



Prevalencia y factores asociados a disfunción familiar en pacientes atendidos en el primer nivel de atención

Prevalence and factors associated with family dysfunction in patients at the first level of care

Mario J. Valladares-Garrido^{1,2} <https://orcid.org/0000-0003-0839-2419>

Palmer J. Hernández-Yépez³ <https://orcid.org/0000-0002-7736-4553>

Sandy Bulnes Alvarez⁴ <https://orcid.org/0000-0002-2287-1267>

Mariana Huaman-Garcia⁴ <https://orcid.org/0000-0003-3776-3522>

Laura M. Ccosco-Blas³ <https://orcid.org/0000-0003-0907-4711>

Paola J. Ramos-Rupay³ <https://orcid.org/0000-0002-9710-0299>

Alix X. Rivera-Pinto³ <https://orcid.org/0000-0001-6446-7433>

Deyanira Vertiz-Cuadra³ <https://orcid.org/0000-0003-1892-6517>

Virgilio E. Failoc-Rojas^{5*} <https://orcid.org/0000-0003-2992-9342>

Fiorella Inga-Berrosipi³ <https://orcid.org/0000-0002-9778-1557>

¹Universidad Continental. Lima, Perú.

²Oficina de Epidemiología, Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

³Universidad Norbert Wiener. Grupo de Investigación en Gestión y Salud Pública. Lima, Perú.

⁴Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Medicina. Piura, Perú.

⁵Universidad San Ignacio de Loyola. Unidad de Generación y Síntesis de Evidencia. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: virgiliofr@gmail.com



RESUMEN

Introducción: La funcionalidad familiar influye en el proceso salud-enfermedad, es por ello que se destaca su importancia en el primer nivel de atención. No existe evidencia concluyente sobre los factores que influyen en la disfunción familiar en pacientes atendidos en el primer nivel de atención.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados a disfunción familiar en pacientes atendidos en el primer nivel de atención.

Métodos: Estudio transversal de análisis secundario de datos en pacientes atendidos en 7 establecimientos del primer nivel de atención de Lima, Perú, en 2019. Se utilizó el cuestionario Apgar Familiar y se indagó su asociación con factores demográficos-socioeconómicos. Se estimaron razones de prevalencia (RP) a través de modelos de regresión simple y múltiple.

Resultados: De 150 pacientes, la mayoría fueron mujeres (81,3 %) y la mediana de edad fue de 32 años. El 14 % presentó disfunción familiar. Los pacientes con acceso a servicio de agua tenían menor prevalencia de disfunción familiar (RP: 0,04; IC95 %: 0,001 – 0,47). Residir entre 1 a 10 años en Lima representó menor prevalencia de disfunción familiar; en comparación con pacientes recién llegados a la capital (menos de 1 año) (RP: 0,15; IC95 %: 0,04 – 0,62).

Conclusiones: La prevalencia de disfunción familiar en pacientes atendidos en primer nivel de atención es baja. Tener acceso a servicio de agua y residir entre 1 a 10 años en la capital influyó en una menor prevalencia de disfunción familiar.

Palabras clave: disfunción familiar; primer nivel de atención; servicios de salud; salud pública.

ABSTRACT

Introduction: Family functionality influences the health-disease process, which is why its importance in the first level of care is highlighted. There is no conclusive evidence on the factors that influence family dysfunction in patients treated at the First Level of Care.

Objective: To determine the prevalence and factors associated with family dysfunction in patients treated at the First Level of Care.

Methods: Cross-sectional study of secondary data analysis in patients treated in 7 primary care establishments in Lima, Peru in 2019. The Family Apgar questionnaire was used, and its association with



demographic-socioeconomic factors was investigated. Prevalence ratios (PR) were estimated through simple and multiple regression models.

Results: Of 150 patients, the majority were women (81.3%) and the median age was 32 years. 14% presented family dysfunction. Patients with access to water service had a lower prevalence of family dysfunction (PR: 0.04; 95% CI: 0.001-0.47). Living between 1 and 10 years in Lima represented a lower prevalence of family dysfunction; compared with patients recently arrived in the capital (less than 1 year) (PR: 0.15; 95% CI: 0.04- 0.62).

Conclusions: The prevalence of family dysfunction in patients treated at the primary care level was low. Having access to water service and residing between 1 and 10 years in the capital influenced a lower prevalence of family dysfunction.

Keywords: family dysfunction, first level of care, health services, public health.

Recibido: 17/10/2022

Aprobado: 01/02/2023

INTRODUCCIÓN

La familia se define como la unidad fundamental desde el enfoque de medicina familiar.⁽¹⁾ La disfunción familiar (DF), se define como la situación en la que se encuentra una familia, en la cual uno de los padres no cumple el rol principal y por lo tanto, se genera un problema emocional, psicológico y espiritual.⁽²⁾ Con la finalidad de evaluar la percepción y el funcionamiento familiar se creó el instrumento Apgar familiar.⁽³⁾ Este ayuda a identificar el papel de la funcionalidad familiar con respecto al proceso salud-enfermedad y, por ello, se destaca la importancia en el primer nivel de atención (PNA) ya que permite reconocer la medida en que la familia cumple con sus funciones básicas y cómo afecta al proceso salud-enfermedad.⁽³⁾ En Latinoamérica, el 15 % de la población tenía una familia disfuncional, además el estrato económico influía en su presentación.⁽⁴⁾ En el Caribe, el 52,1 % de la población presentó DF y



estos eran explicados por el alcoholismo y las condiciones precarias de vida.⁽⁵⁾ En gestantes peruanas del PNA, el 23,8 % presenta DF y se asoció a violencia familiar.⁽⁶⁾

Si bien existe literatura documentada⁽⁷⁾ no se han explorado los factores influyentes a DF en el PNA. Además, no han sido medidas algunas variables presentes en este estudio (difícil acceso a servicios de luz, agua, desagüe, Internet, tiempo de residencia en la capital).⁽⁸⁾ Adicionalmente, se han documentado estudios^(9,10) con escasa rigurosidad bioestadística, sin medidas de asociación para evaluar la magnitud y efecto de las variables influyentes a DF. Precisar la prevalencia de la disfunción familiar y sus factores asociados específicamente en pacientes del primer nivel de atención es importante debido a que con ello se logrará una atención integral de la persona y su contexto cercano, en este caso, la familia. Además, el primer nivel de atención representa el primer contacto de la persona con el sector salud y por ello, debe existir un seguimiento continuo e integral.

Por lo mencionado, el objetivo es determinar los factores asociados a DF en pacientes atendidos en 7 establecimientos de salud de PNA.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio transversal de análisis secundario de datos en 7 establecimientos de salud del PNA en Lima, Perú durante el periodo enero a marzo del año 2019. El objetivo del estudio primario fue determinar los factores asociados al acceso a servicios de salud.⁽¹¹⁾

Población y muestra

La población del estudio primario se conformó por 150 usuarios externos atendidos en 7 establecimientos de salud del PNA en Lima, Perú. Se excluyeron a los pacientes que presentaban alguna discapacidad para comunicarse y a quienes no firmaron el consentimiento informado. El muestreo empleado fue no probabilístico por conveniencia.

Instrumento

El cuestionario estuvo conformado por 3 secciones:

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



- 1) factores sociodemográficos
- 2) factores socioeconómicos
- 3) cuestionario de APGAR Familiar: conformado por 5 preguntas que evalúan: adaptación, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. Cada pregunta presenta 3 categorías de respuesta: casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto), casi nunca (0 puntos). Luego de obtener puntaje total, se realiza la clasificación de funcionalidad familiar: familia funcional (7 a 10 puntos), familia moderadamente disfuncional (4 a 6 puntos), familia grave disfunción (0 a 3 puntos). El cuestionario presenta óptimas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach: 0,78).⁽¹²⁾

Variables

La variable desenlace fue DF, definida como puntaje menor a 7 puntos obtenido de la escala Apgar Familiar. Las variables independientes fueron características demográficas (sexo, edad en años, estado civil, idioma quechua, número de personas que viven en casa, acceso a servicios básicos de luz, agua, desagüe e Internet), características socioeconómicas (ganancia familiar mensual, nivel educativo, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en Lima, tipo de trabajo).

Procedimientos del estudio

Se solicitó permiso a las jefaturas de los establecimientos de salud. Luego, el equipo investigador realizó la conducción de las entrevistas, utilizando una encuesta administrada a los pacientes en la sala de espera de cada establecimiento de salud. Se les explicó previamente a los pacientes acerca del contenido de la encuesta con el propósito de verificar alguna duda o pregunta.

Análisis estadístico

El análisis estadístico fue realizado en el programa STATA v.17.0.

Se empleó estadística inferencial para el presente estudio. Se realizó un análisis bivariado con la prueba *ji* cuadrado para explorar las variables categóricas (sexo, estado civil, idioma quechua, acceso a servicios básicos, nivel educativo, lugar de nacimiento y tipo de trabajo) asociadas a DF. Para comparar las variables numéricas (edad, número de personas que viven en casa, ganancia familiar mensual y tiempo



de residencia en Lima) se utilizó la prueba t de Student. En el análisis de regresión se construyeron modelos lineales generalizados, para estimar razones de prevalencia e intervalos de confianza al 95 %. Se utilizó familia Poisson, función de enlace log, varianza robusta y utilizando centro de salud como *cluster*.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener (UNW) de Lima, con expediente N° 052-2021. Se utilizaron códigos para conservar la confidencialidad de los participantes. Los participantes brindaron un consentimiento informado por escrito para formar parte del estudio.

RESULTADOS

El 95,3 %, 94 %, 80 % y 64 % de los pacientes reportaron tener servicio de luz, agua, desagüe e internet, respectivamente. El 13,3 % presentó DF moderada (tabla 1).



Tabla 1 – Características de pacientes atendidos en PNA

Características	n (%)
Sexo femenino	122 (81,3)
Edad (años)†*	32 (23-42)
Nivel educativo†	
Primaria	11 (7,4)
Secundaria	79 (53,0)
Superior técnica	32 (21,5)
Superior universitaria	27 (18,1)
Idioma Quechua	21 (14,0)
Estado civil	
Soltero	48 (32,0)
Casado	29 (19,3)
Conviviente	60 (40,0)
Viudo	8 (5,3)
Divorciado	5 (3,3)
Lugar de nacimiento (Provincias)	84 (56,0)
Tiempo de residencia en Lima† (años)	
< 1	15 (18,1)
1-10	34 (41,0)
11 a más	34 (41,0)
Número de personas que viven en hogar	4 (3-5)
Servicio básico de luz	143 (95,3)
Servicio básico de agua	141 (94,0)
Servicio básico de desagüe	120 (80,0)
Servicio de internet	96 (64,0)
Ganancia familiar mensual (soles)†	1200 (850 - 2000)
Trabajo	
Fijo	49 (32,7)
Ocasional	29 (19,3)
No trabajo	72 (48,0)
Funcionalidad familiar	
Disfunción grave	1 (0,7)
Disfunción moderada	20 (13,3)
Familia funcional	129 (86,0)

* Mediana (percentil 25 a percentil 75).



† Algunos valores pueden no sumar 150 debido a datos perdidos.

El 9,3 % reportó que casi nunca está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia (Fig. 1).

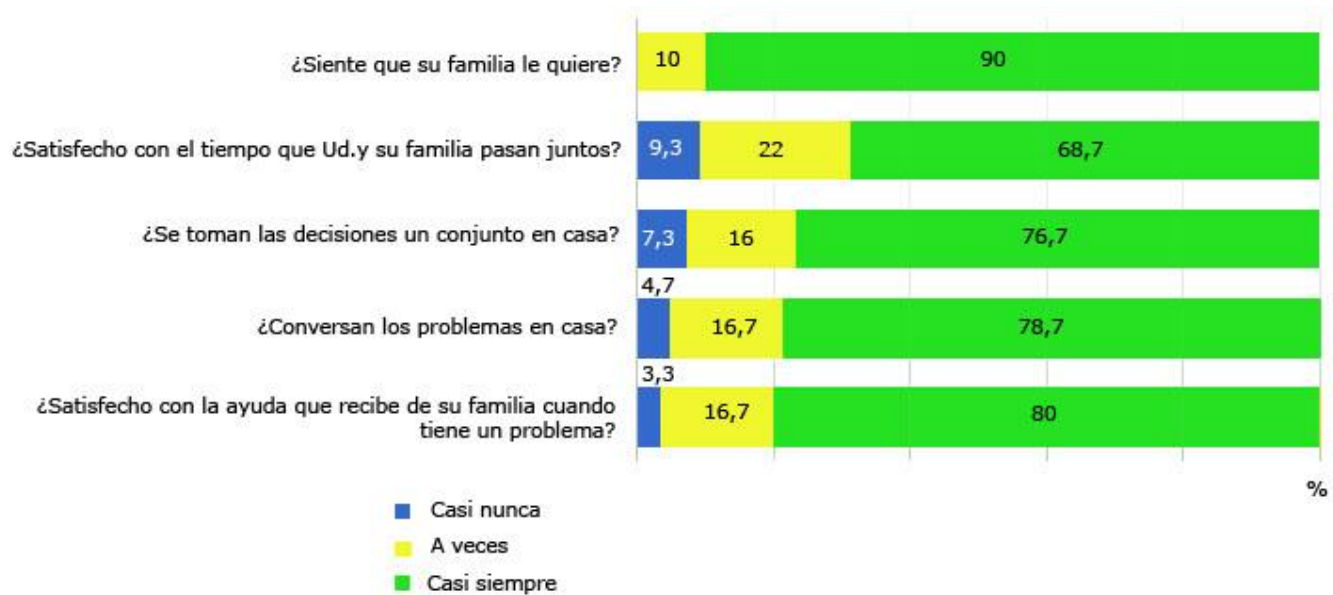


Fig. 1 - Porcentaje de respuestas del cuestionario Apgar Familiar.

El acceso a los servicios de luz ($p= 0,001$), agua ($p< 0,001$), desagüe ($p= 0,005$) e Internet ($p= 0,008$) se asociaron a una mayor frecuencia de DF (tabla 2).

En el análisis de regresión múltiple, los pacientes con acceso a servicio de agua tenían menor prevalencia de DF (RP: 0,04). Residir entre 1 a 10 años en Lima representó menor prevalencia de DF; en comparación con pacientes recién llegados a la capital (menos de 1 año) (RP: 0,15). Los pacientes con acceso a Internet tuvieron menor prevalencia de DF (RP: 0,26) (tabla 3).



Tabla 2 - Factores asociados a DF en pacientes atendidos en PNA

Variables	Disfunción familiar		p
	No (n= 129)	Si (n= 21)	
	n (%)	n (%)	
Sexo femenino	104 (85,3)	18 (14,8)	0,578
Edad (años)	34,5 ± 1,32	37,5 ± 3,94	0,419
Nivel educativo			0,220
Primaria	8 (72,7)	3 (27,3)	-
Secundaria	66 (83,5)	13 (16,5)	-
Superior técnica	28 (87,5)	4 (12,5)	-
Superior universitaria	26 (96,3)	1 (3,7)	-
Idioma Quechua	16 (76,2)	5 (23,8)	0,162
Estado civil			0,729
Soltero	40 (83,3)	8 (16,7)	-
Casado	25 (86,2)	4 (13,8)	-
Conviviente	54 (90,0)	6 (10,0)	-
Viudo	6 (75,0)	2 (25,0)	-
Divorciado	4 (80,0)	1 (20,0)	-
Lugar de nacimiento (Provincias)	72 (85,7)	12 (14,3)	0,909
Tiempo de residencia en Lima†			0,128
Menor 1 año	11 (73,3)	4 (26,7)	-
1-10 años	32 (94,1)	2 (5,9)	-
11 a más	28 (82,4)	6 (17,7)	-
Número de personas que viven en hogar			0,897
1 a 5	106 (85,5)	18 (14,5)	-
6 a 10	17 (89,5)	2 (10,5)	-
11 a más	6 (85,7)	1 (14,3)	-
Luz	126 (88,1)	17 (11,9)	0,001
Agua	126 (89,4)	15 (10,6)	< 0,001
Desagüe	108 (90,0)	12 (10,0)	0,005
Internet	88 (91,7)	8 (8,3)	0,008
Ganancia familiar mensual (soles)‡	1200 (150-15000)	1000 (500-2400)	0,211
Trabajo			0,133
No trabajo	46 (93,9)	3 (6,1)	-
Ocasional	23 (79,3)	6 (20,7)	-
Trabajo fijo	60 (83,3)	12 (16,7)	-

‡ Mediana (percentil 25 a percentil 75).

† Media y desviación estándar.



Tabla 3 – Análisis de regresión y simple de factores asociados a DF

Variables	Regresión simple			Regresión múltiple		
	RPc	IC 95 %	p	RPa	IC 95 %	p
Sexo	1,38	0,84 - 2,25	0,203	-	-	-
Edad (años)	1,01	0,99 - 1,03	0,397	-	-	-
Nivel educativo						
Primaria	Ref,	-	-	-	-	-
Secundaria	0,60	0,17 - 2,12	0,430	-	-	-
Superior técnica	0,46	0,10 - 2,05	0,307	-	-	-
Superior universitaria	0,14	0,01 - 1,31	0,084	-	-	-
Idioma Quechua	1,92	1,35 - 2,74	< 0,001	2,14	0,67 - 6,83	0,201
Estado civil						
Soltero	Ref,	-	-	-	-	-
Casado	0,83	0,23 - 2,92	0,769	-	-	-
Conviviente	0,60	0,18 - 1,99	0,404	-	-	-
Viudo	1,50	0,66 - 3,40	0,333	-	-	-
Divorciado	1,20	0,65 - 2,20	0,557	-	-	-
Lugar de nacimiento (Provincias)	1,05	0,64 - 1,71	0,853	-	-	-
Tiempo de residencia en Lima**† (años)						
< 1	Ref,	-	-	Ref,	-	-
1-10	0,22	0,08 - 0,63	0,005	0,15	0,04 - 0,62	0,009
11 a más	0,66	0,19 - 2,27	0,512	0,51	0,12 - 2,22	0,370
Número de personas que viven en hogar						
1 a 5	Ref,	-	-	-	-	-
6 a 10	0,73	0,18 - 2,85	0,645	-	-	-
11 a más	0,98	0,07 - 14,73	0,991	-	-	-
Servicio básico de luz	0,21	0,12 - 0,36	< 0,001	2,12	0,14 - 33,07	0,592
Servicio básico de agua	0,16	0,08 - 0,31	< 0,001	0,04	0,01 - 0,47	0,010
Servicio básico de desagüe	0,33	0,15 - 0,75	0,008	2,54	0,76 - 8,50	0,129
Servicio de Internet	0,35	0,23 - 0,52	< 0,001	0,26	0,12 - 0,59	0,001
Ganancia familiar mensual (soles)	0,99	0,99 - 1,00	0,123	-	-	-
Trabajo						
No trabajo	Ref,	-	-	Ref,	-	-
Ocasional	3,38	1,96 - 5,82	< 0,001	0,78	0,22 - 2,78	0,697
Trabajo fijo	2,72	0,99 - 7,48	0,052	1,05	0,59 - 1,86	0,879

RPc: razón de prevalencia cruda.

RPa: razón de prevalencia ajustada.



DISCUSIÓN

El 14 % de los pacientes atendidos en el PNA tuvieron al menos algún grado de DF; 13,3 % presentó DF moderada y solo el 0,7 % grave. Es similar con *Girón-De La Cruz* y otros⁽¹³⁾ quienes encontraron 3,3 % de DF grave. No obstante, difiere con la investigación de *Alonso-Castillo* y otros,⁽¹⁴⁾ realizada en Lima; en esta se reporta que 60,3 % de pacientes encuestados tuvieron una adecuada funcionalidad familiar. La baja prevalencia de DF puede explicarse debido a la oportunidad que representa el impacto de una enfermedad en la familia. Estudios previos^(15,16) estiman que durante una enfermedad, las familias demuestran adaptarse a la adversidad fortaleciendo la relación entre sus miembros. En el contexto del PNA, esta prevalencia resulta importante debido a la intervención sanitaria con un enfoque familiar que se pueda establecer en este nivel; el médico de familia es el encargado principal de este enfoque familiar inicial.⁽¹⁷⁾

Los pacientes con acceso al agua tuvieron menor prevalencia de DF. El acceso al agua potable mejora sustancialmente la calidad de vida de las personas, en todos sus niveles, incluido el desarrollo del entorno familiar.^(18,19,20) Sin embargo, difiere con *Ramos-Cedano*,⁽²¹⁾ en el estudio realizado en la población del norte del Perú, en el cual no hubo relación entre la funcionalidad familiar y el acceso al agua. El acceso al agua potable y alcantarillado conlleva a una mejor calidad de vida, debido a los múltiples beneficios, como el aseo personal, prevención de enfermedades infecciosas, lavado de comidas, entre otros.⁽¹⁹⁾ Lo hallado en este estudio se explica porque, en entornos con acceso a servicios básicos, como el agua potable, se puede consolidar mejor la funcionalidad familiar entre los miembros.⁽²²⁾

Los pacientes con acceso a Internet tenían menor prevalencia de DF. Esto se correlaciona con los resultados de *Marín-Cipriano*,⁽²³⁾ quien encuentra asociación entre la funcionalidad familiar y el acceso a Internet; sin embargo, difieren con los de *Castaño-Castrillon* y otros,⁽²⁴⁾ quienes describen mayor disfuncionalidad familiar en las personas con acceso a Internet. Cabe resaltar que esta última investigación se centró en el uso patológico y tendencias adictivas de Internet, lo cual explicaría dicha asociación. La asociación encontrada se explica en el desarrollo que conlleva el acceso al Internet; por ejemplo, acceso a la información, oportunidades de educación virtual y sobre todo, mejor comunicación



entre la familia.^(25,26) Estudios previos^(27,28) enfatizan el desarrollo de la comunicación familiar a través de tecnologías digitales, entre ellas Internet, por lo tanto, mejora este componente de la funcionalidad familiar

Residir entre 1 a 10 años en Lima presenta menor prevalencia de DF. Es similar a los resultados de *Cabrera-Mora* y otros⁽²⁹⁾ quienes encuentran altos niveles de DF en población migrante; no obstante, contrasta con los de *Anaya-Uscamayta*⁽³⁰⁾ que no halló asociación. La asociación encontrada puede ser explicada en función de la importancia del entorno como espacio físico para el desarrollo de la funcionalidad familiar. Las familias que por múltiples motivos cambian su lugar de residencia, ven alterada su continuidad en un mismo espacio e incluso puede generar fragmentación entre sus miembros.^(31,32)

Se apreció que la mayoría de pacientes obtuvo una funcionalidad familiar adecuada, lo cual implica una óptima cohesión, comunicación y relación entre los miembros. Adicionalmente, según diversos estudios,^(33,34) esto también se relaciona con mejor calidad de vida y disminuye la ocurrencia de síntomas mentales, riesgo de adicciones al alcohol y otras sustancias nocivas.^(35,36)

El presente estudio presenta algunas limitaciones: primero, existen variables que pueden asociarse a DF, las cuales no se midieron (años de convivencia, antecedente de enfermedad psiquiátrica, consumo de alcohol y drogas, habilidades sociales, estilos de vida y problemas de salud mental);^(37,38) esto conlleva a un sesgo de medición. Segundo, el diseño del estudio es transversal y no se pueden establecer relaciones causales.

Como fortaleza de la investigación está en haber empleado el Apgar familiar, el cual es un instrumento validado, que presenta buenas propiedades psicométricas para medir la funcionalidad familiar. Una fortaleza adicional es haber incluido una amplia y diversa muestra de pacientes atendidos en diferentes centros pertenecientes al PNA en la capital.

La prevalencia de DF en pacientes atendidos en PNA es baja. Tener acceso a servicio de agua y residir entre 1 a 10 años en la capital influyó en una menor prevalencia de DF.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ampudia MK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 2020 [acceso: 12/03/2022]; 5(9):e543-e543. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/543/956>
2. Presti AP, Dugarte MR. El educador y la familia disfuncional. *Educere*. 2011 [acceso: 12/03/2022];15(52):629-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35622379009.pdf>
3. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*. 2014 [acceso: 12/03/2022];20(1):53-57. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
4. Gonzales-Portillo J, Rivas-Marín FM, Marín-Restrepo XA, Villamil-Bonilla LV. Niveles de disfunción familiar, en veinte mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de Armenia. *El Ágora USB*. 2013 [acceso: 12/03/2022];13(2):399-410. Disponible en: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/114>
5. Ortíz-Gómez MT, Louro-Bernal I, Jiménez-Cangas L, Silva-Ayzaquer LC. La salud familiar: caracterización de un área de salud. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 1999 [acceso: 14/03/2022];303-309. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi14399.pdf>
6. Cuellar-De La Cruz EY. Relación de violencia familiar y funcionalidad familiar en gestantes en el primer nivel de atención - Lima - 2015. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [acceso: 14/03/2022]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13577>
7. Pérez-Milena A, Pérez-Milena R, Martínez-Fernández ML, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I, Jiménez-Pulido I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria*. 2007 [acceso: 13/03/2022]; 39(2):61-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S0212656707708405/pdf>
8. Cusihuamán-Puma AU, Vert-Gossen VR, Medina-Rodríguez JR, Ávalos DS, Ferreira-Gaona MI, Díaz-Reissner CV. La disfunción familiar y su repercusión en el adolescente. *Barrio Rosa Mística - Paraguay*, 2012. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2018 [acceso:



12/03/2022]; 16(3):22-29. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v16n3/1812-9528-iics-16-03-22.pdf>

9. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*. 2016 [acceso: 12/03/2022]; 23(1):24-28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>

10. Gómez-Bustamante EM, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013 [acceso: 12/03/2022]; 42(1): 72-80. [acceso: 12/03/2022];42(1):72-80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-predictores-disfuncion-familiar-adolescentes-escolarizados-S0034745014600883>

11. Valladares-Garrido MJ, Ccosco-Blas LM, Gutierrez P, Ramos-Rupay PJ, Rivera-Pinto AX, Velarde-Tello AS, et al. Factors Associated with Accessibility in Seven Peruvian Primary Health Care Facilities. *Pak J Med Health Sci*. 2021 [acceso: 09/04/2022];15(8):2301-2306. Disponible en: <https://pjmhsonline.com/2021/august/2301.pdf>

12. Castilla-Cabello H, Caycho-Rodríguez C, León JL, Barboza MP, Valles MD. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad*. 2015 [acceso: 09/04/2022];6(2):140-153. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742867003.pdf>

13. Girón-De La Cruz MS, Robles-Hurtado IJ, Santiago-Yalan MD. Funcionalidad familiar en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013. [Tesis de grado]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015 [acceso: 14/03/2022]. Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/51>

14. Alonso-Castillo MM, Yañez-Lozano A, Armendáriz-García NA. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y Drogas*. 2017 [acceso: 09/04/2022]; 17(1):87-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782009.pdf>



15. Zhang Y. Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2018 [acceso: 09/04/2022];27(15-16):3205-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6105391/>
16. Grant CJ, Doig LF, Everson J, Foster N, Doig CJ. Impact of Patient and Family Involvement in Long-Term Outcomes. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020 [acceso: 20/04/2022];32(2):227-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32402318/>
17. Torres ILR, De Jesús Gil Herrera R. Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021 [acceso: 23/04/2022];40(7):711-719. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_7_2021/9_estrategias_atencion_primaria.pdf
18. Zolnikov TR, Blodgett-Salafia E. Access to water provides economic relief through enhanced relationships in Kenya. *J Public Health (Oxf)*. 2017 [acceso: 23/04/2022];39(1):14-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26819146/>
19. Bisung E, Elliott SJ. Improvement in access to safe water, household water insecurity, and time savings: A cross-sectional retrospective study in Kenya. *Soc Sci Med*. 2018 [acceso: 23/04/2022];200:1-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953618300017>
20. Ramirez-Ortiz D, Zolnikov TR. A Qualitative Study on the Interconnected Nature of HIV, Water, and Family. *AIDS Behav*. 2017 [acceso: 23/04/2022];21(3):803-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26874847/>
21. Ramos Cedano E. Calidad de vida relacionada a la salud y funcionamiento familiar en una población afectada por la inundación durante el fenómeno del Niño del 2017, Piura-Perú. [Tesis de grado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2019 [acceso: 14/03/2022]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1642>
22. Ruiz CD, Guzmán RC, Valencia EJ. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Revista de Ciencias Sociales*. 2020 [acceso: 29/04/2022];26(2):43-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/html/>



23. Marín-Cipriano C. Adicción a internet y funcionalidad familiar en universitarios de Lima Norte. CASUS Revista de Investigación y Casos en Salud. 2018 [acceso: 29/04/2022]; 3(1):1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538963>
24. Castrillón JJ, Cala ML. Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Psicología desde el Caribe. 2019 [acceso: 29/04/2022];36(2):177-206. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/213/21363396003/21363396003.pdf>
25. Posner MH. The Internet and Academic Freedom. Science. 2012 [acceso: 29/04/2022]; 337(6090):13. Disponible en: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1226099>
26. Roblek V, Meško M, Bach MP, Thorpe O, Šprajc P. The Interaction between Internet, Sustainable Development, and Emergence of Society 5.0. Data. 2020 [acceso: 29/04/2022];5(3):80. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2306-5729/5/3/80>
27. O'Doherty D, Loughed J, Hannigan A, Last J, Dromey M, O'Tuathaigh C, et al. Internet skills of medical faculty and students: is there a difference? BMC Medical Education. 2019 [acceso: 29/04/2022]; 19(1):39. Disponible en: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-019-1475-4.pdf>
28. Bosse I, Renner G, Wilkens L. Social Media and Internet Use Patterns by Adolescents With Complex Communication Needs. Lang Speech Hear Serv Sch. 2020 [acceso: 29/04/2022]; 51(4):1024-36. Disponible en: https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2020_LSHSS-19-00072
29. Mora LC, Heredia ME. La dinámica familiar ante la migración y la discapacidad en un contexto semirural. CIMEXUS. 2013 [acceso: 29/04/2022]; 8(1):67-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5425987>
30. Anaya Uscamayta E. Funcionalidad familiar y estilos de crianza en adolescentes de Carabaya - Perú, 2021. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2021 [acceso: 14/03/2022]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4722>
31. Silva JM, Borré JR, Montero SR, Mendoza XF. Migración: Contexto, impacto y desafío. Una reflexión teórica. Revista de Ciencias Sociales (Ve). 2020 [acceso: 30/04/2022]; 26(2):299-313. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28063431024>



32. Gómez–Campuzano ML, Gaviria-Arrieta N, Pérez–Gómez MM, Alvis–Barranco L. Funcionamiento familiar en hogares con niños desplazados por la violencia. AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2020 [acceso: 30/04/2022]; 39(3):318-321. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/19454
33. Balcells-Balcells A, Giné C, Guàrdia-Olmos J, Summers JA, Mas JM. Impact of supports and partnership on family quality of life. Res Dev Disabil. 2019 [acceso: 30/04/2022]; 85:50-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422218302208>
34. Gallagher A, Bulteau C, Cohen D, Michaud JL. Handbook of Clinical Neurology. Elsevier; 2020 [acceso: 30/04/2022]; 379-88. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444641489000284>
35. Li Z, Sturge-Apple ML, Martin MJ, Davies PT. Interactive Effects of Family Instability and Adolescent Stress Reactivity on Socioemotional Functioning. Dev Psychol. 2019 [acceso: 30/04/2022]; 55(10):2193-2202. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6932862/>
36. Daches S, Vine V, Layendecker KM, George CJ, Kovacs M. Family functioning as perceived by parents and young offspring at high and low risk for depression. J Affec Dis. 2018 [acceso: 30/04/2022]; 226:355-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29031186/>
37. Hernández-Yepe P, Inga-Berrosipi F, Chiroque-Becerra M, Ramos-Rupay P, Contreras-Carmona P, Valladares-Garrido M. Funcionalidad familiar, habilidades sociales y estilos de vida en estudiantes durante la pandemia por la COVID-19. Revista Cubana de Medicina Militar. 2022 [acceso: 23/12/2022]; 51(3):02202083. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2083>
38. Fernandez-Canani MA, Burga-Cachay SC, Valladares-Garrido MJ. Association between Family Dysfunction and Post-Traumatic Stress Disorder in School Students during the Second COVID-19 Epidemic Wave in Peru. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 [acceso: 23/12/2022]; 19(15):9343. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9343>



Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Sandy Bulnes Alvarez, Mariana Huaman Garcia, Laura M. Ccosco-Blas, Paola J. Ramos-Rupay, Alix X. Rivera-Pinto, Deyanira Vertiz-Cuadra, Virgilio E. Failoc-Rojas, Fiorella Inga-Berrospi.*

Análisis formal: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Alix X. Rivera-Pinto, Deyanira Vertiz-Cuadra, Virgilio E. Failoc-Rojas, Fiorella Inga-Berrospi*

Investigación: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Sandy Bulnes Alvarez, Mariana Huaman Garcia, Laura M. Ccosco-Blas, Paola J. Ramos-Rupay, Alix X. Rivera-Pinto, Deyanira Vertiz-Cuadra, Virgilio E. Failoc-Rojas, Fiorella Inga-Berrospi.*

Metodología: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Fiorella Inga-Berrospi.*

Administración del proyecto: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Deyanira Vertiz-Cuadra, Fiorella Inga-Berrospi.*

Recursos: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Sandy Bulnes Alvarez, Mariana Huaman Garcia, Laura M. Ccosco-Blas, Paola J. Ramos-Rupay, Alix X. Rivera-Pinto, Deyanira Vertiz-Cuadra, Virgilio E. Failoc-Rojas, Fiorella Inga-Berrospi.*

Supervisión: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Sandy Bulnes Alvarez, Mariana Huaman Garcia, Laura M. Ccosco-Blas, Paola J. Ramos-Rupay, Alix X. Rivera-Pinto, Deyanira Vertiz-Cuadra, Virgilio E. Failoc-Rojas, Fiorella Inga-Berrospi.*

Redacción - borrador original: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Fiorella Inga-Berrospi.*

Redacción - revisión y edición: *Mario J. Valladares-Garrido, Palmer J. Hernández-Yépez, Sandy Bulnes Alvarez, Mariana Huaman Garcia, Laura M. Ccosco-Blas, Paola J. Ramos-Rupay, Alix X. Rivera-Pinto, Deyanira Vertiz-Cuadra, Virgilio E. Failoc-Rojas, Fiorella Inga-Berrospi.*