

Willy Maluquish

REVISADO_SALUD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DE LOS POBLADORES PERUANOS, 2025 (corr...

 Artículos para DICTAMEN - 2026

 Artículos para DICTAMEN - 2026

 Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:560001868

Fecha de entrega

23 feb 2026, 2:04 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

23 feb 2026, 2:07 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

REVISADO_SALUD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DE LOS POBLADORES PERU....pdf

Tamaño del archivo

349.0 KB

8 páginas

5690 palabras

28.493 caracteres

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 15%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 8% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos entregados	UNIV DE LAS AMERICAS on 2026-02-10	<1%
2	Internet	revistas.urp.edu.pe	<1%
3	Internet	scielosp.org	<1%
4	Internet	www.researchgate.net	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Catolica De Cuenca on 2026-02-09	<1%
6	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
7	Internet	www.rehueong.com.ar	<1%
8	Internet	rua.ua.es	<1%
9	Publicación	Abraham De-Los-Rios-Pinto, Daniel Fernandez-Guzman, David R. Soriano-Moreno,...	<1%
10	Internet	rpmi.pe	<1%
11	Internet	repository.ucc.edu.co	<1%

12	Internet	ww2.ufps.edu.co	<1%
13	Publicación	Marisol Morales Rodríguez. "Factores protectores y de riesgo asociados a la salud..."	<1%
14	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-09	<1%
15	Trabajos entregados	Universitat Politècnica de València on 2020-01-27	<1%
16	Internet	doczz.es	<1%
17	Internet	neurologia.com	<1%
18	Internet	upc.aws.openrepository.com	<1%
19	Trabajos entregados	FUNIBER on 2026-02-09	<1%
20	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
21	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
22	Internet	rest-dspace.ucuenca.edu.ec	<1%
23	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
24	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
25	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%

26	Internet	repositorio.upt.edu.pe	<1%
27	Internet	1library.co	<1%
28	Publicación	Jessica Rea. " The differential impact of socioeconomic status indicators on values...	<1%
29	Publicación	Marta Ijalba Martínez, Antonio Moreno Llamas, Unai Martín Roncero. "Sedentaris...	<1%
30	Trabajos entregados	Universidad Científica del Sur on 2025-03-21	<1%
31	Internet	hdl.handle.net	<1%
32	Internet	www.slideshare.net	<1%
33	Trabajos entregados	Fundación Universitaria Sanitas on 2024-11-07	<1%
34	Internet	creativecommons.org	<1%
35	Internet	repositorio.unica.edu.pe	<1%
36	Trabajos entregados	CONACYT on 2018-06-08	<1%
37	Trabajos entregados	Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE on 2026-01-26	<1%
38	Trabajos entregados	Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco on 2021-04-13	<1%
39	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2017-10-16	<1%

40	Internet	distancia.udh.edu.pe	<1%
41	Internet	gacetasanitaria.org	<1%
42	Internet	openjournal.insm.gob.pe	<1%
43	Internet	press.religacion.com	<1%
44	Internet	repositorio-dev.upeu.edu.pe	<1%
45	Internet	revistas.upch.edu.pe	<1%
46	Internet	revistaveterinaria.fmvz.unam.mx	<1%
47	Internet	www.archivoscardiologia.com	<1%
48	Internet	www.cirujanosdechile.cl	<1%
49	Internet	www.coursehero.com	<1%
50	Internet	www.sagpya.mecon.gov.ar	<1%
51	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Colombia on 2017-12-13	<1%
52	Trabajos entregados	Universidad de Alcalá on 2023-06-08	<1%
53	Internet	bibliorepositorio.uajs.edu.co	<1%

54	Internet	fr.slideshare.net	<1%
55	Internet	libros.cidepro.org	<1%
56	Internet	papeldearbol-papeldearbol.blogspot.com	<1%
57	Internet	patents.google.com	<1%
58	Internet	repositorio.uchile.cl	<1%
59	Internet	www.grafiati.com	<1%
60	Internet	www.reumatologiaclinica.org	<1%
61	Publicación	Sun Jae Park, Jun Hwan Kim, Sumin Seo, Jiwon Yu, Jihun Song, Hye Jun Kim, Sangw...	<1%
62	Trabajos entregados	Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco on 2021-04-13	<1%
63	Publicación	"MESAS ESPONTÁNEAS/TABELAS ESPONTÁNEAS", Gaceta Sanitaria, 2023	<1%
64	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-01-30	<1%



Salud familiar y su influencia en la salud mental de los pobladores peruanos, 2025.

Willy Salvador Maluquish-Castillo ^{a *}, Arley Josué Llempen-Apaza^b, Isai Alexander Guerrero-Figueroa ^c

^aUniversidad Peruana Unión, Escuela de Medicina Humana, Lima, Perú

^bUniversidad Peruana Unión, Escuela de Medicina Humana, Lima, Perú

^cUniversidad Peruana Unión, Escuela de Medicina Humana, Lima, Perú

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre la salud familiar y la salud mental en pobladores peruanos, 2025. **Materiales y métodos:** Estudio analítico de corte transversal realizado en el centro poblado Virgen del Carmen La Era (Lurigancho-Chosica, Lima). Se incluyeron 321 adultos mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La salud familiar se midió con la escala SALUFAM (13 ítems) y la salud mental con la DASS-21 (depresión, ansiedad y estrés). Se describieron variables con frecuencias y porcentajes; la edad con mediana y rango intercuartílico. En el análisis bivariado se empleó chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. Para el análisis multivariable se usaron modelos lineales generalizados de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia ajustadas (RPa) e IC95%. **Resultados:** La prevalencia de salud mental deteriorada fue 37,4%; estrés 42,1%; ansiedad 38,0% y depresión 25,2%. La mayor vulnerabilidad familiar se asoció con mayor prevalencia de estrés (RPa=1,39; IC95%: 1,02–1,89), ansiedad (RPa=1,41; IC95%: 1,02–1,94) y salud mental deteriorada (RPa=1,92; IC95%: 1,32–2,79), pero no con depresión (RPa=1,33; IC95%: 0,86–2,05). **Conclusiones:** La vulnerabilidad familiar se asoció con mayor prevalencia de alteraciones de salud mental, principalmente estrés, ansiedad y salud mental deteriorada, lo que respalda intervenciones comunitarias centradas en la familia.

Palabras clave: Salud Familiar; Salud Mental; Estrés Psicológico; Ansiedad; Depresión.

1. Introducción

A nivel global, la salud mental es reconocida como un componente esencial del bienestar integral y del desarrollo humano a lo largo del ciclo de vida. En 2019, aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo, equivalente a cerca de 970 millones de individuos, vivía con algún trastorno mental, siendo los trastornos de ansiedad y depresivos los más prevalentes (1). Esta problemática se intensificó tras la pandemia de COVID-19, que generó un incremento significativo de los casos de ansiedad y depresión, evidenciando las limitaciones de los sistemas de salud para responder de manera oportuna y equitativa a las necesidades de la población (2).

Determinados grupos poblacionales presentan una mayor vulnerabilidad frente a los problemas de salud mental, particularmente niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores. Se estima que uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años presenta algún trastorno mental, lo que representa una proporción importante de la carga global de morbilidad en este grupo etario. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento constituyen las principales causas de enfermedad y discapacidad, mientras que el suicidio se ubica entre las principales causas de muerte en personas jóvenes (3). En los adultos mayores, la presencia de trastornos mentales también es frecuente y se ve agravada por factores como la soledad, el aislamiento social y los malos tratos, los cuales afectan de manera significativa su calidad de vida (4,5).

de sustancias. Esta realidad se asocia, en gran medida, a la limitada inversión pública en salud mental, que en la región representa apenas una pequeña fracción del presupuesto total de salud y se concentra mayoritariamente en hospitales psiquiátricos, en detrimento de los servicios comunitarios y preventivos (5).

Frente a este escenario, la OPS y los Estados Miembros han impulsado diversas estrategias orientadas al fortalecimiento de los sistemas de salud mental, entre ellas el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030 y otras iniciativas regionales que promueven un enfoque comunitario, integral y basado en derechos humanos, así como la integración de la atención de la salud física y mental (6,7).

En el Perú, los problemas de salud mental han mostrado una tendencia creciente en los últimos años. Durante 2021 se reportaron más de 1,3 millones de atenciones por problemas de salud mental, cifra que se incrementó significativamente en 2022 y mantuvo una alta demanda durante el primer trimestre de 2023 (8). Como respuesta, el país ha fortalecido progresivamente un modelo de atención comunitaria mediante la implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Hogares Protegidos, así como acciones intersectoriales orientadas a la prevención de la violencia, el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y la atención de poblaciones vulnerables (9–11).

Diversos estudios nacionales señalan que aproximadamente una quinta parte de la población peruana ha experimentado algún trastorno mental a lo largo de su vida, siendo la ansiedad y la depresión los más frecuentes. Asimismo, una proporción considerable de personas refiere sentirse sola o carecer del apoyo emocional necesario en su entorno familiar. Factores como la violencia doméstica, la precariedad económica y la falta de redes de apoyo configuran contextos familiares adversos que incrementan el riesgo de desarrollar o agravar problemas de salud mental, especialmente en niños, adolescentes y jóvenes (12,13).

En este contexto, la salud familiar emerge como uno de los determinantes sociales más relevantes de la salud mental. Entendida como el conjunto de condiciones emocionales, relacionales, sociales y funcionales que caracterizan a la familia como sistema, la salud familiar influye de manera directa en la aparición, evolución y recuperación de los trastornos mentales. La evidencia científica indica que entornos familiares caracterizados por el apoyo, la comunicación efectiva y la cohesión actúan como factores protectores del bienestar psicológico, mientras que la violencia, la desorganización y la negligencia emocional incrementan el riesgo de ansiedad, depresión y otros trastornos mentales a lo largo del ciclo de vida (14). Asimismo, la participación activa de los miembros de la familia en los procesos de atención en salud mental fortalece los resultados terapéuticos y favorece modelos de recuperación orientados a la comunidad (15).

Los enfoques integrados de atención familiar han demostrado que los trastornos mentales suelen coexistir con múltiples factores de riesgo en los ámbitos parental, familiar y socioambiental, lo que incrementa la probabilidad de transmisión intergeneracional de estos problemas, especialmente durante la infancia temprana (16). En este sentido, el apoyo familiar percibido se ha identificado como un factor protector clave, con una relación positiva significativa con el bienestar emocional, social y psicológico, actuando como un mecanismo mediador frente al estrés y las adversidades psicosociales (17). Por lo tanto, el estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de la salud familiar en la salud mental de los pobladores peruanos, 2025.

2. Materiales y Métodos

2.1. Diseño metodológico

Se realizó un estudio observacional de tipo analítico y de corte transversal.

2.2. Participantes

La población estuvo conformada por pobladores peruanos residentes en el centro poblado Virgen del Carmen La Era, ubicado en el distrito de Lurigancho-Chosica, Lima, Perú, con una población aproximada de 10 000 habitantes. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a los residentes disponibles que aceptaron participar voluntariamente. El tamaño muestral inicialmente estimado para población finita fue de 370 participantes, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), un margen de error del 5% ($E = 0,05$) y una proporción esperada de 0,5; sin embargo, debido a limitaciones operativas y a la no respuesta durante el trabajo de campo, la muestra final estuvo conformada por 321 participantes. Con este tamaño muestral, el margen de error fue cercano al planificado ($\approx 5,4\%$), y se alcanzó una potencia estadística aproximada del 82% para detectar asociaciones pequeñas ($r \geq 0,16$) con un nivel de significancia de 0,05. Se excluyeron personas que no residían en la comunidad, aquellas con diagnóstico previo de trastornos mentales o bajo tratamiento por salud mental al momento del estudio, así como quienes no aceptaron participar.

2.3. Instrumentos

La recolección de datos se realizó mediante encuesta con cuestionario estructurado que incluyó variables sociodemográficas y dos instrumentos validados. La salud familiar se evaluó mediante la Escala de Salud Familiar (SALUFAM), unidimensional de 13 ítems con escala Likert de cinco puntos (1 = nunca a 5 = siempre), validada en población peruana con un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,91 (18,19), clasificándose en mayor vulnerabilidad (≤ 38 puntos) y menor vulnerabilidad (≥ 39 puntos). La salud mental se evaluó con la escala DASS-21, compuesta por 3 dimensiones: Depresión (preguntas: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (preguntas: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (preguntas: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). La escala ha sido adaptada al contexto peruano y con adecuada confiabilidad (alfa

total = 0,90; depresión = 0,85; ansiedad = 0,72; estrés = 0,79) (20); se consideró presencia de estrés desde 8 puntos, ansiedad desde 4 puntos y depresión desde 5 puntos.

2.4. Procesamiento de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics, versión 20; las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas, y la edad, al no seguir distribución normal, se resumió con mediana y rango intercuartílico. En el análisis bivariado se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado de Pearson y U de Mann–Whitney para la comparación de la edad entre grupos. Para el análisis multivariable se emplearon modelos lineales generalizados con distribución de Poisson, función de enlace logarítmica y varianza robusta para estimar razones de prevalencia ajustadas (RPa) con intervalos de confianza al 95%, considerando como desenlaces dicotómicos la presencia de estrés, ansiedad, depresión y salud mental deteriorada.

En los modelos se incluyeron como covariables sexo, edad, lugar de procedencia, situación laboral, estado civil, seguro de salud, ingreso económico, tipo de familia y salud familiar como variable independiente principal. El ajuste de los modelos se evaluó mediante la desviación y el chi-cuadrado de Pearson, observándose razones valor/gl cercanas a 1, lo que indicó un ajuste adecuado. Asimismo, se reportaron los criterios de información de Akaike (AIC), AIC corregido (AICC) y criterio de información bayesiano (BIC). Para el modelo de estrés, la desviación fue 220,37 (gl = 309; valor/gl = 0,71), con AIC = 514,37 y BIC = 559,62; para ansiedad, la desviación fue 220,67 (gl = 309; valor/gl = 0,71), con AIC = 488,67 y BIC = 533,93; para depresión, la desviación fue 220,67 (gl = 309; valor/gl = 0,71), con AIC = 488,67 y BIC = 533,93. El contraste ómnibus de razón de verosimilitud se utilizó para comparar cada modelo ajustado con el modelo de solo intercepto, estableciéndose un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Unión y se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información mediante consentimiento informado.

3. Resultados

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los pobladores peruanos, 2025

Factores		n=321	%
Sexo	Masculino	160	49,8
	Femenino	161	50,2
Edad (años)	Md [RIC]	29[19]	
Lugar de procedencia	Costa	186	57,9
	Sierra	78	24,3
	Selva	57	17,8
Situación laboral	Sin empleo	51	15,9
	Con empleo	270	84,1
Estado civil	Soltero	84	26,2
	Casado/conviviente	237	73,8
Seguro de salud	Sí	281	87,5
	No	40	12,5
Ingreso económico	≥1130 soles	52	16,2
	<1130 soles	269	83,8
Tipo de familia	Extendida	226	70,4
	Nuclear	40	12,5
	Monoparental	55	17,1

Nota: Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%).
Md: mediana; RIC: rango intercuartílico.

Se incluyeron 321 pobladores peruanos. La distribución por sexo fue similar, con predominio del sexo femenino (50,2%). La mediana de edad fue de 29 años (RIC: 19). La mayoría de los participantes procedía de la costa (57,9%), tenía empleo (84,1%), era casado o conviviente (73,8%) y contaba con seguro de salud (87,5%). Asimismo, el 83,8% percibía ingresos menores al sueldo mínimo y el tipo de familia predominante fue la extendida (70,4%) (Tabla 1).

7

Tabla 2. Distribución de la salud familiar y dimensiones de salud mental en los pobladores peruanos, 2025

Variables		n=321	%	Min-Max	Rango	Mediana	RIC
Salud familiar	Mayor vulnerabilidad	212	66,0	30-47	17	36	5
	Menor vulnerabilidad	109	34,0				
Salud mental	Conservada	201	62,6	0-57	57	21	19
	Deteriorada	120	37,4				
Estrés	No	186	57,9	0-17	17	8	6
	Sí	135	42,1				
Ansiedad	No	199	62,0	0-19	19	8	7
	Sí	122	38,0				
Depresión	No	240	74,8	0-16	16	7	6
	Sí	81	25,2				

1

Nota: Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%). Min-Max: valores mínimo y máximo observados. RIC: rango intercuartílico.

Respecto a la salud familiar, el 66,0% de los participantes presentó mayor vulnerabilidad familiar. En relación con la salud mental, el 37,4% presentó salud mental deteriorada. La prevalencia de estrés fue de 42,1%, ansiedad de 38,0% y depresión de 25,2%. Las medianas y rangos intercuartílicos de las puntuaciones de cada dimensión se muestran en la Tabla 2.

57

Tabla 3. Análisis bivariado entre factores sociodemográficos, salud familiar y salud mental en pobladores peruanos, 2025

Variables		Estrés			Ansiedad			Depresión			Salud mental		
		No	Sí	P	No	Sí	P	No	Sí	P	Conser vada	Deterio rada	P
Salud familiar	Menor vulnerabilidad	73 (67.0)	36 (33.0)	0.0 19	75 (68.8)	34 (31.2)	0.0 71	86 (78.9)	23 (21.1)	0.2 22	83 (76.1)	26 (23.9)	<0.0 01
	Mayor vulnerabilidad	113 (53.3)	99 (46.7)		124 (58.5)	88 (41.5)		154 (72.6)	58 (27.4)		118 (55.7)	94 (44.3)	
Sexo	Masculino	93 (58.1)	67 (41.9)	0.9 48	102 (63.8)	58 (36.2)	0.5 18	114 (71.2)	46 (28.8)	0.1 48	98 (61.2)	62 (38.8)	0.61 4
	Femenino	93 (57.8)	68 (42.2)		97 (60.2)	64 (39.8)		126 (78.3)	35 (21.7)		103 (64.0)	58 (36.0)	
Edad (años)	Md [RIC]	29 [19]	28 [19]	0.6 58	28 [19]	29 [24]	0.4 77	30 [24]	28 [17]	0.1 47	29 [19]	29 [24]	0.73 4
Lugar de procedencia	Costa	97 (52.2)	89 (47.8)	0.0 31	110 (59.1)	76 (40.9)	0.1 21	136 (73.1)	50 (26.9)	0.7 27	111 (59.7)	75 (40.3)	0.08 7
	Sierra	54 (69.2)	24 (30.8)		56 (71.8)	22 (28.2)		60 (76.9)	18 (23.1)		57 (73.1)	21 (26.9)	
	Selva	35 (61.4)	22 (38.6)		33 (57.9)	24 (42.1)		44 (77.2)	13 (22.8)		33 (57.9)	24 (42.1)	
Situación laboral	Sin empleo	24 (47.1)	27 (52.9)	0.0 86	24 (47.1)	27 (52.9)	0.0 17	32 (62.7)	19 (37.3)	0.0 31	26 (51.0)	25 (49.0)	0.06 1
	Con empleo	162 (60.0)	108 (40.0)		175 (64.8)	95 (35.2)		208 (77.0)	62 (23.0)		175 (64.8)	95 (35.2)	
Estado civil	Soltero	51 (60.7)	33 (39.3)	0.5 49	47 (56.0)	37 (44.0)	0.1 84	64 (76.2)	20 (23.8)	0.7 27	48 (57.1)	36 (42.9)	0.22 8
	Casado/conviviente	135 (57.0)	102 (43.0)		152 (64.1)	85 (35.9)		176 (74.3)	61 (25.7)		153 (64.6)	84 (35.4)	
Seguro de salud	Sí	166 (59.1)	115 (40.9)	0.2 77	178 (63.3)	103 (36.7)	0.1 86	207 (73.7)	74 (26.3)	0.2 29	179 (63.7)	102 (36.3)	0.28 7
	No	20 (50.0)	20 (50.0)		21 (52.5)	19 (47.5)		33 (82.5)	7 (17.5)		22 (55.0)	18 (45.0)	
Ingreso económico	<1130 soles	151 (56.1)	118 (43.9)	0.1 35	160 (59.5)	109 (40.5)	0.0 35	204 (75.8)	65 (24.2)	0.3 15	166 (61.7)	103 (38.3)	0.44 5
	≥1130 soles	35 (67.3)	17 (32.7)		39 (75.0)	13 (25.0)		36 (69.2)	16 (30.8)		35 (67.3)	17 (32.7)	
Tipo de familia	Extendida	131 (58.0)	95 (42.0)	0.0 49	133 (58.8)	93 (41.2)	0.0 78	164 (72.6)	62 (27.4)	0.3 35	135 (59.7)	91 (40.3)	0.05

Nuclear	29 (72.5)	11 (27.5)	31 (77.5)	9 (22.5)	31 (77.5)	9 (22.5)	32 (80.0)	8 (20.0)
Monoparental	26 (47.3)	29 (52.7)	35 (63.6)	20 (36.4)	45 (81.8)	10 (18.2)	34 (61.8)	21 (38.2)

Nota: Los valores se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje por columna n (%), excepto la edad que se presenta como mediana y rango intercuartílico (Md [RIC]). La asociación entre variables categóricas se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, mientras que la comparación de la edad se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$

En el análisis bivariado, la salud familiar se asoció significativamente con el estrés ($p = 0,019$) y con la salud mental deteriorada ($p < 0,001$). Los participantes con mayor vulnerabilidad familiar presentaron mayor proporción de estrés (46,7%) y salud mental deteriorada (44,3%) en comparación con aquellos con menor vulnerabilidad. El lugar de procedencia se asoció con el estrés ($p = 0,031$), observándose mayor frecuencia en los pobladores de la costa. La situación laboral se asoció con ansiedad ($p = 0,017$) y depresión ($p = 0,031$), siendo más frecuentes en personas sin empleo. Asimismo, el ingreso económico mostró asociación con ansiedad ($p = 0,035$), mientras que el tipo de familia se asoció con estrés ($p = 0,049$) y salud mental ($p = 0,050$). No se encontraron asociaciones significativas entre sexo, estado civil ni seguro de salud con los desenlaces evaluados. Tampoco se evidenciaron diferencias significativas en la mediana de edad entre los grupos con y sin estrés, ansiedad, depresión ni salud mental deteriorada (prueba U de Mann-Whitney, $p > 0,05$) (Tabla 3).

Tabla 4. Modelo multivariable de regresión de Poisson para factores asociados a estrés, ansiedad, depresión y salud mental en pobladores peruanos, 2025

Factores	Estrés	Ansiedad	Depresión	Salud mental
	RPa (IC95%); p	RPa (IC95%); p	RPa (IC95%); p	RPa (IC95%); p
Salud familiar				
Mayor vulnerabilidad	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
Menor vulnerabilidad	1.39 (1.02–1.89); p=0.038	1.41 (1.02–1.94); p=0.037	1.33 (0.86–2.05); p=0.204	1.92 (1.32–2.79); p=0.001
Sexo				
Masculino	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
Femenino	0.96 (0.75–1.24); p=0.752	0.92 (0.69–1.21); p=0.533	1.28 (0.87–1.88); p=0.216	1.06 (0.80–1.40); p=0.684
Edad	1.00 (0.99–1.00); p=0.250	1.00 (0.99–1.01); p=0.663	0.99 (0.98–1.01); p=0.254	1.00 (0.99–1.01); p=0.917
Lugar de procedencia				
Costa	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
Sierra	1.19 (0.83–1.69); p=0.340	0.96 (0.68–1.35); p=0.804	1.17 (0.69–1.97); p=0.565	0.89 (0.64–1.24); p=0.501
Selva	0.77 (0.49–1.22); p=0.265	0.67 (0.42–1.05); p=0.080	0.99 (0.53–1.85); p=0.963	0.60 (0.38–0.94); p=0.026
Situación laboral				
Sin empleo	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
Con empleo	1.35 (1.01–1.82); p=0.045	1.50 (1.10–2.05); p=0.010	1.58 (1.06–2.38); p=0.026	1.39 (1.01–1.92); p=0.045
Estado civil				
Soltero	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
Casado/conviviente	0.90 (0.66–1.21); p=0.472	1.16 (0.86–1.55); p=0.337	0.93 (0.59–1.46); p=0.758	1.17 (0.87–1.58); p=0.306
Seguro de salud				
Sí	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
No	1.17 (0.83–1.64); p=0.372	1.26 (0.86–1.86); p=0.241	0.75 (0.36–1.57); p=0.451	1.35 (0.91–1.99); p=0.135
Ingreso económico				
≥1130 soles	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)

<1130 soles	1.19 (0.78–1.80); p=0.426	1.48 (0.90–2.44); p=0.121	0.82 (0.51–1.34); p=0.438	1.03 (0.69–1.53); p=0.893
Tipo de familia				
Extendida	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
Nuclear	0.61 (0.33–1.14); p=0.120	0.88 (0.43–1.83); p=0.736	1.08 (0.45–2.56); p=0.871	0.73 (0.34–1.56); p=0.414
Monoparental	0.85 (0.62–1.16); p=0.305	1.31 (0.89–1.92); p=0.174	1.39 (0.76–2.54); p=0.290	1.24 (0.85–1.81); p=0.261

Nota: RPa: razón de prevalencias ajustada. IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Los modelos fueron ajustados por sexo, edad, lugar de procedencia, situación laboral, estado civil, seguro de salud, ingreso económico y tipo de familia. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$

En el análisis multivariable ajustado, los pobladores con mayor vulnerabilidad familiar presentaron una mayor prevalencia de estrés (RPa = 1,39; IC95%: 1,02–1,89), ansiedad (RPa = 1,41; IC95%: 1,02–1,94) y salud mental deteriorada (RPa = 1,92; IC95%: 1,32–2,79), en comparación con aquellos con menor vulnerabilidad familiar. No se observó asociación significativa entre la vulnerabilidad familiar y la depresión (RPa = 1,33; IC95%: 0,86–2,05). Asimismo, no contar con empleo se asoció con una mayor prevalencia de estrés (RPa = 1,35; IC95%: 1,01–1,82), ansiedad (RPa = 1,50; IC95%: 1,10–2,05), depresión (RPa = 1,58; IC95%: 1,06–2,38) y salud mental deteriorada (RPa = 1,39; IC95%: 1,01–1,92).

Por otro lado, los pobladores procedentes de la selva presentaron una menor prevalencia de salud mental deteriorada en comparación con los procedentes de la costa (RPa = 0,60; IC95%: 0,38–0,94). No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre sexo, edad, estado civil, seguro de salud, ingreso económico ni tipo de familia con los desenlaces evaluados en los modelos ajustados ($p > 0,05$) (Tabla 4).

4. Discusión

La asociación observada entre la vulnerabilidad familiar y los desenlaces de salud mental es consistente con la evidencia internacional que señala que entornos familiares caracterizados por bajo apoyo emocional, conflictos relacionales y dificultades en la comunicación incrementan el riesgo de alteraciones psicológicas a lo largo del ciclo de vida. Estudios realizados en Estados Unidos han mostrado que las estructuras familiares no intactas se asocian con mayor exposición a eventos traumáticos y a trastornos psiquiátricos en población infantil, lo que sugiere un impacto acumulativo del entorno familiar disfuncional sobre la salud mental en etapas posteriores de la vida (21). Aunque dichos estudios se centran en niños, sus resultados permiten inferir efectos persistentes del contexto familiar adverso en la adultez. De manera concordante, investigaciones desarrolladas en Australia han evidenciado que la co-residencia prolongada con los padres, en escenarios de limitaciones económicas, se asocia con peores indicadores de salud mental en adultos jóvenes, particularmente en mujeres y poblaciones rurales (22). Este hallazgo resulta relevante en contextos como el peruano, donde la dependencia económica y la convivencia en familias extendidas son frecuentes, y podrían influir negativamente en el bienestar psicológico.

En el contexto asiático, estudios realizados en China han demostrado que el conflicto parental temprano y las condiciones socioeconómicas desfavorables se asocian con mayor prevalencia de depresión en la adultez, con diferencias según género y entorno (23). Asimismo, se ha reportado una relación positiva entre la riqueza familiar y la salud mental, particularmente en individuos con menor nivel educativo y en regiones menos desarrolladas (24). Estos resultados coinciden con los hallazgos del presente estudio, al evidenciar que los factores familiares y económicos interactúan de manera compleja en la determinación de la salud mental. La evidencia europea también respalda estos resultados. Investigaciones realizadas en Alemania han mostrado que la estructura familiar y el nivel socioeconómico influyen en la salud mental infantil, observándose mayores dificultades emocionales y conductuales en niños provenientes de familias monoparentales o ensambladas, con un efecto modulador del estatus socioeconómico (25). En la región latinoamericana, estudios realizados en Perú y Ecuador han evidenciado que una mayor funcionalidad y cohesión familiar se asocian con menores niveles de síntomas depresivos y ansiosos en estudiantes universitarios y adolescentes, respectivamente (26).

Adicionalmente, el presente estudio identificó una asociación entre la ausencia de empleo y una mayor prevalencia de estrés, ansiedad, depresión y salud mental deteriorada. Este resultado concuerda con la literatura que reconoce al desempleo como un factor de riesgo para la salud mental, al generar inseguridad económica, pérdida de roles sociales y aumento del estrés crónico. Por otro lado, la menor prevalencia de salud mental deteriorada observada en pobladores procedentes de la selva, en comparación con los de la costa, podría estar relacionada con diferencias culturales, mayor cohesión comunitaria o estilos de vida menos urbanizados, aspectos que requieren ser explorados en investigaciones futuras (27).

No se evidenciaron asociaciones significativas entre sexo, edad, estado civil, seguro de salud, ingreso económico ni tipo de familia con los desenlaces evaluados en los modelos ajustados. Este hallazgo sugiere que, en esta población, la

salud familiar y la situación laboral podrían ejercer una influencia más determinante sobre la salud mental que otras variables sociodemográficas tradicionalmente consideradas.

5

Entre las limitaciones del estudio se reconoce su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, así como el uso de un muestreo no probabilístico, lo que limita la generalización de los resultados. Asimismo, la información fue obtenida mediante instrumentos de autoinforme, lo que podría introducir sesgo de información. No obstante, el uso de escalas validadas y el ajuste multivariable fortalecen la validez interna del estudio.

5. Conclusiones

37

58

7

40

En conjunto, los hallazgos confirman que la salud familiar constituye un determinante relevante de la salud mental en poblaciones adultas peruanas. Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer intervenciones comunitarias que incorporen a la familia como eje central en la prevención y el abordaje de los problemas de salud mental, así como de promover políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones laborales y el apoyo psicosocial en contextos de vulnerabilidad.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. OMS. 2022 [cited 2024 Nov 1]. p. 1–3 Trastornos mentales. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Salud mental [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. OMS. 2024 [cited 2024 Nov 1]. La salud mental de los adolescentes. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb 1;5(2):e147–56.
- Teo RH, Cheng WH, Cheng LJ, Lau Y, Lau ST. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023 Apr 1;107.
- OMS. Plan de acción integral sobre la salud mental. Universitas Nusantara PGRI Kediri. 2022;01:1–7.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. 2022 [cited 2024 Nov 1]. p. 0–28 Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Academia Nacional de Medicina. Informe Sobre la Salud Mental en el Perú [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 1]. p. 3–72. Available from: <https://anmperu.org.pe/?q=node/858>
- Llamocuro-Mamani P, Medrano-Espinoza F, Montealegre-Soto D, Llamocuro-Mamani P, Medrano-Espinoza F, Montealegre-Soto D. Salud mental en la población peruana durante la COVID-19. *Cir Cir [Internet]*. 2021 May 1 [cited 2024 Nov 1];89(3):416–7. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000300416&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Huarcaya-Victoria J, Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]*. 2020 [cited 2024 Nov 1];37(2):327–34. Available from: http://rg.peorg.peorg.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200327&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Collantes-Schmidt JR, Virrueta-De La Sota B, Yovera-Aldana M, Bautista-Macedo MA, Collantes-Schmidt JR, Virrueta-De La Sota B, et al. Frecuencia y factores asociados a problemas de salud mental en trabajadores vacunados contra el Covid-19 de un hospital público peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]*. 2024 Apr 1 [cited 2024 Nov 1];24(2):27–36. Available from: http://rg.peorg.peorg.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312024000200027&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Castillo JES, Schaeffer VP, Murga HV, Arana YR, Rodríguez RP, Farfán SG, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012: Publicado: 14 de enero de 2014. *Anales de Salud Mental [Internet]*. 2013 [cited 2024 Nov 1];29(Suplemento 1): ginas: 1-397. Available from: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7>
- Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]*. 2006 [cited 2024 Nov 1];23(4):237–8. Available from: http://rg.peorg.peorg.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Saqui YBG, Delgado Á del RP. Comunicación familiar y su relación con la depresión en adolescentes Indígenas. *Revista Científica de Salud BIOSANA [Internet]*. 2024 Jun 22 [cited 2024 Nov 1];4(3):120–30. Available from: <http://soeici.org/index.php/biosana/article/view/161>
- Myers NAL, Alolayan Y, Smith K, Pope SA, Broussard B, Haynes N, et al. A potential role for family members in mental health care delivery: The family community navigation specialist. [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2026 Jan 3];66(6):653–5. Available from: [/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201300569?download=true](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300569?download=true)

16. Stolper H, Vegt M van der, Doesum K van, Steketee M, Stolper H, Vegt M van der, et al. The Integrated Family Approach in Mental Health Care Services: A Study of Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2024, Vol 21, [Internet]. 2024 May 16 [cited 2026 Jan 3];21(5). Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/21/5/640>
17. An J, Zhu X, Shi Z, An J. A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2026 Jan 3];24(1):940. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10986067/>
18. Puschel K, Repetto P, Solar MO, Soto G, González K. Diseño y validación del instrumento SALUFAM: un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. *Rev Med Chil* [Internet]. 2012 Apr [cited 2022 Nov 30];140(4):417–25. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Olavarria Coronado RD, Aranda Medina J, Chávez Sosa J V., Huancahuire-Vega S. Association between the health vulnerability of family members and concern about the contagion of COVID-19 in Peruvian residents after the pandemic. *J Gen Fam Med* [Internet]. 2024 May 1 [cited 2026 Feb 9];25(3):146. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11065152/>
20. Apaza-Llantoy KD, Correa-Lopez LE, Correa-Lopez LE. Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en el contexto de la pandemia por Covid-19 en policías de Lima Metropolitana, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2021 Sep 23 [cited 2024 Oct 20];21(4):809–18. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400809&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Behere AP, Basnet P, Campbell P. Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2024 Nov 1];39(4):457. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5559994/>
22. Howard A, Li A, Bentley R. Parental co-residence and young adults' mental health. *PLoS One* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2024 Nov 1];18(11):e0294248. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10686488/>
23. Deng Y, Ni J, Mao H. Does Early Parental Conflict Impact Current Depression Among Older Adults in Rural China? A Chain-Mediated Model Analysis. *Psychol Res Behav Manag* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 1];16:4529–39. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=dprb20>
24. Zhang R, Zhang C, Xia J, Feng D, Wu S. Household Wealth and Individuals' Mental Health: Evidence from the 2012–2018 China Family Panel Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2024 Nov 1];19(18):11569. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9517491/>
25. Grüning Parache L, Vogel M, Meigen C, Kiess W, Poulain T. Family structure, socioeconomic status, and mental health in childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2024 Nov 1];33(7):2377. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11255005/>
26. Zapata-Vilcahuamán E, Zapata-Vilcahuamán E. Asociación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en estudiantes de Medicina Humana de una universidad privada. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Nov 1];86(4):260–9. Available from: http://rg.peorg.peorg.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972023000400260&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Carolina L, Alban C, Alexandra G, Guadalupe P. RELACIONES INTRAFAMILIARES Y SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE PELILEO, ECUADOR. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades* [Internet]. 2024 Oct 14 [cited 2024 Nov 1];(22):159–69. Available from: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2550-67222024000100159&lng=es&nrm=iso&tlng=es