables sobre: edad, sexo, procedencia, estado civil de los padres de familia, funcionalidad familiar, depresión, ansiedad, psicosis, alcoholismo, y epilepsia, en las que se aplicó el uso de frecuencias y porcentajes. Resultados, los síntomas psicóticos fue la alteración del estado mental que se presentó en mayor porcentaje con 94%. Con relación al sexo, en mujeres, se presentaron con mayor frecuencia: síntomas psicóticos con 97,4%, ansiedad con 29,87% y depresión con 25.97%. En hombres se identificaron síntomas psicóticos con 93,18%, problemas relacionados con el alcohol con 21,66%, y ansiedad con 16,02%. Conclusiones, la edad de mayor frecuencia para estos trastornos fue de 15 años. En cuanto a disfunción familiar, en estudiantes identificados con ansiedad y depresión, el mayor porcentaje corresponde a familias con moderada disfunción, en aquellos con síntomas psicóticos, epilepsia o problemas con el consumo de alcohol, predominó la familia funcional (21).

**Nagua E. (2016).** En su estudio: “Relación entre funcionalidad familiar y estrés en adolescentes del bachillerato. Zona 7, Loja. Ecuador”. Estudio de tipo cuantitativo no experimental. Conformado por la población de adolescentes de bachillerato de las Provincias de El Oro; Loja y Zamora Chinchipe que según la Coordinación Zonal 7 de Educación de acuerdo a la base AMIE está calculada en 66733 adolescentes. Instrumentos, el Test de funcionalidad familiar FFSIL y el test SSP 14, para percepción de estrés,

previamente validados a 960 adolescentes que cursan el 1ero, 2do y 3er año de bachillerato entre los 15 y 19 años de edad, utilizando un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple desde a través del sistema informático Microsoft Excel. Resultados existe una prevalencia de Estrés de 339 x 1000 adolescentes, con un límite inferior de 309,0 y un límite superior de 368,9, siendo mayor en la edad de 19 años en relación al total de estudiantes con 379 x 1000 habitantes, con un límite inferior de 261,9 y un límite superior de 496,0; pero esta relación no es estadísticamente significativa al 95% de probabilidad, la mayor prevalencia de estrés se encuentran en familias reconstituidas con un 444 x 1000 adolescentes, con un límite inferior de 329,2 y un límite superior de 558,7, le sigue la familia monoparental con 356 x 1000 habitantes, con un límite inferior de 294,5 y un límite superior de 417,4; pero dicha relación no es estadísticamente significativa al 95% de probabilidad. Conclusiones el estrés en los adolescentes es más frecuente en las familias pequeñas de acuerdo a la ontogénesis, ampliada, con estructura reconstituida y con disfuncionalidad, la condición socioeconómica alta presenta mayor prevalencia de estrés en adolescentes, se encontró una relación de asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la disfuncionalidad familiar en adolescentes (22).

**Suárez E. (2013).** En su estudio: “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública, Santiago de Chile”. Estudio de metodología cuantitativa, diseño no experimental de cohorte transversal. Se utilizó una muestra de 40 adolescentes de la Región Metropolitana y Región de Atacama. Se aplicó el Cuestionario KIDSCREEN - 52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los resultados señalan que los adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de CVRS, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social del constructo CVRS. Conclusión, se aprecia que los adolescentes con depresión autoreportan bajos niveles en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares. Estos resultados aportan evidencia sobre la importancia de obtener un tratamiento integral, que no apunte únicamente a lo sindromático, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanto juvenil (23).

**Palacio P, Merchan M. (2013).** En su estudio: “Prevalencia de trastornos psicopatológicos en los estudiantes del Colegio Técnico Nacional Cumbe del Cantón Cuenca. Ecuador”. Estudio de tipo descriptivo cuantitativo, se determinó la prevalencia de trastornos psicopatológicos (depresión, ansiedad y consumo de alcohol), en 597 estudiantes. Se utilizaron como instrumento el Cuestionario de Síntomas SRQ (Self Reporting Questionnaire). Resultados, se determinó que, en la población estudiada, la prevalencia de depresión es de 11,06%, para la ansiedad 20,94% y para el consumo de alcohol 18.59%. Conclusiones, la Ansiedad y depresión son más frecuentes en el sexo femenino, mientras que la población masculina presenta mayor consumo de alcohol. La edad de presentación de consumo de alcohol tiene la mayor prevalencia en estudiantes entre los 12 a 15 años, la depresión es más frecuentes en adolescentes de 15 años de edad, mientras que los trastornos de ansiedad son más frecuentes a los 16 años (24).

**Ayquipa L, Santisteban M. (2018).** En su estudio: “Funcionalidad familiar y acoso escolar en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Villa Limatambo 7106 - Villa María del Triunfo, Lima. Perú”. La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional y de corte transversal. Población: estuvo conformada por 460 alumnos. Instrumentos utilizados fueron Apgar Familiar, que mide la funcionalidad familiar y el Cuestionario de Intimidación Escolar (CIE-A), que mide el acoso escolar. Resultados: En funcionalidad familiar se encontró que, el 36.3% presenta disfunción leve, el 26.1% disfunción moderada, el 25.4% buena función familiar y el 12.2% disfunción severa. En relación al acoso escolar se encontró que, el 58.5% presentan un regular acoso, el 23.9% no presentó acoso y el 17.6% presentó alto acoso y entre las dimensiones fueron: Situaciones de victimización por intimidación, predominó regular acoso con 52.2%; Síntomas de ansiedad, depresión, estrés post traumático y efectos sobre autoestima, predominó regular acoso con 55.2% e intimidación por parte de respondientes, predominó que el 78.5% no presentó acoso. Existe correlación entre funcionalidad familiar y acoso escolar en adolescentes de secundaria, la prueba estadística de correlación de Spearman arrojó un índice de correlación de  $-.313$  ( $p < 0,05$ ) y un índice de significancia de 0,00. Conclusiones: Existe relación inversamente proporcional moderada significativa entre funcionalidad familiar y acoso escolar. La funcionalidad familiar predominante fue la disfunción leve. En el acoso escolar, predominó el regular acoso (25).

**Chanco D, Ramos Y. (2017).** En su estudio: “Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa San Antonio de Jicamarca - San Juan de Lurigancho, Lima, Perú”. La metodología del estudio que se realizó es descriptivo correlacional, no experimental, cuantitativo y de corte transversal, no paramétrico por conveniencia. La población estuvo constituida por 231 estudiantes del nivel secundaria, se utilizó como instrumentos el test estructurado de habilidades sociales del MINSA y el APGAR familiar. Los resultados mostraron que el tipo de familia que prevalece en la población de estudio es la disfuncionalidad familiar severa con el (65%), evidenciándose así, que más de la mitad (54.1%) de adolescentes poseen habilidades sociales nivel bajo, según las dimensiones de la habilidades sociales se observa que en la dimensión asertividad (54.5%) presenta promedio bajo, en la dimensión comunicación (52.4%) presenta promedio muy bajo, en la dimensión autoestima el (41.6%) presenta promedio bajo y en la dimensión toma de decisiones el (39.4%) presenta nivel promedio de habilidades sociales. No se encontró buena función familiar en el grupo de estudio. Conclusión se llegó a determinar que, si existe relación entre la funcionalidad familiar y las habilidades sociales en los adolescentes del nivel secundario, así mismo cabe mencionar que los padres no están cumpliendo su rol fundamental dentro de la familia (26).

**Castillo R. (2017).** En su estudio: “Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - Lima. Perú”. Este estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo, trasversal, donde participaron 111 adolescentes de 10 a 19 años, que estudiaban en la Institución Privada América. El instrumento utilizado fue un formulario tipo encuesta, denominado Apgar Familiar de Smilkstein. El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico de Excel y SPSS versión 19. Resultados: El 4.50% de la población evaluada tiene Disfunción Familiar severa; el 19.82% tiene Disfunción Familiar moderada; el 45.05% tiene Disfunción Familiar leve y el 30.63%, buena Funcionalidad Familiar. El 14,41% son familias compuestas y están dentro de la disfunción familiar leve, el sexo que predominó entre los adolescentes es el masculino y están dentro de la disfunción familiar leve, el grado de instrucción logrado fue el de secundaria con 30.63%, la relación de parentesco con el jefe de familia fue con el padre de familia con 46.85%. Conclusiones: La funcionalidad familiar predominante fue la disfunción familiar leve, el sexo que más predominó fue el



masculino, los adolescentes que fueron evaluados tienen familias compuestas y su relación de parentesco con el jefe de familia es con el padre de familia (27).

**Wall L. (2016).** En su estudio: “Funcionalidad familiar y logros de aprendizaje en Comunicación de estudiantes de secundaria en la Institución Educativa Divino Maestro de Pamplona, Lima. Perú”. El método utilizado fue el hipotético-deductivo, presentando a su vez un enfoque cuantitativo. La investigación es de tipo básica, con un diseño correlacional, no experimental, de corte transversal. Se tomó una muestra de 102 alumnos del nivel mencionado, cuyas edades fluctuaban entre 12 y 18 años. Los resultados según la percepción de los estudiantes, el 20,6 % de los estudiantes tiene una adaptabilidad de funcionalidad familiar deficiente, el 49,0 % regular, el 28,4 % buena y el 2,0 % excelente; el 13,7 % de estos tiene un nivel de logros de aprendizaje en el área de Comunicación deficiente o en inicio, el 62,7 % regular o en proceso, el 18,6 % bueno o logro previsto y el 4,9 % excelente o destacado. Conclusiones las comprobaciones del análisis estadístico dan cuenta de la existencia de una relación positiva según Rho de Spearman = 0,270 entre las variables: La funcionalidad familiar y logros de aprendizaje en el área de Comunicación. Lo que podemos interpretar según el SPSS es que hay una correlación significativa a nivel de 0,01 o 1,00% bilateral, y el p-value o sigma al ser 0,006, este valor es menor a 5,00% (0.05), por lo que se valida la hipótesis de estudio y se rechaza la hipótesis nula (28).

**Rafael M. (2016).** En su estudio: “Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal, Lima. Perú”. Estudio observacional y descriptivo. Se contó con una muestra de 128 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar. El análisis se realizó en el software SPSS 22. Resultados: La edad promedio de los adolescentes fue 16,9 años, siendo principalmente menores de edad (58,8%), de sexo femenino (98,3%) y de grado de instrucción de secundaria (96,6%). La disfuncionalidad familiar estuvo presente el 81,4% de adolescentes. Se encontró que “el número parejas sexuales igual o mayor a dos”, las “relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol” y tener una “experiencia sexual mayor” no se asociaron a la disfuncionalidad familiar ( $p > 0,05$ ); mientras que “el uso de métodos anticonceptivos de barrera” ( $p = 0,007$ ), “haber presentado alguna ITS” ( $p = 0,015$ ) y una menor edad de inicio de relaciones ( $p = 0,015$ ) sexuales si se asociaron con la disfuncionalidad familiar. Conclusión: El uso de métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y

la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar (29).

**Carballo G, Lescano E. (2012).** En su estudio: “Funcionamiento Familiar y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria de la Institución Educativa N° 0292 – Tabalosos, San Martín. Perú”. El tipo de investigación planteado fue correlacional y según la recolección de los datos de tipo transversal; se trabajó con el diseño correlacional y la muestra estuvo conformada por 28 estudiantes y sus familias. Para medir la variable funcionamiento familiar se utilizó como instrumento el cuestionario “Como es tu Familia” para los estudiantes y “Como es su familia” para los padres y para medir la variable rendimiento académico de los estudiantes se utilizó la libreta de notas de los estudiantes. Los resultados generales de nivel de rendimiento académico fueron 50.9% nivel de rendimiento académico bajo, 42,9% rendimiento académico medio y 7,1% alto rendimiento académico y No existió una asociación significativa entre funcionamiento familiar y el rendimiento académico, de los estudiantes de la I. E. N° 0292, Tabalosos. Marzo 2011 - abril 2012. Conclusiones, en el presente estudio fueron: El nivel de vulnerabilidad del funcionamiento familiar arrojó 57,1% para nivel de vulnerabilidad media, 32,1% nivel de vulnerabilidad de media a menor, 7,1% de media a mayor y 3.6 % en nivel de vulnerabilidad menor (30).

### **1.3. Bases teóricas**

#### **Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales (2).

Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene

condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (2).

Según el Ministerio de Salud la adolescencia es la etapa comprendida entre los 12 y 17 años, 11 meses 29 días (31).

### **Fases de la Adolescencia**

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) (32).

#### **La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)**

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental (32).

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en

las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual (32).

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar (32).

### **La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)**

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones (32).

La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la

adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol (32).

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos (32).

Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante, estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (32).

## **La Familia**

Ministerio de Salud: “La familia es considerada la unidad social básica y el medio en el que se desarrollan las bases de la generación de saberes, conductas y hábitos alrededor de la salud. La familia tiene un papel central para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo durante la niñez y adolescencia, y la práctica de hábitos de vida saludables durante la juventud, la adultez y los adultos mayores. La familia es un espacio de socialización importante que influye en la adopción de hábitos, estilos y comportamientos relevantes a la salud y bienestar. Las personas ven a la familia como su entorno más próximo y donde construyen valores, modos de interpretación, percepciones, orientaciones, modos de conducta, protección ante los desafíos de la vida diaria y otros considerados de importancia en el proceso de salud y bienestar. Las acciones de promoción enfatizan la función de la familia como fundamental en la generación de autonomía, ciudadanía, respeto, comunicación, socialización, participación y

empoderamiento social, lo que a su vez incrementan la eficacia de sus intervenciones” (33).

Organización Mundial de la Salud: “Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial” (34).

### **Funciones de las familias**

Las familias, como instituciones, satisfacen las necesidades de formación, cuidado y protección económica de sus miembros, siendo un espacio de interrelaciones materiales, simbólicas y afectivas donde tiene lugar la socialización primaria de los individuos y el reforzamiento de las normas, valores, significados y motivaciones que fundamentan la convivencia en sociedad, de acuerdo a los patrones culturales en los que está inscrita (17).

Por tanto, las familias cumplen las siguientes funciones principalmente:

- **Formadora:** referida a la educación y el empoderamiento de ciudadanos y ciudadanas orientado hacia su desarrollo pleno.
- **Socializadora:** se trata de la construcción de vínculos primarios y secundarios, la promoción y fortalecimiento de la red de relaciones de cada miembro como persona, y de la familia como grupo e institución; y del aprendizaje de las formas de interacción social vigentes y los principios, valores y normas que las regulan, generando un sentido de pertenencia e identidad (17).
- **Cuidado:** alude a la protección de los/as derechos de cada miembro de la familia, y el cuidado de estos últimos, con énfasis en aquellos/as más vulnerables (niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, embarazadas, discapacitados y enfermos); considerando asimismo la eliminación de expresiones y prácticas de discriminación, exclusión y violencia de género, generación, etc (17).

- **Protección económica:** supone la creación de condiciones materiales que garanticen la satisfacción de las necesidades básicas de nutrición, salud, educación y vestimenta.
- **Afectiva:** basada en la promoción, transmisión y reproducción de afectos, emociones y ternura por parte de todos sus miembros, contribuyendo a la consolidación de la autoestima, la autoconfianza y la realización personal (17).

### **Formas de organización familiar**

A parte de las aproximaciones interpretativas al concepto de familias, es importante enfatizar en la diversidad de formas de organización de las familias, pues ellas y sus integrantes pasan por procesos de cambio debido tanto a circunstancias internas como a su necesidad de adaptación a factores externos. Como se señaló antes, las transformaciones de las familias no sólo dependen de las coyunturas y los contextos sociales y culturales sino también de las trayectorias particulares de la propia familia y de las decisiones individuales y trayectorias de sus integrantes (17).

Los vínculos que se establecen entre sus integrantes pueden ser por afinidad (matrimonio, convivencia) o por filiación (hijos/as propios o adoptados/as). Una de las clasificaciones más utilizadas para describir tipos de familia es considerando su estructura y composición. También incluye en las variantes el tipo de vínculo de la pareja (17):

**Familias nucleares**, que pueden estar formadas a su vez por:

- Pareja unida por matrimonio o unión de hecho con hijos/as o sin ellos/as.
- Familias monoparentales con hijos/as: puede ser la madre o el padre con hijos/as (17).

**Familias extendidas** toman diversas formas:

- Un núcleo familiar más otras personas que tiene algún parentesco con él. Puede estar constituido por un padre o madre con hijo/s y otros familiares; un matrimonio o unión de hecho con otro familiar.

- Dos o más núcleos familiares emparentados entre sí. Es un caso frecuente cuando una un hijo o hija que forma una pareja (con o sin hijos/as) quedan viviendo con los padres de uno de ellos/as.
- Dos o más núcleos familiares emparentados entre sí, más otras personas emparentadas por lo menos con uno de los núcleos, por ejemplo, dos o más matrimonios con otro familiar (o familiares) únicamente (17).

### **La familia en la adolescencia**

La familia en la etapa adolescente se enfrenta a diferentes cambios de varios de sus miembros y por consecuente el funcionamiento de la misma se ve alterado. En ese sentido es una fase en la cual la homeostasis se reacomoda a un nivel de funcionamiento más adecuado según lo requerido por la familia. En esta fase también la familia se orienta hacia el exterior y las fronteras entre los subsistemas son menos estrictas que en otras etapas, esta característica se evidencia en los conflictos que se dan entre los padres e hijos por la lucha de la autonomía, privacidad e intimidad de los adolescentes en oposición de los padres que intentan mantener los patrones de la niñez (35).

Para los padres esta etapa representa diversos retos, tales como: aceptar el crecimiento y desarrollo de sus hijos e ir entregándole las herramientas necesarias para que vayan forjando su intimidad y autonomía de manera adecuada. A veces, puede que las expectativas de los padres no sean las mismas que las de los hijos, quienes ya han desarrollado una nueva capacidad cognitiva y moral para poder tomar sus decisiones, lo cual genera conflicto entre ambos y los padres pueden asumir un rol protector y controlador (35).

Es frecuente que familias en otros periodos hayan sido funcionales y en esta etapa sean disfuncionales, pues es difícil aceptar los cambios, no solo de los adolescentes, sino de todos los miembros.

- Los abuelos se encuentran en la última fase del ciclo vital y se están preparando para el retiro.



- Los padres se encuentran en la llamada “crisis de edad media” donde evalúan sus logros hasta el momento y los nuevos planes, asimismo, experimentan ciertos duelos por las metas que quisieran haber logrado y no pudieron.
- Además, hay una redefinición del subsistema parental, es decir, la pareja puede ser reevaluada, o bien hay dificultades que pueden llevar a un divorcio o la relación necesita cumplir nuevos compromisos y dejar atrás anhelos de la juventud.
- Las madres se encuentran en la edad de cambios hormonales que las llevan a la menopausia, lo que altera su estado anímico y su modo de interactuar con los demás.
- Por último, los hijos se encuentran buscando consolidar su propia identidad e insertarse socialmente, buscando un equilibrio entre la etapa de la niñez y la nueva etapa que se avecina que es la adultez (35).

Es por esto, que toda la familia se vuelve más individualizada (cada uno se encuentra en un momento crítico en etapa de ciclo vital). Esto trae consigo una gran inestabilidad de las reglas, aumentan las ansiedades y los conflictos. En este momento pueden aparecer los cambios más grandes para las familias: retiros laborales, despidos, divorcios, nuevos matrimonios, nuevos medios hermanos, etc (35).

### **A. Funcionalidad familiar**

Gladding (1995) señala que una familia saludable funcional ideal tiene características como ser una fuente legítima de autoridad, estabilidad y apoyo a lo largo del tiempo, mostrar una suficiente flexibilidad y adaptabilidad para acomodarse a los cambios normales del desarrollo, así como a las crisis inesperadas. También, están conformadas por individuos motivados y comprometidos con la familia, tienen adecuados patrones de comunicación, donde estimulan la participación activa de los niños sobre las decisiones que les afectan. Igualmente están socialmente conectadas con otras familias, tienen un alto grado de orientación religiosa y espiritual, son fuente de información y transmisión de valores y son capaces de enfrentar las crisis de una manera positiva, de hecho, proveen

refugio y lugar de consuelo para recuperarse de los esfuerzos, tensiones y problemas que hayan supuesto costes para algunos de sus integrantes (36).

Smilkstein (1978), asegura que una familia funcional es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos, donde cada uno de sus integrantes manifieste una satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (36).

#### ❖ Dimensiones de la funcionalidad familiar

El Dr. Gabriel Smilkstein sostiene que el Apgar familiar tiene como propósito medir las funcionalidades familiares mediante 5 dimensiones tales como (37):

- **Adaptación:** Evalúa en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extra familiares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
- **Participación:** Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asunto de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
- **Ganancia o Gradiente de crecimiento:** Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
- **Afecto:** Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
- **Recursos o capacidad resolutive:** Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar (37).

## **B. Trastornos mentales**

**Definición:** El Ministerio de Salud 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” (38).

### ➤ **Trastorno de Ansiedad**

La Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 refiere que se trata de una ansiedad generalizada y persistente, pero que no se limita e incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una “ansiedad libre flotante”). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico. A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vayan, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente (39).

### **Criterios Diagnósticos de la Ansiedad**

A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.

B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4 (39):

Síntomas autonómicos:

- Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

- Dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.

- Dolor o malestar en el pecho.
- Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

- Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
- Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
- Miedo a morir.

Síntomas generales:

- Sofocos de calor o escalofríos.
- Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
- Tensión, dolores o molestias musculares.
- Inquietud e incapacidad para relajarse.
- Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, o de tensión mental.
- Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

- Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
- Dificultad para concentrarse o de “mente en blanco”, a causa de la preocupación o de la ansiedad.
- Irritabilidad persistente.
- Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones (39).

### **Clasificación de la ansiedad**

La ansiedad está considerada dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. La clasificación para la ansiedad según la CIE – 10 corresponde de F40-F41, y se subdivide en las siguientes clasificaciones según los síntomas presentados (39):

F40 Trastornos de ansiedad fóbica.

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

- F40.2 Fobias específicas (aisladas).
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
- F41 Otros trastornos de ansiedad.
- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

### ➤ **Trastorno Depresivo**

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren (MINSAs) (40).

Para la Organización Mundial de la Salud: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (41).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (41).

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (41).

### **Etiología de la Depresión**

La depresión es un trastorno de etiología no conocida. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria, sin mediar estresores descompensadores en algunos grupos

de pacientes, existiendo evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes.

Como factores determinantes están los aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia, existiendo factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros (40).

### **Fisiopatología de la Depresión**

Durante los estados depresivos, se observa que las estructuras dorsales neo corticales presentan una disminución del metabolismo, mientras que las estructuras límbicas ventrales presentan un aumento del mismo. En la tristeza inducida por vía experimental se observan cambios similares, pero que revierten en forma rápida una vez que los estímulos que la provocan se suspenden. La persistencia de estos cambios en pacientes deprimidos sugiere que otros factores biológicos adicionales predisponen y mantienen los síntomas depresivos. Entre las estructuras cerebrales que predispondrían a la aparición de depresión, se mencionan el deterioro de la función de los circuitos frontoestriatales y las alteraciones a nivel de la amígdala y del hipocampo (42).

### **Factores de riesgo asociados a la Depresión**

**Estilos de vida:** La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia.

Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento determinante para la depresión del niño, así como también las familias con continuos problemas y discusiones, y las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación. Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión, por consiguiente, el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo. Un estudio de mujeres deprimidas

demonstró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias religiosas tienen un menor riesgo de depresión. Por tanto, las fuentes menos estructuradas como la meditación u otros métodos de autorrealización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión (40).

**Factores hereditarios:** Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indicaría una predisposición biológica, riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, si tenemos en cuenta que la depresión grave también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, lo que sugiere que existen factores adicionales causales de depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales (40).

### **Criterios para el diagnóstico de Depresión (43)**

Para los sistemas de clasificación diagnóstica DSM IV-TR.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
  - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
  - Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
  - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
  - Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (43).



## **Tipos de Depresión**

Clasificado utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – cuarta edición (DSM-IV), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) (43).

La severidad de la depresión es usualmente clasificada como leve, moderada o grave, sin embargo, la duración del estado de ánimo es pieza clave para determinar la severidad y tipo de depresión. Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico (43).

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita e impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. En ocasiones es posible que lleve a intentos suicidas, aún más en los adolescentes severamente deprimidos (43).

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar, sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Es posible que también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas.

Por otro lado, la Depresión Mayor es posible diagnosticarse si se presenta un estado de ánimo depresivo o irritable con falta de interés o placer en casi todas las actividades por un período de por lo menos 2 semanas (43).

### ➤ **Trastorno Psicótico**

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizado por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por la grave

perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo *in crescendo* de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas de una causa orgánica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnóstico de delirium de causa orgánica (F05). Habitualmente se produce una recuperación completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso días. Si el trastorno persiste hay que cambiar el diagnóstico. El trastorno puede o no asociarse con estrés agudo, que se define como la presencia de acontecimientos estresantes habituales que preceden una o dos semanas al inicio del cuadro (39).

**Criterios de diagnóstico para trastorno psicótico según la CIE-10 (39):**

- G1. Inicio agudo de ideas delirantes, alucinaciones, discurso incomprensible o incoherente, o de cualquier combinación de éstos. El intervalo de tiempo entre la manifestación de algún síntoma psicótico y la presentación del trastorno, completamente desarrollado, no debe exceder las dos semanas.
- G2. Si se presentan estados transitorios de perplejidad, falso reconocimiento o déficit de atención o concentración, dichos estados no cumplen criterios de cuadro confusional de causa orgánica, tal como se especifica en F05, criterio A. Obnubilación de la conciencia, es decir, claridad reducida de conocimiento del entorno, con una capacidad reducida para focalizar, sostener o cambiar la atención.
- G3. El trastorno no cumple criterios de episodio maníaco (F30), episodio depresivo (F32), o trastorno depresivo recurrente (F33).
- G4. No hay pruebas suficientes de consumo reciente de sustancias psicoactivas para satisfacer los criterios de intoxicación.
- G5. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Ausencia de un trastorno mental orgánico o de una alteración metabólica grave que afecte al sistema nervioso central (no se incluye el parto).

### ➤ **Trastorno Convulsivo**

Las convulsiones pueden imitar muy bien a los ataques epilépticos en cuanto a los movimientos, pero son raras la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia urinaria. No hay pérdida de conciencia o se reemplaza por un estado de estupor o de trance (39).

#### **Criterios de diagnóstico para trastorno convulsivo según la CIE-1**

- A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44): El aspecto común que comparten los trastornos disociativos o de conversión es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir tras pocas semanas o meses, sobre todo si su inicio se asocia a un acontecimiento vital traumático. Pueden desarrollarse trastornos más crónicos, particularmente parálisis o anestias, si el inicio se asocia con problemas insolubles o dificultades interpersonales.
- B. El individuo presenta movimientos espasmódicos repentinos e inesperados, muy parecidos a cualquiera de las variedades de crisis epilépticas, pero que no se siguen por una pérdida de conciencia.
- C. Los síntomas del criterio B no se acompañan de mordedura de la lengua, contusiones o hematomas importantes debidos a las caídas, o incontinencia urinaria (39).

### ➤ **Consumo de bebidas alcohólicas**

Según la Organización Mundial de la Salud: El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad.

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (44).

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres (45).

### **Clasificación de consumo de bebidas alcohólicas**

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, están considerados dentro de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, y la clasificación de alcoholismo según la CIE-10 corresponde a F 10.0 (39).

### **Criterios de diagnóstico para alcoholismo según la CIE – 10 (39):**

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- Debe haber evidencia clara de consumo reciente de una sustancia psicoactiva (o sustancias).
  - Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de una sustancia en particular (o sustancias), como se especifica más adelante, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento de modo clínicamente relevante.

- Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.
- Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes: Desinhibición, Beligerancia verbal, Agresividad, Labilidad del humor, Deterioro de la atención, Juicio alterado, Interferencia en el funcionamiento personal.

B. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

- Marcha inestable.
- Dificultad para mantenerse en pie.
- Habla disártrica.
- Nistagmo (movimiento involuntario del ojo).
- Disminución del nivel de conciencia (por ejemplo, estupor, coma).
- Enrojecimiento facial.
- Inyección conjuntiva.

#### **1.4. Justificación**

Según la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas) es decir, una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años (11) .

En la adolescencia con frecuencia aparecen situaciones conflictivas de crisis en el entorno familiar por disputas ante la necesidad del adolescente de autonomía y su evidente dependencia aún de los padres, amenazas de abandono prematuro estudios, aislamiento total de su familia, vinculación con amigos que no parecen a sus progenitores los más recomendables, inicio de relaciones sexuales, de consumo de tóxicos (12).

El funcionamiento familiar en la adolescencia exige ajustes en el sistema de crianza, y la relación parental que se establece en esta etapa del ciclo vital juega un papel importante en el desarrollo emocional y comportamental de los adolescentes, por ende, si existe una relación adecuada entre los miembros de la familia, se generaría un factor protector que permitiría prevenir posibles psicopatologías (13).

Los problemas de salud mental son patologías de prevalencia elevada, que afectan a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación a nivel mundial; y éstos, se han relacionado a varios factores, tanto biológicos como psicosociales, sumado el efecto que la familia ejerce como factor de riesgo o como factor protector para los individuos, de sufrir un padecimiento de salud mental (14) .

Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación (15) .

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida, (16) pero también, por considerarse el contexto primario en el que acontecen la mayoría de problemas de salud, influye en el bienestar físico y psicológico de sus miembros, y de hecho puede actuar como generadora o protectora, al ser una fuente de estrés en algunos casos o de apoyo en otros (14).

Asimismo, más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno) (16).

En todo el mundo, se estima que entre el 10 y el 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental, sin embargo, estos siguen sin ser diagnosticados ni tratados adecuadamente, los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años, la mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. Los signos de mala salud mental pueden pasarse por alto por varias razones, como la falta de conocimiento o conciencia sobre la salud mental entre los trabajadores de la salud, o el estigma que les impide buscar ayuda (11).

A nivel mundial, la depresión es la novena causa principal de enfermedad y discapacidad entre todos los adolescentes; la ansiedad es la octava causa principal. Los trastornos emocionales pueden ser profundamente incapacitantes para el funcionamiento de un adolescente, afectando el trabajo escolar y la asistencia. Retirar o evitar a la familia, a los compañeros o a la comunidad puede exacerbar el aislamiento y la soledad. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio. Se estima que 62 000 adolescentes murieron en 2016 como resultado de autolesiones. Los intentos de suicidio pueden ser impulsivos o estar asociados con un sentimiento de desesperanza o soledad. Los factores de riesgo para el suicidio son multifacéticos, incluyendo el uso nocivo del alcohol, el abuso en la niñez, el estigma en contra de la búsqueda de ayuda, las barreras para acceder a la atención y el acceso a los medios (11).

En el Perú, la crisis económica durante más de tres décadas y el clima de violencia que vivió el país desde la década de los 80 y 90 afectó gravemente a las familias, especialmente a las que vivían en áreas rurales. Una dificultad para hacer un real diagnóstico de la situación de las familias en el Perú es que la información estadística con la que se cuenta proviene de los censos de población y vivienda, las encuestas demográficas y de salud y las encuestas de hogares, pero este tipo de fuentes nos da solo una aproximación a la situación de las familias, no conociendo las reales dimensiones de las dinámicas intra y extrafamiliares (17).

Es así que nuestro país no está exento de los problemas psicosociales en adolescentes; como los trastornos de salud mental; no solamente por el incremento progresivo de casos, sino por la edad de inicio de presencia de los casos y los efectos nocivos a corto, medianos y largo plazo (18).

Es así que la motivación del presente estudio es debido a que la adolescencia (10-19 años), momento único y formativo, de múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a los problemas de salud mental, conllevando a consecuencias como: depresión, ansiedad, deserción escolar, dependencia al alcohol u otras sustancias adictivas, hasta conductas suicidas que son una de las más frecuentes causas de muerte en los adolescentes.

Por lo tanto, la finalidad del presente trabajo es determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019, porque será un punto de partida para desarrollar acciones de promoción, prevención en este grupo etario, considerando que el aspecto emocional es un factor importante en la salud y bienestar de la persona.

### **1.5. Problema**

¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Determinar las características sociodemográfico de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.
2. Identificar la funcionalidad familiar según dimensiones: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.



3. Identificar los trastornos mentales según dimensiones: trastorno ansiedad, trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno convulsivo y consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.
4. Identificar la dimensión de funcionalidad familiar de mayor relación con el tipo de trastorno mental en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

### **2.3. Hipótesis de Investigación**

Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

### **2.4. Sistemas de Variables**

- ✓ **Variable Independiente:** Funcionalidad familiar
- ✓ **Variable Dependiente:** Trastornos mentales

### 2.4.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Variable independiente</b>  Funcionalidad familiar	Para Olson, el funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (46).	La funcionalidad familiar está dada en como los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar, pudiendo manifestar el grado de satisfacción del mismo.	- Adaptación	Satisfacción en la ayuda familiar en los problemas.	- Buena función familiar: 18 - 20 puntos  - Disfunción familiar leve: 14-17 puntos.  - Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos.  - Disfunción familiar severa: ≤ 9 puntos	Ordinal
			- Participación	Satisfacción y participación familiar.		
			- Ganancia	Aceptación y apoyo familiar en nuevas actividades.		
			- Afecto	Satisfacción de afecto familiar.		
			- Recursos	Compartir familiar en tiempo, espacio y dinero.		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Variable dependiente</b> Trastornos mentales	Según el MINSA: 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” (38).	Trastorno mental, estado de desequilibrio entre nuestras emociones y el cómo reflejamos estas, como actuamos en diferentes situaciones que se ponga a prueba nuestro potencial psíquico.	Trastorno de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor de cabeza.</li> <li>- Miedo, temor.</li> <li>- Nerviosismo.</li> <li>- Tensión.</li> <li>- Mala digestión.</li> <li>- Preocupación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta probabilidad 9- 18 puntos</li> <li>- Baja probabilidad 1- 8 puntos</li> </ul>	Ordinal
			Trastorno depresivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo apetito.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Tristeza.</li> <li>- Tendencia al llanto.</li> <li>- Desmotivación.</li> <li>- Toma de decisiones.</li> <li>- Actividades laborales.</li> <li>- Sentimiento de inutilidad.</li> <li>- Desinterés.</li> <li>- Apatía.</li> </ul>		

				- Pensamiento suicida.	
			Trastorno psicótico	- Pensamiento paranoide. - Delirio de grandeza. - Pensamiento psicótico. - Alucinaciones auditivas	- Alta probabilidad 1- 4 puntos. - Baja probabilidad 0 puntos.
			Trastorno convulsivo	- Convulsiones	- Alta probabilidad 1 puntos. - Baja probabilidad 0 puntos.
			Consumo de bebidas alcohólicas.	- Beber en exceso. - Dependencia al alcohol. - Conflictos sociales. - Agresividad. - Beber en exceso.	- Alta probabilidad 1 - 5 puntos. - Baja probabilidad 0 puntos.

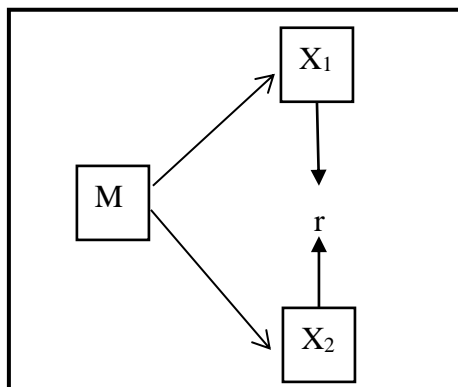
### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de Estudio

Considerando los objetivos de la investigación, se adoptó una metodología de estudio cuantitativa de tipo descriptiva, ya que se identificó y midió conductas, características y factores presentes en la población de estudio, sin dar respuesta al porqué de los acontecimientos. Además, es un estudio de tipo correlacional con el propósito de medir el grado de relación entre dos o más variables de manera positiva o negativa sin intención de determinar una relación causal, además de diseño transversal-no experimental, es decir la recolección de los datos se realizó una sola vez y se clasificó la información en diferentes categorías, estudiando la relación entre las variables, pero sin manipular las variables.

#### 3.2. Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional.



#### Donde:

**M:** Representa a los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

**X<sub>1</sub>:** Funcionalidad familiar

**X<sub>2</sub>:** Trastornos mentales

**r:** Relación entre las dos variables de estudio.

### **3.3. Universo, Población y Muestra**

#### **Universo**

El universo estuvo constituido por todos los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín.

#### **Población**

La población estuvo conformado por 41 adolescentes del quinto grado de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019. (Fuente: Secretaria de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos)

#### **Muestra**

Para la realización del presente estudio se trabajó con el 100 % de la población en estudio que correspondió a 41 adolescentes del quinto grado de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

##### **3.1.1. Criterios de inclusión**

- Adolescentes matriculados en el quinto grado de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín.
- Todos los adolescentes del quinto grado de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín, que asistan el día de la encuesta.
- Todos los adolescentes del quinto grado de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín que no presenten problemas de salud integral.

##### **3.1.2. Criterios de exclusión**

- Adolescentes que no estuvieron matriculados en la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín.

- Adolescentes que no estuvieron en quinto grado de secundaria de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín.
- Todos los Adolescentes del quinto grado de secundaria de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín, que no asistieron el día de la encuesta por problemas de salud.

### **3.4. Procedimientos**

- Se realizó la revisión bibliográfica y se elaboró el proyecto.
- Se presentó el proyecto ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSM-T para su revisión y aprobación correspondiente.
- Se presentó una solicitud de consentimiento para la aplicación del instrumento de investigación a la Dirección de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos - Rioja - San Martín.
- Se informó a los Adolescentes del quinto grado de educación secundaria de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos - Rioja - San Martín de la investigación a realizarse y con el fin de aplicar el Test de APGAR Familiar y el Cuestionario de Informe de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos – Symptoms Report Questionnaire - SRQ con una duración de 10 - 15 minutos, la cual será totalmente anónima su participación.
- Se realizó la organización, análisis e interpretación de nuestros resultados y su respectiva formulación de los cuadros estadísticos.
- Se realizó redacción de informe de tesis, de acuerdo a la estructura establecida por la Facultad de Ciencias de la Salud UNSM-T y posterior sustentación.

### **3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta, como instrumentos el cuestionario y fuente primaria ya que la información fue directa con la población de estudio.

### **Instrumento para evaluar la Funcionalidad familiar: Test de APGAR Familiar**

Cuestionario de 5 preguntas. Evalúa funcionalidad del individuo en la familia. Creado por el Dr. Gabriel Smilkstein fue diseñado en 1978 en la Universidad de Washington. Se escogió este instrumento por ser breve, (requiere aproximadamente 5 minutos para ser completado) específico. Este instrumento fue construido, validado y tipificado en Washington y fue adaptada a la población peruana por el Ministerio de Salud y es utilizado en el Programa de Familias y viviendas saludables.

Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

El Apgar familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia que son:

- Adaptación
- Participación
- Ganancia
- Afecto
- Recursos o capacidad resolutive

Sus parámetros se delinearón sobre la premisa de como los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y que pueden manifestar el grado de satisfacción del mismo. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica:

- Buena función familiar: 18 - 20 puntos
- Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos.
- Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos
- Disfunción familiar severa: menor o igual a 9 (Anexo 03).



## **Instrumento para evaluar los Trastornos mentales: Cuestionario de Informe de Síntomas de trastornos para Adolescentes, Jóvenes y Adultos – Symptoms Report Questionnaire - SRQ**

El cuestionario Self-Reporting Questionnaire (Cuestionario de Autoinforme)-SRQ ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud mental (WHO Collaborative Study to Extend Mental Health Services, Harding T. y col. 1980; Climent, C. y Col, 1981) y con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria, especialmente en países en desarrollo.

Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la Sociedad Peruana.

Finalidad: Este instrumento brinda la posibilidad de valorar la presencia de una condición que pueda estar afectando la salud mental. Indaga sobre situaciones específicas que haya vivido la persona en los últimos treinta (30) días.

Áreas de medición: Mide cinco áreas específicas; ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones y alcoholismo.

Ítems: Consta de veintiocho (28) preguntas, presenta opciones de respuesta cerradas (SI y NO).

Puntuación: Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto.

Interpretación:

- **Trastorno depresivo y ansioso:** Las primeras dieciocho (18) preguntas se refieren a la presencia de estos trastornos.

De las cuales las preguntas 1, 4 – 8 corresponde al trastorno de Ansiedad y las preguntas 2, 3, 9-18 al trastorno de Depresión.

Se considera que nueve (9) o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un caso.

Observaciones, si la joven o el joven responden en forma afirmativa a la pregunta N° 17, que se refiere a riesgos de conducta suicida, el profesional debe intervenir de inmediato por ser una emergencia en salud mental.

- Alta probabilidad: 9 -18 puntos.
  - Baja probabilidad: 1 - 8 puntos.
- **Trastorno psicótico:** Las preguntas N° 19 a 22 se refieren a la presencia de este trastorno; una sola respuesta positiva determina un caso.
    - Alta probabilidad: 1 - 4 puntos
    - Baja probabilidad: 0 puntos.
  - **Trastorno convulsivo:** La respuesta positiva a la pregunta N° 23 indica alta probabilidad de sufrir este trastorno.
    - Alta probabilidad: 1 punto
    - Baja probabilidad: 0 puntos.
  - **Problemas relacionados al consumo de alcohol:** Las preguntas N° 24 al N° 28, indican problemas relacionados al consumo de alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.
    - Alta probabilidad: 1 - 5 puntos.
    - Baja probabilidad: 0 puntos.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres (3), indica que efectivamente se trata de un “caso” (Anexo 04).

### **3.6. Plan de Tabulación y Análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se vaciaron los resultados de los instrumentos en una base de datos Excel 2017.

Luego de concluir con la recolección de los datos, la información recolectada se procesó de forma manual con el programa EXCEL, elaborando una tabla Matriz, cuyos valores fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS V24. Donde se presentaron los resultados a través de tablas estadísticas.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1:** Características sociodemográfico de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

<b>Factores Sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia (fi) (n=40)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Edad</b>		
16 años	30	75,0
17 años	5	12,5
18 años	5	12,5
<b>Sexo</b>		
Masculino	15	37,5
Femenino	25	62,5
<b>Lugar de procedencia</b>		
La Libertad	1	2,5
Yorongos	37	92,5
Nuevo Tabalosos	1	2,5
Rioja	1	2,5
<b>¿Vive con la familia?</b>		
Si	39	97,5
No	1	2,5
<b>¿Con quién vive?</b>		
Padre y madre	8	20,0
solo madre o solo padre	31	77,5
solo sin padres	1	2,5
<b>¿Tienes enamorado (a)?</b>		
Si	15	37,5
No	25	62,5
<b>Religión</b>		
Católico	17	42,5
Evangélico	9	22,5
Adventista	6	15,0
Testigos de Jehová	0	0,0
Nazareno	1	2,5
Ninguno	7	17,5

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación.

En la presente tabla se puede evidenciar que; el 75.0% (30) los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos tienen 16 años de edad, el 62.5% (25) son de sexo femenino, el 92.5% (37) proceden de la localidad de Yorongos, el 97.5% (39) viven con la familia, el 77.5% (31) solo vive con la madre o padre, el 62.5% (25) no tienen enamorado (a), y el 42.5% (17) profesan la religión católica.

**Tabla 2:** Funcionalidad familiar según dimensiones: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

Funcionalidad Familiar	Buena función familiar		Disfunción familiar leve		Disfunción familiar moderada		Disfunción familiar severa		TOTAL	
	(fi) (n=40)	%	(fi) (n=40)	%	(fi) (n=40)	%	(fi) (n=40)	%	fi	%
<b>Adaptación</b>	6	15	22	55.0	8	20.0	4	10.0	40	100
<b>Participación</b>	5	12,5	15	37,5	18	45.0	2	5.0	40	100
<b>Ganancia</b>	6	15	26	65.0	6	15.0	2	5.0	40	100
<b>Afecto</b>	5	12,5	29	72,5	4	10.0	2	5.0	40	100
<b>Recursos</b>	6	15,0	20	50.0	10	25.0	4	10.0	40	100

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

En la presente tabla se puede verificar que; en la dimensión de **adaptación** el 55% (22) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión **participación** el 45% (18) presentan disfunción familiar moderado, mientras que en la dimensión **ganancia** el 65% (26) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión **afecto** el 72.5% (29) presentan disfunción familiar leve y en la dimensión **recursos** el 50% (20) de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja presentan disfunción familiar leve.

**Tabla 3:** Trastornos mentales según dimensiones: trastorno ansiedad, trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno convulsivo y consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

Trastornos mentales	Alta probabilidad		Baja probabilidad		TOTAL	
	(fi) (n=40)	%	(fi) (n=40)	%	fi	%
<b>Ansiedad</b>	3	7,5	37	92,5	40	100
<b>Depresivo</b>	7	17,5	33	82,5	40	100
<b>Psicótico</b>	6	15,0	34	85,0	40	100
<b>Convulsivo</b>	2	5	38	95,0	40	100
<b>Consumo de alcohol</b>	5	12,5	35	87,5	40	100

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

En la presente tabla se puede verificar que; el 92.5% (37) de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja presentan baja probabilidad de presentar ansiedad, con un 82.5% (33) presentan baja probabilidad de sufrir trastorno depresivo, con un 85.0% (34) baja probabilidad de sufrir trastorno psicótico, con un 95.0% (38) baja probabilidad de sufrir trastorno convulsivo y un 87.5% (35) presentan baja probabilidad de sufrir trastornos por consumo de alcohol.

**Tabla 4:** Dimensión de funcionalidad familiar de mayor relación con el tipo de trastorno mental en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

Funcionalidad familiar	Trastornos mentales										TOTAL	
	Ansiedad		Depresión		Psicótico		Convulsivo		Consumo de alcohol		(fi)	(%)
	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)		
<b>Adaptación</b>	3	7,5	4	10,0	1	2,5	1	2,5	1	2,5	10	25
<b>Participación</b>	3	7,5	6	15,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	10	25
<b>Ganancia</b>	4	10,0	3	7,5	0	0,0	0	0,0	1	2,5	8	20
<b>Afecto</b>	2	5,0	4	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	15
<b>Recursos</b>	3	7,5	3	7,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	7	17,5
<b>Total</b>	15	37,5	20	50,0	1	2,5	1	2,5	3	7,5	40	100

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

En la presente tabla podemos evidenciar que en los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja, la dimensión participación es la que tiene mayor relación con el trastorno depresión 15.0% (6).

**Tabla 5:** Relación que existe entre funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.

Funcionalidad familiar	Trastornos mentales										TOTAL		X <sup>2</sup> p < 0,05
	Ansiedad		Depresión		Psicótico		Convulsivo		Consumo de alcohol		(fi)	(%)	
	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)	(fi)	(%)			
<b>Adaptación</b>	3	7,5	4	10,0	1	2,5	1	2,5	1	2,5	10	25	X <sup>2</sup> = 8,209
<b>Participación</b>	3	7,5	6	15,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	10	25	
<b>Ganancia</b>	4	10,0	3	7,5	0	0,0	0	0,0	1	2,5	8	20	p = 0,016
<b>Afecto</b>	2	5,0	4	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	15	
<b>Recursos</b>	3	7,5	3	7,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	7	17,5	
Total	15	37,5	20	50,0	1	2,5	1	2,5	3	7,5	40	100	

**Fuente:** Elaboración propia de la investigación

Para determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales que presentan los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia  $p < 0,016$ , evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.



## V. DISCUSIÓN

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”. En el sistema familiar, tanto el hombre como la mujer participan activa y equitativamente en el desarrollo de las tareas y el cumplimiento de roles, para lograr un adecuado funcionamiento familiar y así contribuir al desarrollo pleno de sus integrantes (1).

En la tabla 1 se observa que el 75.0% (30) los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos tienen 16 años de edad, el 62.5% (25) son de sexo femenino, el 92.5% (37) proceden de la localidad de Yorongos, el 97.5% (39) viven con la familia, el 77.5% (31) solo vive con la madre o padre, el 62.5% (25) no tienen enamorado (a), y el 42.5% (17) Profesan la religión católica.

Resultados similares se mostraron en la investigación de Suárez (2013), quien en su investigación sobre Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública, Santiago de Chile, evidencio que de los 40 adolescentes que participaron de la investigación, 77,5% (n=31) son mujeres y 22,5% (n=9) hombres; en cuanto a la composición por edad se encontró una media de 15,9 años (DE=1,00); y difiere en relación a la composición familiar, el mayor porcentaje de la muestra señala vivir junto a ambos padres y/u otros parientes (55%) (n=22), 25% (n=10) de los adolescentes señala vivir solo con su madre y/u otros parientes y 12,5% (n=5), manifiesta vivir con sus abuelos paternos (23).

Diferiendo con los resultados encontrados por Alemán y Figueroa (2016) en su estudio sobre Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familiar. Cuenca-Ecuador, ya que 377 alumnos son de sexo masculino que representan 81,4% del universo y 77 son mujeres que equivale al 18,6%, según la edad más frecuente del universo es 15 años siendo el 60% del alumnado que cursa primero de bachillerato y concuerda con respecto a la procedencia de los

estudiantes siendo la urbana que predomina con un 80,7% frente a la rural con 19,3%, sabiendo que la unidad educativa es urbana (21).

En la tabla 2 se puede evidenciar que; en la dimensión de **adaptación** el 55% (22) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión **participación** el 45% (18) presentan disfunción familiar moderado, mientras que en la dimensión **ganancia** el 65% (26) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión **afecto** el 72.5% (29) presentan disfunción familiar leve y en la dimensión **recursos** el 50% (20) de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja presentan disfunción familiar leve. De esta manera en nuestro estudio se evidencia que predomina la disfunción familiar leve en cuatro (4) dimensiones, seguido de disfuncionalidad moderada solo en una (1) dimensión.

Castillo (2017) realizo un estudio sobre Funcionalidad familiar en los adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas – Lima. Perú y revela datos similares ya que el 45,05% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa América tiene disfunción familiar leve, el 30,63 % tiene buena funcionalidad familiar, el 19,82% tiene disfunción familiar moderada y el 4,50% tiene disfunción familiar severa (27).

Al contrastar los resultados de Chanco y Ramos (2017) que realizarón un estudio sobre Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa San Antonio de Jicamarca – San Juan de Lurigancho, Lima, Perú; encontrando datos que difieren ya que se aprecia que el 65% de adolescentes colegiales provienen de familias disfuncionales severas, seguido de un 29% de adolescentes colegiales que provienen de familias disfuncionales moderadas, un 6% de adolescentes colegiales que provienen de familias disfuncionales leve. No se evidencia adolescentes que provengan de familias funcionales (26).

Asi mismo, Apolo (2017), en su estudio sobre Funcionalidad familiar y su relación con conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo, Loja. Ecuador; tambien mostro resultados discordantes en el grado de funcionalidad familiar, ya que corresponde en su mayor porcentaje a familias funcionales con 56,9 % (111), seguido de

familias con disfuncionalidad moderada con 31,3% (61), y en menor porcentaje se presentan las familias con disfuncionalidad grave en el 11,8 % (23) del total de estudiantes (20).

En la tabla 3 evidenciamos que; el 92.5% (37) de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja presentan baja probabilidad de presentar ansiedad, con un 82.5% (33), presentan baja probabilidad de sufrir trastorno depresivo, con un 85.0% (34) baja probabilidad de sufrir trastorno psicótico, con un 95.0% (38) baja probabilidad de sufrir trastorno convulsivo y un 87.5% (35) presentan baja probabilidad de sufrir trastornos por consumo de alcohol.

Alemán y Figueroa (2016) en su investigación realizada, difiere que los síntomas psicóticos son las manifestaciones de la alteración del estado mental que se presentaron con mayor frecuencia (94%), el de menor frecuencia corresponde a epilepsia siendo 26 estudiantes (6.3%) que sufren o han sufrido episodios sin diagnóstico previo, se identificó que el 20% de los estudiantes tiene problemas con el alcohol, mientras que el 80% no refirió presentar inconvenientes con el consumo del mismo, se estableció que el 83.1% de estudiantes no sufre de depresión, en contraste con un 16.9% que si la presenta y solo un 18.6% de estudiantes sufre de ansiedad. Para los trastornos antes mencionados, la edad de mayor frecuencia fue la de 15 años (21).

Tomando a Palacio y Merchan (2013) con su estudio sobre Prevalencia de trastornos psicopatológicos en los estudiantes del Colegio Tecnico Nacional Cumbe del Cantón Cuenca, Ecuador. encontró datos discordantes con el presente estudio ya que 125 adolescentes (20,94%) que tienen trastornos de ansiedad, el 18,59% representados por 111 estudiantes que padecen el trastorno relacionado con el consumo de alcohol y tercer lugar se encuentra 66 estudiantes (11,06%) con depresión, el 49,41% restante (295) no presentan trastornos (24).

Tabla 4 podemos señalar que en los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja, la dimensión participación es la que tiene mayor relación con el trastorno depresión 15.0% (6).

Del mismo modo, Alemán y Figueroa (2016) señalan datos similares que; los estudiantes identificados con depresión (70), se estableció que la mayor frecuencia corresponde a

familias con moderada disfunción con 40%, seguido de grave disfunción con 39%; de igual manera respecto a los estudiantes que reportaron ansiedad, presentaron mayor porcentaje de familias con moderada disfunción con 36%, seguido de grave disfunción con 34%, en aquellos estudiantes que mencionaron haber sufrido algún tipo de síntoma psicótico (389), identificamos mayor frecuencia de familias funcionales con 58%; del total de estudiantes que indicaron haber tenido algún episodio de epilepsia (26), sin haber sido diagnosticado previamente, existe mayor porcentaje de familias funcionales con 46% y finalmente de aquellos encuestados que indicaron tener problemas con el consumo de alcohol, se presentó una mayor frecuencia para familias funcionales con 42% (21).

En la tabla 5 podemos evidenciar 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  $p < 0,016$ , permitiendo aceptar la hipótesis de investigación y concluyendo que existe relación entre estas dos variables en la población en estudio.

De esta manera se debe mencionar que la funcionalidad familiar juega un rol importante dentro de la formación de los adolescentes, por constituir una etapa vulnerable a muchos sucesos que se viene atravesando en nuestra sociedad, y al darse la insatisfacción de necesidades por la falta del vínculo familiar se remite a condiciones que afectan su salud integral al desarrollar trastornos mentales como depresión y ansiedad los cuales se presentaron con frecuencias más altas en este estudio.

## IV. CONCLUSIONES

1. Según los factores sociodemográficos, se puede evidenciar que; el 75.0% (30) los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos tienen 16 años de edad, el 62.5% (25) son de sexo femenino, el 92.5% (37) proceden de la localidad de Yorongos, el 97.5% (39) viven con la familia, el 77.5% (31) solo vive con la madre o padre, el 62.5% (25) no tienen enamorado (a), y el 42.5% (17) profesan la religión católica.
2. En cuanto a la frecuencia de disfunción familiar en los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja encontramos que; en la dimensión de **adaptación** el 55% (22) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión **participación** el 45% (18) presentan disfunción familiar moderado, mientras que en la dimensión **ganancia** el 65% (26) presentan disfunción familiar leve, en la dimensión **afecto** el 72.5% (29) presentan disfunción familiar leve y en la dimensión **recursos** el 50% (20) presentan disfunción familiar leve.
3. En cuanto a la frecuencia de trastornos mentales se puede verificar que; el 92.5% (37) de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja presentan baja probabilidad de presentar ansiedad, con un 82.5% (33) presentan baja probabilidad de sufrir trastorno depresivo, con un 85.0% (34) baja probabilidad de sufrir trastorno psicótico, con un 95.0% (38) baja probabilidad de sufrir trastorno convulsivo y un 87.5% (35) presentan baja probabilidad de sufrir trastornos por consumo de alcohol.
4. Según la dimensión funcionalidad familiar de mayor relación con el tipo de trastorno mental en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja la dimensión participación es la que tiene mayor relación con trastorno depresión 15.0% (6).
5. Para la relación que existe entre la funcionalidad familiar y los trastornos emocionales que presentan los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia  $p < 0,016$ , evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

## V. RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de la salud; fomentar la acción participativa en la promoción y prevención de la disfuncionalidad familiar y por ende de los trastornos mentales en adolescentes.
2. A la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja, fomentar la participación activa de los padres en la vida de sus hijos, no solo en la parte académica, sino en lo emocional, mediante un cuerpo estratégico de personal capacitado que asesoren a los padres de familia sobre la convivencia con hijos adolescentes, y así disminuir la probabilidad de sufrir un trastorno mental.
3. A los profesionales de Enfermería y en general a todo el equipo de salud fomentar la educación y las actividades preventivo promocionales respecto a los trastornos mentales en adolescentes, familia y comunidad.
4. Es importante continuar con la investigación no solo a nivel de local, sino también involucrar provincias aledañas, ya que la problemática de la disfunción familiar y trastornos mentales aumenta cada día más en todo el mundo, repercutiendo en el bienestar y calidad de vida de los adolescentes y familia.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud basado en la familia y la comunidad. Lima: MINSA, Servicio de Salud Comunitaria; 2012. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1617.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2017 [cited 2019 Febrero 22. Available from:  
  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
3. Pasqualini D, Llorens A. Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una mirada integral. Argentina: Universidad de Buenos Aires; 2015. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y desarrollo: Poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra: OMS, Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID); 2010. Report No.: ISBN 978-9962-642-65-7. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84757/9789962642657\\_spa.pdf;jsessionid=02ACAFA39F9530B55D62FB3AC9BE82DF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84757/9789962642657_spa.pdf;jsessionid=02ACAFA39F9530B55D62FB3AC9BE82DF?sequence=1)
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Comunitaria 2018 - 2021. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 3. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>.
6. Organización Mundial de la Salud, OMS. Depresión. In Centro de Prensa; 2017; Ginebra. p. 25 - 27. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
7. Organización Mundial de la Salud, OMS. Prevención de trastornos mentales. Intervenciones efectivas y Opciones de política. 2015 Octubre; ISBN 92 4159215 X.
8. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Manual de terapia multifamiliar. [Online].; 2011 [cited 2017 octubre 4. Available from: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/manuales/M-2011-TM.pdf>.
9. Organización Mundial de la Salud, OMS. Adolescentes: riesgos para la salud y

- soluciones. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 22. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
10. Ministerio de Salud, MINSA. [Online].; 2017 [cited 2019 Marzo 11. Available from: [https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/recursos/2017/09/IMPLEMENTACION\\_CSMC\\_RM\\_N574-2017-MINSA%20NTCSMC.pdf](https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/recursos/2017/09/IMPLEMENTACION_CSMC_RM_N574-2017-MINSA%20NTCSMC.pdf).
  11. Organización Mundial de la Salud, OMS. OMS. [Online]. Ginebra; 2018 [cited 2019 Enero 2. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
  12. Sánchez P. Trastornos Psiquiátricos en la adolescencia. [Online].; 2015 [cited 2019 agosto 08. Available from: [https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2\\_80-91\\_Trastornos\\_psiqui%C3%A1tricos.pdf](https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_80-91_Trastornos_psiqui%C3%A1tricos.pdf).
  13. Buitrago J PLGA. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyaca. [Online].; 2016 [cited 2019 agosto 08. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00296.pdf>.
  14. Acosta Y ARGSA. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura. Bionatura. 2017 marzo; II(3). Disponible en: <http://revistabionatura.com/files/2017.03.03.6.pdf>
  15. Leyva R HANGSA. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. [Online].; 2017 [cited 2019 agosto 08. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073d.pdf>.
  16. Vargas H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. [Online].; 2014 [cited 2019 agosto 08. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>.
  17. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016 - 2021. Lima: MINSA, Promoción y Prevención; 2016. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>



18. Ministerio de Salud, MINSA. Lineamientos de política sectorial en salud mental. Perú 2018. Resolución Ministerial. Lima: MINSA, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2018. Report No.: RM N° 935 – 2018/ MINSA. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
19. Yañez L. Funcionamiento familiar y su relación con la autoestima de adolescentes. [Tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Técnica de Abanto; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27584/2/TESIS%201.pdf>
20. Apolo G. Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo. [Tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017. Disponible en:  
  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19579/1/TESIS%20GIANELA%20APOLO.pdf>
21. Alemán P, Figueroa D. Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familiar, Cuenca-Ecuador, 2016. Pregrado. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27048/1/PROYECTO%20DE%20TESIS.pdf>
22. Nagua E. Relación entre funcionalidad familiar y estrés en los adolescentes del bachillerato. Zona 7. [Tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2016. Disponible en:  
  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18257/3/TESIS%20EDWIN%20NAGUA.pdf>
23. Suárez E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en Centros de Salud Pública. [Tesis pregrado]. Chile: Universidad de Chile; 2013. Disponible en:  
  
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS%20FINAL.pdf>
24. Palacios P, Merchán M. Prevalencia de trastornos psicopatológicos en los estudiantes del colegio técnico nacional Cumbe de Cantón. [Tesis pregrado]. Ecuador:

Universidad de Cuenca; 2013. Disponible en:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Prevalencia-de-trastornos-sicopatol%C3%B3gicos-en-los-Villamagua-Morales/c2b7ab3dc3f34911a96ec387884658306b1ec361>

25. Ayquipa L, Santisteban M. Funcionalidad familiar y acoso escolar en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Villa Limatambo 7106, Villa María del Triunfo. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/2391/TITULO%20-%20AYQUIPA%20-%20SANTISTEBAN.pdf;jsessionid=F390EEFB4927A6F152128D1DE6224C3C?sequence=1>
26. Chanco D, Ramos Y. Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa San Antonio de Jicamarca - San Juan de Lurigancho. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1472>
27. Castillo R. Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. Disponible en: [http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/185/Castillo\\_RS\\_tesis\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/185/Castillo_RS_tesis_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
28. Wall L. Funcionalidad familiar y logros de aprendizaje en Comunicación de estudiantes de secundaria en la Institución Educativa Divino Maestro de Pamplona. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2016. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6979/Wall\\_CLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6979/Wall_CLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Rafael M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael\\_cm.pdf;jsessionid=39E4B3B180D6A95657221FFD439E3C19?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_cm.pdf;jsessionid=39E4B3B180D6A95657221FFD439E3C19?sequence=1)
30. Carballo G, Lescano E. Funcionamiento familiar y rendimiento académico en

- estudiantes de secundaria de la Institución Educativa N°0292, Tabalosos. [Tesis pregrado]. San Martín: Universidad Nacional de San Martín; 2012. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1992/recent-submissions?offset=20>
31. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la etapa de vida Adolescente. Resolución ministerial. Lima: MINSA; 2013. Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2012/Diciembre/09/RM-973-2012-MINSA.pdf>
  32. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. La Adolescencia una época de oportunidades. Nueva York: UNICEF, División de comunicaciones; 2011. Disponible en: [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF\\_-\\_Estado\\_Mundial\\_de\\_la\\_Infancia\\_2011\\_-\\_La\\_adolescencia\\_una\\_epoca\\_de\\_oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf)
  33. Ministerio de Salud, MINSA. Modelo de abordaje para la promoción de la salud. [Online].; 2015 [cited 2018 Diciembre 14. Available from: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203\\_prom30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf).
  34. Estrella E, Suárez M. Introducción al estudio de la dinámica familiar. RAMPA. 2016 enero. Disponible en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA%20V1N1%20Parte2.pdf>
  35. Escobar M. Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio público y un colegio privado en el distrito de la Molina. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad de Lima; 2015. Disponible en: [https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/1721/Escobar\\_Saez\\_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/1721/Escobar_Saez_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  36. Moreno J, Echevarria K, Pardo A, "et al". Funcionalidad familiar , conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Psicología: avances de la disciplina. 2014 julio-diciembre; VIII(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n2/v8n2a04.pdf>
  37. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Med. La Paz. 2014 Enero - junio; XX(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010)

38. Ministerio de salud. Norma técnica de salud de centros de salud mental comunitarios. Resolución ministerial. Lima: MINSA, Dirección general de intervenciones estratégicas; 2018. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
39. Organización Mundial de la Salud, OMS. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. Primera ed. OMS , editor. Ginebra: Medica Panamericana S.A.; 2000. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf;jsessionid=263FE2BF2CE1CDCDE927DF15C48C0DAB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=263FE2BF2CE1CDCDE927DF15C48C0DAB?sequence=1)
40. Ministerio de Salud. Guía práctica clínica en depresión. Resolución ministerial. Lima: MINSA, Dirección de salud mental; 2011. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)
41. Organización Mundial de la Salud, OMS. Depresión. [Online].; 2017 [cited 2019 abril 12. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
42. Gómez V. La depresión: Factores psicosociales. Rev. Cubana de Medicina Militar; La Habana. 2012 Octubre; vol.9(12). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n6/378-386/>
43. Asociación America de Psiquiatría. Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM- IV. [Online].; 2014 [cited 2019 abril 22. Available from: [http://www.psycoarea.org/dsmiv\\_6.htm](http://www.psycoarea.org/dsmiv_6.htm).
44. Organización Mundial de la Salud, OMS. Alcohol. [Online]. [cited 2019 abril 30. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
45. Organización Mundial de la Salud, OMS. Alcohol y atención primaria de la salud. [Online].; 2014 [cited 2019 marzo 12. Available from: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf).
46. Ferrer P, Miscan A, Pino M, "et al". Funcionamiento familiar segun el modelo circunplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Enfermería Herediana. 2013 junio; VI(2). Disponible en: [https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamilia\\_rsegunelmodelocircunplejodeolson.pdf](https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamilia_rsegunelmodelocircunplejodeolson.pdf)

**IX. ANEXOS****ANEXO Nro. 01****Solicitud de Permiso****UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO****FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD****ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Tarapoto, 15 de agosto de 2019

**Oficio S/N-2019-EPE/MLM****Sr. Director de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos – Rioja - San Martín.****SOLICITO: Permiso para recopilación de información y aplicar el instrumento de investigación.**

Tengo el agrado de dirigirme hacia su persona con el debido respeto que se merece y expongo lo siguiente:

La que suscribe, es Bachiller de Enfermería de la UNSM - T. Marlíth Laván Manchay; me encuentro desarrollando la Tesis para obtener el Título Profesional de: LICENCIADA EN ENFERMERÍA con el título: **Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019**, para lo cual solicito permiso y/o autorización para poder recolectar información y aplicar el instrumento de investigación (Encuesta) a todos los estudiantes del quinto grado.

Seguro de contar con su atención y aprobación a la presente, nos suscribimos de usted.

Atentamente

.....  
**Marlíth Laván Manchay**

**Bachiller de Enfermería**

## ANEXO Nro. 02

## Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019**

**Investigadora:**

- Marlíth Laván Manchay

**Descripción**

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre Funcionalidad familiar y trastornos mentales. Si acepta participar en esta investigación, se le realizara una entrevista-encuesta. El participar en este estudio le tomara aproximadamente 15 minutos de tiempo.

**Confidencialidad**

La entrevista y el consentimiento informado no se solicitará su nombre, por lo que sus respuestas serán utilizadas solo para la investigación a realizarse. Siendo totalmente confidencial.

**Derechos**

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna sanción.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, sobre sus derechos o queja relacionada con su participación por favor comuníquese con Marlíth Laván Manchay al teléfono 949 828 228.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información presentada en esta hoja de consentimiento

.....

**Firma de la Investigadora**

.....

**Firma de la Participante**

## ANEXO Nro. 03



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Presentación:**

Estimado estudiante, soy bachiller de Enfermería de la UNSM-T me encuentro realizando el trabajo de investigación titulado “Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo – octubre 2019”, el mismo que me servirá para obtener el título profesional de licenciada en enfermería, en el presente cuestionario le pido responder con sinceridad ya que es de carácter anónimo. Anticipadamente agradezco su colaboración. Les cuidadosamente y responda las siguientes preguntas.

**I. Datos generales:**

1. Edad: \_\_\_\_

2. Sexo: (M) (F)

3. Lugar de procedencia:

Yorongos ( ) Bella Florida ( ) La Libertad ( ) Tabalosos ( ) Otro\_\_\_\_\_

4. ¿Vive con familia?

Si ( ) No ( )

5. ¿Con quién vives?

Padre y Madre ( ) Solo madre o solo padre ( ) Solo sin tus padres ( )

6. ¿Tienes Enamorado?

Si ( ) No ( )

7. Religión

Católico ( ) Evangélico ( ) Adventista ( ) Testigo de Jehova ( )

Otro\_\_\_\_\_

**II. Instrucciones:** Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

**VARIABLE INDEPENDIENTE: CUESTIONARIO DEL TEST DE APGAR FAMILIAR**

N°	Afirmaciones	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2	Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
3	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades y cambios en mis estilos de vida.					
4	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
5	Me satisface cómo compartimos en familia. a) El tiempo para estar juntos b) Los espacios en la casa. c) El dinero.					



## ANEXO Nro. 04

**VARIABLE DEPENDIENTE: CUESTIONARIO DE INFORME DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS PARA ADOLESCENTES, JÓVENES Y ADULTOS – SYMPTOMS REPORT QUESTIONNAIRE – SRQ.**

**Instrucciones:**

A continuación encontrará una lista de preguntas, marque con una Aspa “X” la respuesta que estime conveniente utilizando los criterios:

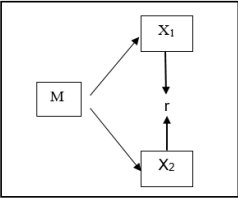
N°	Afirmaciones	SI	NO
<b>Trastorno de Ansiedad (preguntas 1, 4 - 8) y Depresión (preguntas 2, 3, 9-18)</b>			
1	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?		
2	¿Tiene mal apetito?		
3	¿Duerme mal?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre temblor en las manos?		
6	¿Se siente nervioso o tenso?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿Es incapaz de 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	¿Se siente aburrido?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		

<b>Trastorno Psicótico</b>			
<b>19</b>	¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
<b>20</b>	¿Es Ud. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
<b>21</b>	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
<b>22</b>	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no puedan oír?		
<b>Trastorno convulsivo</b>			
<b>23</b>	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
<b>Consumo de bebidas alcoholicas</b>			
<b>24</b>	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?		
<b>25</b>	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?		
<b>26</b>	¿Ha tenido dificultad en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?		
<b>27</b>	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
<b>28</b>	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?		

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### TÍTULO

“Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo – octubre 2019”.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>1. Determinar las</p>	<p>Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y los trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.</p>	<p><b>Tipo de estudio:</b></p> <p>Cuantitativa de tipo descriptiva, correlacional, transversal no experimental.</p> <p><b>Diseño de investigación:</b></p> <p>Correlacional.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><b>Donde:</b></p>

	<p>características sociodemográfico de los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo – octubre 2019.</p> <p>2. Identificar la funcionalidad familiar según dimensiones: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo – octubre 2019.</p> <p>3. Identificar los trastornos mentales según dimensiones: trastorno ansiedad, trastorno depresivo,</p>		<p><b>M:</b> Representa los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos - Rioja - San Martín.</p> <p><b>X1 :</b> Funcionalidad familiar</p> <p><b>X2 :</b> Trastornos mentales</p> <p><b>r :</b> Representa la relación entre funcionalidad familiar y trastornos mentales.</p> <p><b>Universo:</b> Todos los adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos - Rioja - San Martín.</p> <p><b>Población:</b> Por 41 dolescentes del quinto grado de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos - Rioja - San Martín.</p> <p><b>Muestra:</b> 100 % de la población que corresponde a 41 adolescentes del quinto grado de educación secundaria.</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> 1 estudiante del quinto grado</p>
--	---	--	---

	<p>trastorno psicótico, trastorno convulsivo y consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo – octubre 2019.</p> <p>4. Identificar la dimensión de funcionalidad familiar de mayor relación con el tipo de trastorno mental en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín. Mayo - octubre 2019.</p>		<p>de educación secundaria de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos - Rioja - San Martín.</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b> Estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos de Yorongos - Rioja - San Martín.</p> <p><b>Plan de tabulación y análisis de datos:</b> Se procesó de forma manual con el programa EXCEL, elaborando una tabla matriz, cuyos valores fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS V24.</p>
--	--	--	---