

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v89i3.5797>

Salud mental de adolescentes de familias monoparentales y no monoparentales en Lima Metropolitana, 2012

Mental health of adolescents in single-parent and non-single-parent families, in Metropolitan Lima 2012

Sofía Milagros Huaracha-Cubas¹ , Carmen Alejandra Jara-Falla¹ ,
Javier Esteban Saavedra-Castillo^{1, 2} 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la eventual asociación entre el tipo de familia (monoparental y no monoparental) y la salud mental de los adolescentes que las integran. **Materiales y métodos:** Se utilizó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012, con una muestra total de 1490 adolescentes. Las asociaciones entre el tipo de familia y los factores de salud mental se evaluaron mediante las pruebas chi-cuadrado y t de Student. Se aplicó un análisis multivariado (regresión logística y lineal múltiple) controlando los efectos de edad y sexo. **Resultados:** Del total de la muestra, el 25,4 % pertenecía a familias monoparentales y el 74,6 % a familias no monoparentales. No se halló una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y la presencia de trastornos mentales, la calidad de vida y la autoestima de los adolescentes. No obstante, se evidenció una asociación significativa entre pertenecer a una familia monoparental y cumplir con al menos un criterio de abuso de alcohol (OR: 1,55; IC 95 %: 1,08-2,23). **Conclusiones:** Se identificó asociación entre la familia monoparental y las conductas de abuso de alcohol en la población adolescente evaluada; sin embargo, no se evidenció relación con los trastornos mentales, la calidad de vida ni la autoestima. Se sugiere que las políticas de intervención social consideren a las familias monoparentales como un grupo vulnerable con posibles implicancias de conductas de riesgo en sus miembros adolescentes.

Palabras clave: salud mental; adolescentes; familia monoparental; consumo de alcohol.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between single-parent and non-single-parent family types and the mental health of their adolescent members. **Materials and Methods:** The database from the Epidemiological Study of Mental Health in

Citar como:

Huaracha-Cubas SM, Jara-Falla CA, Saavedra-Castillo JE. Salud mental de adolescentes de familias monoparentales y no monoparentales en Lima Metropolitana, 2012. *Rev Neuropsiquiatr.* 2026; 89(3): 279-292. DOI: 10.20453/rnp.v89i3.5797

Recibido: 13-09-2024

Aceptado: 29-05-2026

En línea: 18-09-2026

Correspondencia:

Sofía Milagros Huaracha-Cubas
✉ sofia.huaracha.c@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Lima, Perú.

Metropolitan Lima and Callao - Replication 2012 was used. Associations between family type and factors related to mental health were assessed using Chi-square and Student's t-test statistical tests. Multivariate analysis (logistic and multiple linear regression) evaluated associations while controlling for the effects of age and sex. **Results:** The total sample consisted of 1,490 adolescents, out of whom 25.4% belonged to single-parent families, and 74.6% to non-single-parent families. No statistically significant association was found between the variables of mental disorders, quality of life, adolescent self-esteem, and family type (single-parent or non-single-parent). A significant association was found between at least one criterion for alcohol abuse in adolescents and their belonging to single-parent families (OR: 1.55, CI: 1.08-2.23). **Conclusion:** An association was found between single-parent families and alcohol abuse behaviors in adolescents, but not with mental disorders, quality of life, or self-esteem. Social intervention policies must consider single-parent families as a vulnerable group with potential implications for risk behaviors among their adolescent members.

Keywords: mental health; adolescent; single-parent family; alcohol drinking.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría (1) considera a la familia como una estructura protectora en la que los niños crecen y se desarrollan, por lo que desempeña un papel fundamental para su evolución cognitiva, emocional y social. Por otro lado, la adolescencia representa una de las etapas de mayor vulnerabilidad, al ser una fase de transición en la que el ser humano experimenta cambios biológicos, psicológicos y emocionales (2). En este sentido, la funcionalidad familiar es indispensable para el óptimo desarrollo de sus integrantes, la consolidación de la identidad, la búsqueda de autonomía y la integración social, especialmente de sus miembros jóvenes. Por consiguiente, la alteración del vínculo familiar se asocia frecuentemente con alteraciones de la salud mental, tales como ansiedad y depresión (3).

El concepto de monoparentalidad engloba a las familias en las que solo uno de los progenitores asume el cuidado de los hijos. Esta conformación puede originarse por diversos factores y cuyo estudio reviste de gran interés. Según Iglesias de Ussel, existen cuatro causas principales que originan este modelo de familia: viudez, ruptura conyugal, maternidad en solitario y motivos sociales (emigración, encarcelamiento u hospitalización prolongada de alguno de los miembros) (4).

Diversos reportes internacionales sostienen que el número de familias monoparentales se ha incrementado progresivamente, en consonancia con el aumento de las tasas de divorcio, las cuales alcanzan 2,35 disoluciones matrimoniales por cada 1000 habitantes (5). En el ámbito nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta

un crecimiento sostenido en este tipo de hogares, con un índice de incremento anual de 3,7 % en los hogares nucleares monoparentales (6). Asimismo, el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2017 registró 1 384 143 hogares monoparentales en el país (6); según este recuento, la monoparentalidad femenina es la más prevalente, con una marcada diferencia entre los 645 000 hogares encabezados por mujeres solas frente a los 120 000 liderados por varones (7).

En 2022 se describieron potenciales vías por las cuales se manifiestan efectos psicológicos y psicosociales perjudiciales en la familia monoparental (3, 8). La primera de ellas corresponde a la ausencia de una de las figuras de crianza, lo que puede resultar desfavorable para la formación educativa y la identificación con el otro género. La segunda se relaciona con la falta de un incentivo para la interacción inicial padre-hijo, indispensable para el fortalecimiento de este vínculo. En tercer lugar, se encuentran las implicancias sociales, tales como el descenso del estatus socioeconómico, la marginación (frecuente en mujeres) y el proceso complejo de adaptación frente a duelos, separaciones conflictivas, encarcelamientos, entre otros.

El divorcio puede alterar el desarrollo psicológico del adolescente al generar sentimientos de culpa, incertidumbre, enojo e impotencia, los cuales inciden en su comportamiento escolar, familiar y social (3, 4). Además, incrementa la probabilidad de presentar baja autoestima (9), conductas antisociales, consumo de drogas y alcohol (8), así como actitudes de rebeldía asociadas a mayor impulsividad y predisposición a conductas delictivas (8,10). A pesar de esto, la estructura familiar no constituye un indicador determinante

para la manifestación de trastornos psiquiátricos, puesto que existen familias nucleares con dinámicas disfuncionales que también afectan los mecanismos psicológicos subyacentes en los adolescentes (3).

Respecto a la muerte, el proceso de duelo y los recursos para su resolución varían según la edad y el nivel de desarrollo cognitivo y emocional. El mayor impacto a largo plazo suele observarse en quienes sufrieron la pérdida durante la infancia media, etapa en la que cobran mayor relevancia los cambios en la vida cotidiana y la calidad del cuidado recibido tras el suceso, más que el duelo en sí mismo (8, 11). En la adolescencia, las respuestas iniciales suelen manifestarse mediante síntomas depresivos y ansiosos, trastornos del sueño y del comportamiento, conductas de riesgo, rendimiento académico reducido y desafíos con los compañeros (8). No obstante, la mayoría de los niños y jóvenes que experimentan la pérdida parental sobreviven sin desarrollar alteraciones emocionales o conductuales persistentes, al mantener un funcionamiento general adecuado (12).

La monoparentalidad ha sido ampliamente investigada a lo largo del tiempo, impulsada por el incremento demográfico de esta tipología familiar (5-7). Si bien diversos estudios analizan la salud mental en relación con el tipo de familia (monoparental o biparental), en el contexto peruano la investigación se ha centrado predominantemente en evaluar los trastornos mentales asociados a la funcionalidad familiar en términos generales. Aunque se ha observado que la estructura familiar influye en la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva, así como en variables socioculturales y académicas, la asociación directa entre monoparentalidad y trastornos mentales en la adolescencia aún no ha sido suficientemente dilucidada (13, 14).

En general, no existe un consenso concluyente sobre la relación directa entre la monoparentalidad y las repercusiones en la salud mental del adolescente (5, 13, 14); por tanto, resulta prioritario investigar este fenómeno ante la creciente prevalencia de familias monoparentales en el Perú y su impacto en el bienestar futuro de esta población. A partir de los datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima y Callao de 2012 (15), el objetivo general del presente estudio fue evaluar la asociación entre el tipo de familia (monoparental y no monoparental) y la salud mental de los adolescentes. Adicionalmente, como objetivos específicos se plantearon describir las características sociodemográficas según sexo y edad, identificar los trastornos mentales más prevalentes y

evaluar la relación del tipo de familia con la depresión, la ansiedad, el abuso de alcohol, la calidad de vida y la autoestima. La comprensión de estas dinámicas resulta importante para el diseño de intervenciones en salud pública orientadas a responder eficazmente a las necesidades de los adolescentes según su entorno familiar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y ámbito del estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico y correlacional a partir de una base de datos secundaria correspondiente al Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012 (15).

Población y muestra

La población estuvo constituida por adolescentes de 12 a 17 años residentes en viviendas particulares de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao que formaron parte del estudio original. Se incluyó a los adolescentes dentro de dicho rango etario con residencia habitual en estas jurisdicciones. Se excluyó a aquellos con problemas de comunicación y a las familias de los distritos de los balnearios del sur (Punta Negra, Punta Hermosa, Pucusana, San Bartolo y Santa María del Mar), debido a su reducida densidad poblacional (15).

El estudio primario contempló cuatro unidades de análisis (adultos, adolescentes, adultos mayores y mujeres unidas), seleccionadas mediante un muestreo probabilístico trietápico y elegidas de manera independiente en cada vivienda. Para la presente investigación, se analizó exclusivamente la submuestra de adolescentes. La muestra inicial estuvo conformada por 1671 adolescentes, de los cuales se evaluó a 1490. Se registró una tasa de no respuesta del 10,8 %, atribuible a rechazos (7,2 %), ausencias (2,9 %) y discapacidad para responder la entrevista (0,7 %) (15).

Variables e instrumentos de medición

Las variables sociodemográficas analizadas fueron edad, sexo, tipo de familia (monoparental o no monoparental), nivel educativo y nivel de pobreza. Se definió como familia monoparental aquella en la que uno de los progenitores (madre o padre) asume de manera exclusiva la crianza y el cuidado de los hijos. El nivel de pobreza se determinó mediante el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), clasificando a los participantes en no pobres, pobres

o en pobreza extrema de acuerdo con el número de carencias identificadas: hacinamiento, vivienda inadecuada, acceso deficiente a agua potable, falta de sistemas sanitarios adecuados e inasistencia escolar en edad primaria.

El estudio original empleó un cuestionario elaborado a partir de diversas escalas validadas (15). Para el módulo de adolescentes (12 a 17 años), se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Cuestionario de Salud Mental de Colombia*: Instrumento diseñado para evaluar la salud mental poblacional en ámbitos locales y nacionales sin requerir experiencia clínica. En esta sección se incluyeron preguntas orientadas a identificar conductas de abuso de alcohol en adolescentes, por ejemplo: *¿Has sentido la necesidad de reducir el consumo de alcohol?*, *¿Te han criticado por tu forma de beber?*, *¿has tenido peleas o problemas estando ebrio?*, *¿Has bebido para aliviar la resaca?*, *¿Puedes dejar de beber fácilmente?*, entre otras.
- *Índice de Calidad de Vida de Mezzich*: Escala integrada por 10 ítems que exploran el bienestar físico y psicológico, el autocuidado, la independencia, las relaciones interpersonales, el soporte social y comunitario, y la satisfacción general. Evaluaciones psicométricas previas desarrolladas por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en población adolescente peruana reportaron una confiabilidad adecuada para este instrumento (alfa de Cronbach de 0,769).
- *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10 (MINI)*: Entrevista diagnóstica estructurada breve (duración aproximada de 15 minutos) basada en los criterios de la CIE-10, la cual evalúa trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida, en los últimos seis meses y en el momento actual. Un síntoma psicótico se considera positivo ante la convicción plena de la vivencia durante el período mínimo de un mes.
- *Escala de Autoestima de Rosenberg*: Instrumento de 10 ítems (redactados en sentido positivo y negativo) con opciones de respuesta en una escala de cuatro puntos. Cuenta con una buena confiabilidad (coeficiente omega de 0,815). La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas presenciales en los hogares seleccionados.

Plan de análisis

Para el estudio sobre salud mental en adolescentes de familias monoparentales y no monoparentales, la

unidad de análisis correspondió al adolescente; por consiguiente, se aplicaron los factores de ajuste (pesos muestrales) pertinentes para esta subpoblación.

La muestra inicial estuvo conformada por 1490 adolescentes, de los cuales se excluyeron 4 debido a registros incompletos, lo que consolidó un total de 1486 adolescentes. En variables puntuales, el tamaño muestral experimentó reducciones atribuibles a la ausencia de respuesta, sin comprometer los resultados del análisis.

La asociación entre la estructura familiar (monoparental o no monoparental) y las variables categóricas se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia y el cálculo de razones de ventajas (OR) con intervalos de confianza del 95 %. Para la comparación de variables numéricas entre ambos grupos, se empleó la prueba t de Student para muestras independientes.

Con el propósito de evaluar la relación entre los trastornos de salud mental y el tipo de familia, controlando el efecto de la edad y el sexo (análisis multivariado), se ajustaron modelos de regresión logística múltiple para la respuesta binaria (presencia o ausencia del trastorno), lo que permitió realizar las inferencias utilizando razones de ventajas (OR) ajustadas y sus respectivos intervalos de confianza del 95 %. La comparación de las puntuaciones en las escalas de calidad de vida y de autoestima se efectuó mediante el análisis de regresión lineal múltiple, tras verificar el supuesto de normalidad en los residuos del modelo.

Debido a que el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012 empleó un diseño muestral complejo, el análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS v. 21.

Aspectos éticos del estudio

El presente estudio fue registrado en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento de Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con el código n.º 212573 y aprobado por su Comité Institucional de Ética en Investigación bajo la categoría de exento. Se empleó la base de datos secundaria del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012, la cual se encuentra anonimizada, por lo que se garantizó la total confidencialidad y la imposibilidad de identificar a los participantes.

RESULTADOS

A partir del estudio señalado, la muestra analítica se conformó por 1486 adolescentes de 12 a 17 años (edad promedio: 14,6 años), procedentes tanto de

familias monoparentales como no monoparentales. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos según las variables sociodemográficas analizadas (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes según el tipo de familia (Lima Metropolitana y Callao, 2012).

Características del adolescente	Tamaño de muestra	Tipo de familia				Valor p*
		Monoparental (n = 379)		No monoparental (n = 1107)		
		n	%	n	%	
Sexo						
Masculino	735	179	46,50	556	51,90	0,101
Femenino	751	200	53,50	551	48,10	
Edad						
12 años	220	44	12,67	176	15,90	0,153
13 años	268	72	19,27	196	18,70	
14 años	218	61	16,43	157	14,21	
15 años	234	53	13,23	181	16,20	
16 años	296	82	23,20	214	17,62	
17 años	250	67	15,20	183	17,37	
Nivel de instrucción						
Primaria	253	63	19,00	190	17,88	0,833
Secundaria	1205	309	79,60	896	80,42	
Superior	28	7	1,40	21	1,70	
Nivel de pobreza						
Pobre extremo	103	28	8,50	75	6,33	0,235
Pobre	317	67	18,10	250	21,83	
No pobre	1066	284	73,40	782	71,84	

* Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Al evaluar la presencia actual (durante la entrevista) de trastornos afectivos y de ansiedad, se observó que el trastorno de estrés postraumático (1,23 %), la fobia social (3,14 %) y el episodio depresivo (9,44 %) presentaron prevalencias ligeramente mayores en adolescentes de familias monoparentales frente a los de familias no monoparentales; no obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Por su parte, el trastorno de ansiedad generalizada mostró una menor prevalencia en el grupo de hogares monoparentales (2,01 %) en comparación con los no monoparentales (3,42 %), sin constituir una diferencia estadísticamente significativa. Respecto al consumo de alcohol alguna vez en la vida, no se evidenció asociación significativa con la estructura familiar (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia actual de trastornos afectivos, de ansiedad y de consumo de alcohol alguna vez en la vida, según el tipo de familia en adolescentes (Lima Metropolitana y Callao, 2012).

Trastornos afectivos y de ansiedad	Tamaño de muestra	Tipo de familia				OR	IC 95 %	Valor p*
		Monoparental		No monoparental				
		n	%	n	%			
Cualquier trastorno de ansiedad								
Presente	98	23	6,38	75	6,6	1,81	0,66-4,95	0,894
Ausente	1385	356	93,62	1029	93,4			
Trastorno de ansiedad generalizada								
Presente	51	11	2,01	40	3,42	0,58	0,29-1,17	0,124
Ausente	1432	368	97,99	1064	96,58			
Trastorno de estrés postraumático								
Presente	7	2	1,23	5	0,46	2,68	0,42-16,98	0,276
Ausente	1476	377	98,77	1099	99,54			
Fobia social actual								
Presente	41	10	3,14	31	2,77	1,14	0,52-2,47	0,749
Ausente	1442	369	96,86	1073	97,23			
Episodio depresivo								
Presente	100	31	9,44	69	6,08	1,61	0,94-2,75	0,08
Ausente	1383	348	90,56	1035	93,92			
Consumo de alcohol alguna vez en la vida								
Presente	925	237	62,38	688	60,18	1,10	0,84-1,43	0,490
Ausente	561	142	37,61	419	39,82			

* Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

El análisis de la asociación entre los trastornos mentales y el tipo de familia (monoparental y no monoparental), tras ajustarse por edad y sexo, no evidenció asociaciones estadísticamente significativas. Sin embargo, como hallazgos adicionales, se observó que las mujeres presentaron más del triple de probabilidad de cursar con depresión en comparación con los varones, mientras que estos últimos tuvieron una probabilidad 37 % mayor de haber consumido alcohol alguna vez en la vida frente a las mujeres. De igual modo, los participantes de 12 a 15 años mostraron una menor probabilidad de presentar algún trastorno

de ansiedad en comparación con el grupo de 16 a 17 años (tabla 3).

En relación con las conductas de abuso de alcohol, el análisis bivariado demostró que los adolescentes de familias monoparentales tuvieron un 53 % más de probabilidades de presentar al menos un criterio de abuso frente a los de hogares no monoparentales (OR: 1,53; IC 95 %: 1,09-2,16), con prevalencias del 21,89 % y el 15,48 %, respectivamente. No se observaron diferencias significativas en los criterios de abuso de mayor severidad (tabla 4).

Tabla 3. Relación entre los trastornos afectivos y de ansiedad actuales y consumo de alcohol alguna vez en su vida según el tipo de familia, edad y sexo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao, 2012: razones de ventajas ajustados e intervalos de confianza del 95 %.

Tipo de familia y características demográficas	Cualquier trastorno de ansiedad		Trastorno de ansiedad generalizada		Trastorno de estrés postraumático		Fobia social		Episodio depresivo		Consumo de OH en la vida	
	ORa	IC 95 %	ORa	IC 95 %	ORa	IC 95 %	ORa	IC 95 %	ORa	IC 95 %	ORa	IC 95 %
Tipo de familia												
Monoparental	0,87	0,55-1,37	0,79	0,41-1,53	1,13	0,22-5,75	0,90	0,45-1,82	1,24	0,83-1,86	1,07	0,81-1,41
No monoparental	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Sexo												
Masculino	0,84	0,57-1,24	1,11	0,64-1,92	0,73	0,16-3,40	0,58	0,30-1,09	0,30	0,16-0,47	1,37	1,07-1,76
Femenino	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Edad												
12-13 años	0,55	0,35-0,89	0,51	0,26-1,01	0,56	0,10-3,02	0,58	0,27-1,23	0,71	0,46-1,12	0,18	0,13-0,25
14-15 años	0,65	0,40-1,03	0,61	0,32-1,16	0,30	0,03-2,85	0,73	0,35-1,52	0,66	0,42-1,05	0,50	0,35-0,71
16-17 años	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	

ORa: OR ajustado por edad y sexo.

Tabla 4. Criterios de abuso de alcohol en adolescentes según el tipo de familia (Lima Metropolitana y Callao, 2012).

Consumo de alcohol en la vida	Tamaño de muestra	Tipo de familia				OR	IC 95 %	Valor p*
		Monoparental		No monoparental				
		n	%	n	%			
Al menos un criterio de abuso de alcohol								
Presente	248	79	21,89	169	15,48	1,53	1,09-2,16	0,015
Ausente	1238	300	78,11	938	84,51			
Al menos dos criterios de abuso de alcohol								
Presente	54	18	4,39	36	2,96	1,5	0,79-2,86	0,210
Ausente	1432	361	95,61	1071	97,04			
Al menos tres criterios de abuso de alcohol								
Presente	23	7	1,92	16	0,36	1,42	0,54-3,72	0,477
Ausente	1463	372	98,08	1091	98,64			

* Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

En el modelo multivariado, se confirmó que la pertenencia a una familia monoparental incrementó de forma estadísticamente significativa la probabilidad de cumplir al menos un criterio de abuso (OR: 1,55; IC 95 %: 1,08-2,23). Además, el sexo masculino se asoció a una mayor probabilidad de cumplir dicho criterio (OR: 1,46; IC 95 %: 1,09-1,95), mientras que los grupos etarios de 12 a 13 años (OR: 0,15; IC 95 %: 0,10-0,23) y de 14 a 15 años (OR: 0,47; IC 95 %: 0,32-0,68) evidenciaron menor probabilidad en contraste con los de 16 y 17 años (tabla 5).

Las puntuaciones promedio en la Escala de Autoestima de Rosenberg no difirieron significativamente entre los adolescentes de familias monoparentales (30,12 $\pm$ 3,37) y no monoparentales (30,18 $\pm$ 3,32). Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de calidad de vida, con medias de 7,85 $\pm$ 1,12 puntos en hogares monoparentales y 7,92 $\pm$ 1,14 puntos en no monoparentales (tabla 6).

Al evaluar la asociación entre las puntuaciones de la escala de autoestima y el tipo de familia, el sexo y la edad de los adolescentes, no se encontraron asociaciones significativas. De igual modo, al ajustar el modelo para la escala de calidad de vida controlando

por las mismas covariables (sexo y edad), tampoco se evidenciaron asociaciones significativas (tabla 7).

Tabla 5. Relación entre la presencia de al menos un criterio de abuso de alcohol según el tipo de familia, edad y sexo en adolescentes (Lima Metropolitana y Callao, 2012): razones de ventajas ajustadas e intervalos de confianza del 95 %.

Tipo de familia y características demográficas	Un criterio de abuso de alcohol		Valor p*
	ORa	IC 95 %	
Tipo de familia			
Monoparental	1,55	1,08-2,23	0,017
No monoparental	1,00		
Sexo			
Masculino	1,46	1,09-1,95	0,011
Femenino	1,00		
Edad			
12-13 años	0,15	0,10-0,23	<0,001
14-15 años	0,47	0,32-0,68	<0,001
16-17 años	1,00		

* Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

ORa: OR ajustado por edad y sexo.

Tabla 6. Indicadores de autoestima y calidad de vida según el tipo de familia en adolescentes (Lima Metropolitana y Callao, 2012).

Indicadores	Tipo de familia						Valor p*
	Monoparental (n = 379)			No monoparental (n = 1104)			
	M	DT	R	M	DT	R	
Autoestima	30,12	3,37	19-40	30,18	3,32	12-40	0,749
Calidad de vida	7,85	1,12	3,6-10	7,92	1,14	4,6-10	0,286

* Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

M: media; R: rango; DT: desviación típica.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue analizar la asociación entre la estructura familiar (monoparental o no monoparental) y la salud mental de los adolescentes, con énfasis en los trastornos afectivos (depresión), los trastornos de ansiedad y los problemas asociados al consumo de alcohol. No se halló una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y la presencia de depresión o ansiedad; no obstante, sí se evidenció una relación significativa con las conductas de abuso de alcohol.

En cuanto a las características sociodemográficas, un estudio realizado en Nigeria reportó un predominio de varones en ambos tipos de familias y una concentración etaria entre los 10 y 13 años (16). En contraste, en la presente muestra se observó una mayor proporción de mujeres en los hogares monoparentales y una concentración etaria entre los 13 y 16 años, aunque sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos familiares. Respecto al nivel educativo, un estudio en China concluyó que los adolescentes de familias no monoparentales alcanzan un mejor

rendimiento académico y un mayor nivel formativo (17), atribuible a una mayor inversión de tiempo parental frente a los hogares monoparentales (18). En relación con el nivel socioeconómico, no se observaron diferencias significativas en el nivel de pobreza según

el tipo de familia, lo cual difiere de lo reportado por la literatura internacional, donde la monoparentalidad suele asociarse a desventajas económicas con potencial impacto adverso en la salud (19).

Tabla 7. Indicadores de autoestima y calidad de vida según el tipo de familia, sexo y edad de los adolescentes (Lima Metropolitana y Callao, 2012).

Tipo de familia y características demográficas	Autoestima		Calidad de vida	
	Coefficientes	IC 95 %	Coefficientes	IC 95 %
Tipo de familia				
Monoparental	-0,12	-0,61-0,37	-0,11	-0,27-0,05
No monoparental				
Sexo				
Masculino	0,32	-0,08-0,71	0,004	-0,13-0,13
Femenino				
Edad				
12-13 años	-0,09	-0,56-0,37	0,15	-0,01-0,31
14-15 años	0,02	-0,47-0,51	-0,003	-0,18-0,17
16-17 años				

Referencia: Familia no monoparental, sexo femenino, edad 16-17 años

La ausencia de diferencias significativas en la prevalencia de trastornos de ansiedad según la estructura familiar coincide con investigaciones en Estados Unidos y África, que señalan que la conformación del hogar no condiciona de forma directa el bienestar psicológico en la adolescencia (19, 20). Este hallazgo podría atribuirse a que la monoparentalidad constituye una situación más frecuente y socialmente aceptada, así como al desarrollo de resiliencia y redes de apoyo externas que amortiguan la ausencia de uno de los progenitores. En este sentido, Sia y Aneesh (21) demostraron que la resiliencia, la competencia social y la regulación emocional son factores clave para el bienestar psicológico en estos jóvenes, sugiriendo que el soporte social compensa las limitaciones estructurales del hogar. Asimismo, en Taiwán se identificó el funcionamiento familiar y el apoyo social como factores protectores frente a las repercusiones del divorcio (22), mientras que un ensayo en China evidenció que las intervenciones conjuntas entre escuela y familia fortalecen significativamente los niveles de resiliencia en este grupo poblacional (23).

En el ámbito latinoamericano, una revisión sistemática en el Perú destacó que, pese a las mayores exigencias

socioeconómicas en familias monoparentales, el impacto sobre la salud mental es heterogéneo y puede mitigarse mediante redes familiares extendidas y comunitarias (24). Asimismo, evaluaciones en adolescentes de sectores vulnerables de Lima (como en Carabayllo) evidenciaron que la resiliencia actúa como un recurso protector ante el estrés y las adversidades del entorno (25). Estos antecedentes respaldan la idea de que la salud mental adolescente puede depender más de la calidad del vínculo afectivo, la resiliencia individual y el soporte social, que del tipo de estructura familiar en sí (26). Por el contrario, un estudio en España halló una mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático y fobia social en adolescentes de familias monoparentales originadas por divorcio, asociando estos cuadros a los procesos de separación y a la exposición a conflictos interparentales durante la ruptura (27).

Respecto al consumo de sustancias, no se observó asociación entre el consumo de alcohol alguna vez en la vida y el tipo de familia; sin embargo, se identificó un incremento significativo en el riesgo de presentar al menos una conducta de abuso de alcohol en adolescentes de hogares monoparentales. Este

resultado es congruente con un estudio realizado en Madrid en 2018, donde no se reportaron diferencias en el consumo de alcohol, pero sí en los patrones de abuso (28). Este hallazgo podría vincularse a la sobrecarga que asumen los jefes de hogares monoparentales, lo que dificulta la supervisión parental y el control de los adolescentes. Así, las variables como la organización del hogar, el control parental y las estrategias de crianza resultan determinantes en el desarrollo de los hijos, más allá de la estructura familiar (28-30). También la presencia y el involucramiento del progenitor, junto con la importancia que el adolescente atribuye a este vínculo, inciden en el consumo de alcohol. A estos factores se añaden las limitaciones económicas y el escaso apoyo social que suelen acompañar a la monoparentalidad, condiciones que pueden repercutir negativamente en la salud del menor e incrementar el riesgo de abuso de alcohol (28, 31).

La autoestima de los adolescentes resulta crítica en esta etapa del desarrollo y puede verse afectada por factores tanto propios como externos; de este modo, se considera un factor protector para la salud mental cuando la autoestima es alta o un factor de riesgo cuando es baja (32). En el presente estudio, las puntuaciones promedio se situaron en torno a los 30 puntos en todos los tipos de familia, lo que indica que los participantes presentaron, en promedio, niveles de autoestima normales o altos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima según la estructura familiar.

Estos hallazgos difieren de lo reportado en la literatura internacional. Por ejemplo, una investigación realizada en México con 140 jóvenes, que exploró las diferencias en autoestima y satisfacción con la vida entre familias monoparentales y biparentales, concluyó que quienes crecen con ambos padres presentan mayor satisfacción con la vida y autoestima (33). En esta línea, Atienza et al. (34) señalan que las personas con buena autoestima experimentan menor depresión, ansiedad y estrés, así como una adecuada salud mental global. Por su parte, Zeigler-Hill (35), al analizar las conexiones entre la autoestima y los trastornos psicopatológicos (como la depresión y la ansiedad), concluyó que la autoestima juega un papel importante tanto en la aparición como en el curso de dichos cuadros, y que su inestabilidad incrementa la vulnerabilidad psicopatológica.

Si bien no se dispone de una explicación concluyente para este resultado, se ha sugerido que factores como la dinámica familiar y el apoyo social resultan más determinantes que la estructura familiar. En este

sentido, aunque los hijos de familias monoparentales suelen superar mayores desafíos, la evidencia no es suficiente para afirmar que la estructura familiar afecte significativamente su autoestima en comparación con las de sus pares de hogares biparentales (26). Dicha perspectiva concuerda con lo planteado por Phillips (36), quien sostiene que el proceso es más importante que la estructura familiar, ya que la atmósfera afectiva es más determinante que la presencia de uno u otro padre. Por consiguiente, este hallazgo contribuiría a explicar la ausencia de asociación entre los trastornos evaluados y el tipo de familia, lo que permite hipotetizar que la autoestima actuaría como un factor mediador frente a la depresión y la ansiedad en los adolescentes y el tipo de familia.

Del mismo modo, se ajustó un modelo lineal generalizado para evaluar la relación entre la calidad de vida y el tipo de familia, la edad y el sexo, sin obtener asociaciones significativas. Estas observaciones difieren de lo reportado en la literatura. Por ejemplo, una investigación previa analizó la influencia de la estructura familiar (biparental, monoparental y reconstituida) sobre la calidad de vida y la salud mental infantil, que encontró puntuaciones más bajas en los menores procedentes de hogares monoparentales (19). Diversos estudios señalan, además, que la calidad de vida puede verse afectada por este tipo de hogares debido a factores económicos, emocionales y sociales: los cambios en la formación familiar pueden reducir los ingresos familiares, mientras que la presencia de ambos progenitores suele ofrecer mayores oportunidades para la supervisión y el apoyo emocional, lo que favorece un mejor desempeño académico y reduce los problemas de comportamiento (37, 38).

Aunque no se dispone de una explicación concluyente para nuestros hallazgos, es importante reconocer que las familias monoparentales también pueden ofrecer entornos positivos y de apoyo. Pese a afrontar desafíos adicionales, los resultados obtenidos respaldan la premisa de que la estructura familiar por sí sola no condiciona el bienestar psicológico adolescente, siendo más determinante la calidad de las relaciones familiares (29). Dado que la calidad de vida constituye un concepto integral (bienestar físico, emocional y social), la literatura sugiere que las familias monoparentales despliegan estrategias de afrontamiento para aliviar dificultades económicas y sociales, tales como redes de apoyo social, vínculos familiares fuertes y el desarrollo de resiliencia, lo que contribuye a que los adolescentes alcancen una calidad de vida equiparable a la de sus pares de familias biparentales (26).

Respecto a los hallazgos secundarios del estudio, se observó que los varones presentaron una probabilidad significativamente menor de experimentar un episodio depresivo en comparación con las mujeres. Este resultado concuerda con una investigación previa realizada en el Perú sobre la relación entre el sexo y los problemas de salud mental en adolescentes, en la cual se halló que las mujeres tienen mayor probabilidad de manifestar trastornos mentales en general (14); sin embargo, a diferencia de dicho reporte, en el presente estudio no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y los trastornos de ansiedad.

Un estudio realizado en el Perú en 2021 encontró que los adolescentes de 14 a 15 años presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental, especialmente trastornos de ansiedad (39). No obstante, en el presente estudio, al evaluar de manera conjunta la fobia social, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada, se observó que la probabilidad de presentar estos cuadros fue significativamente menor en el grupo de 12 a 15 años en comparación con los de mayor edad.

De igual manera, se evidenció que los varones presentan un mayor riesgo de consumo de alcohol frente a las mujeres, mientras que los participantes de 12 a 15 años mostraron una menor probabilidad de haber consumido alcohol alguna vez en la vida en contraste con sus pares de 16 y 17 años. Ante esto, un estudio nacional sobre la evolución del consumo de alcohol entre 2007 y 2017 reportó que la prevalencia fue mayor en varones hasta 2012, año a partir del cual las tasas se equipararon y las mujeres jóvenes superaron temporalmente a los varones hasta los 16 años, punto en el que estos últimos volvieron a registrar un consumo predominante (40). Es relevante destacar que la edad de inicio en el consumo ha disminuido progresivamente: si bien en esta muestra los adolescentes de 16 y 17 años tuvieron mayor probabilidad de consumo alguna vez en la vida, diversas investigaciones sugieren que la edad de inicio podría situarse alrededor de los 13 años. Esta tendencia reviste particular preocupación, puesto que el inicio temprano favorece el desarrollo de un patrón de consumo problemático en la adultez e incrementa el riesgo de uso de otras sustancias nocivas (40).

Implicancias y recomendaciones para la salud pública

Es importante que futuros estudios adopten un enfoque longitudinal para profundizar en las causas

de los trastornos de salud mental en adolescentes, tomando en cuenta factores como la crianza y el apoyo familiar, más allá del tipo de familia. Aunque no se identificó una relación directa con los trastornos evaluados, se sugiere examinar el papel del género del progenitor en las familias monoparentales, así como su impacto en el bienestar tanto de los cuidadores como de los hijos.

En el ámbito de las políticas públicas, es necesario reconocer la vulnerabilidad relativa de estos hogares y diseñar estrategias que articulen a los padres y la escuela para promover estilos de vida saludables. En este contexto, se recomienda implementar programas de orientación familiar dirigidos a progenitores solos, con el fin de fortalecer sus habilidades parentales, el manejo emocional y su capacidad de supervisión. De manera complementaria, el trabajo coordinado con las instituciones educativas debe incluir talleres psicoeducativos sobre consumo responsable, habilidades sociales y afrontamiento del estrés, junto con espacios de consejería y acompañamiento psicológico escolar.

Desde una perspectiva comunitaria, conviene fomentar redes de soporte que integren a las familias monoparentales con los centros de salud y las organizaciones locales, facilitando la detección temprana de conductas de riesgo y el acceso oportuno a los servicios de salud mental. El incremento detectado respecto al consumo de alcohol en esta población subraya la urgencia de continuar con las investigaciones y formular políticas preventivas orientadas a retrasar la edad de inicio del consumo, sensibilizar a los padres y fortalecer la resiliencia de los adolescentes frente a presiones del entorno social y familiar.

Los hallazgos del presente estudio deben interpretarse a la luz de ciertas limitaciones metodológicas. En primer lugar, al tratarse de un análisis secundario de datos, no fue posible incluir variables relevantes que podrían haber enriquecido la comprensión del fenómeno. En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las variables evaluadas. En tercer lugar, las respuestas obtenidas se basaron en los recuerdos de los participantes, lo cual podría incidir en la precisión de las respuestas. Aunque los trastornos de salud mental fueron identificados mediante un cuestionario validado, estos resultados no sustituyen un diagnóstico clínico. Por otro lado, al circunscribirse la muestra exclusivamente a Lima Metropolitana y el Callao, la validez externa del estudio es limitada, por lo que los resultados no deben generalizarse de forma automática a otras realidades poblacionales del país.

Para futuras investigaciones, sería valioso incorporar un enfoque metodológico mixto que integre métodos cuantitativos y cualitativos. Esta aproximación permitirá explorar las experiencias y percepciones de los adolescentes en familias monoparentales desde su propia perspectiva, explorando dimensiones subjetivas del bienestar emocional, las estrategias de afrontamiento y el papel del apoyo familiar o comunitario, elementos que no pudieron ser abordados en este análisis.

CONCLUSIONES

Se encontró asociación entre el tipo de familia y los problemas de consumo de alcohol en los adolescentes; en particular, pertenecer a una familia monoparental se vinculó con el cumplimiento de al menos un criterio de abuso de alcohol. En contraste, no se evidenció que los adolescentes procedentes de familias monoparentales en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao presentaran una mayor probabilidad de padecer trastornos de ansiedad o depresión en comparación con aquellos de hogares no monoparentales.

Asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las características sociodemográficas ni a la calidad de vida entre ambos grupos familiares. Por último, la mayoría de los evaluados reportó niveles de autoestima normales o altos, sin que se identificara una relación significativa entre esta variable y la estructura del hogar.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría:

SMHC, CAJF: conceptualización, metodología, análisis formal, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición). **JESC:** supervisión.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.^a ed. Vol. 1. Arlington (VA): Editorial Médica Panamericana; 2018.
2. Cava MJ, Musitu G, Murgui S. Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema* [Internet]. 2006;18(3):367-73. Disponible en: <http://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8443>
3. Gibb BE, Beevers CG, Andover MS, et al. The hopelessness theory of depression: a prospective multi-wave test of the vulnerability-stress hypothesis. *Cogn Ther Res*. 2006;30(6):763-72. doi:10.1007/s10608-006-9082-1
4. Fernández-Martínez CM, Avilés-Hernández M. Análisis de necesidades en familias monoparentales con jefatura femenina usuarias de servicios sociales de atención primaria en España. *Prospectiva*. 2020;(30):145-73. doi:10.25100/prts.v0i30.8855
5. Mardomingo MJ. Separación de los padres. Efectos traumáticos en los hijos. *An Pediatr Contin*. 2012;10(3):142-7. doi:10.1016/S1696-2818(12)70079-3
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares. Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas [Internet]. Lima: INEI; 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1711/
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Características de los hogares de madres y padres solos con hijos/as menores de 18 años de edad [Internet]. Lima: INEI; 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1660/libro.pdf
8. Buitrago F, Ciurana R, Fernández MC, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Hijos de familias monoparentales. *Aten Primaria*. 2022;54(supl. 1):102445. doi:10.1016/j.aprim.2022.102445
9. Alami A, Khosravan S, Sadegh Moghadam L, et al. Adolescents' self-esteem in single and two-parent families. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2014;2(2):69-76. PMID:25349847
10. Sanz LJ, Gómez M, Almendro MT, et al. Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2009;29(104):501-21. Disponible en: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16168/16025>
11. Mazaira J, Gago AM. Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 1999;19(71):407-18. Disponible en: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15656>
12. Silverman PR, Worden JW. Children's reactions in the early months after the death of a parent. *Am J Orthopsychiatry*. 1992;62(1):93-104. doi:10.1037/h0079304

13. Laván M. Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I. E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos-Yorongos-Rioja-San Martín. Mayo-octubre 2019 [tesis de licenciatura en Internet]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11458/3568>
14. Rivera R, Arias-Gallegos WL, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2018;56(2):117-26. doi:10.4067/s0717-92272018000200117
15. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2013;29(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistas/asm/article/view/7>
16. Bello CB, Irinoye O, Akpor OA. Health status of families: a comparative study of one-parent and two-parent families in Ondo State, Nigeria. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2018;10(1):a1550. doi:10.4102/phcfm.v10i1.1550
17. Guo Z, Qi C, Yang J, et al. How family structure influences middle-school students' involvement in physical exercise and their academic achievement in China. *Humanit Soc Sci Commun*. 2023;10:135. doi:10.1057/s41599-023-01636-8
18. Bibler AJ. Household composition and gender differences in parental time investments. *Demography*. 2020;57(4):1415-35. doi:10.1007/s13524-020-00901-8
19. Grüning L, Vogel M, Meigen C, et al. Family structure, socioeconomic status, and mental health in childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(7):2377-86. doi:10.1007/s00787-023-02329-y
20. Salem DA, Zimmerman MA, Notaro PC. Effects of family structure, family process, and father involvement on psychosocial outcomes among African American adolescents. *Fam Relat*. 1998;47(4): 331-41. doi:10.2307/585264
21. Sia SK, Aneesh A. Single-parent adolescents' resilience and psychological well-being: the role of social competence and emotion regulation. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health*. 2024;20(3):205-11. doi:10.1177/09731342241239441
22. Hsieh MO, Leung P. Protective factors for adolescents among divorced single-parent families from Taiwan. *Soc Work Health Care*. 2009;48(3):298-320. doi:10.1080/00981380802599216
23. Dai B, He Y, Peng M. Enhancing resilience in single-parent family adolescents in China: a randomized controlled trial based on home-school collaborative intervention. *BMC Public Health*. 2025;25:1573. doi:10.1186/s12889-025-22662-y
24. Vilchez-Ruiz CA, Ludeña-Manco DC, Moore-Meza GA, et al. Familias monoparentales en Perú: una revisión sistemática. *Rev InveCom*. 2026;6(1). doi:10.5281/zenodo.15231518
25. Quispe-Torres MM, Aliaga-De la Cruz CP. Resiliencia durante la pandemia por COVID-19 en adolescentes de poblaciones desatendidas de Carabayllo. *Cuid Salud Pública*. 2021;1(2):31-9. doi:10.53684/csp.v1i2.21
26. Kleist DM. Single-parent families: a difference that makes a difference? *Fam J*. 1999;7(4):373-8. doi:10.1177/1066480799074008
27. Vallejo R, Sánchez-Barranco F, Sánchez-Barranco P. Separación o divorcio: trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2004;(92): 91-110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400006&lng=es&nrm=iso
28. Uroz J, Charro B, Prieto-Ursúa M, et al. Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *HAAJ*. 2018;18(1):107-18. doi:10.21134/haaj.v18i1.364
29. Choquet M, Hassler C, Morin D, et al. Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(1):73-80. doi:10.1093/alcalc/agn060
30. Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(9):774-83. doi:10.1080/00048674.2010.501759
31. Weitoft GR, Hjert A, Haglund B, et al. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *The Lancet*. 2003;361(9354):289-95. doi:10.1016/s0140-6736(03)12324-0
32. Robles Y, Padilla M. Adaptación de la Escala de Autoestima de Rosenberg en Lima Metropolitana. *An Salud Ment* [Internet]. 2018;34(2):9-20. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistas/asm/article/view/35>
33. Montoya BI, Landero R. Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicol Salud* [Internet]. 2008;18(1):117-22. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/682/1202>

34. Atienza FL, Pons D, Balaguer I, et al. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2000;12(2):314-9. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>
35. Zeigler-Hill V. The connections between self-esteem and psychopathology. *J Contemp Psychother.* 2011;41(3):157-64. doi:10.1007/s10879-010-9167-8
36. Phillips TM. The influence of family structure vs. family climate on adolescent well-being. *Child Adolesc Soc Work J.* 2012;29(2):103-10. doi:10.1007/s10560-012-0254-4
37. Amato PR. The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. *Future Child.* 2005;15(2):75-96. doi:10.1353/foc.2005.0012
38. Carlson MJ, Corcoran ME. Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *J Marriage Fam.* 2001;63(3):779-92. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.00779.x
39. Pampamallco MM, Matalinares ML. Ansiedad según género, edad y grado de estudios en adolescentes de San Martín de Porres, Lima. *SociaLium.* 2022;6(1):48-64. doi:10.26490/uncp.sl.2022.6.1.1106
40. Cabanillas-Rojas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2020;37(1):148-54. doi:10.17843/rpmesp.2020.371.5151